



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:

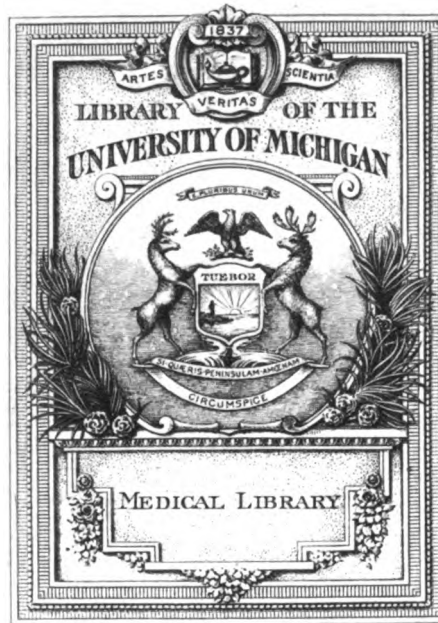
- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an 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.



C 3 9015 00334 106 5
University of Michigan - BUHR



610.5
W65
M5
P9

Wiener

Medizinische Presse.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Redigiert

von

Doz. Dr. ANTON BUM.

XLV. JAHRGANG 1904.

WIEN 1904.

Verlag von Urban & Schwarzenberg, Maximilianstraße Nr. 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Co., Wien, III., Mühlbühlgasse 6.

Medical
Miller
5-10-27
13902

Autoren-Verzeichnis. *)

Achard, Paris, 1479.
Ahrens, Ulm, 1295.
Alexandrowski, Moskau, 528.
Alfieri, Parma, 390.
Allina Max, Wien, 1663.
Almkvist, Stockholm, 1025, 1468.
Amos, Göttingen, 772.
Andersson, Stockholm, 1541.
Anschütz, Breslau, 1374.
Appel, Hamburg, 2055.
Arcangeli, Rom, 1523.
Arndt, Posen, 1240.
Arnsperger, Heidelberg, 1632.
Aronheim, Gevelsberg, 771.
Asakura, Bern, 1594.
Asch, Breslau, 82, 2154.
Asher, Bern, 987.
Askanazi, Königsberg, 2263.
Azwanger, Moosburg, 223.

Babes, Bukarest, 185.
Bakeš, Trebitsch, 2463.
Babinski, Paris, 91, 1479, 1768.
Bäcker, Budapest, 1759.
Badaloni, Bologna, 1390.
Baer, Straßburg, 33.
Baermann, Breslau, 82, 528.
Bahrdr, Leipzig, 885.
Baisch, Tübingen, 1079.
Bakaleink, Kiew, 132.
Bakes, Trebitsch, 1296.
Ballner, Leipzig, 672.
Barbe, Paris, 974.
Barbier, Paris, 1640.
Barjansky, Berlin, 1949.
Barrié, Paris, 1287.
Barsch, Kassel, 534.
Bart, Danzig, 987.
Barth, Danzig, 1295.
Barth, Paris, 1480.
Basch, S. v., Wien, 961.
Bassil, Breslau, 2153.
Bauer, Warschau, 277.
Baumann, 529.
Baumstark, Hamburg, 134.
Becher, Berlin, 1248.
Bechterew, Petersburg, 829.
Beck v., Karlsruhe, 886, 1431.
Bendix, Göttingen, 2139.
Behring v., Marburg, 237.
Benedict M., Wien, 43, 140, 437, 580, 1365.
Beni-Barde, Paris, 1950.
Berlitzki, St. Petersburg, 1288.
Bernstein M., B.-Krupa, 2409.
Bertraud, Paris, 34, 486.
Besredka, Paris, 721, 2249.
Bettmann, Heidelberg, 1899, 2139.
Bezdek, Brünn, 1335.
Bial, Halle a. S., 1973.
Bianchi, Neapel, 1681.
Bier, Bonn, 2368.
Bikeles, Lemberg, 1378.
Bittorf, Leipzig, 2251.
Blanche de la Roche, Warschau, 1028.
Blauel, Tübingen, 1026.
Bloch, Kopenhagen, 1428.
Blumreich, Berlin, 868.

Blumenthal, Berlin, 1188.
Boas, Berlin, 669.
Boeri, Neapel, 2039.
Bofinger, Berlin, 1633.
Bogdanik, Krakau, 413, 762, 2129.
Bondi M., Iglau, 1866.
Borchardt, Berlin, 1389.
Borchard, Posen, 820, 1040, 1468.
Borko, 229.
Bornstein, Leipzig, 1342.
Borst, Würzburg, 1601.
Boss, Straßburg, 1078.
Brandenburg, Berlin, 1141.
Brauer, Heidelberg, 330, 828, 985.
Braun H., Leipzig, 31, 273.
Braun Ludwig, Wien, 1947.
Breitenstein, Karlsbad, 1960.
Brentano, Berlin, 1432.
Breuer, Köln, 975.
Brodnitz, Frankfurt a. M., 1431.
Brodzki, Berlin, 1512.
Brown, Edinburgh, 381.
Broz, Prag, 2097.
Brugsch, Altona, 1718.
Brüning, Freiburg, 2413.
Brunner, Münsterlingen, 1343.
Brunns, Hannover, 478.
Brunns, Tübingen, 1239.
Brunn, M. v., Tübingen, 2097.
Buchholz, Hamburg, 2151.
Bujnentsch, Moskau, 768.
Bum Anton, Wien, 2029, 2321.
Bunge, Königsberg, 769.
Burnet, Edinburgh, 1898.
Burton Fauning, London, 433.
Buschke, Berlin, 1332.
Büttner, Rostock, 438.

Camp, De la, Berlin, 1039, 1989.
Cassel, Berlin, 1471.
Cavazzani, Parma, 390.
Cazin, Paris, 1240.
Caziot, Paris, 479.
Ceni, Reggio Emilia, 185.
Cevidalli, Modena, 1522.
Chages, Berlin, 2198.
Champion, London, 933.
Chantemesse, Paris, 781.
Chute, Boston, 2512.
Chauffard, Paris, 1480, 1595.
Chauffart, Paris, 1559.
Chlumsky, Krakau, 432.
Chmilinski, Hamburg, 1465.
Chodzinski, Krakau, 433.
Cholzow, Moskau, 1377.
Christen, Olten, 1132.
Chrobak, Wien, 1075.
Cimoroni, Rom, 1523.
Clämann, Groß-Schwülper, 2040.
Claude, Paris, 92.
Clemens, Freiburg i. B., 1195.
Cohn, Breslau, 572.
Cohnheim, Berlin, 1079.
Colombo Karl, Rom, 1885, 2041, 2414.
Comby, Paris, 679.
Cordua, Hamburg, 1391.
Coste, Straßburg, 480.

Cruveilhier, Paris, 2465.
Czaplewski, Köln, 632.
Czerny, Breslau, 388.

Danieljans, Paris, 380.
Danlos, Paris, 288.
Darier, London, 41.
Darier, Paris, 1144.
David, Berlin, 1287.
Dehio, Dorpat, 1343.
Demidon, Kars, 1852.
Dentu, Le, Paris, 1641.
Depage, Brüssel, 986.
Detre, Budapest, 1804.
Deutsch, Frankfurt a. M., 985.
Deutsch E., Wien, 2047.
Deval, Paris, 1076.
Devaux, Paris, 1187.
Diehl, Lübeck, 183.
Dietel, Leipzig, 820.
Dienlaffoy, Paris, 228, 782, 1144.
Diwald, Marburg, 2341.
Dollinger, Budapest, 1425.
Dombrowski, Warschau, 1760.
Donath, Wien, 1756.
Dopter, Paris, 2200.
De Vlaccos, Mitylene, 2512.
Doumer, Lille, 1899.
Dreadner Ludwig, München, 875.
Dubreuilh, Bordeaux, 2205.
Dühring, Kiel, 2105.
Dujarier, Paris, 2353.
Duncan-Bulkley, New-York, 2054.
Duprat, Paris, 2098.
Duval, Paris, 718.

Ebstein, Göttingen, 2041.
Edel, Engelberg, 1715.
Edel, Würzburg, 673.
Eddowes, Breslau, 2005.
Ehrlich, Frankfurt a. M., 2263.
Ehrmann S., Wien, 1041, 2006.
Ehrnberg, Stockholm, 1633.
Ehrnrooth, Helsingfors, 378, 526.
Einhorn, New-York, 625.
Einis, Ekaterinodar, 813.
Eitelberg, Wien, 1413.
Elgart, Brünn, 2305.
Elschnig, Wien, 2397.
Erb, Heidelberg, 884, 1896.
Erni, Paris, 1807.
Escherich Th., Wien, 238, 336, 2207.

Faber, Kopenhagen, 131, 1427.
Fabrin, Rostock, 379.
Fabris, Turin, 1682.
Falta, Basel, 1911, 1341.
Falkenstein, Gr.-Lichterfelde, 1678, 1938.
Faust, Straßburg, 1095.
Federmann, Berlin, 1390.
Federn S., Wien, 1345.
Feinschmidt, Berlin, 232.
Felix, Paris, 1515.
Fellner, Wien-Franzensbad, 286.
Fellner O., Wien, 681.
Fels, Lemberg, 1789, 2345, 2455.

*) Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Ferranini, Palermo, 81.
 Ferrari, Modena, 390, 1522.
 Feuerstein, Breslau, 1428.
 Ficker, Berlin, 572.
 Finckh, Tübingen, 1187.
 Fink, Karlsbad, 1743 1804.
 Finkelstein, St. Petersburg, 2197.
 Fiori, Modena, 1522.
 Fischer, Bonn, 717.
 Fischer J., Wien, 1765, 2497.
 Flaczynski, Lodz, 2413.
 Flatau, Kiel, 1476.
 Flügge, Breslau, 478.
 Fochessati, Bologna, 1682.
 Foveau de Courmelles, Paris, 1480, 1639, 2140.
 Fodor S., Abbazia, 2234.
 Forssell, Stockholm, 2410.
 Fouquet, Paris, 1759.
 Foges, Wien, 701.
 Fraenkel, Breslau, 626.
 Fraenkel, Lechwitz, 1507.
 Francke, Altenburg, 1389.
 Frank, Köln, 41.
 Frank, München, 1549.
 Franke, Lemberg, 1378.
 Frankenhäuser, Berlin, 1133.
 Freund, Straßburg, 2427.
 Freund L., Wien, 605, 2261.
 Freund W. A., Berlin, 1911.
 Frey H., Wien, 2400.
 Freymuth, Breslau, 1865.
 Friebel, Berlin, 1368.
 Friedländer, Berlin, 2461.
 Friedländer, v., Wien, 441.
 Friedländer R., Wiesbaden, 818.
 Friedrich, Greifswald, 1247, 1343.
 Fromme, Breslau, 2153.
 Fuchs, Bonn, 2095.
 Funke, Prag, 1948.
 Fuchs A., Wien, 1344, 2081.
 Fürst, Berlin, 2452.

Ganghofner, Prag, 388.
 Gardini, Bologna, 390.
 Gaudiani, Rom, 390.
 Gebele, München, 231.
 Gerschweil, Kassel, 716.
 Geisböck, München, 884.
 Grekow, St. Petersburg, 1552.
 Gerassimow, Moskau, 431.
 Gerstel, Wien, 2109.
 Glax, Abbazia, 2133.
 Glück, Sarajewo, 379.
 Gockel, Aachen, 819.
 Goldmann H., Brennbere, 2516.
 Goldscheider, Berlin, 1550.
 Goptidze, Kiew, 1334.
 Gorodischtsch, St. Petersburg, 209.
 Gorschkoff, St. Petersburg, 1289.
 Gonjet, Paris, 486, 1133.
 Gottschalk, Berlin, 2428.
 Gouladze, Warschau, 870.
 Grawitz, Charlottenburg, 2262.
 Graser, Erlangen, 1142.
 Grassmann, München, 1549.
 Greidenberg, Charkow, 1333.
 Greidenberg, St. Petersburg, 2252.
 Griffon, Paris, 1769.
 Gröber, Jena, 84.
 Groddeck, Baden-Baden, 1845.
 Grödel, Nauheim, 885.
 Grödel Th., Nauheim, 1128.
 Gross, Kiel, 30, 1333.
 Gross C., Wien, 326.
 Grossmann, Berlin, 2056.
 Grünbaum, Wien, 718.
 Grünbaum Robert, Wien, 1701.
 Grünenwald, Berlin, 673.
 Grünfeld R., Wien, 441.
 Grünwald, Tübingen, 1377.
 Grzibowski, St. Petersburg, 1675.
 Gubannow 331.
 Gudden, München, 1135.
 Guiteras, New-York, 1376.
 Guisez, Paris, 769.
 Günther, Wien, 1997.
 Gutzmann, Berlin, 1342.

Haberer, Wien, 936, 2475.
 Hackenbruch, Wiesbaden, 476.
 Haedicke, Berlin, 2365.
 Hagen, Nordhausen, 869.
 Hahn W., Wien, 40, 2203, 2462.
 Hala, Königgrätz, 2240.
 Hallopeau, Paris, 1908.
 Hamburger, Breslau, 2006.
 Hamburger, Wien, 239.
 Hamequin, Paris, 1760.
 Hammerschlag, Königsberg, 2813.
 Hammerschlag V., Wien, 657.
 Hamonic, Paris, 1559.
 Hampeln, Riga, 925.
 Hansemann, v., Berlin, 2106.
 Hart, Dresden, 1945.
 Hartmann, Kassel, 32.
 Hartmann, Hamburg, 1331.
 Haudek M., Wien, 753, 2186.
 Hecker, Berlin, 1593.
 Heichelheim, Gießen, 1512.
 Heidé, Paris, 1027.
 Heidenhain, Worms, 972.
 Heiking, St. Petersburg, 2464.
 Heinecke, Hubertusburg, 1135.
 Heineke, Leipzig, 1808.
 Heinicke, Großschweidnitz, 2413.
 Heitler M., Wien, 261, 1269.
 Helbich, Prag, 2503.
 Henle, Breslau, 1863.
 Henning, Kottbus, 1241.
 Herbert, Stuttgart, 1285.
 Herbst, Bremen, 272.
 Hering, Prag, 1094.
 Herxheimer, Frankfurt a. M., 2315.
 Herz M., Berlin, 1076.
 Hess, Marburg a. L., 526, 1994.
 Hesse, Dresden, 1184.
 Hevking, St. Petersburg, 1996.
 Heyman, Berlin, 924.
 Hildebrandt, Basel, 1040.
 Hildebrandt, Berlin, 1992.
 Hildebrandt, Freiburg i. B., 1550.
 Hillersohn, St. Petersburg, 1377.
 Hirschl J. A., Wien, 1317.
 Hirtz, Paris, 487.
 Hitschmann, Wien, 1523.
 Hochsinger K., Wien, 239, 536, 989, 2007.
 Hodara, Konstantinopel, 2307.
 Hödlmoser, Serajewo, 1900.
 Hoeflmayer, München, 434.
 Hofbauer L., Wien, 1249.
 Hoffa, Berlin, 781.
 Hoffer, Budapest, 1586.
 Hoffmann und Fischer, 529.
 Holdheim, Berlin, 1865.
 Holzinger, St. Petersburg, 2512.
 Hoppe-Seyler, Kiel, 885, 2511.
 Hösslin, Neumittelsberg, 1469.
 Hovorka O. v., Wien, 21, 1514.
 Huisman, Köln, 86.
 Hürthle, Breslau, 2317.

Ihrig, Budapest, 1429.
 Immerwohl, Paris, 2412.
 Impens, Elberfeld, 479.
 Infroit, Paris, 486.
 Inouye, Erlangen, 924.
 Iwanoff, St. Petersburg, 1031, 2463.

Jablkowski, Saõ Ivaõdo Montenegro, 663.
 Jadasson, Bern, 2054.
 Jaklin, Pilsen, 1677.
 Jamieson, Edinburgh, 781.
 Jamorski, Warschau, 1501.
 Japha, Berlin, 1079.
 Jardiné, Glasgow, 680.
 Jeanselme, Paris, 1958.
 Jedlicka, Prag, 866.
 Jegormin 184.
 Jehle L., Wien, 1337.
 Jellinek S., Wien, 391, 2109.
 Jensen, Breslau, 719.
 Jochmann, Hamburg, 672.
 Jodlbauer, München, 1375.
 Jonesen, Bukarest, 134.
 Jordan, Berlin, 1427.

Jordan, Heidelberg, 377, 886.
 Jousset, Paris, 1641.
 Jung, Kassel, 341.

Kantorowicz, Posen, 1514.
 Kappeller, Konstanz, 2042.
 Karb, Prag, 32.
 Karewski, Berlin, 1391.
 Karewski, München, 1329.
 Kausch, Breslau, 1142.
 Kehr, Halberstadt, 936, 2097.
 Kelling, Dresden, 1188.
 Keigi Sawada, Marburg-Niigata, 1592.
 Keller, Bonn, 387.
 Kellermann, Berlin, 1376.
 Kétly, v., Budapest, 86, 276, 1185.
 Kimara, Japan-München, 1717.
 King, New-York, 2414.
 Kisch E. H., Marienbad, 1065.
 Kisch F., Nauheim, 1028.
 Klar, Heidelberg, 1995.
 Klein A., Wien, 1169.
 Kleinhaus, Prag, 2474.
 Kleinwächter, Czernowitz, 2449.
 Klug, Budapest, 182.
 Knapp, Prag, 1674.
 Knöpfelmacher W., Wien, 440.
 Koblanck, Berlin, 1805.
 Kofmann, Odessa, 85.
 Koeppel, Gießen, 1094.
 Koetschau, Kassel, 726.
 Köhler F., Werden a. d. Ruhr, 133.
 Kokawa, Japan, 2461.
 Kokubo, Marburg, 626.
 Kolbassenko, Warschau, 232.
 Kolesnikow, Warschau, 1136.
 Kolossoff, St. Petersburg, 2416.
 König, Altona, 1143.
 Köppen, Norden, 679.
 Körner, Rostock, 1286.
 Kornfeld F., Wien, 487, 2298.
 Kornfeld W., Wien, 1019.
 Körte, Berlin, 778, 987.
 Köster, Gothenburg, 865.
 Kraemer, Boblingen, 1865.
 Kramer, Gießen, 1512.
 Krawkow, St. Petersburg, 2355.
 Kraske, Freiburg, 937.
 Kraus H., Wien, 1042.
 Kraus O., Karlsbad, 289.
 Kraus, Sanatorium Wienerwald, 1453.
 Krause, Breslau, 1195.
 Krebs, Berlin, 1027.
 Krebs, Moskau, 1242.
 Kreibich, Graz, 2314.
 Kretz, Wien, 2316.
 Kroemer, Gießen, 1602, 1596.
 Kron, Berlin, 573.
 Kron, Leipzig, 622.
 Krönig, Jena, 1241.
 Krönlein, Zürich, 1294.
 Krütznor, Prag, 2199.
 Kuchterin, St. Petersburg, 1997.
 Kühnemann, Berlin, 1426.
 Kunst, Java, 1466.
 Kümmell, Hamburg, 1248.
 Kurdniowski, Berlin, 1851.
 Küster, Marburg, 1343.
 Küstner, Breslau, 1837.
 Kuthy D., Budapest, 2229.
 Kutvirt, Pilsen, 1853.
 Kuttner, Tübingen, 1391.

Lachowsky, St. Petersburg 1030.
 Lancereaux, Paris, 1640.
 Landau Richard, Nürnberg, 1381.
 Landau, Warschau, 924, 1134.
 Landmann, Darmstadt, 2250.
 Lang, Tübingen, 870.
 Lang, St. Petersburg, 1135.
 Langstein, Basel, 573.
 Langstein, Berlin, 2007.
 Lang, Amsterdam, 1142, 1431.
 Lamersis, Utrecht, 2248.
 Laquerrière, Paris, 380.
 Lassar, Berlin, 84, 887, 1803, 1957.

Lauenstein, Hamburg, 1390.
 Launois, Paris, 926.
 Laurent, Berlin, 1906.
 Ledderhose, Straßburg, 925.
 Lederer O., Wien, 580.
 Lehmann, Würzburg, 631.
 Lehdorff, Wien, 989.
 Leiner, Wien, 392.
 Lejars, Paris, 570.
 Lenzmann, Duisburg, 1515.
 Leo, Bonn, 1342.
 Lereboullet, Paris, 1144, 1769.
 Leredde, Paris, 527.
 Lermoyez, Paris, 769.
 Lesser, Berlin, 571, 1551, 2460.
 Leven, Paris, 486.
 Levi, München, 926.
 Levison, Kopenhagen, 867.
 Lewandowski, Berlin, 1425.
 Lewaschew, Kasan, 1741.
 Lewin, Berlin, 2094.
 Lexer, Berlin, 780.
 Lieblein, Prag, 1286.
 Link, Freiburg i. B., 1080.
 Linser, Breslau, 1240, 1948.
 Liwanoff, St. Petersburg, 477.
 Loeb, Wien, 888.
 Loewy, Berlin, 821.
 Lohrisch, Dresden, 1186.
 Lörner, Hamburg, 184.
 Loup, Paris, 623.
 Löwy O., Wien, 289.
 Lubarsch, Posen, 2040.
 Lublinski, Berlin, 1633.
 Lubowski, Breslau, 977.
 Lucas-Championnière, Paris, 278.
 Luce, Hamburg, 669.
 Luria, Kasan, 930.
 Luthje, Tübingen, 771.

Macchiafava, Rom, 389.
 Madelung, Straßburg, 1040, 2141.
 Mahn, Paris, 1479.
 Mainzir, Berlin, 132.
 Mamlock, Berlin, 83.
 Mandl, Verbo, 1327.
 Mandelberg, Irkutsk, 2306.
 Marandon, Paris, 1027.
 Marchis, Rom, 2247.
 Marchoux, Paris, 1854.
 Marcus, Stockholm, 381.
 Margulies, v., Odessa, 770, 1992.
 Marini, Bologna, 1816.
 Marius, Paris, 626.
 Marmorek, Paris, 1559.
 Martin, Paris, 288.
 Marx, Helsingfors, 526.
 Marziniowski, St. Petersburg, 1241.
 Mauclair, Paris, 486.
 Maurice, Paris, 2041.
 Maximow, St. Petersburg, 1288.
 Maydl K., Prag, 329.
 Mayer, Brüssel, 986.
 Mayer, Freiburg i. B., 821.
 Mayer P., Karlsbad, 727.
 Meinicke, Berlin, 1287.
 Mellin, Kopenhagen, 1677.
 Meltzer, New-York, 331, 1238.
 Mendes de Leon, Amsterdam, 1330.
 Menzer, Halle, 1094.
 Merklen, Paris, 1639.
 Messing, Warschau, 573.
 Metschnikoff, Paris, 781, 1993.
 Meyer E., Basel, 573.
 Meyer, Bernstadt, 329.
 Meyer E., Berlin, 1076.
 Meyer, Berlin, 1185.
 Meyer Ludwig, Breslau, 2008.
 Michil, Wien, 720.
 Mikulicz, v., Breslau, 828, 1343, 1864, 2304.
 Millard, Paris, 93.
 Minnich, Zürich, 1717.
 Mladejowski, Prag, 2143.
 Mohr, Bielefeld, 1995.
 Montalti, Epinal, 1759.
 Moor, de Gand, 571.
 Morandi, Turin, 1816.

Morawitz, Tübingen, 868, 1080, 1758.
 Moro E., Wien, 336.
 Mosetig, v., Wien, 2369.
 Mosse, Berlin, 2364.
 Motschan, Moskau, 1187.
 Moulant-Matin, Paris, 1640.
 Mouriquand, Lyon, 1187.
 Mrázek, Prag, 2463.
 Müller, Berlin, 1095.
 Müller, Breslau, 230.
 Müller L. R., Erlangen, 376.
 Müller, Marburg, 1289.
 Müller, Stockholm, 2354.
 Mulon, Paris, 926.

Nageotta, Paris, 974.
 Napp, Duisburg, 2096.
 Naunyn, Straßburg, 1600, 2316.
 Naylor-Barlow, London, 2147.
 Neisser, Breslau, 1957.
 Neisser, Stettin, 987.
 Nenadovics, Franzensbad, 285, 1889.
 Neuburger M., Wien, 2255.
 Neugebauer, Kassel, 725.
 Neugebauer, Mähr.-Ostrau, 986.
 Neugebauer, v., Warschau, 1186.
 Neumann H., Wien, 2181.
 Neumann I., Wien, 13.
 Neumann und Frick, 431.
 Neumann Jul., Wien, 2355.
 Niesse, Prag, 1342.
 Nikoljski, Moskau, 869.
 Nikonow, St. Petersburg, 973.
 Nissle, Berlin, 527.
 Nobl G., Wien, 801.
 Nobl, Wien, 1596.
 Noeggerath, Basel, 1911.
 Noorden, v., Frankfurt, 376, 2053.
 Nothnagel, Wien, 2108.
 Notthafft, München, 2307.
 Nourney, Mettmann, 1865.
 Norny, Michigan, 2354.

Oebbecke, Breslau, 1981.
 Oberwinter, Köln, 925.
 Oehler, Tübingen, 1718.
 Offergeld, München, 2357.
 Opfer, Berlin, 2246.
 Oppenheim M., Wien, 289, 2261.
 Oppenheimer, München, 972.
 Opitz, Berlin, 1595.
 Orłowsky, St. Petersburg, 624.
 Orth, 1560.
 Ortner, Wien, 1194.

Pace, Neapel, 1773.
 Panyrek, Prag, 1678.
 Pártos, Herkulesbad, 470.
 Paschke H., Wien, 165.
 Pässler, Leipzig, 428.
 Paul, London, 1392.
 Pauli, Wien, 289, 1095.
 Paulsen, Hamburg, 2055.
 Pautrier, Paris, 527.
 Pendl F., Troppan, 441.
 Peham, Wien, 2513.
 Péhu, Paris, 1996.
 Pelnar, Prag, 777.
 Penicic, Zara, 1795.
 Perlmann, Berlin, 2095.
 Perlow, St. Petersburg, 573.
 Perthes, Leipzig, 887, 1863.
 Pesty, Budapest, 1991.
 Peters, St. Petersburg, 275.
 Petersen, Heidelberg, 886, 1478.
 Petit, Paris, 2249.
 Pfaunder, Graz, 1095.
 Philippson, Palermo, 1029.
 Pietrkowski, Posen, 1757.
 Pietrzikowsky, Prag, 817.
 Piltz, Warschau, 230.
 Pineles F., Wien, 889, 1097.
 Pincherle, Bologna, 1816.
 Pirquel, Wien, 2428.
 Plachte, Berlin, 1715.
 Plavec, Prag, 513, 1621.
 Plaskuda, Greifswald, 2199.
 Plien, Berlin, 975.

Poeck, Tilsit, 1593.
 Pokrowski, Moskau, 1029.
 Poncet, Paris, 1143, 1853.
 Poppi, Bologna, 1682.
 Potheral, Paris, 287.
 Powell Douglas, 335.
 Preleitner, Wien, 989.
 Prengowski, 24.
 Prušak, Prag, 2513.
 Pugliese, Bologna, 1681.

Queisner, Bromberg, 670.
 Quena, Paris, 718, 1076.
 Quewain, Chaux de Fonds, 1551.
 Quincke, Kiel, 1333.

Radcliffe-Procker, London, 2054.
 Radtke, Königsberg, 359.
 Raschkas, Warschau, 976.
 Raimann, Wien, 720.
 Rehn, Frankfurt a. M., 781, 1381, 1432.
 Reichel, Chemnitz, 2475.
 Reiner, Wien, 671, 770.
 Reinlinger, Paris, 2200, 2357.
 Reitter Wien, 1142.
 Reitter K., jun., Wien, 289, 391.
 Reitz, Mitterfels, 988.
 Reger, Hannover, 2364.
 Rengaud, Paris, 1996.
 Renon, Paris, 1479.
 Renvers, Berlin, 2106.
 Renzi, de, Neapel, 2039.
 Réthi L., Wien, 213, 2293.
 Rhumbler, Göttingen, 1933.
 Ribbert, Göttingen, 1897.
 Ricard, Paris, 1899.
 Riedel, Jena, 1389.
 Riehl, Kissingen, 1716.
 Robson, London, 1077.
 Roeder, Berlin, 679, 2057.
 Rolly, Leipzig, 428, 671, 1634.
 Romberg, Marburg, 29, 826.
 Rommel, München, 276.
 Rose, Prag, 2042.
 Rosenberg W., Wien, 439.
 Rosenfeld, Stuttgart, 81.
 Rosenstein, Berlin, 1296.
 Rosenthal Rob., Wien, 2081.
 Rosthorn, Heidelberg, 1601.
 Roth, Wien, 121.
 Rothzigel, Paris, 381.
 Roux, Paris, 1993.
 Rüdinger K., Wien, 391.
 Rühl, Dillenburg, 625.
 Ruge, Berlin, 1995.
 Rumpf, Bonn, 1432.
 Ruschhaupt, Zürich, 531.
 Rzentkowski, Warschau, 976.

Saalfeld, Berlin, 1466.
 Sabouraud, Paris, 2465.
 Sabrazés, Bordeaux, 674.
 Saccharow, Tiflis, 1808.
 Saenger, Leipzig, 2367.
 Sainon, Paris, 92.
 Sakusson, St. Petersburg, 2096.
 Salant, New-York, 331.
 Salge, Berlin, 2057.
 Salimbeni, Paris, 1854.
 Samter, Königsberg, 1247.
 Sanfelice, Messina, 1936.
 Santrucek, Prag, 2357.
 Sauerbruch, Breslau, 828.
 Schaffer, Budapest, 276.
 Schamberg, Philadelphia, 2005.
 Schanz, Dresden, 1883.
 Scheff J., Wien, 974.
 Scheidl, Wien, 854.
 Schick, Wien, 1297.
 Schiffmacher, Mainz, 926.
 Schirkow, St. Petersburg, 2251.
 Schirmunski, St. Petersburg, 2141.
 Schittenhelm, Breslau, 623.
 Schlasberg, Stockholm, 976.
 Schlechtendahl, Barmen, 230.
 Schleip, Freiburg, 1949.
 Schlesinger H., Wien, 139.

Schlesinger, Berlin, 1375.
 Schloss, Berlin, 2520.
 Schmid, Breslau, 1240.
 Schmidt, Breslau, 1864, 2511.
 Schmidt, Dresden, 1094.
 Schmiedt R., Wien, 1249.
 Schmilinsky, Hamburg, 1990.
 Schmitz, Wildungen, 2364.
 Schmoll, Basel, 2250.
 Schneider, Görbersdorf, 1865.
 Schnitzler J., Wien, 461.
 Schöbl, Prag, 1996.
 Scholtz, Königsberg i. Pr., 1946, 2198.
 Schotz, Heidelberg, 622.
 Schwarz G., Wien, 2108.
 Schrötter jun., v., Wien, 1142.
 Schrötter, H. v., Wien, 1248.
 Schulak, Warschau, 624.
 Schuller, Wien, 528.
 Schultz, Greifswald, 2094.
 Schultz, St. Petersburg, 31.
 Schultze, Bonn, 2095.
 Schulz, Erlangen, 376.
 Schütze, Berlin, 72.
 Schütze, Greifswald, 180.
 Schwartz, Paris, 287.
 Schwartz, St. Petersburg, 1806.
 Schwarzkopf, Marburg, 717.
 Seegull, Berlin, 84, 2142.
 Sehrwald, Paris, 1424.
 Seiffert, Leipzig, 2087.
 Seitz, München, 1132.
 Sellei, Budapest, 183, 1804.
 Sellheim, Freiburg i. B., 1470, 2426.
 Sembritzki, Königsberg i. Pr., 331.
 Semenoff, Warschau, 530.
 Senator, Berlin, 1133.
 Sergent, Paris, 2415.
 Sheen, London, 142.
 Shofield, London, 72.
 Shota, Prag, 623, 671.
 Sick, Tübingen, 1803.
 Siedler, Berlin, 178.
 Siegert, Straßburg, 484.
 Siemerling, Berlin, 1512, 1758.
 Sigmundt, München, 31.
 Sikemeier, Amsterdam, 1897.
 Silberschmidt, Zürich, 1188.
 Simon, Karlsbad, 1342.
 Simond, Paris, 1854.
 Simonin, Paris, 1768.
 Sinnhuber, Berlin, 1553.
 Sitta, Prag, 2249.
 Skala, Schüttenhofen, 2141.
 Slatkow, St. Petersburg, 1593.
 Sobernheim, Halle a. S., 1131.
 Sokal, Lemberg, 1894.
 Sommer, Winterthur, 329.
 Sommer, Buenos Aires, 2004.
 Sonnenburg, Berlin, 1391.
 Sorgo, Wien, 434.
 Sorter E., Wien, 2311.
 Soupault, Paris, 1560.
 Souques, Paris, 1769.
 Sperk, Wien, 536, 634.
 Spiegler E., Wien, 65.
 Spieler, Wien, 988.

Spitzzy, Graz, 1334.
 Staehelin, Basel, 1341.
 Stadler, Leipzig, 1029.
 Starck, Heidelberg, 1195.
 Stassewitsch, St. Petersburg, 1635.
 Stcherbak, Warschau, 868.
 Stekel W., Wien, 387.
 Steinberg, Breslau, 977.
 Steindorff, Berlin, 182.
 Steinhaus, Dortmund, 1994.
 Steinthal, Stuttgart, 1431, 2142.
 Steppan, Prag, 1575.
 Sternberg C., Wien, 391.
 Sterling, Lodz, 1632.
 Stern, Breslau, 767, 1910.
 Stiassny, Wien, 181.
 Strel, Köln, 630.
 Stöltzner, Berlin, 484.
 Stöckel, Greifswald, 1721.
 Straßburger, Bonn, 885.
 Strauß, Berlin, 1141.
 Strebel, München, 1840.
 Strelzow, Moskau, 380.
 Stubenrauch, München, 780.
 Stuert, Berlin, 1134, 1140.
 Stursberg, Bonn, 1594.
 Suchaneck, Zürich, 85, 133.
 Sukchiko Ito, Japan, 1078.
 Swoboda, Wien, 2056.
 Szaboky, J. v., Gleichenberg-Arco, 1546.

Tabora, Gießen, 1433.
 Talbot, Paris, 2150.
 Tappeiner, München, 131, 1141, 1375.
 Taute, Tübingen, 1513.
 Tavel, Basel, 1897.
 Terson, Paris, 622.
 Theiner, Wien, 536.
 Thelemann, Marburg, 1135.
 Theokari, Bukarest, 185.
 Thevenot, Paris, 1674.
 Thomas, Marseille, 2142.
 Thorel, Nürnberg, 330.
 Thiem, Kottbus, 1241.
 Thiemich, Breslau, 191.
 Tschermak, Halle a. S., 192.
 Tingwall, Westerdam, 720.
 Tobler, Heidelberg, 1851.
 Tobold, Berlin, 279.
 Torday v., Budapest, 276, 1185.
 Trémolières, Paris, 1378.
 Trentlein, Würzburg, 476.
 Triboulet, Paris, 1479.
 Tsiklinsky, Moskau, 530.
 Tschistovich, Paris, 2093.
 Tuffier, Paris, 288.
 Türk W., Wien, 2109.
 Turner, London, 1392.
 Turnowsky, Maros-Vásárhely, 1423.
 Tuszkai, Budapest, 286.
 Tuszkai, Marienbad, 2364.
 Tjaden, Bremen, 430.

Ullmann E., Wien, 365.
 Ullmann, Wien, 2005.
 Unna, Hamburg, 2155.
 Urbantschitsch E., Wien, 557.

Vaccarini, Modena, 1522.
 Vail, London, 335.
 Vaillard, Paris, 486, 2200.
 Vaquez, Paris, 1480.
 Vanyssek, Prag, 1136.
 Variot, Paris, 1640.
 Vaschide, Paris, 1480.
 Veiel, Breslau, 819.
 Verdalle, Paris, 1769.
 Verson, Pavia, 1682.
 Veit, Leipzig, 1331.
 Viala, Paris, 530.
 Vidal, Paris, 1480.
 Vincent, Paris, 1768.
 Vierordt, Bonn, 1601.
 Villingner, Hamburg, 1600.
 Vollbracht F., Wien, 391, 1249.
 Vörner, Leipzig, 2248.
 Voswinkel, Berlin, 2248.
 Vulpius, Heidelberg, 228.

Waelsch, Prag, 2411.
 Wagener, Berlin, 527.
 Wagner, Breslau, 865.
 Wagner, Kiel, 1676.
 Wagner, Rostock, 939.
 Walti, Oberschäftelshelm, 2305.
 Wassermann M., Meran, 1865, 2035.
 Wassiljew, St. Petersburg, 719.
 Weber, Alsfeld, 1026.
 Weber, Göttingen, 33.
 Weidenreich, Breslau, 2264.
 Weinberg, Paris, 2043.
 Weiß A., Wien, 1296.
 Weiß J., Wien, 1239.
 Weiß Siegr., Wien, 140.
 Weisz Ed., Piatyan, 965.
 Weisz F., Budapest, 1531.
 Weitlaner, Innsbruck, 2350.
 Weitlaner F., St. Pölten, 321.
 Werel, St. Petersburg, 1027.
 Wernitz, Odessa, 328.
 Westhoff, Berlin, 41.
 Wick L., Badgastein, 1117.
 Widal, Paris, 1640.
 Wiesel, Wien, 1194.
 Wickham, Paris, 288.
 Winkler, Barmen, 181.
 Winkler F., Wien, 2419.
 Williamson, Manchester, 2143.
 Winterberg J., Wien, 909, 1231.
 Winternitz, Halle a. S., 1196.
 Wodynski, Serajewo, 379.
 Wolf, Stralsund, 674.
 Wolff, Reiboldgrün, 1196.
 Woyer G., Wien, 313.
 Wullstein, Halle a. S., 1431.

Zajackowski, Lemberg, 2090.
 Zappert, Wien, 1296, 2319.
 Zondeck, Berlin, 1295.
 Zuckerkindl O., Wien, 1013.
 Zweifel, Leipzig, 621, 2197.
 Zweig und Calov, Wien, 231.
 Zwintz, Wien, 759.

Sach-Register.

I. Wissenschaftlicher Teil.

Abdominalkarzinose 288.
 Abdominaltyphus, 1288.
 Abdominalwunden 136.
 Abrisbruch 1995.
 Acetopyrin, Über die Wirkung des ... 759.
 Achylie und Salzsäureeingeübungen 1512.
 Acoin 1429, 1517.
 Adipositas und Alkohol 486.
 Adnexerkrankungen 675.
 Adrenalin 31, 1377, 1479, 1598, 1857.
 Adriaesebäder 2133.
 Aërophagie 1081.
 Agglutination 767.

Agurin 531, 773, 1292, 1554.
 Airol 1853.
 Akatisie, Über ... 819.
 Akromegalie 86.
 Aktinomykose 1143.
 — der Lunge 1187.
 — Panaritium bei ... 1634.
 Albargin 234, 1032.
 Albuminurie, Febrile ... 771.
 — im Kindesalter 2007.
 Albumosenpräparate, Nährwert der ... bei Erwach-
 senen 1507.
 Alkaleszenz des Blutes 624.
 Alkaptonurie 573.
 Alkohol 1187.

Alkoholinjektionen bei Hernien 1431.
 Alkoholismus und Strafrecht 2513.
 Alkohol und Eisenbahndienst 1593.
 Alkoholumschläge 232.
 Alkohol und Gehirn 477.
 — und Hirndruck 1554, 1680.
 Alopecie 1332.
 Alpinismus und Tuberkulose 2465.
 Altersversicherung und Genitalerkrankungen 534.
 Alveolarpyorrhoe 437.
 Amblyopie nach Blutverlusten 622.
 Ammoniakausscheidung 623.
 Amöbenenteritis 30.
 Amputationsstumpf 820.
 Amyloform 1031.

- Anaesthesia sexualis* 285.
Anal fissuren 380.
Anämien 83.
Anämische Erkrankungen, Therapie der ... 1586.
Anästhesin 87, 187, 382, 675.
Anästhesierung 1243.
Angina Vincenti 526.
Angst bei Hysterie 183.
Ankylostominfektion durch die Haut 2516.
Anthrasol 279, 1083, 1720, 1810.
Antidysenterisches Serum 2308.
Antipyrin 1031.
Antipyrinexantheme 288.
Antistreptokokkenserum 1782.
Antistreptokokkenserum Aronson 2246.
Antihyroidin 2417.
Anurie 1242.
Anuria calculosa 1082.
Aortenaneurysmen 1632.
Aortensklerose 2251,
Aortenthrombose 1523.
Appendicitis 973, 1379, 1390.
 — beim Schimpanse 2043.
 — *obliterans* 131.
 — und Menstruation 1560.
 — Seltene Form von ... 288.
 — und Leukozytose 1480.
 — Über ... 365.
Apentawasser 532.
Aristochin 234, 2359.
 — bei Malaria 1466.
Aristol 1473.
Arsenik im Organismus 34.
Arseniklähmung 573.
Arsen in Hühnereiern 486.
Arteriosklerose 825, 885, 980, 984.
 — Blutdruckverminderung bei ... 2452.
 — Behandlung der ... mit anorganischen (Blut-) Salzen 224.
 — Diätetik der ... 871.
Arthritisdiät 867.
Arthritis gonorrhoeica 1480.
Arzneiwirkung und physiko-chemische Eigenschaft 1095.
Asepsis 1337.
Aseptische Operationstechnik 1392.
Aspergillus bei Pellagra 185.
Aspirin 332, 1190, 1555, 1856, 2143, 2418.
Ästhesiometer 381.
Asthmatherapie 1858.
Ätherlähmungen 280.
Athmen, Einfluß der Formen von ... auf das Herz 1076.
Atresie der Vagina als Geburtshindernis 1677.
Auge, Fremdkörper im ... durch 30 Jahre 1760.
Augenneurose, Traumatische ... 2250.
Auswurfdesinfektion 1633.
- Bacillus subtilis* 1188.
Bäder, Kohlensäure ... 1133.
Bakterientötung durch schwache Ströme 1718.
Bakteriurie, Ätiologie und Klinik der ... 1019.
Balneotherapie der Frauenkrankheiten 1889.
Balsamika 823.
Bantische Krankheit 718.
Barlousche Krankheit 1479.
Basedow 1338.
 — und Addison 1640.
Bauchfellentzündung, Tuberkulose ... 625.
Bauchfelltuberkulose 575.
Bauchwunden 231, 723.
Benesol 722, 974.
Bergtouren bei Nervösen 2043.
Benoistsche Härteskala 1130.
Bierhefe bei Furunkulose 779.
Biersche Stauung 2199.
Bioferrin 1762.
Bismol 774.
Bismutose 280, 575, 1856, 2309.
Blasendivertikel 2254.
Blasengalle 1717.
Blasengeschwülste bei Farbarbeitern 1391.
Blasensmole 2428.
Blasensteine bei Frauen 1721.
Blastomykose 2205.
Bleichsucht, Therapie der ... 229.
Blei und Uterus 2094.
- Blut bei Syphilis* 1522.
 — Fettgehalt des ... 1432.
 — im Darm 1990.
 — Blut im Stuhl 1465.
 — nach thermischen Reizen 574.
 — Unterscheidung von ... 526.
Blutdruck 1994.
 — bei Arteriosklerose 1592.
 — bei Kindern 1593.
 — und Milchregime 2414.
Blutdruckmessung 884, 1028.
Blutgefäße und thermische Reize 1516.
Blutgerinnung 868, 1080.
Blutkreislauf 2317.
Blutprobe, WEBERSche ... 1331.
Blutreaktion 2042.
Bogengänge, Defekt der ... 182.
Bohnenvergiftung 2250.
Bornyal, das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel 1368.
Bossisches Verfahren zur Muttermundserweiterung 1857.
Bromipin 571, 1137.
Bromocoll 2514.
Bronchien, Fremdkörper in den ... 769.
Bronchialgerinnsel 379.
Bronchopneumonie 773.
Bruchschnittverfahren 2366.
Brusthöhlenoperationen 886.
Bubobehandlung 1554.
Bubonenbehandlung, Ambulante ... 234.
Buttermilch als Säuglingsnahrung 536, 634.
Buttermilchkonserve 2044.
- Calodal* 872.
Catgutsterilisation 89.
Chinosaure und Kalkstoffwechsel 2514.
Chiasma optici 2367.
Chloroform bei Nitrovergiftung 280.
Chloroformintoxikation 1633.
Chloroformtod, Wiederbelebung nach ... 2414.
Chloromethylmenthyläther 133, 2046.
Chlorose, Phlebitis bei ... 92.
Chlorotischer, Beitrag zur Behandlung ... und anämischer Zustände 1231.
Chlorprobe bei Nephritis 1512.
Chlorsalze und Ödeme 1481.
Cholämie 1144.
Choledochusfuge 2097.
Cholecystitis und Perityphlitis 228.
Cholelithiasis 1595.
Cholelysin 822, 1518.
Choleradiagnose 1287.
Chorea 532.
Chylurie 1134.
Citarin 435, 1190, 1516, 1998, 2259.
Colitis 1516.
Collargol 677, 1379, 1998, 2099, 2310.
Collargol-Tabletten 927.
Coma diabeticum 1195.
Conjunctivitis blennorrhoeica neonatorum 773.
Corpus luteum 2474.
Creosotal 676.
Cystitis, Postoperative ... 1079.
- Dermatomie, Partielle ...* 1345.
Darmchirurgie 1431.
Darmerkrankung, Epidemische ... bei Neugeborenen 1602.
Darminvagination bei Kindern 1636.
Darmkatarrh 1556.
Darmresektion bei gangränösen Hernien 137.
Darmriß, Eine seltene Entstehungsart von ... 223.
Darmstenose, Tuberkulose ... 869.
Decapsulatio renum 1594.
Dekapitation, Technik der ... 313.
Dekubitus 1375.
Dermatitis coccidioides 572.
Dermoide, Intrakranielle ... 531.
Desinfektionsmittel 672.
Diabetes 1341, 1679.
 — und Gravidität 2449.
 — Gangrän bei ... 1992.
 — Operationen bei ... 926, 1286.
Dickdarm 1288.
Digalen 2305.
Digitalis 1600.
- Digitaliswirkung* 1141.
Dionin 35, 677, 1378, 2254.
Diphtherie 1806.
 — der Nase 431.
Diphtherieheilserum, Exantheme nach ... 925.
Diuretikum 1190.
Diuretin 871.
 — und Harnstoff 2090.
Divertikeleinbettung in der Tube 286.
Dormiol 436.
Drüsenwucherungen 1601.
Ductus arteriosus Botalli 1676.
Duotal 383, 676.
Dymal 2044.
Dysbasia angiosclerotica 884.
Dysenterie 36, 1244.
 — im Kindesalter 592.
Dysmenorrhoe 31.
- Eierstockschwangerschaft* 1514, 2427.
Eingriffe, Einwirkung des Kranken zum ... 1075
Eklampsie 1596.
Ekzem, Staphylokokken bei ... 819.
Ekzeme der Kinder 1597.
Ekzemtherapie 2144.
Empyemoperation 2248.
Empyroform 1762.
Endokarditis 1241.
Endometritis 1472.
Enteritis 1189.
Epheliden 775.
Epididymitis 528.
 — und Deferentitis 1596.
 — gonorrhoeica 2005.
 — Gonorrhoeische ... 82.
Epikarin 1335.
Epilepsie 1336, 1392.
Epiphyseolyse bei Genu valgum 770.
Epitheliome 2155.
Erblichkeit 1560.
Ehrlichs Diazoreaktion 1195, 1291.
Ernährung, Subkutane ... 1343.
Erysipel 2202.
Eserin bei Darmparalyse 1240.
Euchinin 136, 1516.
Eumydrin 382.
Exophthalmus und Hirndruck 476.
Expektorantien 873.
Extractum Chinae Nanning 1082, 1904.
- Fäzes, Blutnachweis in den ...* 888.
Fenodese 671.
Fersan 480, 872, 1082.
Fett bei Hyperazidität 1188.
Fetternährung, Subkutane ... 677.
Fettstoffwechsel des Kindes 2008.
Fickertsches Diagnosticum 2309.
 — Serum 2515
 — Typhusdiagnostikum 1973, 2040.
Fieber 1340.
Filmaron 2468.
Fissura ani 532, 927.
Fistula recto-vaginalis, Spontanheilung einer ... 1423.
Flankengang bei Hemiplegie 528.
Fluoreszierende Stoffe 131, 1141, 1375.
Fötus und Erkrankung der Mutter 40.
Forman 2415.
Formol 974.
Formalin bei Karzinom 187.
Formalinlampe „Hygiea“ 331.
Forman 85.
Frakturbehandlung mit Metallklammern 2353.
Frakturenbehandlung und Kontentivverband 854.
Framboesia 2004.
Frauenmilch 186, 333.
Fremdkörper in der Bauchhöhle 1186.
Frühgeborener, Pflege ... 1602.
Fußgeschwulst 1243.
Fütterungstuberkulose 388.
- Galle und Pankreas* 987.
Gallenblasenoperationen 936.
Gallenfarbstoff im Harn 36.
Gallensteine 287, 1343.
Gallensteinbehandlung 1763.
Gallensteinkranke in Karlsbad 1804.

- Gallensteinkrankheit* 329.
Gallensteinoperationen 622.
Gastralgie 1238.
Gastroenterostomie bei *Ulcus ventriculi* 1899.
Gastroptose 480.
Gastrotoxin 185.
Gaumen, Sekret. Nervenzentren des weichen ... 2293.
Gaumentonsillentuberkulose 1078.
Geburt, Haltung des Kindes während der ... 2426.
Geburtseintritt, Ursachen des ... 868.
Gefäßnaht 382.
— bei *Aneurysma arterioso-venosum popliteum* 780.
Gelatina sterilisata 977.
Gelatineinjektionen 782.
Gelenke, Verhalten der ... in path. u. therap. Beziehung 965.
Gelenken, Behandlung von ... mittelst Stauung ... 2321.
Gelenkneurosen 1287.
Gelenkrheumatismus 1290.
— Serumtherapie des ... 2513.
— Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem ... 1117.
Geophagie 624.
Geruchssinn im Alter 1480.
Geschlafen, Siebzehn Jahre ... 272.
Geschmackszentren 1289.
Geschwülste, Heilbarkeit der ... 1897.
Gewürze und Ernährung 1380.
Giftwirkung auf Gefäße 2096.
Gifte und kleiner Kreislauf 1677.
Gicht 2143.
— Wesen der ... 1678.
— Die ... an sich und in Beziehung zu Stoffwechselkrankheiten 1938.
Gichtdiät 1808.
Gichthaut 2005.
Glaskörperablösung 2397.
Glaukom und Jahreszeit 182.
Gleitmittel für Katheter 979.
Glyzerin 481.
— als Analgetikum 2100.
Glykosal 978, 1190.
Gonitis luetica 2345.
Gonorol 1466.
Gonorrhöe 1078, 2139.
Gonorrhöetherapie 774, 1474, 1899.
Gonosan 1291, 1679.
— Kenntnis des ... 1814.
Grubet-Widalsche Reaktion 1941.
Guajakolpräparate 1189.
Guajasanol 89.
Gummihandschuhe 2153.
Gynäkologische Behandlungsmethoden, Über ... 701.
— *Laparotomie*, Aseptische Kautelen der ... 1837.
Gynäkotheorie in den Kurorten 1065.

Haare bei Geisteskranken 1135.
Haferkuren bei Diabetes 376.
Hämagglutinine 1803.
Hämorrhoiden 332, 531, 723.
Hämolyse 1094.
Hämatokelen 233, 384.
— Behandlung der ... 621.
Hämoptye, Gelatine bei ... 382.
Händedesinfektion 41, 1900.
— Beiträge zur praktischen ... 1501.
Harn, Fett im ... 1196.
Harnblasenoperationen 2129.
Harnröhrenplastik 2475.
Haut bei Stoffwechselanomalien 2053.
Haut- und Nierentätigkeit 2139.
Hautdesinfektion 1897.
Hautkrankheiten, Ernährung bei ... 1952.
Hauttalg 1948.
Hauttemperatur 1377.
— des Gesunden 1718.
Hautwunden, Granulierende ... 865.
Hedonal-Chloroformnarkose 2355.
Hefe zur Gonorrhöetherapie 975.
Helmitol 333, 723, 1338, 1720, 1901.
— bei Gonorrhöe 31.
— ein neues Harndesinfizienz 72.
Hepatoptose, Operation bei ... 986.
Hemianästhesie, Zerebrale ... 276.
Hernien 1761.
— Über freie und inkarzierte ... und ihre Behandlung 461.

Hernienbehandlung mit Atropin 869.
Heroin als Hustenmittel 2503.
Herz bei Thoraxdiffomität 1287.
— bei Typhus 1194.
— Einfluß von Kälte auf das ... 1027.
Herpes zoster 36.
Herzgrößenbestimmung 1039.
Herzkranken, Bauchmassage bei ... 431.
Herzkranker, Betrachtungen über den plötzlichen Tod ... im Schlafe 1269.
Herznaht 1523, 2042.
Herzphysiologie 987.
Herzschwäche 335.
Herzuntersuchung 980.
Herzwirkung der Kalisalze 1947.
Hetol 187, 927, 1518, 1951.
Hetolsanguinal 35.
Hetralin 2098.
Highmorshöhle, eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der ... 121.
Hirschsprungische Krankheit 1432
Höhen- und Seeklima 821.
Hohlhandeiterungen 2410.
Hornhautflecken, Abschabung von ... 722.
Hörstörungen im Kindesalter 657.
Häuftluxation 1429, 2305.
— Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen ... 783.
Hüftkontraktur, Angeborene ... 2511.
Humerusfraktur, Schwund des proximalen Fragmentes nach ... durch Muskelzug 1701.
Husten und Schnupfen, Ursachen von ... 81.
Hydrocephalus mit Forceps entwickelt 1327.
Hydrophobie 530.
Hydrodilator 132.
Hydrargyrum hermophenylicum 84, 2142.
Hydrokale 2357.
Hydrorrhoea nasalis 1635.
Hydrotherapie bei Lungenkrankheiten 1032.
Hygrania 1380, 1809.
Hyperazidität 1342.
Hyperhidrosis universalis 230.
Hyperhidrosis bei Paralysis progressiva 1027.
Hyperhidrosis 1810.
Hyperthermie 1240.
Hypophysiverletzung 1040
Hypophyse und Gravidität 926.
Hysterie im Kindesalter 191.
Hysterische Blindheit 622.
Hysterischer Schlaf 1640.
Hysterotomia vaginalis 625.

Ichthyol 2466.
Ichthyolvasogen bei Ischias 1898.
Ikterus bei Appendicitis 671.
Immunsierung durch Milch 2057.
Immunität und Krankheitsschutz 1169.
Impfkarzinom 886.
Impftuberkulose 84.
Indolprobe mit EHRLICH'S Dimethylamidobenzaldehyd 134.
Infektionen, Intestinale ... 927.
Influenza, Urämie bei ... 184.
Infusion 1553.
— Technik der ... 1026.
Inhalationen 988.
Instillationen bei Prostatikern 1901.
Intrauterine Injektionen 1428, 2197.
Isarol 1855.
Ischiadikusdehnung 675.
Ischias 32.
Isopral 479, 823, 1137, 1429, 2201, 2309.
Italiener, Ernährung der ... 1762.

Jod, Resorption von ... 924.
Jodipin 928, 1290, 1429.
Jodismus 34, 571.
Jodcatgut 1812.
Jodothylin 88.
Justussche Hämoglobinprobe 1428.

Kapselbazillenpneumonie 2461.
Karbolvaselin bei Insektenstichen 137.
Karzinom, 886.
— Heilbarkeit des ... 184.
Karzinomimpfung 626.
Kathetersterilisation 28.

Kathodenstrahlen statt Röntgen- und Radiumstrahlen 1841.
Kältehämoglobinurie 1756.
Kanarische Inseln 1811.
Kardialgie 482.
Kardiolyse 330, 886.
Katarrhalische Affektionen 2202.
Keratitis interstitialis 872.
Keuchhusten bei Säuglingen 1682.
Kieferfibrome 1026.
Kinderkrämpfe 2007.
Kindermilch 2087.
Kindernpflege 2416.
Klima und Nephritis 1678.
Kloppphänomen 1807.
Klumpfuß, Therapie des ... 228.
Knieverrenkung, willkürliche ... 771.
Knochenarterien 780.
Knochenbrüche (13) bei einem Mann, Heilung 1995.
Knochennaht bei Frakturen 1143.
Knochenplombe 1472.
Knochenplomben 87.
Knochentuberkulose und Unfall 817.
Knochentumoren 2475.
Kobragift 1758.
Kochsalzinfusionen 822.
Kochsalzzufuhr und Säuglingsgewicht 1999.
Kohlehydratstoffwechsel 727.
Kokainanästhesie 623.
Kolitis 1431, 2100.
Kollargol 186.
Kopfbewegungen der Kinder, Nächtliche ... 2319.
Kopliksche Flecke 1289.
Koprologie 2358.
Korsett, Einfluß des ... 290.
Kosmetik, Die wissenschaftlichen Grundlagen der ... 65.
Kraftnahrung 178.
Kraurosis vulvae 41.
Krebs, Chirurgische Behandlung des ... 570.
Kreislauf, Wirkung heilgymnastischer Arbeiten auf den ... 1376.
Kreislaufstörungen bei Infektionskrankheiten 428.
Kreosotal 1554.
Kreosotal und Duotal 823.
Kreosottherapie 135.
Krise bei Pneumonie 2043.
Kristallisation und Morphogenese 1365.
Kropfgeschwülste 1239.
Kropfherz 1717.
Kryoskopie 768.
— bei Exsudaten 1185.
— bei Lebererkrankungen 81.
Kupfervergiftung 87.
Kurzsichtigkeit 1243.

Lähmungen bei Rübenarbeitern 2094.
Laktagol 575.
Laktoserum 529.
Laxantia 1248.
Lävulosurie, Alimentäre ... bei Leberkranken 2249.
Leber bei Kinderkrankheiten 1187.
Leberaffektionen 1133.
Leberaktinomykose 2041.
Lebercirrhose 2316.
— Behandlung der ... 42.
Leberresektion 1374.
Lecithin 2466.
Leitungsanästhesie 273.
Lenigallol 2358.
Leprou 1957.
Leukämie 1433.
Leukanämie 669.
Leukoplakia oris 824.
Leukozyten 2162.
Leukozytenwerte, Diagnostische Bedeutung der ... 1029.
Licht- und Wärmestrahlen 329.
Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten 681.
Lichttherapie bei Pharyngitis 187.
Littlesche Krankheit 1946.
Liquor cerebrospinalis 1948.
— bei Geisteskranken 1512.
— bei Geisteskrankheiten 1758.
Liquor Sanguinalis Krevel 384.
Luetische Augenerkrankungen 41.
Lumbalpunktion 1950.
Lungenabszeß 139, 1329.

- Lungenkranke*, Die hygienischen Einrichtungen in Heilanstalten für ... 1453.
Lungenschwindsuchtentstehung 972.
Lungentuberkulose, Entstehung der ... 717.
 — Pulsbeschleunigung bei ... 1632.
Lumbago 872.
Lumbalpunktion 91.
Lupustherapie 1029.
Luxatio coxae congenita 824.
Lygosin-Chinin 481.
Magen, Kindlicher ... 1593.
 — Perkussionsauskultation des ... 1991.
Magenchirurgie 135, 1389.
Mageninhalt 976.
Magenkarzinom 1478.
Magenkrankheiten, Argentum nitricum bei ... 2306.
Magenpathologie und -therapie 27.
Magensaftsekretion 1135.
Magensaftwirkungen 188.
Magenschleimhaut 625.
Magensonde, Vorrichtung in der ... zur Feststellung der unteren Magengrenze 321.
Magenspülung bei Säuglingen 1638.
Magenstätigkeit nach Faradisation 1081.
Magentherapie, Physikalische ... 869, 2252.
Magenverdauung und Fett 2308.
Malaria 2415.
Malariainfektion auf hoher See 1996.
Malariaephyllaxe 874.
Malum coxae senile 1853.
Maretin 1949, 2100.
Marmorek Serum 1759.
Masern, Lungenerkrankungen bei ... 1945.
Masernepidemie 1789.
Massage 2041.
Maulsüuche bei Menschen 229.
Meerwasser, Innerer Gebrauch von ... 2234.
Megalerythema epidemicum 1715.
Melaena, Gelatine bei ... 823.
Melaena neonatorum, Beitrag zur ... 2497.
Menorrhagien 233.
Menschen- und Tierknochen, Unterscheidung von ... 180.
Merkuro-Crème 774, 978.
Merkuriolöl 2354.
Mesotan 279, 822, 1032, 1379, 2045, 2360.
Mesotanmedikation 137.
Mesotampflaster 34.
Methylatropinum bromatum 1951.
Methylenblau bei Harnauffektionen 1291.
Metritis 1902.
Migräne 434.
Milch 1138.
Milchkonservierung mit Formalin 336.
Milchdyspepsie 2254.
Milchprüfung 674.
Milchregime 1636.
Milchzuckerbestimmung in der Milch 924.
Milzbrandserum 1131.
Milzexstirpation 377, 1427.
Milztumor 84.
 — Metakratischer ... 1769.
Mittelfußknochenbrüche 274.
Mittelohreiterungen, Antiseptische Behandlung der ... 2181.
Molkerei 430.
Moorbäder 977.
Morphium bei Herzkranken 1549.
Morphiumvergiftung 576.
Müllersches Operationsverfahren bei Spina ventosa 676.
Munderkrankung des Säuglings, Eine ... 2056.
Mundhöhlenpflege 1290.
Mundinfektion bei Operationen 1242.
Muskelatrophie, Die rheumatische ... im Gefolge von Gelenkrheumatismus 470.
Mykosis fungoides 2307.
Myomenukleation 1953.
Myotonia congenita 1541.

Nabelbrüche 1514.
Nagelkrankheiten 437.
Nährklystiere, Gebrauchsfertige ... 233.
 — und Peristaltik 1518.
Nährpräparate 1546.
Nasenobturator 481.
Nasenplastik 181.

Nasenseptum, Perforation des ... 1515.
Nasentherapie 1951.
Natrium salicylicum und Harnapparat 1901.
Nebennierentrakt 632.
Nebennierenpräparate 775.
Nephrektomie 134, 331, 627.
 — wegen Tumor 866.
Nephritikerharn, Fehlen von Zylindern im ... 476.
Nephritis, Wägungen bei ... 2428.
Nephritistherapie 2418.
Nephritis 1244, 1337, 1902.
 — bei Syphilis 230.
 — Heilung von ... 330.
Nephritisdiät 865.
Nephritis heredo-syphilitica 1471.
Nephritis und Klima 1715.
Nephropexie 2201.
Nervendehnung 1425.
Nervenpfropfung bei Gesichtslähmung 476.
Nervenregeneration 1863.
Neugeborenen, Temperaturmessung des ... 1029.
Neuronal 2095, 2202.
Neutuberkulin 2244.
Netzhautablösung 1335.
Netz als Schutzorgan 2039.
Nierenchirurgie und Syphilis 770.
Nierenentkapselung 1135.
Nierenkrankheiten, Diätetik der ... 383.
Nierensteine, Diagnose und Operation der primären ... 1013.
 — Lösung von ... 1719.
Nierensteinkoliken 1031.
Nierentherapie 2145.
Nierentuberkulose 1248, 1294.
Notverbandpäckchen 975.

Oberschenkeladiaphyse, Resektion der ... 830.
Obstipation 1186.
Obstipatio spastica 24.
Obstipation im Säuglingsalter 979.
Ödeme 2097.
Ödem, Akutes ... 1333.
 — Hartes traumatisches ... 718.
Ödeme, Mechanische Behandlung der ... 1885.
Okkulte Blutungen bei Ulcus ventriculi 6'9.
Okkulte Mogenblutungen 2510.
Ösophagus, Sondierungsverletzungen des ... 717.
Ohr und Arzneimittel 1290.
Ohrrensausen bei progressiver Paralyse 1413.
Ohrerkrankungen, Maritimes Klima und ... 2400.
Ohrfurunkulose 1045.
Operation bei Diabetikern 1637.
Ophthalmie, Skrofulöse ... 2417.
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 1084.
Orchidopexie nach HAHN 1795.
Orientbeule 2315.
Orthopädie, Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen ... 21.
Osmotischer Blutdruck 1134.
Ösophagusfremdkörper 1136.
Osteomalacie und Diabetes mellitus 1663.
Osteomalacie, Senile ... 926.
Osteoplastik 1247.
Otogene Senkungsabszesse 557.
Otolithiasis 2141.
Ovarialabszesse 2199.
Ozaena, Parafininjektionen bei ... 435.

Pädiatrische Reiseindrücke 2207.
Pankreas bei Arteriosklerose 2511.
Pankreasaffektionen 1994.
Pankreasämorrhagie 769.
Pankreatitis 987.
Panophthalmie, Alkoholverband bei ... 1812.
Paquelinheilmittel 332.
Paralysis agitans 1597.
 — Bewegungstherapie bei 818.
Paralyse, Progressive ... 1333.
 — Frühdiagnose der progressiven ... 1317.
Paraurerthralgänge 183.
Pegnin 628.
Pegninmilch 481.
Pellagra 390.
Penisfraktur 772.
Pepsin bei Magenkrankheiten 2466.
Peptonklysmen 973.

Perdynamin 1763.
 — und Lecithin-Perdynamin 909.
Perikarditis, Chirurgische Therapie der ... 2464.
Perikarditis, Eitrige ... 1856.
Peritoneum und Darminhalt 1343.
 — und Infektion 2304.
Peritonitis, Tuberkulöse ... 1517.
Peritonitis tuberculosa 2461.
Pfortaderthrombose 1994.
 — Aszites bei ... 376.
Pharynxkarzinom 2468.
Phlebälgien 1760.
Phlegmasia und chlorarme Diät 781.
Phonendoskop 1424.
Phosphaturie 2413.
Phosphorsäure 1998.
Phosphorvergiftung, Die Therapie der akuten ... 513.
Phototherapie bei Lupus 527.
Physikalische Heilmethoden in der Geburtshilfe 1470.
Phytin 1998.
Pilulae Solveoli Jasper 36.
Placenta praevia 529.
Plätschergeräusch bei Magenstenosen 819.
Plattfußbehandlung 432.
Pleura, Resorption durch die ... 1334.
Pleuraxsudat, Ist die ausschließlich medikamentöse Behandlung von ... zulässig? 1741.
Pleuritis, Luftinjektion bei ... 91.
Plexuslähmungen 779.
Pneumokokkenperitonitis 2097.
Pneumoniebehandlung 1900.
Pocken 2005.
Polymyositis 1132, 1768.
Priapismus 1992.
Primäraffekte, Fehldiagnosen extragenitaler ... 801.
Prolapsoperation 1905.
Prostata bei Kindern 1030.
Prostatahypertrophie 1554.
Prostatektomie 1864.
Prostatitis 927, 2307.
Protargol 578, 1138, 1291.
Protylin 1902, 2298.
Protylin-Roche 824, 2146, 2251.
Pseudoleukämie 2364.
Pseudorheumatismus, Tuberkulöser ... 1769.
Pseudoascites 1851.
Psoriasis 1378, 1810.
Psoriasisstherapie 481.
Psychosen, Postoperative ... 380.
 — bei perniziöser Anämie 381.
Psychotherapie bei Kindern 2056.
Puerperale Infektion 438.
 — Sepsis 82.
Puerperalfieber 676.
 — Serumtherapie bei ... 2513.
Puls beim Neurastheniker 1136.
Pulsveränderung bei Schließen und Öffnen der Augen 261.
Pupillenreaktion, Paradoxe ... 230.
Purgen 2044, 2418.
Puro 1082, 1689, 2350.
Purpura 276.
Pustula maligna 1998.
Pyämie 1598.
 — puerperale ... 1595.
Pyramidon 280, 2000.
 — Salzsäures ... 137.
Pyloruspalpation 1079.

Quadricepsplastik 181.
Quecksilber, Lokalisation des ... bei Hg-Vergiftung 1025.
 — Lokalisation des ... 1468.
Quellenprodukte Teplitz 2319.

Rachitis 484.
 — Kalkresorption bei ... 1095.
 — Lichttherapie der ... 2151.
Radiator 1241.
Radiographische Befunde bei intermittierendem Hinken 605.
Radiometrische Untersuchungen 2261.
Radiotherapie bei Fibromen 1480.
 — bei Magentumoren 1899.
Radium 1137, 1336, 1598, 1808, 2140.
Radiumstrahlen 234, 1996.
Refraktometrische Eiweißbestimmungen 2198.

- Rektalernährung* 533.
Respirationsstrakt, Entzündungen des ... 2350.
Retroflexio uteri 279.
Rheumasan 1336, 1474, 1761.
Rheumatismus, Chronischer ... 1239.
— Infantiler ... 1187.
Rhodanverbindungen 821.
Röhrenknochen bei Kindern 1552.
Röntgentherapie des Karzinom 887.
— von Karzinomen 2358.
— bei Krebs 928.
Röntgenstrahlen, Diagnostik mit ... bei Schwangerschaft 1675.
— und innere Organe 1637.
Rückenmark bei Strychninvergiftung 1522.
Ruhr 1426.
— im Kindesalter 337.
Rumination 588.
- Sahlis Mageninhaltuntersuchung* 231.
Sahlisches Reagens 2252.
Salbeblätter 1954.
Salil 1082.
Salizylsäure in Früchten 2417.
Salizyltherapie, Intravenöse ... 2046.
— und Niere 1718.
Salocrool 1083.
Salophen 871.
Samenblasenerkrankungen 1581.
Sanatogen 332, 1719.
Sanduhrmagen 1077.
Sauerstoff bei Dyspnoe 1242.
Sauerstoffwirkung auf die Haut 774.
Säuglingsernährung 235, 239, 1601.
Säuglingspneumonie 2197.
Scarlatina, Latente ... 479.
Schädeldefekte, Behandlung der ... 2341.
Schädelpunktion 987.
Scharlach 672.
Scharlachepidemie durch Milch verunsacht 720.
Schilddrüse, Physiologie und Pathologie der ... 889.
1097.
Schilddrüsentherapie 2200.
Schlaflosigkeit 871, 1386.
Schlaf, Pathologischer ... 1815.
Schmerzbetäubung 2145.
Schrumpfnieren 673.
Schulärztlicher Dienst 1981.
Schulärzte, Aufgaben der ... 2057.
Schule und Auge 1866.
Schulterblatthochstand 329, 2248.
Schultergelenksversteifungen 1853.
Schulterverletzung und Wundstarrkrampf 1864.
Schwangerschaft, Unterbrechung der ... 32, 1523.
Schwangerschaftslähmungen 1469.
Secale-Ersatz 1679.
Seehospize 387.
Seeklima, Einfluß des ... auf tuberkulöse Gelenk- und Knochenaffektionen 2186.
— und Tuberkulose 2239.
Seekrankheit 1554.
Sekretorische Nerven des weichen Gaumens 213.
Sehnenluxation 1334.
Sehnenplastik 781.
Sehnenreflexe 868.
Sehschärfe und Zirkulation 1845.
Seide, Sterilisation von ... 873.
Seifendeseinfektion 1903.
Selbstmord durch Abbeißen der Zunge 2250.
Senfvergiftung 1083.
Sensiblen Nervenfasern, Peripherische Abstammung von ... 1378.
Sepsin 1095.
Sepsis, Heilung der akuten ... 328.
Septische Wunden 2512.
Serum antithyroidien 873.
Seruminjektion, Tod nach ... 1479.
Serumtherapie 977.
— des Gelenkrheumatismus 2253.
Sesambeine, Luxation der ... 2095.
Sexuelle Verirrungen 1906.
Siegellack, Hygienischer Wert des ... 2413.
Skoliose, Empyematische ... 1854.
Skorbut im Kindesalter 1640.
Solbäder 1636.
Somatose 186.
Soziodol-Natrium bei Genitalerkrankungen 870.
- Speiseröhre*, Fremdkörper in der ... 1286.
Speiseröhrenerweiterung, Idiopathische ... 1757.
Spiegelsphygmograph 1549.
Spina ventosa, Therapie der ... 185.
Splenektomie 1076.
— nach Milzruptur 1641.
Spondylitis 2000.
Sprachstörungen bei Neurasthenikern 1342.
Sprunggelenkes, Resektion des ... 413, 762.
Sputumvirulenz 1140.
Staarschnitt, Naht beim ... 434.
Stauung bei Eiterungen 2368.
Steifhaken 383.
Sterilisierung 1337.
Sterilität, Therapie der ... 873.
Stethoskop, Verbesserung des ... 1550.
Stickstoffverteilung im Harn des Gesunden ... 924.
Stimmbandlähmung 1553.
Stimmritzenkrampf 1079.
Stomachikum 36.
Streptokokkenserum 1094.
Strikturbehandlung 2099.
Strophantin 381.
Strophantus 1997.
Strychninvergiftung 380.
Styptizin 2203.
Styptizinoatta 1901.
Styptol 1555, 2045, 2100, 2253.
Sublimat bei infantiler Syphilis 2412.
Sublimatinjektionen 1473.
Suprarenaden 1953.
Suprarenin 435.
Symphysenruptur während der Geburt 1759.
Syphilis 1993.
— am Affen 1803.
— auf Affen 781.
— Bakteriologische Versuche bei ... 1759.
— Blut bei ... 390.
— des Zirkulationsapparates ... 2105.
— Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser ... 326.
— ohne Affektion des Lymphsystems 813.
— Toxische und immunisierende Substanzen bei ... 1908.
— und Leukoplakie 1633.
— und Tabes 1896, 2468.
Syphilisimpfung am Affen 1559.
Syphilisserum 2411, 2055.
Syphilistherapie nach RIEHL 2248.
Syphilisvererbung 2096.
Syphilitische Gravidität 233.
Syringomyelie 2199.
Syrupus Kolae compositus Hell 675.
Syrupus und Capsulae Guajakoli composit. Hell 928.
- Tabakrauchen*, Hygiene des ... 165.
Tabes, Aneurysma 1995.
— juvenilis 2141.
— Pathogenese der ... 974.
Talmaische Operation 575, 1515.
Tannalbin 482, 1138, 1852.
Tannigen 1032.
Temperaturmessung 433.
Terpentin bei Pneumonie 333.
Tetanie 275.
— bei Pyloruskarzinom 486.
Theocin 86, 213, 723, 1430, 1555, 2247, 2514.
Thermalieber 1522.
Thermische Reize und Herz 2515.
Thigenol 675, 1189, 1680.
Thiocol 533, 721, 775, 1952.
Thiosinamin 1380, 1763.
Thromsische Krankheit 719.
Thyreoiditis 1551.
Thyreoprive 1142.
Tonsillaranginen, Abortivbehandlung der ... 873.
Tonsillensteine 2142.
Tophi der Ohrmuschel 2041.
Torticollis spasticus 85.
Totenstarre des Fötus 1132.
Tracheotomie, Blutungen bei ... 1513.
Trachom, Jodapplikation bei ... 663.
— Röntgentherapie des ... 721.
— Therapie des ... 136.
Trauma und Hirnveränderung 378.
— und Syringomyelie 1468.
Trepanation 972.
- Tic convulsif* 1621.
Trichinosis 1949.
Triferrin 628.
Trigemin 533.
Tropenhygiene 1960.
Trunksuchtbehandlung 576.
Trypanosoma 2354.
Trypsinverdauung 1953.
Tsetsefliegen 1639.
Tubargonorrhöe 1378.
Tuberkelbazillen in Hydrokelen 288.
Tuberkelbazillus, Auswurf als Nährboden des ... 1184.
Tuberculides cutaneas 679.
Tuberkulide 2076.
Tuberkulin 775.
— Koch 673.
— bei Augentuberkulose 2253.
Tuberkulose, 1865.
— des Kehlkopfs 35.
— der Diaphysen der Röhrenknochen 441.
— Der vererbte Locus minoris resistentiae bei ... 2035.
— und Gravidität 2462.
— und Schwangerschaft 681.
— und Wohnung 29.
— Über ... 237.
Tuberkuloseantitoxin 1637.
Tuberkulosebekämpfung 478.
Tuberkulöse Drüsen am Halse 1425.
Tuberkuloseforschungen 1196.
Tuberkulöse Gelenkerkrankungen, Behandlung von ... 2369.
Tuberkuloseinfektion 2040.
Tuberkuloseimpfung 1555.
Tuberkulöser Käse 2250.
Tuberkulotherapie 1856.
Tumoren, Übertragbarkeit der ... 1986.
Thymianpräparate 332.
Typhus bei Kindern 1517, 1996.
— Darmperforation bei ... 1240.
Typhusbazillen im Harn 1285.
— im Wasser 529.
Typhusdiagnostikum 572, 1139.
— FICKER 88, 979.
Typhushandschuhe 1292.
Typhuskranker, Serum ... 1910.
Typhusprophylaxe 871.
Typhus recurrens, Serodiagnose des ... 1910.
- Ulcus cruris* 279, 528.
— ventriculi 1855.
Unfallchirurgie, Das Wesen und die Bedeutung der ... 2029.
Urämie 335.
— Lumbalpunktion bei ... 1031.
Urämische Lähmungen 2357.
Uretereinpflanzung in die Blase 1241.
Ureterligatur 1522.
Urotropin und Scharlachnephritis 1297.
Uterus, Pharmakologische Versuche am ... 1851.
Uterusblutung 1763.
Uterusxstirpation, Abdominelle ... 1911.
Uteruskarzinom, Unterbindung der Beckengefäße bei ... 2463.
Uterusmyome, Therapie der ... 1674.
- Vaccination antirabique* 530.
Vaginale Injektionen 278.
Vaginale Operationsmethoden 132.
Validol 978.
Valyl 574.
Vanadin-Sanguinal 576.
Vaselininjektionen bei Arthritis 187.
Vasomotoren bei Hydrotherapie 2512.
Venae suprahepaticae, Okklusion der ... 1682.
Venendruck, Ein Apparat zum Messen von ... 961.
Venenpuls 985, 1094.
Venenpulse bei Leberzirrhose 1513.
Verdauung 192.
— und Assimilation 2006.
Veronal 33, 436, 333, 720, 1033, 1471, 1719, 1903.
1999, 2145, 2516.
Vioform 1897, 2100.
Vibrationsgefühl 1550.
Volarton 925.
Vulvovaginitis der Kinder 182.

Wanderlappen 2142.
 Wanderleber 1185.
 Wanderniere 1376, 1556.
 Wärmeproduktion im Bade 1027.
 Wärmestichhyperämie 671, 1634.
 Wärmestrahlung, Schutz gegen ... 676.
 Wärmetherapie 1597.
 Wasserausscheidung im Fieber 870.
 Wasserstoffsuperoxyd 2145, 2198.
 — Merck 627.
 Wassertrinkkuren 2463.
 Weibliche Sexualorgane, Entzündungen der ... 2355.
 Welandersche Übererstreichungen 2409.
 Westphalsches Phänomen bei Pneumonie 674.
 Widalsche Reaktion bei Gelbsucht 133.
 Wirbelsäule, Syphilitische Erkrankungen der ... 13.
 Wisnuthoxyd, Kolloidales ... 722,
 Wolfsbisse 2253.
 Wundbehandlung nach biologischem Prinzip 429.
 Wundinfektion durch Sprechen 1330.

Xeroform 573, 719, 1028, 1855.
 Xeroformsalbe 433.

Yersinserum 1244, 1680.

Zahnextraktion 1027.
 — Komplikation einer ... 331.
 Zahnkaries 822.
 Zellenmechanik und -Leben 1933.
 Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchungen der ... 2081.
 Zoster und Pneumonie 1716.
 Zuckerzerstörendes Ferment im Tierkörper 232.
 Zungenanomalie 772.
 Zungenwurzel, Atrophie der ... 1551.
 Zwangsgeburten 680.
 Zwerchfell und Atmung 430.
 Zwerchfellathmung 1989.
 Zwerchfellchirurgie 986.
 Zypressenöl bei Keuchhusten 1710.
 Zytodiagnostik 276, 1635.

II. Feuilleton, Standesangelegenheiten, Tagesgeschichte etc.

Akademische Fragen 43, 140, 337, 580.
 Albert R. v. Reder † 2008.
 Berliner Briefe 37, 281, 777, 1519, 2001.
 Budapester Briefe 189, 577, 1191, 1339, 1955, 2259.
 Das November-Avancement der Militärärzte 2208.
 Der Kampf gegen die registrierten Hilfskassen 728, 1817.
 Der Neubau des Wiener allgemeinen Krankenhauses 1297.
 Die Arbeiterversicherung der Zukunft 2476.
 Die Krankenpflege im modernen Staate 2203.
 Die Schularztfrage in Wien 1145.
 Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1859, 1905.
 Geheimnisse des Lebens und des Geistes 2361.
 Gesundheitslehre in den Volksschulen in England 2147.
 Karl Rokitsansky 392.
 Lebensbilder aus halbvergangener Zeit 385.
 Moderne sozialärztliche Bestrebungen 875.
 Naturheilkunde und wissenschaftliche Medizin 2419.
 Nauheimer Brief 1475.
 Neunter österreichischer Aerztekammetag 1961.
 Pariser Briefe 629, 1557, 1813.
 Römischer Brief 90.
 Syphilis, Schwangerschaft und Vererbung 2047.
 Über die Berechtigung zur Tötung 1765.
 Über Form und Inhalt der medizinischen Literatur 2311.
 Vom zweiten österreichischen Krankenkassentage 1345.
 Zum Kapitel „Kurpfuschertum“ 1193, 1245.

Zur Geschichte der Kinderheilkunde 1381.
 Zur Jahreswende 1903—1904 45.
 Zur Kenntnis der älteren medizinischen Literatur in Wien 2255.

III. Literarische Anzeigen.

Abderhalden E.: Bibliographie der Alkoholliteratur 188.
 Abel: Vaginale und abdominale Operationen 533.
 Apert E.: Die Gicht 1246.
 Arbeiten aus dem Gebiete der klin. Chirurgie 189.
 Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte 1954, 2256.
 Bartsch H.: Bis der Arzt kommt 236.
 Bäumer E.: Die Geschichte des Badewesens 1085.
 Beckmann H.: Das Eindringen der Tuberkulose etc. 2312.
 Belot: La Radiotherapie 1681.
 Benedikt M.: Kristallisation u. Morphogenesis 1292.
 Bethe: Allgem. Anat. u. Phys. d. Nervensystems 2255.
 Beuttner O.: Gynaecologia Helvetica 629.
 Bock E.: Die Brille und ihre Geschichte 282.
 Boldt J.: Das Trachom etc. 1246.
 Borst M.: Die Lehre von den Geschwülsten 2360.
 Bum A.: Lexikon d. physikalischen Therapie etc. 385.
 Casper L.: Lehrbuch der Urologie 37.
 Celli A.: Manuale dell'igienista 778.
 Chiari O.: Krankheiten der oberen Luftwege 776.
 Czerny u. Keller: Des Kindes Ernährung etc. 1904.
 Dapper, Kochsalzquellen Homburg 2148.
 Deutsch E.: Prof. LANGS Therapeutik 679.
 Deutsch u. Feistmantel: Impfstoffe und Sera 1680.
 Dölger R.: Die Mittelohreiterungen 534.
 Donath: Einrichtungen zur Erzeugung von Röntgenstrahlen 1904.
 Ehrnrooth: Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung 1476.
 Eichhorst H.: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1474.
 Emmerich u. Trillich: Anleitung zu hygienischen Untersuchungen 630.
 Engel Bey Fr.: Das Winterklima Ägyptens 1955.
 Eulenburg, Kolle u. Weintraud: Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethoden 2419.
 Fink F.: Erfolge der Karlsbader Kur etc. 876.
 Finkelstein u. Ballin: Die Waisensänglinge Berlins 1556.
 Fischer M.: Laienwelt und Geisteskranke 334.
 Fraenkel E.: Hygiene des Weibes 825.
 Francke K.: Die Reizlehre etc. 1955.
 v. Frisch u. Zuckermandl: Handbuch der Urologie 576.
 Frühwald: Kompendium d. Kinderkrankheiten 1720.
 Georges Th.: Das Kind im ersten Lebensjahr 483.
 Gocht: Handbuch der Röntgenlehre 1139.
 Goldberg P.: Verhütung der Harninfektion 1192.
 Hanauer W.: Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten 724.
 Hammerschlag V.: Therapie der Ohrenkrankheiten 1245.
 Heim L.: Lehrbuch der Hygiene 384.
 Hey J.: Das Gansesche Symptom 2000.
 Hirschfeld M.: Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen 1859.
 Hofbauer L.: Semiologie der Kurzatmigkeit 2101.
 Hoffa A.: Technik der Massage 138.
 Holst v.: Erfahrungen aus einer 40jährigen neurologischen Praxis 2147.
 Hueppe F.: Körperübungen u. Alkoholismus 1558.
 Jacobi E.: Atlas der Hautkrankheiten etc. 1721.
 Kahane Max: Therapie d. Magenkrankheiten 1811.
 Kamen L.: Anleitung zur Durchführung bakteriologischer Untersuchungen etc. 1638.
 Kehr H.: Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien 2469.
 Kirchner M.: Hygiene u. Seuchenbekämpfung 2047.
 Kisch E. H.: Das Geschlechtsleben des Weibes 1338, 2469.
 Klemperer F.: P. GUTTMANN'S Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethoden 1084.
 Klemperer G.: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik 2002.
 Klopstock M. u. Kowarsky A.: Praktikum d. klin. chem.-mikroskop. und pathol. Untersuchungsmethoden 2048.
 Koch R.: Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens 77.
 Kocher Th. u. F. de Quervain: Enzyklopädie der gesamten Chirurgie 482.
 König: Ohruntersuchungen i. d. Dorfschule 2203.
 König J.: Die menschlichen Nahrungs- und Genußmittel 1084.
 Körner O.: Die otitischen Erkrankungen des Hirns etc. 1033.
 Kornfeld F.: Gonorrhöe und Ehe 1339.
 Kretz R.: Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin 236.
 Kuhn O.: Medizinisches aus der altfranzösischen Dichtung 2362.
 Kurella H.: Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit 2362.
 Küster E.: Chirurgie der Niere etc. 437.
 Labbé M.: La Cytodiagnostic 190.
 Lang E.: Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten 1858.
 Laquer: Höhenkuren für Nervenleidende 1601.
 Lazarus: Pathologie und Therapie der Pankreas-erkrankungen 1519.
 Lehmann und Neumann: Atlas und Grundriß der Bakteriologie etc. 1764.
 Lenhartz H.: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett 386.
 Lesser A.: Stereosk.-gerichtsärztl. Atlas 2516.
 Liebmann A.: Stotternde Kinder 1557.
 Lipowski J.: Leitfaden der Therapie innerer Krankheiten 438.
 Mackenzie James: Die Lehre vom Puls 628.
 Magnus H., M. Neuburger und K. Sudhoff: Abhandlungen zur Geschichte der Medizin 2362.
 Marfan: Handbuch d. Säuglingsernährung 2468.
 Martin A.: Diagnostik der Bauchgeschwülste 2420.
 Martius F.: Pathogenese innerer Krankheiten 38.
 Menge: Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane des Weibes 2002.
 Menzer: Behandlung der Lungenschwindsucht 1811.
 Mergé und Feindel: Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung 874.
 Mering: Lehrbuch der inneren Medizin 1810.
 Mitlacher W.: Toxikologisch oder forensisch wichtige Pflanzen und vegetabilische Drogen etc. 1475.
 Möbius P. J.: Geschlecht u. Unbescheidenheit 678. — Geschlecht und Kopfgröße 2204.
 Moeller und Thoms: Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie 90.
 Nagel W.: Handbuch der Physiologie 2102.
 Neumann H.: Behandlung d. Kinderkrankheiten 38.
 Neurath R.: Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens 1599.
 Odier R.: La Rachicocainisation 1294.
 v. Oefele: Der Aberglaube in der Krankenstube 2516.
 Oppenheim K.: Säuglingsernährung 2312.
 Ott A.: Chemische Pathologie d. Tuberkulose 1245.
 Paschkis: Kosmetik für Ärzte 2311.
 Pezzoli u. Porges: 12.000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten 235.
 Posner C.: Therapie der Harnkrankheiten 282.
 Raacke: Die transitorischen Bewußtseinstörungen der Epileptiker 1191.
 Richter Gustav: Unser Kind 929.
 Riegel F.: Die Erkrankungen des Magens 534.
 Ries K.: Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen 724.
 Rösner: Sympathische Ophthalmie 1905.
 Roth E.: Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land etc. 1381.
 Runge M.: Lehrbuch der Gynäkologie 980.
 Schenk F.: Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes 678.
 Schilling F.: Krankheiten der Speiseröhre 825.
 Schjerning O.: Bibliothek v. COLLEA Bd. I u. X 678.
 Schloss H.: Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten 90.
 Schmidt A.: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 979.
 Schmid C. H.: Repetitorium d. inneren Medizin 138.

- Schmidt E.: Liebe und Ehe in Indien 2470.
 Schotten: Angeborene Pylorusstenose 2256.
 Schreiber E.: Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter 335.
 Schreiber J.: Rekto-Romanoskopie 1140.
 v. Schrenck-Notzing: Die Trautänzlerin Magdelaine G. 1639.
 Seegen S.: Ges.-Abb. u. d. Zuckerbildung i. d. Leber 777.
 Seeligmüller A.: Kopfschmerz 980.
 Senator u. Kammer: Krankheiten u. Ehe 1430.
 Silber M.: Bekämpfung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten 724.
 Sonnenburg u. Mühsam: Kompendium der Operations- u. Verbandtechnik 875.
 Spitzmüller W.: Therapie und Heilerfolge bei Kinderskroflose etc. 1520.
 Steinbüchel, B. v.: Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshilfe 1034.
 Stenger: Die otitische Hirnsinusthrombose 1140.
 Thiemich M.: Stillfähigkeit und Muttermilchernährung 2102.
 Tizzoni-Panichi u. Roemer: Behandlung der Hypopion Keratitis 1430.
 Trumpp: Gesundheitspflege im Kindesalter 2204.
 Tuberkulosearbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte 2420.
 Türk W.: Vorlesungen über Hämatologie 2001.
 Tyrman: Verletzungen des Ohres 1814.
 Unger L.: Das Kinderbuch d. BARTH. MÜSLINGER 2148.
 Vilas H. v.: Der Arzt und Philosoph ASKLEPIADES von Bithynien 1519.
 Waldheim F. v.: Beitr. zur Physiologie und Pathologie der Haut 1381.
 Waldvogel R.: Die Azetonkörper 930.
 Weil M.: Operative Behandlung der Hirngeschwülste 825.
 Wenker H.: Beitr. z. Frage d. Volksheilstätten 1191.
 Wenckeberg K. F.: Die Arrhythmie etc. 437.
 Winkel F. v.: Handbuch der Geburtshilfe 334.
 Wolff G.: Psychiatrie und Dichtkunst 1765.
 Woltmann: Polit. Anthropologie 1518.
 Ziehen: Psychiatrie für Ärzte und Studierende 483.
 Zondeck: Die Topographie der Niere 1557.
 Zweifel P.: Lehrbuch der Geburtshilfe 281.

IV. Verhandlungen ärztlicher Vereine und Kongresse.

- Aus englischen Gesellschaften 41, 335, 680, 1392.
 Aus französischen Gesellschaften 287, 485, 681, 1143, 1479, 1559, 1639, 1768, 1816.
 Aus italienischen Gesellschaften 389, 1522, 1681.
 Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands 192, 237, 632, 1442, 1560, 1600, 1721, 2366.
 Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 140, 238, 289, 336, 391, 439, 487, 536, 581, 633, 726, 887, 988, 1041, 1095, 1248, 1296, 1344, 2108, 2207, 2264, 2318, 2428, 2516.
 V. Internationaler Dermatologenkongreß 1908, 1957, 2004, 2054, 2105, 2155, 2205, 2314.
 K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 441, 888, 1096, 2368.
 21. Kongreß für innere Medizin 826, 884, 986, 1039, 1094, 1140, 1194, 1341.
 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 780, 828, 886, 936, 985, 1040, 1142, 1246, 1294, 1343, 1389, 1431.

75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 40, 191, 285, 387, 437, 483, 534, 679, 724, 1478.
 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau 1863, 1910, 1960, 2006, 2056, 2151, 2262, 2316, 2364, 2426, 2474.
 Wiener medizinisches Doktorenkollegium 139, 681.

Allgemeine Militärärztliche Zeitung.

Autorenverzeichnis.

- Albers, Berlin, 30.
 Brotner, Augsburg, 42.
 Bungereoth, Bonn, 31.
 Buraczynski, Wien, 65.
 Burk, v., Berlin, 27.
 Buttner, München, 31.
 Derlin, Stettin, 61, 79.
 Dieterich, Darmstadt, 29.
 Doelger, München, 13.
 Enderlen, Marburg, 29.
 Engel, Berlin, 45.
 Focke, Berlin, 59.
 Friedrich, Schleswig, 78.
 Hildebrandt, Berlin, 11, 60.
 Hirz, Wien, 17.
 Hoffmann, Berlin, 60.
 Hummel, München, 14.
 Jürgens, Berlin, 12, 14.
 Koch, Berlin, 11.
 Kretzschmar, Bonn, 46.
 Krulle, Berlin, 13.
 Majewski, Znaim, 1, 33, 55.
 Martins, München, 30.
 Massen, Bonn, 46.
 Mathiolius, Berlin, 41.
 Matthiolius, Yokohama, 73.
 Meinhold, Neu-Ruppen, 4.
 Nicolai, Berlin, 58.
 Popiel, Przemysl, 31.
 Raif Effendi, Konstantinopel, 10.
 Ramin, Berlin, 78.
 Rapp, Berlin, 13.
 Reiske, Hildesheim, 44.
 Röse, Dresden, 76.
 Rothenascher, Passau, 75.
 Schjerning, Berlin, 40.
 Schlayer, Stuttgart, 43.
 Schmidt, Berlin, 12.
 Schmidt, Leipzig, 74.
 Scott, Chicago, 36.
 Steiner Johann, Wien, 49.
 Steuber, Custrin, 3.
 Stier, Berlin, 77.
 Stockum, Berlin, 74.
 Thöle, Straßburg i. E., 15.
 Vith, Nürnberg, 79.
 Wagner, Darmstadt, 59.
 Weindel, München, 14.
 Wells, Chicago, 36.
 Wendel, Tientsin, 76.
 Widenmann, Berlin, 46.
 Wieting, Konstantinopel, 10.
 Willinger, Breslau, 42.
 Wirth v. Würthenau, Mülhausen i. E., 28.
 Wossidlo, Berlin, 77.

Sachregister.

- Abwässer, Entfernung der ... 30.
 Albuminurie, Physiologische ... 13.
 Armee, Prophylaxe der venerischen Erkrankungen in der ... 65.
 Asepsie im Felde 79.
 Augenuntersuchung von Soldaten 58.
 Bauchschüsse, Perforierende ... 29.
 Bursitis acromialis 79.
 Das Mai-Avancement 48.
 Die Neuauflage des Kriegssanitätsreglements 62.
 Digitalisvergiftung in militärärztlicher Hinsicht 59.
 Eiterniere 31.
 Epilepsie 78.
 Explosionsschüsse 11, 60.
 Feldtrage, Eine neue Suspensionsart der ... 1.
 Festungskrieg 31.
 Fingerbrüche 59.
 Geschößextraktion aus dem Gehirne 10.
 Gipschiene im Feldgebrauch 74.
 Harnorgane 77.
 Hautsyphilide 60.
 Invalidenprüfung 31.
 Japanische Kriegslazarette 73.
 Japanisches Marinesanitätswesen 41.
 Jean Dominique Larrey in den österr. Feldzügen 1805 und 1809 49.
 Kniegelenkerguß 12.
 Knochennaht 61.
 Körperlängsschüsse 40.
 Kriegschirurgie, Der heutige Stand der ... 15.
 Malaria bei der deutschen Besatzung in Shanghai 13.
 Meningitis, Geheilte ... 44.
 Militärarzt, Der ... als Hilfsorgan bei der Armee im Felde ... 17.
 Militärsanitätswesen in Ostasien 30.
 Myositis ossificans 29.
 Nierenchirurgie 78.
 Ödem, Hartes, traumatisches ... des Handrückens 44.
 Ohr, Luetiche Erkrankungen des ... 13.
 Paratyphus 36.
 Psychosen in der Armee 77.
 Räderbahn, Zusammenlegbare ... 45.
 Röntgenapparat im Feldlazarett 43.
 Ruhr, Ätiologie der ... 12.
 Sanitätstechnische Versuche im Gelände 33.
 Sehprüfung bei Rekruten 75.
 Schlachtfeld, Verband auf dem ... 74.
 Sprengwirkung penetrierender Projektile 28.
 Tränenrüse, Luxation der ... 42.
 Transport, Improvisierter ... Kriegsverwundeter in gedeckten Eisenbahnwaggons 55.
 Tropenarzt, Der deutsche Sanitätsoffizier als ... 3.
 Typhus bei den deutschen Truppen in Tientsin 76.
 — Bekämpfung des ... 11.
 — ohne EBERGISCHE Bazillen 14.
 Typhusepidemie, Die ... beim II. Bataillon des Infanterie-Regimentes Nr. 124 27.
 Unterkieferbruch 42.
 Winterkurorte, Südliche ... 46.
 Zähne und Militärtauglichkeit 76.

Verhandlungen militärärztlicher Vereine.

- Aus österreichischen militärärztlichen Gesellschaften 31.
 Aus militärärztlichen Gesellschaften Deutschlands 13, 46, 77.

Literarische Anzeigen.

- Roths W. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens 13, 45.

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 Redaktion 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. 90 Mrk., halbj. 45 Mrk., viertelj. 22 1/2 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 spaltige Nonpareille-Zelle 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule. Von Hofrat Prof. I. NEUMANN. — Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie. Von Dr. OSKAR V. HOVORKA, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien. — Zur Frage von der Obstipatio spastica. Von Dr. med. und phil. P. PRENGOWSKI. — Revue. Aus den neuesten Publikationen auf dem Gebiete der Magenpathologie und Therapie. — Referate. ROMBERG und HAEDICKE (Marburg): Über den Einfluß der Wohnung auf die Erkrankung an Tuberkulose. — ALFRED GROSS (Kiel): Beobachtungen über Amöbenenteritis. — H. BRAUN (Leipzig): Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebsinjektionen. — VIKTOR SCHULTZ (Petersburg): Ein Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Dysmenorrhoe. — Aus der Kgl. dermatologischen Klinik (Vorstand Prof. Dr. POSSELT) in München. OSWALD SIGMUNDT: Über interne Gonorrhoebehandlung mit Helmitol. — RUDOLF KARB (Prag): Über 50 Fälle vorzeitiger künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft. — HARTMANN (Kassel): Ein Beitrag zur Behandlung der Ischias. — L. W. WEBER (Göttingen): Über Versuche mit Veronal, einem neuen Schlafmittel. — J. BAER (Straßburg): Die Pockenerkrankungen in Straßburg i. E. im Sommer 1903. — BERTRAND: Nouvelles recherches sur l'arsenic de l'organisme. Présence de ce métalloïde dans la série animale. — Kleine Mitteilungen. Zur Verhütung des Jodismus. — Mesotanpflaster. — Die Therapie bei Kehlkopf-tuberkulose. — Dionin. — Die Bedeutung der Bittermittel für die Verdauung. — Helotsanguinal. — Über Faradisation bei Dysmenorrhoe. — Pilulae Solveoli Jasper. — Eine Probe zum Gallenfarbstoffnachweise im Harne. — Ein Medikament bei Herpes zoster. — Zur Behandlung der Dysenterie in den Tropen. — Ein appetitanregendes Mittel. — Literarische Anzeigen. Lehrbuch der Urologie. Von Dr. LEOPOLD CASPER, Privatdozent an der Universität Berlin. — Pathogenese innerer Krankheiten. Von Professor Dr. FR. MARTIUS, Rostock. — Über die Behandlung der Kinderkrankheiten. Von Dr. H. NEUMANN, Privatdozent. — Feuilleton. Berliner Briefe (Orig.-Korresp.) I. — Verhandlungen Ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 25. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XIV. — Aus englischen Gesellschaften (Orig.-Ber.) Akademische Fragen. Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister. Von Professor Dr. MORIZ BENEDIKT. IV. — Notizen, 1903—1904. Zur Jahreswende. — Neue Literatur. — Eingesendet. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule.

Von Hofrat Prof. I. Neumann.

Syphilitische Erkrankungen der Wirbelknochen sind von pathologischen Anatomen nur in sehr spärlichen Fällen konstatiert worden; sie sind mehr die Domäne des Praktikers, der durch eine zweckmäßige antiluetische Behandlung in der Regel periostale Schwellungen gleichwie Ulzerationen der Weichteile mit konsekutiver Bloßlegung des Knochens der Heilung zuführt. Selbst bei den in der Literatur verzeichneten letal verlaufenden Fällen mangeln in der überwiegenden Mehrzahl detaillierte histologische Befunde, daher einzelne nicht ganz einwandfrei bleiben, zumal Verwechslungen mit tuberkulöser Wirbelkaries sehr nahe liegen.

Eine kurze Skizze aus der Literatur mag den Gegenstand näher illustrieren.

Die erste Beobachtung über Spondylitis syphilitica rührt von J. HOWARD¹⁾ her. In diesem Falle war plötzlicher Tod eines luetischen Weibes eingetreten; bei dessen Sektion der Zahnfortsatz des Epistropheus frakturiert war.

LEYDEN (Klinik der Rückenmarkskrankheiten, Berlin 1874) zitiert aus der Literatur mehrere Fälle syphilitischer Wirbelerkrankungen (ALLAIN, GODELIER, GROS und LANCEREAUX, WILSON, AUTENRIETH, OLLIVIER, MINICH); später berichtet derselbe Autor²⁾ über einen Mann, bei dem sich im unteren Brust-

und oberen Lendenteil der Wirbelsäule eine stumpfwinkelige Vorbuchtung zeigte, welche auf antisiphilitische Behandlung zur Heilung gebracht wurde.

Derartige Fälle sind auch von J. FRANK³⁾ SANDERSON⁴⁾, WADE⁵⁾, DEBOUT⁶⁾, ZAMBACO⁷⁾, LAGNEAU⁸⁾, PAROT⁹⁾, OGLE¹⁰⁾, CLOGUET¹¹⁾, MICHEL¹²⁾, LÜCKE^{12a)} beschrieben worden.

Drei Fälle RODERICK'S¹³⁾ betreffen eitrige Halswirbelentzündungen unsicherer Ätiologie.

LANDRIEUX¹⁴⁾ beschreibt gummöse Geschwüre an den vorderen Flächen der Halswirbelkörper mit tödlicher Blutung aus der Carotis interna; WESTPHAL¹⁵⁾ sah bei einer Frau Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen im Bereiche des Plexus pudendalis und coccygeus. Dieselbe litt an hartnäckigen halbseitigen Kopfschmerzen und Anästhesie im Bereiche der Haut der äußeren Geschlechtsteile; die Sektion ergab gummöse Zerstörung des Sakralkanals.

BECK'S¹⁶⁾ Patient hatte ein Stück des zweiten Halswirbelkörpers durch den Mund ausgeworfen. Der Fall LOMIKOWSKY¹⁷⁾,

¹⁾ Pathologie interne. Französ. Übers. BAYLES 1798.

⁴⁾ Amer. Med. Times, New-York 1845, Jan. Nr. 4 u. 5.

⁵⁾ Med. Chir. Transact., 1849.

⁶⁾ Mémoires de la Société de Chir., 1852.

⁷⁾ Traité des affections nerveuses syphilitiques, 1859.

⁸⁾ Maladies syphilitiques du système nerveux, 1860.

⁹⁾ Zitiert bei GROS und LANCEREAUX, l. c. pag. 397.

¹⁰⁾ Med. Chir. Transact., 1872.

¹¹⁾ Diction. de médecine, Paris 1822, B1. VIII, pag. 419.

¹²⁾ Diction. encyclop. des scienc. méd.

^{12a)} Berl. klin. Wochenschr., 1867, pag. 525.

¹³⁾ Med. Times, London 1839, I, 114.

¹⁴⁾ Bull. de la soc. anat. de Paris, Juli 1874.

¹⁵⁾ Charité-Annalen, 1874.

¹⁶⁾ Transact. de la soc. méd. d'Ulster 1876.

¹⁷⁾ Vierteljahrshchr. f. Dermat. u. Syph., 1870, pag. 335.

¹⁾ Praktische Bemerkungen über die Lustseuche. Deutsch von CH. F. MICHAELIS, Leipzig 1790; Bd. I.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1889, pag. 461.

in welchem bei einem 35jährigen Potator in der Höhe vom 11. Brust- bis 2. Lendenwirbel zwei faustgroße mit gelbem Eiter gefüllte Abszesse bestanden, ist nicht einwandfrei, da sich gleichzeitig neben Gummen in Gehirn und Leber Tuberkulose der Lungen und tuberkulöse Darmgeschwüre konstatieren ließen. Auch der Fall BANG¹⁸⁾ hatte früher an Skrofulose gelitten; die Sektion ergab ausgedehnte eitrige Zerstörungen an den Wirbelkörpern mit Eröffnung des Wirbelkanals, Syphilis der Leber.

GLÜCK¹⁹⁾ berichtet über eine Beobachtung von „Luxatio spontanea processus odontoidei e carie vertebrae in individuo luetic“; eine 18jährige Prostituierte hatte 6 Monate post infectionem Schmerzen in der Gegend des linken Processus mastoideus und Nackensteifigkeit, im Rachen keine Veränderungen. Beim Erheben aus dem Bette spürte sie plötzlich ein Krachen in der Tiefe des Genickes, hierauf intensive Schmerzen und Atemnot; Exitus letalis.

HAYEM²⁰⁾ beobachtete einen Kranken mit Paraplegie und progressiver Atrophie der Beine, Parese des rechten Armes und Schmerzen in den Beinen. Der Kranke starb an Gesichtarose. Die Sektion ergab Brüchigkeit des siebenten Hals- und ersten Dorsalwirbels, Ostitis rarefaciens und Eburnation der letzten Hals- und obersten Dorsalwirbelkörper. NÉLATON²¹⁾ sah einen Fall von Spondylitis cervicalis mit Lähmung der oberen Extremitäten, die sich auf die Schultermuskulatur beschränkte und auf spezifische Behandlung heilte. Derselbe Autor zitiert ferner (Pathologie chirurgicale, Tome II) einen Fall TEISSIERS, in welchem die syphilitische Exulzation der hinteren Rachenwand auf die Körper und Knorpel der drei obersten Halswirbel übergreifen hatte; einer von den Wirbelkörpern stieß sich nekrotisch ab und wurde durch den Mund ausgeworfen. MACKENZIE²²⁾ sah in einem ähnlichen Falle eine schwere, mehr als ein Liter betragende Hämorrhagie, welche wahrscheinlich aus der Arteria vertebralis stammte, nach Expektoration des Processus transversus des Epistropheus.

Sechs Beobachtungen über syphilitische Wirbelerkrankungen finden sich in LEVOTS „Des lésions syphilitiques du rachis“ 1881, eine eigene Beobachtung und die aus der Literatur gesammelten älteren Fälle von AUTENRIETH (den schon LEYDEN zitierte), ASTLEY COOPER, VERNÉUIL, TOMASSI und FOURNIER. LEVOTS Fall betrifft eine Exostose der Halswirbelkörper bei einem Syphilitiker mit Dislokation des weichen Gaumens nach vorn, Schlingbeschwerden und Sprachstörungen.

FOURNIER²³⁾ konstatierte bei der Sektion eines Mannes, der in vivo über Schmerzen in der Nierengegend geklagt hatte, gummöse Entartung des 4. Lumbalnerven der linken Seite, sowie des 3.—5. Lendenwirbels und brachte einen anderen Fall²⁴⁾ mit nußgroßem hartem Tumor an der vorderen Wand der Wirbelsäule durch Jodkalium zur Heilung.

In dem Falle FISCHERS²⁵⁾ entwickelte sich eine syphilitische Nekrose des Atlas 7 Jahre post infectionem mit Halssteifigkeit, erschwertem Sprechen, Schlingbeschwerden, Husten, Regurgitieren der Speisen und Getränke. Nach Abgang des vorderen Bogens des ersten Halswirbels trat Heilung ein; auch hier hatte sich der Prozeß im Anschluß an ein Rachen-gumma entwickelt.

JASINSKI²⁶⁾ beobachtete bei einem Luetiker Perispondylitis der Halswirbelsäule und teilt ferner²⁷⁾ die Krankengeschichten zweier Männer mit gummösen Affektionen der Halswirbelsäule

und von 4 Kindern mit, die anluetischen Prozessen in der Wirbelsäule, besonders in der Sakrolumbalgegend mit Paraplegie der unteren Extremitäten litten und durch antiluetische Behandlung geheilt wurden.

LEPESTRE²⁸⁾ konstatierte bei der Obduktion einer mitluetischem Rachengeschwür und Zerstörung des weichen Gaumens behafteten Frau Karies des 3. Halswirbels mit konsekutiver Hämorrhagie ins Rückenmark.

JÜRGENS²⁹⁾ beobachtete 4 Fälle von syphilitischen Erkrankungen der Wirbelsäule, bei zwei hereditärluetischen Kindern sklerotische Verdichtung und Periostitis ossificans der ganzen Wirbelsäule mit WEGNERScher Knochenerkrankung, weiters einen Fall³⁰⁾ von plötzlichem Tod durch Spontanfraktur des 3. Halswirbelkörpers.

JOACHIMSTHAL³¹⁾ beobachtete einen Fall von Spondylitis an der Brustwirbelsäule mit spitzwinkliger Lordose; die Knochendeformität schwand auf antisymphilitische Behandlung. LEWIN³²⁾ beschrieb Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Process. spinos. des 3. und 4. Halswirbels, MALMSTON³³⁾ syphilitische Karies der Halswirbelsäule mit Rachengeschwüren, BREDA³⁴⁾ Lungensyphilis und Spondylitis des 3.—5. Halswirbels, DABIER³⁵⁾ Spondylitis cervicalis mit Fraktur des Processus odontoideus.

LANG³⁶⁾ beobachtete an einem Kinde mit akquirierter Syphilis Steifigkeit des Halses, die sich auf Jodkaliumbehandlung besserte, ferner bei einer Frau Kyphose der Halswirbelsäule nach abgelaufener Spondylitis luetic. Derselbe Autor³⁷⁾ demonstrierte ferner in der Wiener dermatologischen Gesellschaft einen 24jährigen Mann mit Spondylitis cervicalis, die ein Jahr nach derluetischen Infektion aufgetreten war; der Patient litt gleichzeitig an Hämoptoe.

Der Fall RIDLONS³⁸⁾ ist ätiologisch nicht einwandfrei. Überblicken wir diese eben angeführte Kasuistik, so finden wir in 35 Fällen syphilitische Erkrankungen der Halswirbelsäule (6 fragliche Fälle); die Brustwirbel waren in 9 Fällen betroffen (1 fraglicher Fall), 8mal finden sich syphilitische Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (2 fragliche Fälle) und zweimal Erkrankung des Kreuzbeines. Ausgebreitete, meist über die ganze Wirbelsäule sich erstreckende gummöse Knochen-erkrankung bei hereditärer Syphilis findet sich in 6 Fällen notiert.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle syphilitischer Spondylitis betrifft also die Halswirbelsäule, vorwiegend die drei ersten Halswirbel, und zwar in den meisten Fällen den Processus odontoideus des Epistropheus.

Die Mitteilung des folgenden durch Jahre an meiner Klinik beobachteten Falles dürfte manches Interesse bieten. Der Patient stand durch mehr als 11 Jahre mit kurzen Intervallen in beständiger Behandlung. Ich habe die Abbildungen des pathologisch-anatomischen Präparates in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 6. November 1903 demonstriert und dortselbst kurz über den Fall berichtet.

Der 37jährige Kommissionär Leon B. wurde im April 1892 mit syphilitischem Primäraffekt auf meine Klinik aufgenommen; von Oktober bis November desselben Jahres litt er an universellem papulösen Syphilid und Angina specifica. Januar 1896 zeigte sich ein kreuzergroßes Geschwür an der hinteren Pharynxwand, anfangs 1897 überdies Zerstörung der Uvula und des linken Gaumenbogens, im Februar 1899 ein ulzeröses Syphilid an der Schläfe,

¹⁸⁾ Hosp. Tidende, 1879.

¹⁹⁾ Allgem. Wiener med. Zeitung, 1879, pag. 509.

²⁰⁾ Zitiert bei CHAUVET, Thèse „Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux“, 1880.

²¹⁾ Zitiert bei MAURIAC, l. c. pag. 395.

²²⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch von FELIX SEMON, Berlin 1880, I, 117.

²³⁾ Annal. de derm. et syph., 1881.

²⁴⁾ Leçons sur la syphilis tertiaire faites à l'hospital Louraine.

²⁵⁾ Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1883.

²⁶⁾ Gaz. lek. Warszawa, 1883, Nr. 46.

²⁷⁾ Arch. f. Dermat. u. Syph., 1891, Bd. XXIII, pag. 409.

²⁸⁾ Zitiert bei JASINSKI.

²⁹⁾ Charité-Annalen, 1885, pag. 729.

³⁰⁾ Berl. klin. Wochenschr., 1888, Nr. 22.

³¹⁾ L. c.

³²⁾ Charité-Annalen, IV. Jahrgang.

³³⁾ Hygiea, Stockholm 1887, pag. 315.

³⁴⁾ Soc. d'anat., 1893, ref. Archiv f. Dermat. u. Syph., 1893, pag. 900.

³⁵⁾ L. c.

³⁶⁾ Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1896, pag. 488.

³⁷⁾ Arch. f. Derm. u. Syph., 1899, Bd. 48, pag. 255.

³⁸⁾ Med. News. Philad. 1891.

im Juni desselben Jahres neue Geschwüre an der Stirnhaut und der hinteren Rachenwand. Im Frühjahr 1900 wurde er mit einem guldenstückgroßen Geschwür der hinteren Rachenwand aufgenommen. Schon im Juni 1900 zeigte sich an der hinteren Rachenwand ein thalergroßer, mit dickem gelben Belag bedeckter Substanzverlust, an dessen oberer Grenze die Sonde auf rauhen Knochen stieß. Im Jahre 1902 traten Geschwüre an der Oberlippe und dem weichen Gaumen, gleichwie frische an der hinteren Pharynxwand auf. Januar 1903 neuerdings aufgenommen, klagte er nunmehr über Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und sowohl spontane als Druckschmerzen in der Gegend der Dornfortsätze des 3. und 4. Halswirbels. Nickbewegungen waren in mäßigen Exkursionen möglich, die Streckung fast unmöglich. An der hinteren Rachenwand fand sich ein thalergroßes, von geröteten kallösen Rändern umgebenes Geschwür mit trichterförmig eingezogenem Grund und teilweise nekrotisch zerfallenem, teilweise speckigem Belag. Die Untersuchung der Geschwürsbasis mit der Sonde ist sehr schmerzhaft, insbesondere in dem oberen Teile des Geschwürs stößt die Sonde auf harten, nur von einer dünnen narbigen Fläche überzogenen Untergrund. Über beiden Lungen trockene Rasselgeräusche. Die Schmerzen in der Gegend des Hinterhauptes bestanden fort, während das Rachengeschwür fast ganz übernarbte. Im Mai 1903 wurde dem Patienten an der Klinik v. EISELSBERG eine HOSSLAYSche Stützkravatte angelegt. In der letzten Zeit bestanden seit ungefähr einem Monate tägliche abendliche Temperatursteigerungen. Die Schmerzen und Steifigkeit in der Halsgegend blieben bestehen und Patient, der sich sehr schwach fühlte, suchte am 18. April 1903 abermals die Klinik auf.

Patient mittelgroß, stark abgemagert, sichtbare Schleimhäute blaß. Pupillen prompt reagierend. Narbenzüge in der linken Schläfengegend, in der Medianlinie der Oberlippe eine fissurartige Narbe. Das Öffnen des Mundes gelingt nur mehr bis auf einen schmalen Spalt. An der hinteren Rachenwand ein bohnergroßes Geschwür mit scharfen, glatten Rändern und speckig nekrotischem Belag. Die Haltung des Kopfes ist vollkommen steif. Streckung und Seitwärtsneigen des Kopfes wegen großer Schmerzhaftigkeit unmöglich. Der Patient führt diese Bewegungen nur mit dem Rumpfe aus.

Die linke Lunge gibt besonders in ihren oberen, der Spitze näher liegenden Partien kürzeren Schall als die rechte. Über beiden Lungen trockene Rasselgeräusche. Das Herz reicht bis zum linken Sternalrand; an der Spitze, deren Stoß nicht palpabel ist, ein systolisches Geräusch, keine Akzentuation, sonst reine Töne.

Abdominalorgane, Hoden normal. Patellarreflexe nicht gesteigert. Temperatur 36.3.

Die drei Monate vor dem Tode von Dr. FREUND vorgenommene Roentgenuntersuchung ergab in dem vorderen oberen Anteil des dritten Halswirbelkörpers einen ungefähr haselnußgroßen Schatten.

Dekursus:

1. Juli. Patient muß wegen heftiger Schlingbeschwerden durch Klysmen künstlich ernährt werden.

8. Juli. Patient klagt über Atemnot. Über beiden unteren Lungenlappen Dämpfung und kleinblasiges Rasseln. Temperatur 38°, Puls 110.

9. Juli. Atemnot stärker, Temperatur 39.20, Puls 124.

10. Juli. 11 Uhr abends Exitus letalis.

Sektionsbefund (Doc. Dr. STÖRK):

Klinische Diagnose: Gummata exulcer. in pariete posteriori pharyngis subsequente spondylitide vertebrarum cervicalium, Pneumonia lobularis.

Anatomische Diagnose: Retropharyngeale jauchige Phlegmone im Anschluß an vernarbte Gummata des Pharynx mit Fistelbildungen; Zerstörung des Bandapparates zwischen 3. und 4. Halswirbelkörper, Luxation der Halswirbelsäule; fortgeleitete Eiterung in den rechten Pleuraraum, mit abgesackter eitrigiger Pleuritis; eitrig Bronchitis, lobuläre Pneumonie der Unterlappen, Amyloidartung der Milz.

Anatomischer Befund: Leiche von mittlerer Größe, allgemeine Decke sehr blaß, Pannikulus und Muskulatur hochgradig abgemagert, Knochenbau grazil. An den weichen Schädeldecken, ins-

besondere rechterseits an der Stirne narbige Beschaffenheit der Haut. Am Halse fällt die eigentümliche Stellung des Larynx dadurch auf, daß die Cartilago thyroidea nach vorn und oben gegen das Kinn zu disloziert ist. Der Larynx selbst bietet nichts Abnormes. An der hinteren Pharynxwand finden sich etwa in der Höhe des 3. Halswirbels ausgedehnte narbige Schleimhautveränderungen nebst mehrfachen ziemlich weiten Fisteln, durch welche die Sonde auf rauhen Knochen der Halswirbelsäule gelangt. Die Lunge rechts rückwärts in der Ausdehnung einer Handfläche durch eitriges Exsudat an den hintersten Rippenabschnitt, im Bereiche der 4. und 5. Rippe angelötet. In beiden Lungen, besonders in den Unterlappen die Bronchien erweitert, mit dickem Eiter strotzend erfüllt. In diesen Lappen vielfache, kleinere, zumeist konfluierende, lobärpneumonische Herde. Das Herz in seinem Myokard erbleicht, etwas morscher, Klappen zart. Leber ziemlich groß und plump, ein wenig schlaffer, die Zeichnung minder deutlich. Die Milz ungefähr auf das Dreifache vergrößert, sehr fest, auf der Schnittfläche speckig glänzend. Der Intestinaltrakt zeigt nichts Abnormes. Am dolichocephalen Schädeldach in der Gegend der Stirne und gegen die rechte Schläfe hin mehrfache flache Absorptionen am Knochen mit flacher Verdickung der umgebenden Knochenpartien. Am Gehirn außer der allgemeinen Blässe nichts Abnormes.

Die mit der Schädelbasis exzidierte und sagittal durchgesägte Wirbelsäule zeigt von den voran erwähnten Fistelgängen an der hinteren Rachenwand ausgehend phlegmonöse jauchige Eiterung an der Vorderseite der Wirbelkörper mit Zerstörung, insbesondere der Bandscheibe zwischen 3. und 4. Halswirbel, Usur der entsprechenden Knochenoberflächen und jauchige Pachymeningitis externa. Vornehmlich an der Vorderseite des Rückenmarks bis zum Niveau des 3. Brustwirbels nach abwärts sich erstreckend. Infolge der Zerstörung der Bandscheiben zwischen 3. und 4. Halswirbel besteht eine Luxation dermaßen, daß der 4. Halswirbelkörper den dritten fast um Kleinfingerbreite nach vorn überragt. Von der Phlegmone an der Vorderfläche der Wirbel ausgehend erstreckt sich die Eiterung seitlich längs der Rippen, und zwar rechterseits subpleural entsprechend der früher erwähnten Stelle des abgesackten pleuritischen Exsudats; linkerseits in die der Wirbelsäule zunächst liegenden Rückenmuskeln hinein in gleicher Höhe.

Zum Zwecke der histologischen Untersuchung wurde von Dozent Dr. STÖRK ein Scheibchen von der Sägeflechte des 4. Halswirbels entnommen und nach der Entkalkung in üblicher Weise geschnitten und gefärbt. Die oberflächlichsten Partien des Knochens, also diejenigen, welche an den Eiterungsbereich zwischen Pharynxwand und Oberfläche der Wirbelsäule angrenzen, erscheinen nekrotisch, derart, daß in den Knochenbälkchen die Kerne der Knochenkörperchen sich nicht mehr färben und die Lamellierung des Knochens scheinbar verschwunden ist. In den Markhöhlen zwischen diesen nekrotischen Bälkchen findet sich ein zum Teil eitriges, zum Teil fibrinöses Exsudat. In der nächsten Umgebung zeigt sich dann noch im Spongiosamark vielfach kleinzellige entzündliche Infiltration und erscheinen die Knochenbälkchen in diesen Partien etwas plumper.

Die mikroskopische Untersuchung der Weichteile: Muskel, Dura mater etc. der nächsten Nachbarschaft zeigt keinerlei Veränderungen. Die Bandscheibe zwischen 4. und 5. Halswirbel ist in ihrem frontalen Abschnitt nekrotisch.

Gewebsveränderungen für Syphilis der Tuberkulose spezifischer Art waren an den mikroskopisch untersuchten Stellen nicht aufzufinden.

Resumieren wir den Fall, so entwickelte sich bei einem Luetiker 8 Jahre nach Infektion am Grunde eines gummösen Geschwürs der hinteren Rachenwand Periostitis an der Vorderseite der Wirbelkörper des 3. und 4. Halswirbels. Der Prozeß führte unter zunehmenden Beschwerden, Steifheit des Halses, Schmerzen im Hinterhaupt, Ankylostoma und Schlingbeschwerden zur phlegmonösen Entzündung mit konsekutiver Zerstörung der Bandscheibe zwischen 3. und 4. Halswirbel mit Luxation. Im letzten Monate vor dem Tode trat unter täglichen Fiebersteigerungen der phlegmonöse Eiterungsprozeß ein, der sich entlang der Mm. capitis longi anteriores seitwärts in die

Pleuraräume fortpflanzte und 11 Jahre post infectionem den Tod herbeiführte. In diesem Falle wurde durch die langjährige genaue klinische Beobachtung der Kausalnexus zwischen der Knochenerkrankung in der Halswirbelsäule und der Syphilis hergestellt: die 3 Jahre vor dem Tode unmittelbar im Anschluß an das Rachengumma aufgetretene Usurierung des Periosts war syphilitischer Natur, während der im letzten Monate vor dem Tode unter Temperatursteigerungen sich entwickelnde terminale Eiterungsprozeß das Resultat einer Mischinfektion ist mit eitererregenden Mikroorganismen, deren Invasion durch die Bloßlegung des Knochens am Grunde des Rachengumma begünstigt wurde.

Der Verlauf der Syphilis, die sich in diesem Falle mit immer neu auftretenden Rezidiven in den verschiedensten Organen äußerte (Lichen syphiliticus, ulzeröses Syphilid der Stirnhaut und des Oberlides, Gummien an Oberlippe, hartem und weichem Gaumen und im Pharynx) ist ein ungemein torpider und schwerer zu nennen.

Bemerkenswert ist in unserem Falle, daß nur die Häute des Halsmarkes von dem phlegmonösen Prozeß mitaffiziert waren, während die Nervensubstanz vollständig intakt war. Das Halsmark verlief in der Gegend des 3. und 4. Halswirbels in geschlängelter Richtung, war also durch den Zug der langen Rückenmuskeln an den luxierten Wirbeln einer Kompression ausgewichen. Im anderen Falle wäre es schon frühzeitig infolge der Kompression des Halsmarkes zu schweren Ausfallserscheinungen gekommen.

Einschließlich dieses Falles sind also bisher 36 Beobachtungen über syphilitische Affektionen der Halswirbelsäule publiziert worden, bei 30 Männern und 6 Weibern, wovon 21 Fälle geheilt und 15 (= 40·5%) gestorben sind.

6mal war der Atlas, 10mal der Epistropheus und hier ausschließlich der Processus odontoideus, 11mal der 3., 9mal der 4., 5mal der 5., 1mal der 6. und 2mal der 7. Halswirbel beteiligt.

In der Mehrzahl der Fälle nahmen die Knochenerkrankungen der Wirbelkörper ihren Ausgang von gummösen Geschwüren der hinteren Rachenwand. Das umfangreichste derartige Geschwür fand sich im Falle WILSONS⁴⁰⁾; es reichte im retropharyngealen Bindegewebe zwischen den tiefen Halsmuskeln bis zur Articulatio atlantoepistrophica. In diesem Falle waren die klinischen Symptome äußerst schwere und bestanden in heftigen tiefsitzenden Schmerzen in der linken Augenhöhle, Taubheit auf dem linken Ohr, Lähmung des linken Levator supercilii und rectus internus, erweiterte Pupillen, Heiserkeit, Schlingbeschwerden, Lähmung beider Oberextremitäten und des rechten Fußes, Opisthotonus, Schlaflosigkeit. Alle diese bedrohlichen Symptome schwanden auf Inunktionskur und Anlegen eines Haarseiles (!).

Fast konstant findet sich in den meisten übrigen Fällen Druckschmerzhaftigkeit der Dornfortsätze der betroffenen Halswirbel und spontane Schmerzen im Hinterhaupt, namentlich Steifheit des Halses angeben.

Von syphilitischen Affektionen in anderen Organen fanden sich am häufigsten Gummien in der Leber und im Gehirn, zweimal auch in den Lungen (DARIER, BREDA), einmal Daktylitis syphilitica (LÜCKE).

Eine ernste Komplikation trat in mehreren Fällen durch Nekrotisierung und Sequestration einzelner knöcherner Wirbelteile ein, welche per os expektoriert wurden, so der vordere Bogen des Atlas (FISCHER), ein Stück des zweiten Halswirbelkörpers (BECK), des Processus transversus des Epistropheus (MACKENZIE), sowie Knochenstücke nicht sicher gestellter Herkunft (TEISSIER, WADE). Ein Patient extrahierte sich selbst per os fast den ganzen (wahrscheinlich vierten) Halswirbelkörper, den Zwischenwirbelknorpel und noch ein

Stück des benachbarten Wirbels (OGLE), ZAMBACO extrahierte seinem Patienten einen Sequester aus der hinteren Rachenwand.

Infolge der nekrotischen Erweichung des Processus odontoideus des Epistropheus kam es im Falle GLÜCKS zur Luxation, in den Fällen HOWARDS, COOPER ASTLEYS⁴¹⁾ zur Fraktur desselben. In dem letzteren Falle war gleichzeitig der Atlas nach vorn luxiert und das Rückenmark hierdurch komprimiert. Im Falle JÜRGENS trat Spontanfraktur des 3. Halswirbels ein. In dem Falle LEVOTS war, wie schon erwähnt, der weiche Gaumen nach vorn disloziert. JASINSKI berichtet über eine anguläre Lordose in der Gegend des 7. Halswirbels. Während mehrere der nach Rachengeschwüren entstandenen Wirbelerkrankungen auf zweckmäßige antiluetische Behandlung in relativ kurzer Zeit vollständig heilten (ALLAIN⁴¹⁾, DEBOUT, FISCHER, FOURNIER, LANG, MALMSTON, NÉLATON u. a.), trat in einigen Fällen infolge der eben geschilderten Komplikationen (Frakturierung und Luxierung von Knochenteilen) plötzlicher Tod durch Kompression der Medulla oblongata und Hämorrhagien in dieselbe ein (COOPER ASTLEY, GLÜCK, JÜRGENS, OLLIVIER⁴²⁾ und SANDERSON).

Eine andere Entstehungsart syphilitischer Wirbelaffektionen ist die, daß sich an den Dorn- oder Querfortsätzen einzelner Wirbel, die also nur von einer dünnen Schicht von Weichteilen bedeckt sind, Druckschmerzhaftigkeit, Verdickung des Periosts, eventuell Exostosen entwickeln. Dabei kommt es häufig zu Neuralgien durch Kompression der entsprechenden Nervenstämmen; namentlich häufig sind derartige ischiasähnliche ausstrahlende Schmerzen in der Kreuzbeingegend während des Sekundärstadiums, wie ich solche in einem Falle bei einem Gastwirt beobachten konnte. Nur selten kommt es hierbei zu stärkerer Exostosenbildung und schwereren Kompressionssymptomen, meist geht der Prozeß auf antiluetische Behandlung zurück. Niemals greift er hierbei auf die übrigen knöchernen Bestandteile der Wirbel oder gar auf die Marksubstanz über. Der umgekehrte Weg endlich, das Übergreifen des syphilitischen Prozesses von der spezifisch erkrankten Substanz der Medulla oblongata oder des Rückenmarkes und dessen Häuten auf den knöchernen Wirbelkanal, wurde bisher nur von JÜRGENS bei hereditär-luetischen Kindern beobachtet. Nur in diesen beiden Fällen liegen auch für Syphilis charakteristische histologische Knochenbefunde vor (WEGNER), während ausdrücklich hervorzuheben ist, daß in allen anderen Fällen die Knochen- und Bandscheibenaffektion der Wirbelsäule infolge von Syphilis keine speziellen histologischen Bilder zeigten: es fand sich in den mikroskopisch untersuchten Fällen Nekrose der Knochen- substanz und der Bandscheibe.

Wenn wir das bisher bekannt Gewordene über syphilitische Halswirbelerkrankungen resümieren, so ergibt sich, daß diese Affektionen in den meisten Fällen vom Periost der vorderen Seite der Wirbelkörper ihren Ausgang nehmen, welches am Grunde eines exulzerierten Rachengumma bloßgelegt wird. Von dem spezifisch erkrankten Periost greift der Prozeß auf den Wirbelkörper, eventuell auch auf die Dorn- und Querfortsätze über und führt zur Nekrose derselben. In selteneren Fällen erkranken die Dorn- oder Querfortsätze primär und es kann zu Exostosenbildung kommen. Der Umstand, daß die Spondylitis syphilitica cervicalis dem pathologischen Anatomen relativ selten vorkommt, findet, wie schon eingangs erwähnt, darin seine Erklärung, daß die meisten dieser Affektionen durch eine rechtzeitige ausreichende antiluetische Behandlung geheilt werden können.

⁴⁰⁾ Zitiert bei LEVOT, l. c.

⁴¹⁾ Monit. des hôpit., 1858.

⁴²⁾ Traité de la moëlle épinière et des ses maladies, Tome I, pag. 530, 1823.

³⁹⁾ Transact. of soc. of improvement of Med. and Chir., Vol. III, 1812.

Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien.*)

Neben dem Jubel über die großen Fortschritte, welche in den letzten Dezennien des abgelaufenen Jahrhunderts auf fast allen Gebieten des medizinischen Wissens gezeitigt wurden, schritt von jeher die Klage über die allzuweit getriebene Spezialisierung und Zersplitterung unserer Wissenschaft in die vielen Spezialdisziplinen parallel einher. Einmal hieß es, daß der praktische Arzt den vielen Neuerungen auf den verschiedenen Spezialgebieten nur schwer zu folgen vermag, das andere Mal ertönte die schon gewichtigere Klage, daß, besonders in der Großstadt, das Wirkungsgebiet des praktischen Arztes durch das Überhandnehmen des Spezialistentums immer mehr eingeengt werde. Wenn wir aber das Anwachsen der Materie in dem genannten Zeitabschnitt überblicken, das Hinzukommen ganz neuer, früher kaum dem Namen nach gekannter Hilfswissenschaften der Medizin (z. B. Histologie, Hygiene, Bakteriologie, medizinische Chemie, Radiotherapie etc.) in Betracht ziehen, wenn wir ferner bedenken, daß die größten Heroen unserer Wissenschaft nur zum geringen Teil sich auf allen medizinischen Wissensgebieten heimisch fühlten, ja daß die Größten doch nur Spezialisten im modernen Sinne waren und ihr Lebenswerk lediglich im Dienste einer eng begrenzten Disziplin vollbrachten, — so müssen wir zu der Folgerung gelangen, daß nicht allein die Vorliebe und das Interesse des einzelnen für ein Fach, sondern einerseits die Fülle des Stoffes, andererseits die Kraft und zeitliche Begrenzung menschlichen Könnens das Spezialistentum fördern. Die auf allen Gebieten der Medizin rege Forschung zeitigt fast täglich neue und wichtige Erkenntnisse, und so sehen wir, daß selbst innerhalb einzelner, allenfalls großer Spezialgebiete schon Zweigdisziplinen entstehen, welche das ganze Wissen und Können ihrer besten Vertreter voll in Anspruch nehmen. Wissen wir doch, daß z. B. in der internen Medizin die Infektionskrankheiten, die Erkrankungen der Brustorgane, des Darmtraktes, der Harnwege usw. von einzelnen hervorragenden Gelehrten zum ständigen Gegenstand ihrer Forschung gemacht wurden; daß es im ähnlichen Sinne in der Chirurgie besondere Meister der Diagnostik und Operationstechnik für einzelne Erkrankungsformen und Körperregionen gibt.

Wir vermögen in dieser weit getriebenen Spezialarbeit keinen Nachteil für die Medizin und ihre praktischen Vertreter zu erblicken. Für die Wissenschaft und die leidende Menschheit ist eine stets vorwärts schreitende Forschung auf vielen, wenn auch eng begrenzten Gebieten gewiß von Vorteil.

Dem praktischen Arzt aber, der mit Wißbegierde und regem Interesse allen wertvollen Forschungsergebnissen folgt, dem die verantwortungsvolle Aufgabe obliegt, am Krankenbette als Erster, zuweilen unter schwierigen Verhältnissen die erste Diagnose stellen zu müssen, wird jedes neu entdeckte Symptom oder schon der Hinweis auf besondere Begleiterscheinungen, auf ein diagnostisches Merkmal eine willkommene Bereicherung seines Könnens bilden. Wenn auch der praktische Arzt nicht auf allen Gebieten mit der Gründlichkeit und Gewandtheit des Spezialisten vorzugehen vermag, so erreicht es ihm doch zum Ruhme, in allen Disziplinen soweit versiert und orientiert zu sein, um die richtige Diagnose zu stellen und die derselben entsprechende Therapie auch zu veranlassen.

Es ist Ihnen, meine Herren, jedoch allen geläufig, wie schwierig es zuweilen ist, bei der Gleichartigkeit einzelner Symptome, welche verschiedenen Krankheiten gemeinsam sind, bei gewissen Reflexerscheinungen, welche in von dem eigent-

lichen Krankheitsherd ganz entfernt liegenden Organen und Regionen auftreten, auch gleich die richtige Diagnose zu stellen; und ich glaube, daß gerade nach dieser Richtung die Arbeit des Spezialisten, der Hinweis auf manches unbeachtete und unscheinbare Symptom, auf gewisse Vorteile der Untersuchung dem praktischen Arzte manch dankenswerten Behelf für sein Wirken zu bieten vermag und daß auf diese Weise diagnostische Irrtümer eher zu vermeiden sind.

Ich habe es mir zur Aufgabe gestellt, Ihnen heute, meine Herren, aus dem Gebiete, welches dem praktischen Arzte vielleicht weniger gangbar ist — weil ihm die hierher gehörigen Erkrankungen auch seltener unterkommen — aus der Orthopädie, einige Krankheitsbilder und die mit diesem leicht unterlaufenen diagnostischen Irrtümer zu schildern. So kommen z. B. an der Hals- und Nackengegend sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen häufig Haltung- und Stellungsanomalien vor, welche gemeinlich mit dem Namen „Schiefhals“ bezeichnet werden, welche aber nicht selten nur scheinbar, nach der äußeren Ansicht, nicht aber in der Wirklichkeit das sind, was wir unter der Bezeichnung „Torticollis“ verstehen. Wir wollen uns hier nicht über die verschiedenen Formen des Schiefhalses, seine Ätiologie und Pathologie auslassen; das würde über den Rahmen unserer heutigen Aufgabe hinausgehen; ich möchte nur an der Hand einiger Beispiele aus der Alltagspraxis auf die bei dieser Haltungsanomalie möglichen diagnostischen Irrtümer hinweisen.

Anamnese und genaue Untersuchung machen die Erkennung eines wahren Schiefhalses für gewöhnlich wohl nicht schwer, doch können zweifellos auch andere Erkrankungen unter dem Bilde desselben auftreten.

Es wurde zu mir ein „Fall von Schiefhals“ bei einem zehnjährigen Kinde gebracht, bei welchem der Kopf nach der rechten Seite und auch ein wenig nach vorn geneigt war. Außer einer schiefen Verdickung der Muskulatur an der linken Halsseite war nur ein ungleicher Stand der beiden Schultern zu sehen; die linke Schulter stand höher, die rechte tiefer. Es war also das vollständige Bild einer Torticollis traumatica, an welches umso mehr gedacht werden konnte, als die Mutter angab, diese Schiefstellung des Kopfes bei dem Kinde seit nicht langer Zeit erst zu beobachten und ferner erzählte, daß auch eine Erkältungsursache nicht ausgeschlossen sei. Erst bei der vollkommenen Entkleidung des Kindes konnte man aus der Beschaffenheit der Wirbelsäule, aus dem Verlauf der Dornfortsätze und der Rippen, dann auch aus dem Umstand, daß der vermeintliche Schiefhals sich widerstands- und schmerzlos korrigieren ließ, feststellen, daß es sich in diesem Falle doch nicht um eine Torticollis rheumatica, sondern vielmehr um eine Frühform einer Scoliosis cervico-dorsalis rhachitica gehandelt habe.

Schwieriger war der folgende Fall, den ich gelegentlich meines Aufenthaltes in Berlin an der Poliklinik Hoffa's bei einem Arbeiter beobachten konnte, welcher seitens einer Krankenkasse behufs orthopädischer Behandlung dorthin entsendet wurde.

Die Krankheit war in der Begleitnote als „Schiefhals“ bezeichnet und die Bemerkung zugefügt, daß der Mann seine Schmerzen offenbar zu stark übertreibe, wenn auch nicht vollends simuliere. Die Angaben des Kranken über die Entstehung seines Leidens lauteten dahin, daß er vor mehreren Monaten von einer geringen Höhe herabstürzte, rücklings auf den Kopf fiel und seitdem lebhaft Schmerzen im Nacken verspürte, wobei sich dann eine Schiefstellung des Kopfes allmählich ausbildete. Da man bei der bekannt raschen Art der Untersuchung und Ordination in der Kassenpraxis offenbar nichts Auffallendes entdecken konnte und der Mann außerdem infolge seines Berufes als Gerüstarbeiter stark dem Luftzug ausgesetzt war, so nahm man an, daß er den Unfall im Sinne des Invaliditäts- und Versorgungsgesetzes stark ausnützen wolle, daß aber in Wirklichkeit nur ein einfacher rheumatischer Schiefhals vorliege.

Die genaue Untersuchung des Patienten auf der Poliklinik ergab eine starke Neigung des Kopfes nach vorn und nach rechts;

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener Medizinischen Doktoren-Kollegiums vom 9. November 1903.

das Zurückneigen des Kopfes war mit sehr heftigen Schmerzen im Nacken verbunden und von einer Stelle aus, in der Richtung von rechts nach links sogar unausführbar. Bei der Palpation des Nasen-Rachenraumes fand sich jedoch an der hinteren Rachenwand eine leistenförmig hervorspringende harte Erhabenheit. Es wurde die Diagnose auf Bruch eines Halswirbels gestellt und in diesem Sinne an die Krankenkasse berichtet. Die Torticollisstellung wurde durch die Fraktur und durch die habituelle Haltung des Kopfes hervorgerufen, weil bei dieser der Patient weniger Schmerzen empfand.

Eine ähnliche habituelle Schiefstellung des Kopfes und bei der Aufnahme der Patientin nicht genügend klar gestellte anamnestische Angaben verleiteten einen meiner Kollegen, dem ich diese Mitteilung verdanke, anfangs ebenfalls zur Fehldiagnose und entsprechender Behandlung eines rheumatischen Schiefhalses.

Es handelte sich um ein ungefähr 17jähriges Mädchen, welches sich zur Ordination einfand. Alle äußeren Symptome und die Angabe der Patientin, daß sie täglich und stundenlang an einem zugigen Fenster sitzend nahe, ließen die Diagnose auf Torticollis rheumatica als fast selbstverständlich erscheinen.

Nachdem aber das Leiden längere Zeit den verordneten therapeutischen Maßnahmen trotzte und weil sich der Kopf passiv schmerz- und mühelos in die gerade Richtung zurückbringen ließ, wurde einmal eine innere Inspektion des Rachens bei dem Mädchen vorgenommen und dabei fand sich auch die Lösung des Rätsels. Es waren nämlich tief im Schlund, welcher selbst etwas verengt war, narbige Schwielen und Züge deutlich bemerkbar. Auf eindringliches Befragen über die Entstehungsursache der letzteren gestand die Patientin nach einigem Zögern, daß sie vor Jahresfrist in selbstmörderischer Absicht eine Laugensteinlösung getrunken habe, daß sie nach der damals durchgeführten Behandlung noch lange Zeit an Schlingbeschwerden gelitten habe, daß sie aber zur Zeit von diesen nichts verspüre. Nichtsdestoweniger war es einleuchtend, daß die schiefe Kopfhaltung eine mechanische, habituell ausgebildete und reflektorische war, weil die Patientin durch diese Haltung unbewußt dem Zuge der Narben nachgab und sich damit eine Erleichterung verschaffte. Eine nach dieser Richtung eingeleitete Behandlung und deren Heilerfolg hat die Richtigkeit dieser Annahme auch vollauf bestätigt.

Bei gewissen Fällen von Torticollis, die überdies mit orthopädischen Erkrankungen des nächsten Körperabschnittes, nämlich mit solchen des Brustkorbes, kombiniert sind, können sich diagnostische Schwierigkeiten aus dem nicht immer vollends klaren Bilde ergeben. Es handelt sich um die allerdings nicht so häufigen Fälle von „Torticollis mental“ nach BRISSAUD, in welchen wir eine Art von hartnäckiger, zum größten Teile auf Willensschwäche basierendes Tic zu erblicken haben; der letztere stellt zweifelsohne ein kortikales Gehirnsymptom dar. Die „Torticollis mental“ ist zumeist mit Skoliose kombiniert und doch müssen wir letztere mehr als ein sekundäres Symptom auffassen.

Zwei sehr instruktive Fälle beschreibt J. TUMA von der Prager neuropathologischen Poliklinik; die Ätiologie der Krankheit scheint hierbei allerdings nicht vollends aufgeklärt worden zu sein.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 39jährigen Arbeiter, welcher vor mehreren Monaten bemerkte, daß sich sein Kopf nach der linken Seite zu neigen beginne und daß die linke Schulter höher stehe als die rechte, später war er nicht imstande, den Kopf nach rechts zu drehen. Der Kopf war in drei Richtungen verschoben, und zwar um seine sagittale Achse nach links, um seine frontale nach rückwärts, um die vertikale nach rechts. Infolge dieser starken Kontraktur kam es zu einer schiefen Körperhaltung, und zwar bildete sich allmählich eine kurze rechtskonvexe Hals-skoliose, sowie eine längere, kompensierende, linkskonvexe Dorsal-skoliose aus. Ob sich die Skoliose bei gewissen Stellungen oder bei der Suspension ausgleichen ließ, wird nicht berichtet; dafür fand man einen stark kontrahierten rechten Kopfnicker (besonders in seiner Sternalportion). Die Haltung des Kopfes nach rückwärts

läßt sich erklären durch eine Kontraktur des *M. splenius capiti*, die Hals-skoliose durch eine solche des *M. scalenus medius*. Eine Erkrankung des Rückenmarks oder seiner Häute war vollkommen ausgeschlossen, ebenso eine solche der Wirbelknochen oder ein Trauma.

Im zweiten Falle war es eine 22jährige Schneiderstochter, deren Krankheit seit ihrem vierten Lebensjahre datiert. Ihre Eltern führten die letztere auf eine Verbrüfung mit heißem Kaffee zurück, welche sie sich damals am rechten Fuße zuzog. Der Kopf begann sich zuerst nach rechts, vorn und unten zu neigen; in der Volksschule trat eine linksseitige Hals- und rechtsseitige Brustskoliose hinzu, noch später zuckende Bewegungen der Vorderarme im Sinne der Pronation, sowie klonische Zuckungen der linken Gesichtshälfte. In den Ruhepausen gleichen sich die Verkrümmungen zum größten Teil aus. Im Momente des stärksten Krampfes pflegt die Kranke mit der Hand den Kopf zu heben, doch läßt in der Regel der Krampf schon nach, ehe sie den Kopf erreicht. Bei den Krämpfen kontrahiert sich am meisten der linke Kopfnicker sowie der rechte *M. splenius capitis* und die linken *Scaleni*, außerdem eine Reihe von Gesichtsmuskeln. Die Differenz im Stande der Schulterblätter beträgt 3 cm.

Nun wird man mir den Einwand machen, daß diese so scheinbar ähnlichen Fälle in der Art des Krampfes sich gegenüberstehen; der Patient litt an tonischen, die Patientin an klonischen Krämpfen. Daraufhin kann ich mit einem nachträglichen Berichte erwidern, den TUMA über seinen Patienten macht; seine tonischen Kontrakturen verwandelten sich später allmählich in klonische Krämpfe, so daß beide Fälle dieselben, d. h. klonischen Symptome mit tonischen und ganz ruhigen Intervallen darstellen. Die Skoliose war in beiden Fällen etwas sekundäres, und gerade dieser Umstand erscheint von einer großen Bedeutung bei der Feststellung der Diagnose.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Frage von der Obstipatio spastica.

Von Dr. med. und phil. P. Prengowski.

Ich knüpfe hier an meinen in Nr. 38 (1903) dieser Zeitschrift erschienenen Aufsatz: „Zur Ätiologie und Prophylaxe des Emphysems“ an. Es wurden dort Krankengeschichten von drei Patienten mitgeteilt, bei denen vor allem drei Hauptscheinungen wiederholt zusammentrafen — Nervosität, Lungenemphysem und die sog. spastische Stuhlverstopfung. Daß bei allen jenen Kranken tatsächlich eine Obstipatio spastica vorlag, darüber kann meines Erachtens kein Zweifel bestehen. Auf diesen Punkt habe ich besonders Acht gegeben. — Bei allen diesen Fällen bestand laut Anamnese vieltägige Verstopfung ohne Blähungen und Meteorismus. Die Defäkation war schmerzhaft und spärlich, was bei der langdauernden Verstopfung besonders auffallend war. Im ersten und dritten Falle bemerkten die Patienten selbst, daß der Kot in kleinen Stückchen abging, besonders hart und mit einer großen Menge Schleim und manchmal auch Blut überzogen war. Die zweite Patientin berichtet darüber nichts, da sie darauf, wie sie angibt, nicht achtete. Die objektive Untersuchung und die Beschaffenheit des Kotes stellten die Diagnose auch bei der zweiten Patientin fest.

Beim Palpieren konnte man deutliche strangartige Gebilde in der Richtung des Colon erkennen, welche nach Chloral-Klystieren, sowie Opium und anderen den Krampf beseitigenden Mitteln schwanden und es erfolgte normaler Stuhlgang in bedeutender Menge, in großen Klumpen von weicher Konsistenz, ferner Blähungen. Nach tiefen Klystieren mit warmem Wasser erschienen zuerst gewöhnliche harte Kotstückchen (offenbar aus den untersten Partien), nachher weicher Kot, welcher die Form dünner knotiger Bändchen hatte, was deutlich auf die verengten Wege hinwies. Dieses Verfahren benutzte ich immer zur Feststellung der Obstipatio spastica. Die Digitalexploration ergab einen sehr starken

Spasmus des Sphincter externus. Nach den Klystieren mit lauwarmem Wasser und etwas Tannin entleerte sich gewöhnlich eine größere Menge von Fetzen, welche zuerst, da sie Kotfarbe hatten, den Eindruck des Kotes machten. Die mikroskopische Untersuchung stellte jedoch fest, daß es hauptsächlich Schleimfetzen waren. Daß wir es bei unseren Patienten mit Obstipatio spastica zu tun haben, darüber kann also kein Zweifel bestehen. Der Umstand, daß keine lokalen Veränderungen in der Umgebung des Dickdarms, nach welchen ich besonders fahndete, vorhanden waren, sowie das ganze Symptomenbild weisen darauf hin, daß es sich hier um die, wie sie von SINGER genannt wird, idiopathische Obstipatio spastica handelt.

Es könnte nun die Frage aufgeworfen werden, in welcher Beziehung die spastische Stuhlverhaltung bei unseren Patienten zu den anderen Erscheinungen, welche wir bei ihnen festgestellt haben, steht. Diese Frage ist sowohl in theoretischer Beziehung für das Verständnis dieser Verdauungsstörung, wie auch in praktischer für die Behandlung dieses Leidens von entschiedener Wichtigkeit. Wenn es sich herausstellte, daß die spastische Verstopfung nur ein Symptom einer anderen Krankheit bildete, so wäre die einzig rationelle Behandlung dieser Störung die Beseitigung des Grundleidens.

In der Literatur über die Obstipatio spastica findet man von den Autoren stets die Behauptung ausgesprochen, daß die mit Obstipatio spastica behafteten Patienten nervöse Personen sind, sowie man wiederholt die Vermutung ausgesprochen findet, daß die spastische Stuhlverstopfung auf dem Boden des bestehenden Nervenleidens entsteht. Trotzdem sagt aber SOHLERN¹⁾ und andere Autoren, daß es sich bei der Behandlung der spastischen Obstipatio um die Beruhigung des Darmes handeln muß. Auch SINGER²⁾ ist sich darüber nicht ganz klar, denn er gibt verschiedene Behandlungsmethoden für dieses Leiden an, statt kurz und klar zu sagen: Wenn die betreffende Störung auf dem Boden einer anderen Krankheit entsteht und eine Teilerscheinung derselben bildet, so muß man vor allem die Grundkrankheit zu beseitigen versuchen, dann erscheint uns die Behandlung dieses funktionellen Leidens schon leicht.

Ich muß die Frage über die Stellung der Obstipatio spastica in der Pathologie, insofern es sich um das Leiden bei der Art von Nervenkranken handelt, von denen ich drei Fälle in Nr. 38 dieser Zeitschrift beschrieben habe, als vollständig aufgeklärt betrachten, indem es mir gelungen ist, bei dem Feststellen des Wesens der hier in Rede stehenden allgemeinen Neurose nachzuweisen, daß bei den betreffenden Kranken die spastische Verstopfung par excellence zu der von SINGER als idiopathisch bezeichneten Form von spastischer Obstipation gehört und nur eines der vielen Symptome der allgemeinen Neurose dieser Patienten ist. Damit will ich selbstverständlich noch nicht behaupten, daß es überhaupt keine Obstipatio spastica als Krankheitseinheit gibt.

Ich möchte hier in kurzem die Resultate meiner an anderer Stelle³⁾ ausführlicher dargestellten Untersuchungen über die betreffende Neurose wiedergeben.

Die Krankheit, um welche es sich handelt, ist dieselbe, welche die einen, wie SOLIER, ODDO, DUNIN, PULAWSKI u. a., als periodische Neurasthenie, andere, wie LANGE, als periodische Depressionszustände bezeichnen, noch andere, wie HECKER, KRAEPELIN, HOCHÉ etc., zu zirkulärem Irresein leichteren Grades rechnen.

Es ist von mir festgestellt worden, daß in dieser Krankheit der Ausgangspunkt für alle Erscheinungen das Auftreten von Spasmus in der glatten Muskulatur und, in erster Linie, die verminderte Erweiterbarkeit der Hautgefäße und das Auftreten des Spasmus in denselben ist. Ich hatte einen

Patienten, welcher in höchst typischer Form diese Erkrankung zeigte. Mit diesem habe ich einige Versuche durchgeführt.

Bei Einwirkung selbst geringster Kälte auf den Körper des Patienten rief ich in beliebiger Zeit eine ganze Reihe von Erscheinungen, besonders seitens der Haut, des Herzens, des Verdauungsapparates und des Seelenlebens hervor, welche Erscheinungen solange (stunden-, tage-, wochenlang) dauerten, bis Übererwärmung der Haut eintrat. Mit dem Übererwärmen der Haut fühlte sich Patient ganz wohl und genannte Symptome verschwanden.

Die Haut auf dem ganzen Körper, vor kurzem warm, feucht und rötlich aussehend, sowie leicht schwitzend, wurde nach dem Abkühlen blaß, kühl, rauh, trocken, ohne Turgor.

Am auffallendsten war diese Veränderung der Haut auf dem Gesichte und an den Händen. Hier war dieselbe für den Patienten und für die Umgebung am meisten sichtbar. Die Schweißabsonderung wurde deutlich vermindert, was besonders leicht an der Brust und am Bauche zu konstatieren war.

Die Lippen wurden trocken, die Zunge belegt, aus dem Munde entströmte ein unangenehmer Geruch.

Mit dem Übererwärmen der Haut verschwanden alle diese Erscheinungen; das Gesicht, die Hände und die ganze Haut des Patienten erhielten wiederum ihr rötliches Aussehen. Die Häutchen an den Lippen ließen sich leicht abziehen und dieselben bekamen normales Aussehen. Der Zungenbelag ließ sich dann entfernen und bildete sich nicht von neuem, auch verschwand der unangenehme Geruch aus dem Munde.

Dieser normale Zustand hörte bei dem Aussetzen der Übererwärmung der Haut sofort auf.

Nach dem Einwirken der Kälte auf die Haut des Patienten und nach dem Auftreten des Gefäßkrampfes in derselben zeigte das Herz die anormale für den Organismus nicht ausreichende Funktion. Der Puls wurde stoßartig, gegen 90 Schläge in der Minute, die Welle klein, sehr kurz und verschwand sofort (P. frequens et parvus). Dabei traten gewisse Stauungserscheinungen hervor, von denen drei auffällig waren: die blauen Lippen, erhöhte Sekretion in den Luftwegen und Atemnot. Nach Anwendung von Strophantus wurde der Puls stärker und langsamer, die Lippen wurden wieder rot, es verschwand die Hypersekretion in den Luftwegen und die Atemnot hörte auf, jedoch nur solange, wie die Wirkung des Cardiacum anhielt und der Patient keine größere Arbeit ausführte. Wenn der Patient eine etwas anstrengendere Arbeit ausüben sollte, z. B. 1—2 Treppen steigen, traten die Dyskompensationserscheinungen sofort auf.

Die Wiederherstellung des Wohlbefindens der Haut hatte auch ganz normale Herztätigkeit zur Folge, welche solange dauerte, bis wiederum die Abkühlung auftrat.

Die auffallendsten Störungen, welche nach dem Hervorrufen des Krampfes in den Hautgefäßen entstanden, waren diejenigen in dem Geistesleben des Patienten. Nach dem kurzdauernden 1. Stadium, welches an den Ermüdungszustand des gesunden Menschen erinnerte, trat bald das 2. Stadium der Aufregung auf. Die intellektuelle Sphäre des Patienten zeigte in diesem Stadium auffallende Herabsetzung der Auffassung des Gedächtnisses und des Operierens mit abstrakten Begriffen. Auf dem Gebiete des Gemütslebens fielen besonders auf: 1. Große Affektivität, d. h. gesteigerte Gefühlsreaktion auf alle äußeren Ereignisse, sowohl angenehmen wie unangenehmen; 2. die Neigung zur Schwärmerei; 3. Abneigung gegen jede Arbeit, sowie 4. sehr große Ermüdbarkeit bei der Arbeit.

Bei längerer Dauer des normalen Zustandes des Patienten entstand eine ganze Reihe von anderen psychischen Erscheinungen, wie Herabsetzung der Willensfähigkeit, Verstimmungen etc. Die geschilderten Störungen sowohl in intellektuellem wie im Gemütsgebiete des Pat. verschwanden, wenn die Hautgefäße des Patienten durch größere Erwärmung der Haut sich erweiterten. Der Patient fühlte sich dann wohl und wurde in seiner geistigen Tätigkeit normal. Mit dem

¹⁾ „Berliner klinische Wochenschrift“, 1902, Nr. 39.

²⁾ „München. med. Wochenschrift“, 1902, pag. 2030 (Referat).

³⁾ „Przegląd lekarski“, 1903, Nr. 12 u. a.

Aufhören der Erwärmung der Haut hörte auch der Zustand des Wohlbefindens des Patienten auf.

Endlich zeigten sich auch im Verdauungsapparate Störungen, wenn die Haut dem Gefäßspasmus unterlag. Bei anormalem Zustande seiner Haut hatte der Patient stets weder Stuhl, noch Blähungen, ohne daß jedoch Meteorismus entstand, bis nach einigen Tagen, mit leichten Schmerzen, etwas Stuhl erfolgte, um hierauf wiederum einige Tage zu pausieren. Aber Atonie war hier nicht die Ursache der Verstopfung, sondern Spasmus des Dickdarmes. Wir hatten es hier mit Obstipatio spastica zu tun, was, ohne den geringsten Zweifel, schon durch die oberflächlichste objektive Untersuchung nachgewiesen werden konnte. An der Stelle des Colon fühlte man einen harten dünnen Strang. Der Kot, kleine, oft bleistiftförmige harte Stückchen, war mit Schleim, oft auch mit Blut belegt.

Bei großem Hautgefäßkrampf, z. B. während großer Kälte, wenn der Bauch nicht besonders warm gehalten wurde, traten bald auch Magenstörungen — Übelkeit und Erbrechen — ein. Der Patient hielt gewöhnlich seinen Bauch mittelst Binden warm.

Sogar der eine ganze Reihe von Tagen dauernde Spasmus der Därme und die durch ihn erzeugten Störungen verschwanden, wenn die Haut übererwärmt wurde. Dann genügten kleine Bewegungen oder die Einnahme von etwas Nahrung, oder auch eine kleine Massage, um Stuhlgang zu erzielen, wo sonst die vielfache Anwendung derselben erfolglos blieb.

Die dargestellten, im Laufe von einigen Jahren gemachten Versuche und Beobachtungen stellen fest, daß die Obstipatio spastica bei den Kranken, um welche es sich hier handelt, nur eines von den vielen Symptomen der ganzen betreffenden Krankheit ist. Sie bestätigen auch die Ansichten italienischer Autoren über die näheren Beziehungen zwischen der Haut und der Funktion des Dickdarmes.

Nach Feststellung des Wesens der besprochenen Krankheit ergibt sich die Therapie der ganzen Krankheit, darunter also auch die rationelle Behandlung der spastischen Stuhlverhaltung bei diesen Kranken, von selbst. Die Beseitigung der Neigung des vasomotorischen Apparates der Haut zum Spasmus ist das Hauptziel der Behandlung, wozu die Pharmakologie (Opium, Chloroformgruppe etc.), sowie die Hydrotherapie (vor allem sehr starke Duschen) genug Mittel zur Verfügung stellen.

Ich brauche hier kaum zu erwähnen, daß meine Patienten durch diese Behandlung vollkommen genasen.

Revue.

Aus den neuesten Publikationen auf dem Gebiete der Magenpathologie und Therapie.

Literatur: ALVAREZ, „Méd. moderne“, 1903, Nr. 19. — BACCARANI und PLESSI, „Riforma med.“, 1903, Nr. 14. — COYON, „Gaz. des hôpitaux“, 1903, Nr. 97 u. 100. — EDSALL, „Amer. Journ. of med. scienc.“, 1903, April. — EINHORN, „Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX, H. 2. — GODART-DANHEUX, „Policlinique“, 1903, Nr. 24. — HEPP, „Gaz. des hôpitaux“, 1903, Nr. 62. — HOLSTI, „Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 49. — INONYE, „Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX. — KNAPP, „New York med. Journ.“, 1903, Okt. — MATHIEU u. ROUX, „Gaz. des hôpitaux“, 1903, Nr. 48. — Dieselben, *Ibidem*, Nr. 35. — MILLS, „Brit. med. Journ.“, 1903, Nr. 12. — REACH, „HOHMEISTERS Beitr. z. chem. Phys. u. Path.“, Bd. IV, H. 3 u. 4. — SALOMON, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 31. — SCHULZ, „Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. XI, H. 1. — V. STEJSKAL u. AXISA, „Zentralbl. f. i. Med.“, 1903, Nr. 38. — STROOKEY, „New York med. News“, 1903, Febr. — VARIOT, „Gaz. des hôpitaux“, 1903, Nr. 60. — ZWEIF u. CALVO, „Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX.

Die Durchsicht der Literatur des vergangenen Jahres lehrt, daß auf dem Gebiete der Lehre von den Magenerkrankungen zahlreiche, sehr bemerkenswerte Arbeiten erschienen sind. Namentlich französische und italienische Autoren haben an dem Ausbau dieses Wissenszweiges regen Anteil genommen und die deutsche Medizin

hat ihre in dieser Frage seit jeher führende Rolle auch in der letzten Zeit unverändert beibehalten.

Pylorusinsuffizienz nennt KNAPP einen Zustand, bei welchem der Magen seinen Inhalt vor Vollendung der gastrischen Verdauung austreibt. Eine solche Hypermotilität wird oftmals in Verbindung mit Achylie und Subazidität beobachtet. Die häufigste Grundlage dieser Erscheinung scheint eine alkoholische Gastritis zu sein. In der Therapie spielt die Darreichung von Pankreatin die Hauptrolle.

Im Gegensatz zu VOCHARD behauptet INONYE nach Versuchen mit verschiedenen hergestellten künstlichen Verdauungssäften und weiteren Versuchen an lebenden Katzen, daß im Magen nur eine ganz geringfügige Spaltung des Neutralfettes stattfindet. Dieselbe kann durchaus durch die Wirkung der freien Säure, der Spaltung durch Wasser bei höherer Temperatur, durch Bakterienwirkung erklärt werden.

Die von ZUNTZ gefundene Tatsache, daß bei der Magenverdauung schließlich die Albumosenmenge einen Höchstwert von 90% erreichen, hat REACH nachgeprüft und festgestellt, daß dem tatsächlich so ist, daß aber — wie er am isolierten ausgeschnittenen Magen (mit Inhalt) in der feuchten Kammer fand — daneben auch Peptone, Peptoide, vielleicht auch kristallinische Endprodukte entstehen, die aber alsbald resorbiert werden, so daß die Albumosen zurückbleiben.

Die Wirkung des Morphiums auf die Magensaftabsonderung hat HOLSTI untersucht. Er fand, daß die Azidität des Mageninhalts beim Morphinumgebrauch im allgemeinen niedriger war als vorher, daß aber die Inthaltemenge eher vermehrt als vermindert war. Überhaupt neigt H. der Ansicht zu, daß die schädliche Wirkung des Morphiums auf den Magen mehr die Motilität als den Chemismus betrifft.

Nach den Erfahrungen von STROOKEY üben exzessive Mengen von Chlornatrium einen entschieden hemmenden Einfluß auf die Salzsäuresekretion aus und können die Magenverdauung daher hindern. Das eingeführte Chlornatrium wird im Magen, wenn überhaupt, so doch nur in geringer Menge in Chlorwasserstoff umgewandelt.

Bei nervöser Dyspepsie darf man nach Angabe von MATHIEU und ROUX die Nahrungsmenge auf die Dauer nicht stark einschränken. Die Hauptsache ist die Regelung der Ernährung. Ist dies geschehen, dann bessern sich die dyspeptischen Störungen, der Hunger kehrt wieder, der Allgemeinzustand hebt sich, ebenso die Stimmung, die Zunge wird rein. So lange die Inanition andauert, bleibt sie belegt.

Eine große Zahl von Dyspepsie-Fällen ist nach den Erfahrungen COYONS auf abnorme Gärungen zurückzuführen und antifermentativ zu behandeln.

EINHORN führt viele Fälle von Achylia gastrica auf nervöse Störungen zurück.

Ob dem Fehlen der Saftsekretion eine Atrophie zugrunde liegt, ist während des Lebens schwer zu entscheiden. Bei der Differentialdiagnose zwischen Achylia gastrica und Karzinom sprechen für das letztere: Die Anwesenheit von Speiseresten im nüchternen Magen, kleine Blutungen und das Versagen der therapeutischen Maßnahmen. Das Vorkommen von Schleimhautstückchen im Mageninhalt oder im Spülwasser des Magens ist für Achylie nicht charakteristisch. Unter 15 untersuchten Fällen fand sich nur 4mal eine wesentliche Reduktion der Zahl der roten Blutkörperchen, nur einmal gleichzeitig mit verhältnismäßigem Hämoglobinreichtum und ausgesprochener Poikilozytose. — Ein näherer Zusammenhang zwischen Achylia gastrica und perniziöser Anämie scheint nicht zu bestehen.

Bei Dyspeptikern mit leichter und mit schwerer Mageninsuffizienz verwendet HEPP den Magensaft des Schweines — in Dosen von zwei Teelöffeln während der Mahlzeit. Als Vehikel empfiehlt er besonders das Bier. Die Wirkung dieser Medikation ist eine sedative und die Digestion beschleunigende, daher eröffnende. Es verschwinden dadurch die antotoxischen Erscheinungen des Alptrückens, der Schlaflosigkeit, der Herzpalpitationen, die Obstipation wird behoben, im anderen Falle die Diarrhöe beseitigt, das Gewicht des Körpers nimmt zu und damit ist die entschiedene Besserung angebahnt.

Mit dem Paraganglin VASSALES, einem Nebennierenpräparate, haben BACCARANI und PLESSI 14 Fälle von Magenatonie behandelt. Das Präparat hob die motorische Kraft des Magens, den kardiovaskulären Blutdruck, namentlich in allen Fällen, wo er abnorm niedrig erschien. Der Puls schien meist um ein geringes frequenter zu werden. Die Quantität des Urins wuchs ebenso wie die Ausscheidung des Harnstoffs und des Phosphors, so daß man die Überzeugung gewinnen kann, daß die von der medullaren Substanz der Nebenniere abgesonderten Stoffe eine besondere Wirkung auf die Betätigung des Stoffwechsels haben. Es gibt also möglicherweise Formen von atonischer gastrointestinaler Dyspepsie, bedingt durch einfache vorübergehende oder relative Insuffizienz der Nebennieren.

Die Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation haben v. STEYSKAL und AXISA am Hunde untersucht. Aus den Versuchstabellen geht hervor, daß eine einseitige Nierenexstirpation zu Sekretionsänderungen im Magen Veranlassung gibt. Dieselbe betrifft die Sekretion der Salzsäure, deren Quantum in den zwei ersten Tagen nach der Operation stetig abnimmt, um am 3.—4. Tage ihr Minimum zu erreichen. Dann beginnt die Menge der Salzsäure wieder zu steigen und ist nach ungefähr 10 Tagen normal groß. Die Verf. setzen ihre sehr interessanten Untersuchungen fort. (Schluß folgt.)

Referate.

ROMBERG und HAEDICKE (Marburg): Über den Einfluß der Wohnung auf die Erkrankung an Tuberkulose.

Während nach der angestellten Berechnung unter den zirka 18.000 Einwohnern Marburgs etwa $197 = 1.1\%$ an Lungentuberkulose leiden, finden sich in dem ärmsten Fünftel der Bevölkerung etwa 4 Fünftel aller aus den Totenlisten berechneten Lungentuberkulosen, unter 3527 Menschen etwa 167 Kranke. Während in diesem ärmsten Fünftel 4.7% phthisisch sind, finden sich in den besser situierten 4 Fünfteln nur 0.2% erkrankt („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 76, H. 4 u. 5).

Auch diese Zahlen zeigen, daß die Tuberkulose vor allem bei der unbemittelten Bevölkerung zu bekämpfen ist. Es war die Frage zu beantworten, ob die Wohnungsfürsorge bei Tuberkulösen zu der Hoffnung berechtigt, ein wirksames Hilfsmittel in diesem Kampfe zu sein. Zu ihrer Beantwortung existierte bisher nur eine systematische Untersuchung, die von BIGGS in New-York angestellte.

Bei dem Studium der Tuberkulose im Marburger Distrikte der Poliklinik fanden sich in 2.6% der 1503 Wohnhäuser Marburgs etwa 34% aller aus den Totenlisten berechneten Tuberkulösen. In 33.6% der von der ärmsten Bevölkerung bewohnten Häuser kamen 59.2% aller Tuberkuloseerkrankungen dieser Klasse vor. Auch diese Ergebnisse bestätigen also, daß die Tuberkulose eine Wohnungs Krankheit ist. Für Marburger Verhältnisse — und das gilt wohl für alle mittleren und kleineren Städte — läßt sich kein maßgebender Einfluß von Lage, Bauart und Einwohnerzahl der Häuser auf die so verschiedene Häufigkeit der Tuberkulose in ihnen nachweisen. Auch der Schmutz in Häusern und Wohnungen verursacht für sich allein keine Häufung von Tuberkulosefällen. Sie fand sich aber nie in reinlichen Häusern und sauberen Wohnungen. Eine verschiedene Disposition der Bewohner ließ sich ebenfalls nicht verantwortlich machen. Das Verhalten der Kinder-tuberkulose und das Studium der einzelnen Fälle nötigen vielmehr zu dem Schlusse, daß auch die manifeste Erkrankung an Tuberkulose in einem großen Teile der Fälle auf infektiöse Einflüsse zurückzuführen ist. Nach den NÄGELISCHEN Ergebnissen führt die einmalige Infektion mit Tuberkelbazillen sehr oft zu keiner wirklichen Erkrankung. Eine hervorragende Rolle in dieser Beziehung spielt dagegen nach den Feststellungen der Autoren die wiederholte Aufnahme von Tuberkelbazillen bei dem Zusammenleben mit einem unvorsichtig hustenden und auswerfenden Phthisiker in einer schmutzigen Wohnung. Soll damit auch keineswegs die gelegentliche Entstehung manifester Erkrankung nach einer einmaligen In-

fektion, die Mitwirkung disponierender Momente bei einem Teile der Fälle, in Abrede gestellt werden, so ist doch vor allem auf die wiederholte Infektion mit dem Tuberkulosevirus die große Tuberkulosemorbidity der armen Bevölkerung, die Häufung von Tuberkulosefällen in bestimmten Häusern zurückzuführen. Sie ist die Ursache, daß die Tuberkulose eine Wohnungs Krankheit ist. So ist denn der Kampf gegen die Tuberkulose vor allem in den Wohnungen der unbemittelten Bevölkerung zu führen. Die immer neue Aufnahme des Infektionsstoffes muß verhütet werden. BR.

ALFRED GROSS (Kiel): Beobachtungen über Amöbenenteritis.

Die Stuhlgänge waren in einem einschlägigen Falle dünnflüssig mit Schleimbeimengung, gelblich oder braunrot und enthielten neben roten und weißen Blutkörperchen und geschwänzten Epithelien kleinere und größere hyaline Scheiben mit Kern und Vakuolen, rund oder ausgebuchtet. Manchmal zeigten sie ein gekörntes Endoplasma. Bewegungen konnte man niemals mit Sicherheit nachweisen, auch nicht bei Anwendung des geheizten Objektives („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 76, H. 4 u. 5).

Das Darmleiden hatte bei dem Patienten ungefähr ein Jahr lang gedauert; er starb an einer interkurrenten Pneumonie. Die Autopsie ergab, abgesehen von dem Lungeninfiltrat, als wesentlichsten Befund starke chronische Entzündung des Dickdarms. Derselbe zeigte sehr verdickte Wandung mit etwas verengtem Lumen. Die Schleimhautfläche war frei von frischen Geschwüren und hatte eine sehr wulstige Oberfläche, die durch Abwechslung narbiger und hypertrophisch-granulierender Bezirke bedingt war. Einzelne Stückchen des Rektums wurden in Formol, sowie Alkohol gehärtet und nach Paraffineinbettung geschnitten. Färbung: Hämatoxylin-Eosin, VAN GIESON, WEIGERTSche Fibrinfärbung. Untersuchungsbefund: Die Mucosa ist nirgends völlig normal, an den meisten Stellen ersetzt durch ein zellreiches Granulationsgewebe. Die LIEBERKÜHNschen Drüsen zeigen, soweit vorhanden, teils Ausbuchtungen und Verbreiterung der Endampulle, teils adenomatöse Wucherung und vielfach einen schräg zur Oberfläche gerichteten Verlauf. Einzelne Drüsen sezernieren noch.

Die Submucosa läßt netzartigen Bau mit angiomartiger Erweiterung von Blut- und Lymphgefäßen erkennen. Die Erweiterung betrifft namentlich die Venen, deren Adventitia stellenweise verdickt ist. Den der Schleimhaut zugewandten Teil der Submucosa bildet ein sehr zellreiches Gewebe mit einzelnen Fibrinnetzen, den distalen ein zellarmes, welliges Bindegewebe. Die Muscularis mucosae fehlt an vielen Stellen. Im allgemeinen ist die Zellinfiltration im Bereich der Geschwüre am stärksten. Diese sind in Ausheilung begriffen, in verschiedener Ausdehnung unterminiert. Ihr Grund wird von Zellanhäufungen der Submucosa gebildet, die überhängenden Ränder von Granulationsgewebe, in das noch einzelne Schlauchdrüsenstümpfe eingebettet sind, oder einem sehr gefäß- und zellreichen jugendlichen Bindegewebe.

Die Muscularis ist an den meisten Stellen stark hypertrophisch, nur an einzelnen Stellen, an denen auch die Submucosa bloß aus einem Maschenwerk mit weiten Venenräumen besteht, fehlt die Ringmuskelschicht. Zellige Infiltration erstreckt sich nur im Bereich einzelner Geschwüre bis zur Muscularis. Ganz vereinzelt finden sich auf dem Grunde eines Geschwüres runde Zellen mit Kern und Nucleolus, weniger intensiv gefärbt als die Granulationszellen. Die im Stuhle gefundenen amöbenverdächtigen Gebilde, welche im Durchschnitt als epitheloide imponieren, zeigen große Ähnlichkeit mit den von JÜRGENS bei der Döberitzer bazillären Ruhr gefundenen Zellen, denen nur eine morphologische Ähnlichkeit mit Amöben zukommt. So zeigt eben auch diese Beobachtung, daß die biologischen Eigenschaften auch für die allgemeine Diagnose „Amöben“ die wichtigeren sind, wie sie ja auch für die Artunterscheidung die größte Bedeutung haben. BR.

H. BRAUN (Leipzig): Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebsinjektionen.

Um die großen Vorteile des Adrenalins gehörig zu würdigen, muß man verstehen, die Gefahren, die diesem Mittel anhaften, sicher auszuschließen. Dann erst werden die Adrenalininjektionen eine allgemeine Verbreitung finden.

Die beiden Gefahren, die den Adrenalininjektionen anhafteten, waren die Nachblutungen und die Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Herzklopfen, einmal sogar Atemlähmung), die bei der früher üblich gewesenen Dosis von 1 Mgrm. Adrenalin manchmal eintraten.

Verf. hat sich nun davon überzeugt, daß man mit viel geringeren Konzentrationen, als man ursprünglich dachte, die anästhesierenden Eigenschaften der Kokainlösung steigern kann. Diese geringen Dosen verringern auch die Gefahr der Nachblutung; wenn nämlich früher mittelst konzentrierter Adrenalinlösungen die Gewebe vollständig blutleer gemacht wurden und auch die Arterien mittleren Kalibers nicht mehr bluteten, konnte es, nachdem die Adrenalinwirkung aufgehört hat, zu Nachblutungen aus diesen größeren Gefäßen kommen. Hingegen hört bei verdünnten Adrenalinlösungen nur die parenchymatöse Blutung auf, während die größeren Gefäße weiter bluten und daher unterbunden werden müssen.

Auf Grund seiner Erfahrungen rät daher der Verf. („Zentralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 38), zu 100 Grm. SCHLEICHscher Infiltrationslösung 2 bis höchstens 5 Tropfen der käuflichen Adrenalinlösung 1:1000 zuzusetzen. Bei konzentrierter Kokainlösung (1%), die in geringer Menge zur Anästhesierung von Nervenstämmen benützt wird, setzt Verf. nicht mehr als 2 Tropfen Adrenalinlösung auf 1 cm³ zu. Mehr als 5 Tropfen dieser Lösung (= 1/8 mg Adrenalin) anzuwenden, war Verf. in der letzten Zeit nur selten in der Lage. ERDHEIM.

VIKTOR SCHULTZ (Petersburg): Ein Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Dysmenorrhoe.

Die Dysmenorrhoe der jungen Mädchen und jungen Frauen, deren Genitale als normal befunden wird, ist eine Affektion, die man in den letzten Jahren als Teilerscheinung einer allgemeinen Neurose zu betrachten gewöhnt war. Sie kann dennoch in einer Reihe von Fällen vom Genitalapparat selbst ausgehen; SCH. („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, 1903, Dezember) nimmt für solche Dysmenorrhöen eine mangelhafte Organisation des infantilen Bindegewebes in den „äußeren Wandschichten“ des Uterus zur Pubertätszeit und über diese hinaus an. Er unterscheidet beim dysmenorrhöischen Schmerz ätiologisch zwei Schmerzqualitäten, den prämenstruellen und den menstruellen Schmerz; der erstere ist als „Kapselspannungsschmerz“ aufzufassen, während die Ursache des letzteren in einem geschwächten, überempfindlichen Zentralorgan (MENGE) zu suchen ist, welches die unter physiologischen Verhältnissen unbemerkt bleibenden Kontraktionen als schmerzhaft wahrnimmt. Die dauernde Heilung des dysmenorrhöischen Schmerzes nach dem ersten Partus ist zurückzuführen auf einen Reifungsprozeß der Uteruswandungen, speziell ihrer Außenschichten, durch die Gravidität und die bessere Blutzirkulation während derselben, auch auf die kulissenartige Verschiebung der Gewebe in der Eröffnungsperiode und auf die dauernden Strukturveränderungen des Mesometrium post partum.

Therapeutisch ist eine strenge Individualisierung jedes Einzelfalles von Dysmenorrhoe erforderlich und nur bei strengster Indikation ein operativer Eingriff, die „Hysterolysis“ — eine „Kapselspaltung“ von außen nach innen — vorzunehmen, sonst mit dem ganzen Arsenal von therapeutischen Maßnahmen vorzugehen und der Gesamtorganismus anzugreifen, damit die partielle Vegetationsstörung am Uterus ausgeglichen werden könne. FISCHER.

Aus der Kgl. dermatologischen Klinik (Vorstand Prof. Dr. Posselt) in München.

OSWALD SIGMUND: Über interne Gonorrhoebehandlung mit Helmitol.

Verf. gibt in seiner ausführlichen Abhandlung („Inaug.-Diss.“) zunächst eine Übersicht über die bei der Gonorrhoe bisher be-

nutzten internen Mittel (Balsamica, Salizylpräparate, Opiate etc.), die er kritisch beleuchtet, wobei er zu dem Ergebnis gelangt, daß dieselben auf dem Blutwege überhaupt nicht, auf dem Harnwege nur ungenügend auf den gonorrhöischen Prozeß einzuwirken vermögen und höchstens als symptomatische Mittel Bedeutung besitzen. Im Anschlusse an einige Erfolge, die mit Helmitol bei der Behandlung von nicht gonorrhöischer Cystitis an der POSSELTschen Klinik erzielt wurden, hat nun S. eingehende Versuche über die Brauchbarkeit des Helmitols bei Urethritis gonorrhöica angestellt.

Gewöhnlich wurde das Helmitol in Tagesdosen von 4 Grm. ordiniert und prinzipiell trotz des negativen Einflusses auf die Gonokokken solange mit dessen Darreichung fortgefahren, bis Komplikationen seitens der Pars posterior verschwunden waren. Auf diese Weise haben einzelne Kranke (in den ersten 5 Monaten der Prüfung des neuen Mittels 27 Tripperkranke) bis zu 100 g Helmitol genommen bei durchschnittlichen Tagesdosen von 3 bis 4 bis 6 g. Die Schmerzen beim Urinieren sind alsbald geschwunden. Die Tabletten zu 0.5 g lösen sich ziemlich leicht im Brunnenwasser und unterscheiden sich in ihrer Wirkung in keiner Weise von dem Pulver. In überwiegender Anzahl handelte es sich um Fälle von Urethritis totalis, insofern schon vom ersten Beobachtungstage an bei der Gläserprobe auch die zweite Harnportion eitrig oder schleimig eitrig Beimpfungen aufwies; zur Behandlung kamen 98 solche Fälle. Im ganzen genommen scheint das Helmitol bei Blasenkatarrh nicht gonorrhöischer Natur ein sehr wirksames Mittel darzustellen und dem Urotropin überlegen zu sein. Es kann daher zur Unterstützung der Gonorrhöebehandlung empfohlen werden. G.

RUDOLF KARB (Prag): Über 50 Fälle vorzeitiger künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist im Interesse der Mutter angezeigt und gerechtfertigt, wenn gefahrdrohende Zustände sicher oder wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dadurch im günstigen Sinne beeinflusst werden können. 35 Fälle K.S. entfallen auf Erkrankungen der Mutter (Nephritis, Vitium cordis, Tuberculosis pulmonum, Bronchitis purulenta, Hyperemesis, Hydramnion, Hysteria gravis, Cholelithiasis), 15 auf das enge Becken. Die erstere Gruppe, bei der es sich um schwer erkrankte Mütter handelte, ergibt eine Mortalität von 8.57%. Bei 20 lebensfähigen Kindern wurden in 14 Fällen Erfolge erzielt, während die restierenden 6 tot geboren wurden oder perforiert werden mußten. Von den engen Becken entfielen 6 auf das platte, 9 auf das allgemein verengte Becken (Konjug. 8—8.5 beim platten, 7—9 cm beim allgemein verengten Becken). Hier wurden sämtliche Mütter gesund entlassen, während die Kindermortalität 53.4% betrug.

Was die Technik betrifft, kamen („Ztschr. f. Heilkunde“, 1903, XII) alle gebräuchlichen Methoden zur Anwendung; doch wurde immer mehr von der Bougierung als einem unsicheren und häufig unberechenbar lange Zeit in Anspruch nehmenden Verfahren abgekommen. Geradezu zu warnen ist vor dem Bougieren in Fällen von schweren Erkrankungen des Respirations- oder Zirkulationssystems, wo die Frau durch dyspnoische Atmung oder durch heftige Hustenstöße erschüttert wird oder nur in sitzender Stellung im Bette gehalten werden kann. In derartigen Fällen wäre nicht nur Dekubitus, sondern selbst eine Perforation des Uterus zu befürchten. FISCHER.

HARTMANN (Kassel): Ein Beitrag zur Behandlung der Ischias.

Das pathologisch-anatomische Substrat einer ganzen Gruppe von Ischialgien ist gegeben in abnormen Verwachsungen der Nervenscheide des Ischiadikus mit seiner Umgebung. In diesen Fällen kann die kausale Therapie nur dahin gerichtet sein, diese Verwachsungen auf blutigem oder unblutigem Wege zu lösen. Die unblutige Lösung geschieht am besten durch forcierte unblutige Dehnungen des Ischiadikus, die gewöhnlich in der Weise vorgenommen werden, daß in Rückenlage der Patienten bei fixiertem Becken das kranke Bein im Hüftgelenke maximal gebeugt wird, während das

Kniegelenk maximal gestreckt bleibt. Dadurch wird eine schmerzhaft, aber wirksame Dehnung des Nerven erreicht. HARTMANN macht den Vorschlag („Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie“, 1903, Bd. I, H. 3), den Angriffspunkt am Oberkörper des Patienten zu wählen, während die beiden unteren Extremitäten mit einem breiten Gurte dicht oberhalb der Kniegelenke auf dem Operationstische in gestreckter Stellung fixiert werden. Der Oberkörper des in Rückenlage befindlichen Patienten wird mit beiden Händen von dem zu Häupten stehenden Arzte erhoben und den unteren Extremitäten in der Weise genähert, daß der Oberkörper eine kleine Neigung nach der kranken Seite erfährt, dadurch soll die Wirkung bedeutend gesteigert werden. Die Beugungen werden rhythmisch mit allmählich zunehmender Intensität ausgeführt. Diese Art der unblutigen Ischiadikusdehnung soll den Vorteil haben, daß die unwillkürlichen Muskelspannungen viel geringer sind, so daß die Dehnung ausgiebiger und doch für den Patienten weniger schmerzhaft und unangenehm vorgenommen werden kann.

GRÜNBAUM.

L. W. WEBER (Göttingen): Über Versuche mit Veronal, einem neuen Schlafmittel.

Als Resultat dieser Versuche („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 40) mit Veronal ergibt sich, daß dasselbe eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt. Namentlich empfiehlt sich seine Anwendung als Beruhigungsmittel bei motorischen Aufregungszuständen aller Art, insbesondere den durch Halluzinationen hervorgerufenen. Die Wirkung tritt in einer durch die individuelle Verschiedenheit der Fälle bedingten Zeit von 1—2 Stunden sicher ein und hält für längere Zeit nach, ohne doch bei längerem Gebrauche sich zu kumulieren oder wesentlich abzuschwächen. Sie tritt auch häufig da noch ein, wo andere Narkotika versagen. Es kann deshalb an Stelle derselben oder abwechselnd mit ihnen gebraucht werden. Unangenehme Nebenwirkung, namentlich in Bezug auf Atmung, Herztätigkeit und Verdauung, wurden bisher nicht beobachtet. Die Darreichung ist eine einfache, da das Präparat leicht löslich, von nicht besonders auffälligem Geschmack und deshalb in allen möglichen Speisen und Getränken unterzubringen ist. Das Veronal empfiehlt sich infolge der genannten Eigenschaften namentlich auch für die häusliche Praxis in Fällen, wo unter äußerlich ungünstigen Umständen, bei Mangel entsprechender anderer Beruhigungsmittel, ein aufgeregter Kranker unter allen Umständen für einige Zeit ruhig gehalten werden muß. Die nötige Dosis ist im allgemeinen 0.3—0.6—1.0 g.

L.

J. BAER (Straßburg): Die Pockenerkrankungen in Straßburg i. E. im Sommer 1903.

Im Sommer dieses Jahres kamen im Straßburg 18 Fälle von Variola zur Beobachtung, bei welchen sich meist der Ausgang der Infektion festsetzen ließ. Das Interessante an dieser kleinen Epidemie („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 45) ist, daß mit Ausnahme der ersten 4 Fälle bei allen anderen die Behandlung der Variola nach FINSSEN mit Abschluß der chemisch wirksamen und Entzündung erregenden Strahlen, also bei rotem Licht, durchgeführt wurde. Zur Erzeugung desselben oder besser gesagt, zur Abhaltung anderer Strahlen dienten gewöhnliche rote Vorhänge aus Schirting, die an den Fensterrahmen angenagelt wurden. Die Erfahrungen waren ebenso günstig, als sie von FINSSEN geschildert werden. Das Suppurationsstadium fiel in den zum Teil ziemlich schweren Fällen vollständig aus oder zeigte sich höchstens andeutungsweise. In einem Falle hatte die Behandlung erst eingesetzt, als bereits ein Teil der Vesikeln mit der Vereiterung begonnen hatte; hier vereiterten auch alle übrigen Vesikeln, ohne daß jedoch erneutes Fieber eintrat. Bemerkenswerth ist, daß es sich absolut nicht um chemisch reines, rotes Licht handelt, weil es sich bei den primitiven Vorrichtungen ja kaum verhindern ließ, daß durch die Spalten der Fensterrahmen Spuren von Tageslicht eindringen; doch zeigte sich das diffuse Licht im Raume spektroskopisch nur rot.

DEUTSCH.

BERTRAUD: Nouvelles recherches sur l'arsenic de l'organisme. Présence de ce métalloïde dans la série animale.

In Fortsetzung seiner Untersuchungen über den Nachweis und das normale Vorkommen sehr geringer Quantitäten von Arsenik im Organismus mehrerer Säugetiere erschien es dem Verf. geboten, nachzusehen, ob der Arsenik sich auch bei anderen Tieren finde und diese Untersuchungen auf die niedersten Tiere auszuweiten. Die Fragestellung war hierbei die, ob der Arsenik ein primärer Bestandteil der lebenden Zelle ist oder lediglich einer besonderen Funktion entspricht, die bei einem bestimmten Grade der Vervollkommnung eines Lebewesens auftritt. Um diese Frage zu entscheiden, untersuchte er niederste Meertiere. Es ergab sich hierbei („Annales de l'Institut PASTEUR“, 1903, pag. 1), daß sämtliche untersuchte Tiere kleine Mengen Arsenik enthielten und daß derselbe sich in allen Sekreten findet. Nach diesen Untersuchungen wäre also der Arsenik ein Grundbestandteil des Zellprotoplasma. Verf. weist auf die wichtigen Folgerungen, die sich hieraus ergeben, hin, indem sowohl die Chemie als die Physiologie mit diesem Zellbestandteil rechnen müssen und namentlich auch die praktische wie besonders die gerichtliche Medizin ihn zu berücksichtigen haben. Namentlich in letzterer Hinsicht weist Verf. darauf hin, daß man sich gegebenenfalls nicht mit qualitativen Untersuchungen begnügen darf, sondern die gefundene Menge Arsenik quantitativ bestimmen muß.

Dr. S—.

Kleine Mitteilungen.

— Zur Verhütung des Jodismus berichtet LESSER („Verein f. inn. Med. in Berlin“, 19. Oktober 1903). Die Ansicht, daß die Symptome des Jodismus durch freies Jod erzeugt würden, welches im Organismus aus den Jodalkalien abgespalten werde, ist unrichtig, weshalb auch die auf Grund dieser Hypothese empfohlenen Schutzmittel sich unwirksam erwiesen. Es handle sich gar nicht um einen Jodismus, sondern um einen Jodalkalismus, d. h. das Jod werde gar nicht frei gemacht. Man findet nämlich immer im Körper und in allen Organen nach Einverleibung von Jodkali wiederum nur dieses und nicht freies Jod oder Jodeiweiß. Versuche mit Jodipin haben ergeben, daß es bei interner Anwendung ebensowohl Jodalkalismus erzeuge, wie Jodkali, nur seinem geringeren Jodgehalt entsprechend schwächer, da das Jodipin eben auch als Jodkali zirkuliert und zur Ausscheidung gelangt; das Gleiche gilt von den Jodeiweißverbindungen. Nur bei subkutaner Anwendung des Jodipins bleibt der Jodismus aus infolge der langsamen, über Monate sich hinziehenden Resorption. Der Jodismus sive Jodalkalismus geht also parallel der zirkulierenden Jodalkalimenge und hängt deshalb bei gleichen Mengen in erster Linie von der Toleranz des Kranken, bzw. seiner eventuellen Idiosynkrasie ab. Da allmählich die meisten Kranken gegen das Jod toleranter werden, so ist es zweckmäßig, im Anfang häufiger über den Tag verteilte kleinere Dosen anstatt weniger großen zu geben, um so den Ansturm des Jodkali zu verringern. Auf diese Weise kommt man meist mit Jodalkali zum Ziele und nur selten ist man zur subkutanen Injektion von Jodipin genötigt.

— Das Mesotanpflaster stellt eine Verbindung von Mesotan mit Paragummi und Harzen zu einem Pflaster dar. Die Erfolge, die mit demselben, namentlich bei Lumbago und rheumatoider Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Gelenke, erzielt wurden, waren ebenso prompt wie mit dem Mesotan selbst. Daß auch in dieser Form Salizyl vom Körper aufgenommen wird, läßt sich durch deutliche Reaktion im Urin nachweisen. Der Hautreizung ist entschieden beim Mesotan ein Teil der Wirkung zuzuschreiben und daraus das akute Nachlassen der Schmerzen zu erklären. Die Reizwirkungen auf die Haut sind bei Zusatz von Olivenöl zum Mesotan so gering, daß sie kaum eine Rötung der Haut hervorbringen und als einziges Symptom ihres Vorhandenseins das angenehme Wärmegefühl der Haut und das Aufhören der Schmerzen zeigen. Nur in wenigen Fällen wird die Hautreizung pathologisch. Daß der Salizylsäure der alleinige Einfluß auf die Heilung einzuräumen ist, dürfte nicht zu leugnen sein.

— Ein ausführliches Referat über die **Therapie bei Kehlkopftuberkulose** faßt KRONENBERG in folgender Weise zusammen („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 15 u. 16): Eine chirurgische Behandlung der Larynx tuberkulose ist überall da am Platze, wo bei gutem Allgemeinzustande die tuberkulösen Herde mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit zu entfernen sind. Die Laryngotomie ist zu diesem Zwecke nur in Ausnahmefällen gestattet. Die Normalmethode ist die Operation vom Munde aus. Ist eine völlige Entfernung nicht möglich, so sollte nur zur Beseitigung bedrohlicher Komplikationen operiert werden oder zur Elimination dessen, was anderen therapeutischen Methoden direkt hinderlich ist. Keines der empfohlenen Ätzmittel hat spezifische Wirkung; das beste derartige Mittel ist die Galvanokautik. Unsere wichtigste Aufgabe bei Behandlung der Larynxphthise ist die Anstrengung der Spontanheilung. Das wertvollste Mittel hierzu ist, so lange es kein spezifisches Heilmittel gegen Tuberkulose gibt, eine sorgfältig durchgeführte Allgemeinbehandlung, besonders auf dem Boden der physikalisch-diätetischen Heilmethoden.

— Über das **Dionin** liegt eine Reihe von bemerkenswerten Mitteilungen vor. So hat HIGIER („Deutsche med. Wschr.“) damit bei Phthisikern ruhigen Schlaf, Aufhören des lästigen Hustens, Nachlassen der Atemnot, Erleichterung der Expektoration erzielt. Ähnliches berichtet JANISCH („Münch. med. Wschr.“). Aus zahlreichen anderen Publikationen, im ganzen nicht weniger als 98, geht die Wirksamkeit des Dionin als Sedativum (MELTZER), als Analgetikum, als Spezialmittel des Augenarztes (VERMES), als Morphinersatz bei Entziehungskuren, schließlich als therapeutisches Agens in der gynäkologischen Praxis unzweifelhaft hervor. In letzterer Hinsicht ist es besonders bei Dysmenorrhöe, bei schmerzhaften Adnexaffektionen und bei inoperablen Neoplasmen am Platze. Die bequemste Form der Anwendung ist diejenige eines Suppositoriums (0.04 Dionin auf 2.0 Ol. Cacao).

— Die **Bedeutung der Bittermittel für die Verdauung** erörtert BORISSOW („Russk. Wratsch“, 1903, Nr. 32). Verf. nennt Bittermittel alle Stoffe mit bitterem Geschmack und relativ geringer physiologischer Allgemeinwirkung. Er stellte seine diesbezüglichen Versuche an einem Hunde mit äußerer Ösophagotomie und Magen fistel an, wobei er sich der sogenannten Scheinfütterung nach PAWLOW bediente. Es stellte sich heraus, daß die Bittermittel die Schärfe der Geschmacksreize steigern und allein durch diese Reizung der Geschmacksnerven reflektorisch eine vermehrte Absonderung des Magensaftes bewirken. B. kommt daher zu dem Schluß, daß die Anwendung von Amara am Krankenbett vollkommen zweckmäßig ist, da sie eine Steigerung der Magensaftsekretion hervorrufen, und daß Bittermittel in großen Dosen lange vor dem Essen und in Pillenform zu verschreiben irrationell ist.

— Seine Erfahrungen mit **Hetolsanguinal** publiziert KRONE („D. med. Woche“, 1903, Nr. 38). Er hat die Pillenform bevorzugt und die Hetolsanguinalpillen derart darstellen lassen, daß die Pille 0.001 Hetol enthält. Die Dosis suchte er dem einzelnen Fall anzupassen, ließ gewöhnlich mit 1 Pille pro die beginnen und, dem Fall entsprechend, nach einigen Tagen steigen. Im Durchschnitt hat er von 3 zu 3 Tagen eine Pille mehr nehmen lassen, Kinder bis 3, Erwachsene bis 6 Pillen täglich. Die Pillen wurden ohne Widerwillen genommen und durchweg gut vertragen. Das Allgemeinbefinden hob sich, der Appetit wurde angeregt und gesteigert, auch das Körpergewicht nahm regelmäßig zu. Bald konnte K. auch eine günstige Beeinflussung der entzündlichen skrofulösen wie tuberkulösen Prozesse wahrnehmen.

— Seine Erfahrungen über **Faradisation bei Dysmenorrhöe** veröffentlicht GINSBURG („Wratschebn. Gas.“, 1903, Nr. 27). Zu diesem Zwecke wird in den Zervikalkanal eine biegsame, von Griff bis zur knopfförmigen Verdickung am unteren Ende mit Guttapercha umhüllte Sonde eingeführt; die eine Elektrode des SPAMERSchen Induktionsapparates wird mit der Uterussonde vermittelt eines dünnen Kupferdrahtes verbunden, die andere, plattenförmige, auf den Unterleib oder auf die Kreuzgegend in angefeuchtetem Zustande gelegt. Die Sitzung dauert — bei allmählicher Steigerung und Ausschaltung des Stromes — durchschnittlich 5 Minuten und wird jeden 2. Tag während der intermenstruellen

Periode wiederholt. Außer der lokalen wird bisweilen auch die allgemeine Faradisation in Anwendung gezogen.

— Der Darreichungsmodus der **Pilulae Solveoli Jasper** bei Lungentuberkulose ist nach RODENBERG („Ärztl. Rdsch.“) am besten folgender: Es wird mit 3mal täglich 2 Pillen nach den Hauptmahlzeiten begonnen, dann werden 4mal täglich 2 Pillen gegeben, darauf 3mal täglich 3 Pillen und nach und nach, je nachdem Gewöhnung an das Medikament eintritt, 1—2 Pillen zugelegt, bis schließlich 3mal täglich 4 Pillen und endlich 3mal täglich 5—6 Pillen zu nehmen sind. Gravidität ist keine Kontraindikation des Solveols.

— Eine sehr empfindliche **Probe zum Gallenfarbstoffnachweise im Harn** gibt JOLLES an („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 1 u. 2). Zirka 10 cm³ Harn werden in einem Reagensglas mit 2—3 cm³ Chloroform und 1 cm³ einer 10%igen Chlorbaryumlösung geschüttelt und zentrifugiert; die über dem Chloroform und dem Niederschlag befindliche Flüssigkeit wieder abgegossen, destilliertes Wasser nachgefüllt und wieder zentrifugiert. Der Rückstand wird jetzt mit 5 cm³ Alkohol versetzt, geschüttelt, dann mit 2—3 Tropfen einer bestimmten Jodlösung versetzt und filtriert. Nach einigem Stehen zeigt die Flüssigkeit auch bei Spuren von Gallenfarbstoff die charakteristische grüne Färbung. Die Jodlösung wird hergestellt, indem man 0.63 g Jod und 0.75 g Quecksilberchlorid gesondert in je 125 cm³ Alkohol löst, beide Lösungen vereinigt und 250 cm³ konzentriertes HCl zusetzt. Die Probe eignet sich besonders zur Frühdiagnose des Icterus.

— Ein **Medikament bei Herpes zoster** ist u. a. folgendes („Zentralbl. f. d. ges. Ther.“, 1903, Nr. 11):

Rp. Cocain. mur.	0.3
Extr. cannab. ind.	0.1
Mentholi	1.0
Spirit. vin. conc.	ad 100.0
D. S. Zum Verband.	

— Zur **Behandlung der Dysenterie in den Tropen** hat sich KÖHLER („Ther. Monatsh.“, 1903, Nr. 9) der von den Eingeborenen angewandten Mittel bedient. Diese sind: Cortex Granati, Cortex Simarubae und Campecheholz. Gewöhnlich werden sie einzeln oder gemischt verwandt, indem man die zerkleinerte Masse mit Wasser übergießt und in die Sonne setzt; tags darauf ist das Infus zum Gebrauche fertig. Zwar wurden öfter die größeren Quantitäten vom Magen aus nicht gut angenommen und ein Teil wieder ausgebrochen, aber das Resultat in Bezug auf Heilung der Krankheit war immer ein zufriedenstellendes. Den Übelstand des Erbrechens suchte K. dadurch zu beseitigen, daß er die vorher genannten drei Medikamente nicht mehr in Form eines Infuses nehmen ließ, sondern als Fluidextrakt mit einem kleinen Zusatz von Argentum nitricum. Leute mit dem schwächsten Magen und Kinder im zartesten Alter konnten ohne jegliche Nebenwirkung diese so hergestellte Medizin vertragen. Ausnahmslos zeigte sich innerhalb der ersten 12 Stunden eine Besserung. Die Verordnung bestand darin, daß von dieser Medizin alle 12 Stunden ein Eßlöffel genommen, außerdem alle 24 Stunden eine Injektion von 1 l sterilisierten Wassers gemacht wurde. Die Kranken mußten sich von gekochter Milch allein nähren.

— Ein **appetitanregendes Mittel** ist („Zentralbl. f. d. ges. Ther.“, 1903, Nr. 11):

Rp. Tinct. nuc. vomic.	3.0
Tinct. calumb.,	
Tinct. coto,	
Tinct. gentian.,	
Tinct. chin. compos.,	
Tinct. absinth. compos.	aa. 5.0
D. S. 3mal täglich 20 Tropfen vor den Mahlzeiten zu nehmen;	

auch

Rp. Mentholi	0.5
Tinct. valerian. aeth.,	
Tinct. carvi	aa. 10.0
D. S. 3mal täglich 15 Tropfen vor den Mahlzeiten zu nehmen.	

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Urologie. Mit Einschluß der männlichen Sexualerkrankungen. Von **Dr. Leopold Casper**, Privatdozent an der Universität Berlin. Mit zahlreichen Abbildungen. Berlin, Wien 1903, Urban & Schwarzenberg.

Den bereits ausführlich hier besprochenen beiden ersten Lieferungen schloß sich der Rest unmittelbar an, so daß heute das Gesamtwerk vorliegt. Dasselbe umfaßt neben der Fortsetzung der Gonorrhöbebehandlung die Strikturen und Mißbildungen der Harnröhre, die Krankheiten der Blase, der Prostata, der Hoden, sowie weiters der Nieren und endlich die funktionellen Störungen des Sexualapparates.

Alles, was wir dem ersten Teil nachrühmen konnten, dürfen wir hier wiederholen: die übersichtliche Einteilung des Stoffes, die Klarheit und Anschaulichkeit in der Darstellung, die treffliche Auswahl bezüglich der den Text illustrierenden Figuren und nicht zum wenigsten die differentialdiagnostischen Bemerkungen, die auf Schritt und Tritt die reiche Erfahrung des Autors verraten. Einzelne Kapitel bilden in ihrer Kürze und Präzision geradezu Paradigmen, wie sich alles für den Praktiker Wissenswerte bei aller Knappheit im Ausdrucke doch voller Anschaulichkeit darstellen läßt. Wir heben in dieser Beziehung das kurze Kapitel der Blasen tuberkulose besonders hervor. Die Behandlung der Prostatahypertrophie findet ausführliche Besprechung, und es ist die konservative Behandlung neben der operativen nicht nur nicht vergessen, sondern bedeutungsvoll hervorgehoben. In Bezug auf die operativen Wege, die uns zu Gebote stehen, findet sich auch der Autor auf dem neuesten Standpunkte der partiellen (oder totalen) Ausschälung der Prostata aus der Kapsel, allerdings noch mit der vorsichtigen Einschränkung, daß das Verfahren, erst in Ausbildung begriffen, noch kein endgültiges Urteil zulasse.

In dem den Nierenerkrankungen und den funktionellen Störungen gewidmeten Abschnitte mangelt es gleichfalls nicht an belehrenden Ratschlägen und Winken, so daß wir das relativ nicht umfangreiche Buch, dessen äußere Ausstattung allen Wünschen entspricht, bestens empfehlen können. D.

Pathogenese innerer Krankheiten. Nach Vorlesungen für Studierende und Ärzte. Von **Professor Dr. Fr. Martius**, Rostock. III. Heft: Funktionelle Neurosen. Leipzig und Wien 1903, Franz Deuticke.

Niemals setzen primär irgend welche Vorstellungen einen krankhaften Prozeß oder erzeugen eine Krankheit. Vielmehr werden auf dem Boden einer meist angeborenen, selten rein erworbenen, jedenfalls schlechthin vorhandenen, von der Norm abweichenden psychischen Veranlagung primäre auf äußere oder innere Reize hin entstehende Sensationen von der Psyche falsch bewertet und verwertet. L. H.

Über die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von **Dr. H. Neumann**, Privat-Dozent. Dritte, durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin 1903, Oskar Coblentz.

Das Buch hat die schönen Vorzüge der zweiten Auflage beibehalten und durch Berücksichtigung der im Laufe der letzten zwei Jahre gewonnenen Anregungen auf diagnostischem Gebiete neue erreicht. Die gewinnende Diktion, die originelle, glückliche Form der didaktischen Briefe, die Betonung des Wichtigen bei erschöpfender Behandlung des Stoffes gibt dem Buche alle Vorzüge, die ihm auch weiterhin die Sympathien großer Leserkreise sichern. Es mag Stellen geben, die bei manchen auf berechtigten Widerspruch stoßen (die Stellung zur Alkoholfrage zum Beispiel), als Ganzes ist aber das Buch zu loben, zu empfehlen und wir können uns freuen, daß wir es haben. NEURATH.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

I.

— Silvester 1903.

Die diesjährige Hauptversammlung des Ärztevereins der „Berliner Rettungsgesellschaft“ warf ein interessantes Streiflicht auf deren Verhältnis zu dem konkurrierenden Vereine der „Unfall-Stationen“, mit dem sie ein loser Anschluß unter der Bezeichnung eines „Verbandes für erste ärztliche Hilfe“ verknüpft. Es war von Anfang an eine kühle Vernunfthebe, bei der nicht das Herz, sondern die Zweckmäßigkeit entscheidend gewesen war. Demzufolge glich diese Ehe mehr einem Modus vivendi, indem jeder der beiden Gatten doch seine eigenen Wege geht und, da keine Gütergemeinschaft besteht, sein Vermögen und seine Interessen selbst wahrt. Die Verbindung war auch eigentlich unter einem äußeren Drucke finanzieller Art, halb gezwungen, zustande gekommen. Denn der Magistrat hatte die Weitergewährung seines Beitrages davon abhängig gemacht, daß beide, so wenig sie einander sympathisch waren, sich die Hand zum Bunde reichten. Dies geschah denn auch, aber vielleicht erweist sich dieser Bund doch von vornherein als eine Art „Eheirrung“. Bei der erwähnten Versammlung machte sich unter den Ärzten eine berechtigte Unzufriedenheit mit den auf beschränkte Ärzewahl basierten Unfallstationen geltend und es sollte mich nicht wundern, wenn in Jahr und Tag eine Trennung „wegen unüberwindlicher Abneigung“ stattfände. Die Ärzteschaft steht im ganzen und großen einmütig hinter dem tatkräftigen, opferfreudigen Gründer der Rettungsgesellschaft, Exz. v. BERGMANN.

Die Forderung, daß der Mediziner nach seinem akademisch-klinischen Studium noch ein sogenanntes „Praktisches Jahr“ an einer Krankenanstalt durchmachen soll, hat mannigfache Bedenken und Einwürfe hervorgerufen, und zwar hauptsächlich wegen der Schwierigkeit, den jungen Doktoren genügend zahlreiche Arztstellen

für ihre Weiterbildung bieten zu können. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß die grundsätzliche Forderung, so löblich sie ist, etwas in der Luft schwebt, daß ihrer Verwirklichung die relativ zu geringe Zahl wirklich geeigneter Krankenhäuser entgegensteht. Denn diese müssen einen großen, vollkommenen Apparat für nicht bloß spezialistische, sondern für universelle Ausbildung besitzen. Nur in Großstädten und groß angelegten, mustergiltig organisierten Provinzialkrankenhäusern sind solche Bedingungen gegeben; aber die daselbst verfügbaren Stellen würden noch nicht genügen. Man hatte also die Rechnung ohne den Wirt gemacht. Als Ausweg wurden infolgedessen „Akademien für praktische Medizin“ in einzelnen Großstädten geplant. Allen voran sind für die Schaffung derartiger Halbuniversitäten oder Medizin-Hochschulen Städte wie Frankfurt a. M., Hamburg, Düsseldorf etc. ins Auge gefaßt, gewisse Zentren, an denen namhafte, schon jetzt mit dem Professor-titel ausgezeichnete Autoritäten seit Jahren wissenschaftlich und praktisch wirken. Nun ist es aber zunächst fraglich, ob neben den vielen deutschen Universitäten noch spezielle medizinische Konkurrenz-Fakultäten zu wissenschaftlicher Ausbildung von Ärzten erwünscht und notwendig sind, zumal der ärztliche Stand ohnehin schon über eine „krankhafte Hyperplasie“ klagt. Dann aber ist zu berücksichtigen, daß früher schon solche medizinisch-chirurgische Akademien hier und da bestanden, aber wieder eingingen, weil sie eigentlich mehr eine Art Drill zum Ziele hatten. Sollen die neugeplanten dies aber nicht, sollen sie wirklich eine universellere Ausbildung junger Ärzte, eine praktische Verwertung ihrer bis zum Staatsexamen erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten, eine Übung in selbständiger Behandlung unter sachkundiger Anleitung und Kontrolle bilden — nun, dann ist wohl kaum zu bezweifeln, daß aus den Medizinakademien sich nach und nach Universitäten entwickeln, daß erstere nur den Kristallisationskern bilden werden. Realisiert sich das Projekt, so können in 1—2 Dezennien bereits neue Hochschulen in Frankfurt a. M., Hamburg usw. entstanden sein. Das wäre nun an sich kein Unglück; aber je mehr Universitäten, desto mehr Examinatoren, Examinanden und Ärzte, desto größer also wieder die Misère. Denn das „Praktische Jahr“ kann

und soll wohl nicht als Erschwerungs- und Abschreckungsmittel wirken, sondern nur zur Hebung der Leistungen angehender Ärzte.

Neben dem Kampfe gegen die Tuberkulose und dem Heilstättenwesen, neben der Krebsforschung bildet jetzt die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hier eine der mit Eifer verfolgten Aufgaben. Die Berliner Ortsgruppe des Vereines, an deren Spitze LESSER steht, hat an die städtischen Behörden eine Petition behufs Abhilfe der durch Bettenmangel für Venerische geschaffenen Kalamität gerichtet. Neben dem Syphilitologen hat auch ein Gynäkologe, LANDAU, welcher dem Stadtverordneten-Kollegium angehört, in einem eingehenden, meisterhaften Exposé die Schäden der bisherigen Zustände und die dringende Notwendigkeit baldiger Abhilfe dargelegt. Leider ist die gegenwärtige Finanzlage Berlins, das sich eben nach neuen Einnahmequellen zur Deckung eines Defizits umsieht, kostspieligen Reformen nicht günstig, doch sind die genannten Ärzte bemüht, wenigstens ein Interimistikum zu erzielen, nämlich die Errichtung einer besonderen Station für Geschlechtskranke im Anschluß an eines der städtischen Krankenhäuser. Wie notwendig eine geordnete Pflege für solche Patienten ist, geht schon daraus hervor, daß sie ungemein oft Kurpfuschern in die Hände fallen und von diesen körperlich ruiniert und materiell ausgebeutet werden. Männliche und weibliche Kurpfuscher auf diesem Gebiete treiben eine schamlose Reklame, um unkundige, unerfahrene und ängstliche Laien in ihre Netze zu bringen. Überzeugend schildert LANDAU die zur Zeit in Berlin herrschenden Verhältnisse. Die offizielle Zählung von Geschlechtskranken ergab an einem Tage (30. April 1900) 11.600, darunter 3000 Fälle von frischer Syphilis. Auf die Fragebogen hatten aber nur 52% der Ärzte geantwortet; ein großer Teil der Kranken war überhaupt nicht in ärztlicher (zum Teil aber in naturärztlicher) Behandlung, so daß man für den betreffenden Tag 30.000 als richtig geschätzte Zahl annehmen kann. Nach BLASCHKO leiden in Berlin von 1000 jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren ca. 200 an Gonorrhoe und ca. 20 an frischer Syphilis. Durchschnittlich hat jeder unverheiratete Mann in Berlin bis zur Verheiratung zweimal Gonorrhoe und jeder vierte bis fünfte Syphilis gehabt. Dieser großen Krankenzahl gegenüber stellt die geringe Anzahl von Betten für Geschlechtskranke in Preußen. 1877—1899 sind sie von 79 auf 43‰ zurückgegangen, die speziell für Syphilis bestimmten sogar von 61 auf 25‰; die meisten Krankenhäuser suchen die Geschlechtskranken von sich abzuschließen, so daß diese, wenn sie kein Unterkommen finden, die Infektion in weitere Kreise verbreiten. Von ca. 3000 Betten Berliner Krankenhäuser kommen nur 50 auf Geschlechtskranke. Manche dieser Kranken suchen im städtischen Obdach oder in Asylen notdürftig Unterkunft. In zwei Februarwochen 1903 wurden allein in der Charité 105 Geschlechtskranke wegen Platzmangel abgewiesen. Solche statistische Angaben, die noch wesentlich vermehrt werden könnten, zeigen deutlich, daß das Eindämmen sexueller Durchseuchung der Bewohner dieser Millionenstadt nicht anders möglich ist, als durch Begründung einer großen, ca. 130 Betten enthaltenden Station für Geschlechtskranke in Verbindung mit einem Krankenhause. Auch im Interesse sexuell erkrankter Mitglieder von Ortskrankenkassen wäre es zu wünschen, daß LANDAUS Vorschläge befolgt würden.

Eine andere, wenn auch weniger brennende Frage ist die, ob neben den allgemeine Praxis treibenden Schulärzten auch Spezialärzte an Schulen angestellt werden sollen, z. B. Augen- und Ohrenärzte. Die Meinung unter den Ärzten Berlins geht dahin, solche Spezialärzte nicht fest anzustellen, sondern den allgemeinen Ärzten anheim zu geben, in welchem besonderen Falle sie es nötig finden, einzelne Schüler spezialistisch begutachten, resp. behandeln zu lassen. Wohin sollte es auch führen, wenn neben dem Schulärzte etwa noch der Zahnarzt, Kehlkopfarzt oder Dermatolog funktioniert? Nein, eine Universalklinik ist doch die Schule nicht; vielmehr genügt es vollkommen, wenn ein umsichtiger Arzt dem Direktor und den Lehrern mit Rat und Tat zur Seite steht, die hygienischen Zustände überwacht und, wo sie mangelhaft sind, auf Abhilfe dringt.

Hier in Berlin haben wir bis jetzt glücklicherweise noch keinen Ärztestreik; aber schon schlagen die Wellen der stürmischen

Bewegung, welche in vielen deutschen Städten zu Konflikten zwischen Kassenärzten und schlecht bezahlenden Krankenkassen geführt hat, bis hierher. Wer hätte noch vor 10 Jahren es für möglich gehalten, daß Ärzte geradeso wie Arbeiter, Straßenbahnangestellte, Maurer oder Zimmerleute in den Ausstand treten könnten? Wer hätte unserem Stande eine solche Form der Forderung höherer Löhne zugetraut? Die allgemeine soziale Notlage hat dies Wunder vollbracht. Nun legen an vielen Orten die Ärzte die Arbeit nieder, wenn ihre Lohnforderungen nicht bewilligt werden; Streikbrecher, Zuzügler und Unterbietende werden durch Verrufsanndrohung abgehalten, den Kassen ihre Dienste anzubieten, obwohl diese hochbesoldete, fixierte Stellen ausschreiben. Kurz es geschieht alles ganz nach sozialdemokratischem Muster, nur in etwas verfeinerter Form, ohne Handgreiflichkeiten und Gewalttätigkeiten zwar, jedoch unter starkem moralischem Druck. Hier Solidarität und Kollegialität, dort Pauperismus, der sich schließlich selbst durch Terrorismus und Ächtung nur schwer abhalten läßt, wenn ihm die volle Krippe verlockend winkt. — Ja, es sind schwere Zeiten! —

Um so mehr gilt es, zusammenzuhalten mit erhobener Fahne des wissenschaftlichen und kollegialen Idealismus. Und in diesem Gefühle hat man hier auch für die unerhörten Verunglimpfungen und Anfeindungen, welche den Wiener Fachgenossen im dortigen Parlamente zuteil wurden, nur ein Gefühl, das der Entrüstung. Solamen miseris, socios habuisse malorum. Auch bei uns wird der Ärztestand von der öffentlichen Meinung keineswegs immer mit der ihm gebührenden Achtung und Rücksicht behandelt, wie dies noch in der „guten alten Zeit“ der Fall war. Herostraten haben auch hier den Nimbus zu zerstören, den Glauben an unsere Leistungen zu erschüttern versucht. Hoffentlich bewahrt uns das „Neue Jahr“ davor, daß man zur vermeintlichen Hebung des ärztlichen Ansehens in kleinlichen Ehrenhändeln die Kraft verzettelt, die viel ersprießlicher zur Erzielung hoher Aufgaben verwendet würde.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XIV.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

WILHELM HAHN (Wien): Zur Frage der Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankungen der Mutter.

Der Vortr. gibt zunächst einen kurzen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Übertragbarkeit der Erkrankungen der Mutter auf den Fötus. Das größte praktische Interesse haben die Infektionskrankheiten während der Schwangerschaft. Es ist nun erwiesen, daß die meisten derselben auf den Fötus übergehen können, ohne daß derselbe abzustorben braucht. Ausführlich berichtet Vortr. über die Rolle, die die Plazenta bei diesem Übergange der Erkrankung von der Mutter auf den Fötus spielt. Sowohl die Toxine als die Antitoxine gehen von der Mutter auf den Fötus über, die letzteren sehr rasch oder frühzeitig, so daß die Bakterien, wenn sie anlangen, im Fötus schon Antitoxin vorfinden, was ihre Wirkung abschwächt. Daraus ist die große Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankungen der Mutter zu erklären. Diese Widerstandsfähigkeit ist aber eine sehr verschiedene; bei Tuberkulose z. B. ist sie besonders groß, bei anderen Infektionskrankheiten wieder sehr gering.

Vortr. berichtet nun ausführlich über selbst beobachtete Fälle von Komplikationen akuter Infektionskrankheiten mit Gravidität, und zwar über einen Fall von Erysipel und Gravidität im 9. Lunarmonate. Heilung des Erysipels, Geburt eines lebenden Kindes 14 Tage nach Ablauf des Erysipels. Über einen Fall von Typhus abdominalis mit Gravidität im 8. Lunarmonat. Heilung des Typhus. Nach derselben Geburt eines lebenden Kindes (17 Tage vor dem normalen Ende der

Schwangerschaft). Kind starb nach 8 Tagen. Im Darm desselben Geschwüre. Ferner berichtet Vortr. über einen Fall von Pneumonie mit Gravidität von 7½ Lunarmonaten. Heilung der Pneumonie. Geburt eines lebenden Kindes am normalen Ende der Schwangerschaft. Endlich erwähnt Vortr. noch zweier Fälle von Pleuritis und Tuberkulose mit Gravidität im 7. und 8. Lunarmonate. In allen 4 Fällen wurden lebende, gesunde Kinder geboren.

Vortr. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schlusse, daß die Widerstandsfähigkeit des Fötus gegen Erkrankungen der Mutter eine ziemlich große ist, so daß eine entsprechende, dem einzelnen Falle angepaßte Therapie dieselbe nicht wesentlich zu erhöhen imstande sei.

WESTHOFF: Beitrag zur Händedesinfektionsfrage.

Eine absolut keimfreie Hand läßt sich mit keiner der üblichen Methoden erzielen. Die mechanische Reinigung hat siegreich ihren Platz behauptet. Dieselbe muß daher die Hauptsache bleiben; schnell, gründlich und schonend erreicht man eine mechanische Reinigung durch eine Kieselsäureseife, welche Vorzüge vor der Marmorstaubseife haben soll.

JUNG: Die Ätiologie der Kraurosis vulvae.

Die Ätiologie der Hauterkrankungen der Vulva — die Kraurosis — ist eine zur Zeit strittige Frage. Jeder Autor hat eine andere Ansicht.

BREISKY verstand unter Kraurosis vulvae nur den Zustand, in dem sich die Vulva überhaupt befindet, den Zustand der Schrumpfung; spätere Untersucher stellten das charakteristische Bild der Kraurosis fest; ein Zustand der Entzündung ist stets vorhanden. Bakteriologische Untersuchungen fielen negativ aus, desgleichen die Untersuchung der Nervenendapparate. VERT führt die Kraurosis auf einen überstandenen Pruritus zurück. Bei chronisch entzündlichen Erkrankungen der Vulva, bei denen von einer Kraurosis nicht die Rede sein kann, finden sich dieselben Veränderungen an der Haut, wie bei der eigentlichen Kraurosis, dieselben Veränderungen der elastischen Fasern (Schwund derselben), Ektasien der Venen, Kleinzellinfiltrate des Chorion, Atrophie der Papillen. Man muß also annehmen, daß der chronisch entzündliche Prozeß die Ursache ist, und die Kraurosis ist nur der Endzustand, sie ist kein eigentliches Krankheitsbild, sondern kann durch Gonorrhöe, durch Pruritus, durch Tuberkulose, durch Karzinom und alle anderen Erkrankungen, welche chronisch entzündliche Prozesse verursachen, entstehen.

FRANK (Cöln): Die Geburtshilfe in der Wohnung des Proletariats.

Die Geburtshilfe im Hause der Armen liegt noch im argen. Die Gründe sind ungenügende Bezahlung der Armenhebammen, ungenügende Kontrolle derselben und die häuslichen Sorgen um Speise und Trank und Haushaltung. Die Armen alle herausziehen in Anstalten und Asyle, geht nicht, es sind zu viele, auch spielen ethische Gesichtspunkte, Häuslichkeitssinn eine Rolle. FRANK ist seit 10 Jahren den Anregungen, welche FRITSCH gegeben, gefolgt. Den Weg, welchen er angegeben, hält er für den einzig richtigen; die in Betracht kommenden Kräfte zu sammeln und vereint wirken zu lassen; die Frauenvereine müssen auf das große Gebiet der Geburtshilfe im Hause aufmerksam gemacht und die sachverständige Hilfe muß in andere Bahnen geleitet werden. FRANK sucht an der Hand seiner Statistik von ca. 3500 Fällen nachzuweisen, daß auch in der ärmsten Hütte die Frauen gesund bleiben können, wenn alle in Betracht kommenden Kräfte zu gemeinsamem Handeln sich vereinigen. Er macht folgende Vorschläge: 1. Die Armenhebammen müssen für ihre Leistungen entsprechend bezahlt werden; 2. in den Großstädten müssen Zentralstellen eingerichtet werden, wo abwechselnd Armenhebammen die Wache haben; 3. die Armenhebammen müssen in ihrer Tätigkeit von einem angestellten Frauenarzte kontrolliert werden; 4. die Wohltätigkeitsvereine sollen die häuslichen Sorgen übernehmen; 5. da, wo Kliniken, Anstalten, Asyle bestehen, könnte die Kontrolle vielleicht von dieser Seite ausgehen und hier könnten die Zentralstellen sich befinden.

Aus englischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.“)

The British Medical Association.

DARIER: Behandlung schwerer luetischer Augenerkrankungen.

Die Mehrzahl der luetischen Affektionen des Auges ist durch die gewöhnliche Form der Quecksilberbehandlung auf raschem Wege heilbar, doch gibt es hartnäckige Formen, die dieser Art der Behandlung trotzen. In diesen Fällen erzielt man mit keiner anderen Methode so günstige Erfolge wie mit der intravenösen Quecksilberdarreichung.

Besonders in Fällen, wo sich Merkurialismus einstellt, ist sie der subkutanen Injektion weitaus überlegen. Doch muß man auch bei intravenöser Einverleibung des Quecksilbers darauf achten, daß maximale Dosen nicht überschritten werden. Die Grenze der Darreichung läßt sich leicht ermitteln, wenn man auf die ersten reaktiven Erscheinungen, vor allem Schmerzen im Abdomen, scharf achtet. Nach dem Vorgehen des Autors werden im Anfang ein halbes bis ein ganzes Gramm einer wässrigen Lösung von Quecksilbercyaniden oder Quecksilberjodiden einverleibt. Diese Dosis wird so lange gesteigert, bis sich die ersten Reaktionserscheinungen einstellen. Durch stetes Steigern gelangt man zu Dosen von zwei und drei Gramm. Auch wenn im Verlaufe der Behandlung Besserung eintritt, soll sie doch nicht eher unterbrochen werden, als bis 30 oder 40 Injektionen verabfolgt wurden. Nach einmonatlicher Pause kann die Behandlung wiederholt werden. Darreichung von Jodkali in der Zwischenzeit pflegt nicht günstig zu wirken, doch sind Pilokarpininjektionen ein wesentliches Unterstützungsmittel der Quecksilbertherapie. In vielen Fällen ist man auf eine langdauernde Behandlung angewiesen.

SCHOFIELD: Über Psychotherapie.

Nach Ansicht des Autors nimmt die Psychotherapie weder bei der Erziehung noch in der praktischen Medizin den Rang ein, der ihr nach ihrer Wichtigkeit eigentlich gebühren sollte. Die Spezialisierung in den einzelnen Fächern der Medizin lenkte, so nützlich und heilsam sie auch war, doch das Interesse der Ärzte zu sehr von allgemeinen Gebieten ab. Die einzelnen Teile des Organismus wurden studiert, als ob sie Teile irgend einer Maschine wären, ein Fehler, in den auch neuere Psychologen verfielen, die über dem Detail den Zusammenhang, die Persönlichkeit des Kranken vergaßen. Bei der Aufzählung der Heilbehelfe wurden die psychotherapeutischen Maßnahmen gewöhnlich ganz vernachlässigt. Andererseits wurden sie von Quacksalbern und Charlatanen aller Art für ihre Zwecke zur Täuschung eines leichtgläubigen Publikums ausgebeutet, wozu scheinbare Erfolge noch beitrugen. Besonders wichtig ist es für den Arzt, vor allem dem Psychiater und Neurologen, sein Augenmerk auf jene Störungen zu richten, die sich in der unbewußten Sphäre des Seelenlebens vollziehen, was besonders für die Beurteilung zahlreicher Erscheinungen im Gebiete der Hysterie von größter Bedeutung ist. Daher wäre es sehr angezeigt, dem Studium der Bedeutung solcher Phänomene auch im ärztlichen Unterrichte größere Sorgfalt angedeihen zu lassen. Das Gebiet des Einflusses körperlicher Krankheiten auf eine normale Seelentätigkeit wäre hier vor allem besonderer Beachtung würdig.

SHEEN: Die operative Behandlung der Lebercirrhose.

Es handelte sich um einen Fall von Cirrhosis hepatis bei einem Manne von 53 Jahren. Der Patient war hochgradig herabgekommen und zeigte die Erscheinungen des Leidens in vorgeschrittener Entwicklung. Das Abdomen war hochgradig ausgedehnt, die Atmung erschwert. Ödeme in beiden Pleuren und an den Füßen, einige Abdominalvenen erweitert. Weder die Darreichung innerer Mittel noch die wiederholte Punktion des Abdomens waren imstande, eine dauernde Verminderung des hochgradigen Ascites zu erzielen. So entschloß sich SHEEN zu einer Operation. Es wurde ein großer Einschnitt in die Bauchdecken zwischen Nabel und Schwertfortsatz gemacht und der Ascites abgelassen. Die erweiterten Bauchdeckenvenen bluteten sehr stark. Das große Netz war stark verdickt und dem Peritoneum an mehreren Stellen adhärent, die Leber bedeutend vergrößert, ihre Oberfläche granuliert. Nun wurde die Leber und die ebenfalls vergrößerte Milz mit Gazetupfern kräftig abgerieben und außerdem das Netz noch an drei Stellen an das Peritoneum parietale angenäht. Naht, Drainage, Kompressionsverband. Im weiteren Verlaufe nahm der Abfluß des Ascites durch das Drainrohr stetig ab, nach neun Tagen sistierte er und die Wunde schloß sich nach Entfernung des Rohres. Das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends, das Abdomen schwoll ab, das Gewicht des Patienten und die tägliche Harnmenge nahmen stetig zu. Der Kranke wurde geheilt entlassen und fühlt sich seither völlig wohl. Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil er beweist, daß schon bestehende Verwachsungen zwischen Netz- und Bauchfell nicht genügen, um den Portalkreislauf zu entlasten, sondern erst durch operative Vermehrung solcher Adhäsionen der zur Heilung des Prozesses nötige Erfolg eintritt. Wichtig für den Verlauf ist auch die Anwendung der Drainage nach der Operation, welcher Art auch immer ihre Wirkung sei. In Verbindung mit dem Kompressionsverbande befördert sie gewiß das Entstehen von Adhäsionen.

Akademische Fragen.

Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister.

Von **Professor Dr. Moriz Benedikt.**

IV. *)

Die ärztlichen Spezialdiplome.

Nicht bald wieder hat ein Stand versucht, sich selbst eine tiefe Grube zu graben, wie es der ärztliche mit seinem Geschrei nach Spezialdiplomen für die verschiedenen Zweige der ärztlichen Praxis getan hat. Gehen wir der Entstehung dieses Rufes nach. Wir stoßen auf den Kampf, den die Kammern auf Verlangen der Ärzte gegen die Annoncenritter, die sich Spezialärzte nennen, führten. Leider hat die Kammer in diesem Kampfe nichts gewonnen und nichts gewinnen können, und er wurde zu einer Zeit geführt, in der die genannten „Spezialärzte“ ohnehin verarmt waren, lahmgelegt sind und ihre Existenzberechtigung einbüßten, weil aus den speziellen Kliniken und Abteilungen eine große Reihe von jüngeren Ärzten, und zwar schon seit mehreren Dezennien, hervorgingen, an die sich das Publikum wendet, und weil eigentlich alle praktischen Ärzte für die mit Vorliebe von den Annoncen gewählte Spezialität mehr minder ausgebildet sind.¹⁾

Als die Überzeugung allgemein wurde, daß diese Form des Wettbewerbes durch die Annonce nicht niedrigerungen werden konnte, ging von den lungenkräftigen ärztlichen Bezirksbergern der Ruf aus, daß das Recht auf Führung des Titels: „Spezialarzt“ an bestimmte Bedingungen gebunden sein solle.

Daß dadurch der Wert des Diploms eines Univ.-Med.-Doktors auf ein so tiefes Niveau herabgedrückt würde, wie es die erbittertsten Feinde des Standes nicht vermochten, und daß die breitesten Schichten der Ärzte in der Freiheit der Ausübung ihres Berufes ungemein beschränkt würden, und daß diese breiten Schichten immer tiefer ins soziale Proletariat herabgedrückt würden, fiel diesen Schreibern lange nicht ein.

Diesem Ruf nach Diplomen wurde das Motto: „Schutz des Publikums“ zugrunde gelegt. Durch Spezialausbildung der jungen Ärzte auf den Kliniken und Spezialabteilungen soll den Kranken eine größere Garantie der Tüchtigkeit gewährt werden. Dazu braucht es aber keiner Diplome und Privilegien. Hat ein Arzt eine solche Stellung eingenommen, so kann er dies auf seiner Karte und auf seiner Tafel anzeigen und in der loyalsten Weise verbreiten und dadurch ist sein Anspruch auf das spezielle Vertrauen der Patienten wenigstens ebenso gesichert wie durch ein Diplom. Die langen Fristen, die für die Erlangung der Diplome projektiert sind, schädigen die allgemeine Ausbildung der jungen Ärzte, die während ihrer ärztlichen Dienstzeit sich vielseitig auszubilden streben. Wenn sie hinterher Lust bekommen oder die Gelegenheit sich ergibt, sich mit einer Spezialpraxis zu beschäftigen, so können sie sich leicht selbst ausbilden und durch kurze Kurse an Kliniken oder in Spitälern sich fachlich komplettieren. Es ist eine schwere Sünde der heutigen Erziehung, die in Europa — nur in England nicht — begangen wird, auf die Selbstweiterbildung der Graduierten nicht zu rechnen.

Sieht man doch fort und fort neue Spezialitäten entstehen — ich erinnere an das Röntgenen — und eine Reihe von Autodidakten sich derselben mit Glück bemächtigen.²⁾

*) Siehe „Wiener Med. Presse“, 1903, Nr. 48, 49 und 50.

¹⁾ Der wichtigste Existenzgrund dieser Spezialität ist, daß die jungen und die alten Sünder sich nicht an die Familienärzte und an jene aus ihrer Bekanntschaft, oder an die offiziellen Ärzte der Körperschaften und der Berufe wenden wollen und daher Spezialisten aufsuchen. Nur der Sünder aus der Provinz und der unterrichtete Teil des Publikums sucht sie noch auf.

²⁾ Ich war der erste Dozent der Elektrotherapie in Europa, und OPPOLZER, der mich dazu machte, forderte kein Diplom. In einer Dorfgarnison lernte ich selbsttätig laryngoskopieren, und als das Röntgenen aufkam, ging ich nach Paris, Erlangen und Berlin und holte mir dort die Apparate und die Kenntnisse, und zwar in kürzester Zeit, um das Roentgenen in Wien einzuführen. Hat doch selbst BOLZMANN bei mir zuerst vollständige Roentgen-Untersuchungen gesehen.

Die operativen und streng technischen Spezialitäten sind ohnedies und naturgemäß in Händen gut geschulter Ärzte, um so mehr, als ihr Erfolg zum größten Teile vom Vertrauen der Kollegen abhängt, die ihre Kranken gewissenhafter Weise an sie weisen. In den Fällen, in denen das Publikum Vertrauen zum Spezialarzte gewinnt, gelingt dies in der Regel sehr langsam durch anfangs spärliche, später sich häufende Erfolge in der Praxis, wobei ein Diplom keine Rolle spielt. Das Publikum vertraut ja von selbst in Bezug auf operative Praxis nur einem gewissen „Assistenten“ oder „Sekundärarzte“ einer operativen Abteilung. Es müßte jemand ein ungewöhnliches Genie und dabei ein gediegener Faiseur sein, wenn es ihm gelingen sollte, ohne solche Antezedentien eine operative Praxis zu erlangen. Am lebhaftesten erklingt der Ruf nach Spezialdiplomen aus der zahnärztlichen Welt, weil in dieser Branche, welche noch zu den lohnendsten gehört, ein großer Andrang herrscht. Aber gerade hier ist die Annahme, daß das Publikum geschützt werden solle, am wenigsten am Platze und mehr Vorwand als berechtigtes Motto. Bekanntlich hat der Mensch — die „Milchzähne“ nicht gerechnet — im medizinischen Sinne 96 Zähne, nämlich 32 zum Konservieren, 32 zum Entfernen und 32 zum Ersetzen. Wenn wir annehmen, daß ein „diplomierter“ Zahnarzt nie ein Malheur hat, so ist doch sicher, daß der Schutz des Publikums gegen nicht diplomierte ein Minimum beträgt. Wenn einem Patienten ein Zahn abgebrochen wird, eine nicht haltbare Plombe eingelegt ist oder ein Zahn schlecht ersetzt ist, so beträgt der Schaden 1:04%. Da aber der Kranke sein Mißgeschick der Nachbarin erzählt und es so die ganze Stadt erfährt, so ist die weitere Gefährlichkeit auf $\frac{1}{10000}$ und weniger herabgesetzt. Daß ein Zahnarzt sich etabliere, ohne daß er sich die Technik angeeignet hat, wäre heller Wahnsinn. Allenfalls hin und wieder einen Zahn zu reißen oder eine Beinhautentzündung zu behandeln, wird man doch keinem Arzt verwehren wollen. Also viel Geschrei und wenig Wolle.

LÖDGE aus Innsbruck hat den Ruf nach Spezialprüfungen auf dem letzten ~~Kammertage~~ gehörig und dort mit Erfolg geißelt. Man könnte erwarten, daß die Frage von Spezialprüfungen von der weiteren Diskussion abgesetzt sei. Aber man hat sich dabei verrechnet. Die Examiniermanie ist noch nicht zum Stillstande gekommen. Wer soll nun solche Diplome erteilen? Gewiß müßte dies durch eine Staatskommission geschehen, die etwa nach den Grundsätzen zusammengesetzt wird wie die Staatsprüfungskommissionen an der juristischen Fakultät. Wozu aber diese bürokratischen Scherereien, wenn zur Belehrung des Publikums die Bekanntgabe des Dienstes auf einer Spezialklinik oder Abteilung oder sonst eine Berufung auf fachliche Ausbildung einfach vom Spezialisten ausgehen kann und jede Irreführung in den Bereich des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb fällt? Wozu diese Erschwerungen durch Formalitäten für Ärzte, während der Staat mindestens $1\frac{1}{2}$ Augen gegenüber den Quacksalbern zudrückt und gerade die vorherrschenden Klassen die prädisponiert erscheinenden Förderer und Schützer der Scharlatane sind?

Und wenn das beste Gesetz gemacht wird, ist es doch nur dazu da, um ohne Schwierigkeit umgangen zu werden. Man wird doch den Med.-Univ.-Doktor sein verbrieftes Recht, jedes Teilgebiet der medizinischen Praxis zu betreiben, nicht rauben wollen und können, und er wird einfach: „Spezialordinationen“ ankündigen und keine Drangsalierung, etwa durch die Ärztekammer, wird ihn daran hindern können. Also: Tant de bruit pour une omelette de paille.

Vom Publikum aber erwartet man Respekt vor Spezialdiplomen in dem Momente, in dem der ärztliche Stand die Achtung vor dem Doktordiplome aufgibt! Den Ärzten rufe ich zu, keinen Selbstmord zu begehen und keine privilegierte Klasse zu schaffen, in der nicht notwendig die Begabtesten, sondern viel sicherer die Protegiertesten Platz finden.

Eure Exzellenz erlaube ich mir davor zu warnen, bei einem Gesetze mitzuwirken, das überflüssig und unwirksam

ist und dessen Zurücknahme baldigst von Jenen am lautesten verlangt werden wird, deren Verblendung heute ein solches verlangt. Die Zeiten naiv-väterlicher Vorsorge für den „beschränkten Untertanenverstand“ durch staatspolizeiliche Maßnahmen sollten doch vorbei sein. So reaktionär man geworden ist, für Sedlnitzky-Metternicherei ist die Geschichte doch zu fortgeschritten. Diese Spezialdiplom-Bewegung ist ja unvergleichlich ärger, als die rückschrittlich gewerbliche. Letztere verlangt nur Lehrjahre und überläßt die Ausbildung zum Meister den Einzelnen. Wenn immer wieder neue Opfer von den Studierenden und deren Eltern verlangt werden, wenn das Doktorendiplom nicht als Freibrief für die Praxis vorgesehen wird, weil der „fertige“ Doktor zu wenig gelernt habe, und wenn leider eine gewisse Berechtigung dazu vorhanden ist, während man früher mit der Ausbildung zufrieden war, so muß man sich fragen, woher diese „Inferiorität“ von heute komme. Die Antwort lautet zweifach. Die eine wichtige Ursache ist die Rigorosenordnung mit ihrem Prüfungszwange während der Studien, welche verwirrend und verstümmelnd auf die Studenten wirkt. Die zweite Ursache liegt darin, daß die praktische Ausbildung gerade auf den technischen Kliniken wesentlich auf die eines ärztlichen „Generalstabes“ gerichtet ist und nicht auf eine solche der Ärzte. SCHAUTA allein hat alle Anstrengungen gemacht, um letzterem Übelstande abzuwehren.

Ich komme auf diese Fragen der mangelhaften Ausbildung in einem weiteren Briefe zurück.

Notizen.

Wien, 2. Januar 1904.

1903—1904.

Zur Jahreswende.

An der Schwelle des neuen Jahres wollen wir des alten gedenken, das entschwunden, eines Jahres, das, gleich seinen Vorgängern, unserem Stande Enttäuschungen, Kummer und Sorgen in reicher Fülle gebracht, keinen Lichtblick, keinen Hoffnungsschimmer. Wohl hat auch in diesem Zeitabschnitte die nimmer rastende Forschung manch reife Frucht geboten; die Freude aber an den Erfolgen wissenschaftlicher Arbeit, sie ward uns vergällt durch den Pöbel, der in berufsmäßiger Hetze die Ärzte und ihre Wissenschaft zu besudeln wagte, der Inhumanität Jene zeihend, die ihr Wissen, ihre Kunst jederzeit in den Dienst der Menschheit stellen.

Die Errungenschaften der Bakteriologie haben, wenn nicht alles trägt, durch den von Wien ausgegangenen Fund des Scharlachserums eine Bereicherung erfahren; die Erfolge der Tuberkuloseforschung eines BEHRING, dessen Vortrag in der Sitzung der Wiener Gesellschaft für innere Medizin ein wissenschaftliches Ereignis war, sind in dem Augenblick, wo Staat und Land der Prophylaxe dieser die Bevölkerung dezimierenden Infektionskrankheit erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden, von ungeahnter praktischer Wichtigkeit. Die Bedeutung der Radiodiagnostik trat im abgelaufenen Jahre nicht minder prägnant zutage, wie der unaufhaltsame theoretische und praktische Aufschwung der physikalischen Heilmethoden, deren von der Schule noch immer nicht entsprechend gewürdigter Wert angesichts der immer kühner das Haupt erhebenden „Naturheilkunde“ — dem Deckworte des Kurfuschertums — dem Edelsteine gleich hervortritt, der auf schwarzem Grunde ruht. Die Anforderungen, welche das „soziale“ Zeitalter an die Ärzte stellt, reflektieren in emsiger szientifischer Arbeit auf dem großen, zum Teil noch brach liegenden Gebiete der Unfallheilkunde, die, wie keine andere, den innigen Zusammenhang dazwischen ärztlichem Wissen und den Anforderungen einer neuen Gesellschaftsordnung.

In zahlreichen wissenschaftlichen Vereinigungen wurde geerntet, was Forschung und Arbeit gesät. In Spaniens Metropole und an den Ufern des Nils tagten internationale medizinische Kongresse; am Fuße des Taunus wie in der minaretgeschmückten Hauptstadt Bosniens haben sich die Vertreter der Dermatologie und Syphilidologie versammelt, und Deutschlands und Österreichs Naturforscher und Ärzte oblagen im Herbste des entschwundenen Jahres in Hessen gemeinsamer wissenschaftlicher Tätigkeit.

So Mancher ist aus dieser Gemeinsamkeit jäh abberufen worden, und ungewöhnlich groß ist die Zahl der hervorragenden Vertreter unserer Wissenschaft, die wir scheiden sehen mußten.

Unser ausgezeichnete Chirurg KARL GUSSENBAUER, der besten Lehrer und Menschen einer, ist entschwunden; ihm folgten seine engeren Kollegen MAX SCHEDE (Bonn), MAYDL (Prag), BOTTINI (Pavia) und TRZEBITZKI (Krakau). Es schieden ferner die Gynäkologen SAENGER (Prag), PLAYFAIR (London) und TIBONE (Turin), der Kliniker KAST (Breslau), der Okulist PANAS (Paris), die Physiologen ALEXANDER ROLLETT (Graz), IMMANUEL MUNK (Berlin) und CHRISTIAN C. HOFFMANN (Harlem), der Anatom K. GEGENBAUR (Heidelberg), der Bakteriologe E. NOCARD (Paris) und dessen Kompatriot PROUST, der berühmte Hygieniker.

Auch auf ärztlich-sozialem Gebiete mußten wir so manche Hoffnung zu Grabe tragen. Waren die Erwartungen, welche die österreichische Ärzteschaft der so lange ersehnten Institution der Ärztekammern entgegengebracht, bedeutend herabgestimmt, als das Parlament nach langem Kreißen das Monstrum des Kammergesetzes zutage gefördert, die Ereignisse des eben zur Rüste gegangenen Jahres, vor allem die Haltung der politischen Behörden, die Interpretationen dieses Gesetzes durch den Verwaltungsgerichtshof, die Ablehnung der Erweiterung der Disziplinargewalt des Ehrenrates seitens der Majorität der Ärzte gerade der größeren Städte, alle diese Momente mußten selbst die Optimisten belehren, daß wir von den Kammern für die wirtschaftliche Hebung unseres Standes nichts zu erwarten haben.

Sie könnten durch die freie Organisation ersetzt werden. Welche Hoffnungen aber können wir an diese Organisation knüpfen, die in der Metropole des Reiches mutwillig gesprengt wurde — aus „politischen“ Motiven? Wir sehen keinen Ausweg aus diesem Wirrsal, und jene, die es geschaffen, sie tragen die volle Verantwortung für die traurigen Konsequenzen, die den ärztlichen Stand empfindlich treffen werden.

Ohne Hoffnung, ohne Erwartung besserer Tage überschreiten wir die Schwelle des neuen Jahres. Möge es unsere Befürchtungen Lügen strafen; möge die gemeinsame Not, der unaufhaltsame wirtschaftliche Niedergang unseres Standes in diesem Jahre die Einigung Aller herbeiführen zu gemeinsamer Selbsthilfe gegen Mißgunst, offene und versteckte Feindschaft, Ausbeutung und Erniedrigung, auf daß in nicht allzu ferner Zeit Zufriedenheit und Wohlstand wieder einkehre in das Heim jedes Kollegen!

Dies unser Neujahrswunsch.

B.

(Universitätsnachrichten.) Dr. LEOPOLD HARMER hat sich als Privatdozent für Laryngologie an der Wiener Universität habilitiert. — Geh. San.-Rat Dr. JOENS in Kiel feierte am 15. Dezember v. J. sein 60jähriges Doktorjubiläum und seinen 88. Geburtstag. — San.-Rat Dr. NOLDA in Montreux hat den Professortitel erhalten. — Wie aus zuverlässiger Quelle gemeldet werden kann, steht in Preußen die Einführung einer Staatsprüfung für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen unmittelbar bevor. — FINSEN hat von dem ihm verliehenen Nobelpreise 50.000 K seinem Institute für Lichttherapie und 60.000 K einem Krankenhause in Kopenhagen überwiesen.

(Wiener Ärztekammer.) Wie bereits gemeldet, findet die Neuwahl der Wiener Kammer Freitag, 15. Januar 1904 statt. Der Magistrat hat die amtlichen Stimmzettel an die wahl-

berechtigten Aerzte Wiens bereits versendet, und werden jene Wahlberechtigten, die bis zum 7. d. M. keinen amtlich gestempelten Stimmzettel erhalten haben oder deren Stimmzettel in Verlust geraten oder unbrauchbar geworden ist, aufgefordert, gegen Vorweisung des Anmeldezertifikats ein Duplikat in der Magistratsabteilung X innerhalb der Amtsstunden (an Wochentagen 8—2, Sonntag und Feiertags 9—12) oder am Wahltage selbst im Wahllokale (Volkshalle des Rathauses 8 Uhr vorm. bis 4 Uhr nachm.) zu beheben. — Der „Verband der Aerzte Wiens“ publiziert seoben folgende Liste:

Kammermitglieder.
Die DDR.:

BASS ALFRED,
BAUER MORIZ,
DIEMOSER EDUARD,
ELLMANN MAX,
EWALD KARL, Doz., Prim.,
FORSCHNER WILHELM,
FRIEDLÄNDER v. FRIEDR., Doz., Prim.,
GROSS KARL, Ob.-Bez.-Arzt,
GRÜN HEINRICH,
KELLER HEINRICH,
KIRCHMAYER LUDWIG,
KOSSEL HEINRICH,
KRIPS JOSEF,
LAMBERGER ISIDOR,
LICHTENSTEIN SAMUEL,
LÖWENSTEIN HEINRICH,
LÜTHLEN FRIEDRICH,
NEUWIRTH KARL I.,
PUPINI ORAZIO,
REGNIER EDUARD,
RIMBÖCK KARL,
SAVOR RUDOLF, Doz.,
SCHAUTA FRIEDRICH, Hofr., Prof.,
SCHNABL ISIDOR,
STRICKER LUDWIG,
SWOBODA NORBERT,
THEMEN JOSEF,
WEISER RUDOLF,
WUNSCHHEIM R. v.

Stellvertreter.
Die DDR.:

AUFSCHNATTER OTTO v.,
BACK RICHARD,
BRITTELHEIM ALFRED,
BRENNER v. BRENNERBERG F.,
BURGER ARNOLD,
CIMLER EMANUEL,
DEUTSCH EDUARD,
EHRNHAFHT LEOPOLD,
FREY LUDWIG,
GENSER THEODOR R. v.,
JOACHIMOVITS BERNHARD,
JELLINEK LAMBERT,
KANITZ NORBERT,
KHAUTZ R. v. ANTON SEN.,
KONRAD KARL,
KÜCHLER EDUARD,
LAUB MORIZ,
LAUFER JOSEF,
LAUTERSTEIN SIMON,
MÜLLER LEOPOLD, Doz.,
NEURATH RUDOLF,
OPATRY CYRIL,
POSSANNER GABRIELE, Baronin.
REGENSPURGER ANTON,
SCHICK SIGMUND,
SCHNITZLER JULIUS, Doz., Prim.
STÖSSEL ADOLF,
TREBITSCH HUGO,
ULLMANN RUDOLF I.

(Personalien.) Die Bezirksärzte der X. Rangsklasse in Wien Dr. MORIZ LANDESMANN, Dr. FRANZ SCHILD und Dr. SIMON KIEN sind in die IX. Rangsklasse versetzt, die Assistenzärzte Doktor ALFRED POLLAK und Dr. SAMUEL WEIHRAUCH zu Bezirksärzten der X. Rangsklasse ernannt worden. — Dr. SALOMON STEINER in Pilsen hat den Titel eines Sanitätsrates erhalten.

(Klub der Wiener Kinderärzte.) Am 29. v. M. hat dieser Klub seine konstituierende Sitzung abgehalten und wurden zum Präsidenten Prof. A. MONTI, zu dessen Stellvertretern Prof. F. FRÜHWALD und Hofrat AUCHENTHALER, zum Sekretär Dr. GALATTI und zu Schriftführern Dr. BERGGRUEN und Dr. WECHSLER gewählt. Die Verhandlungen der neuen Gesellschaft wurden durch einen Vortrag MONTIS „Über die Entwicklung der Kinderheilkunde in Wien“ eingeleitet.

(Ärztliche Organisationsbestrebungen.) Aus Berlin schreibt man uns: Die hiesigen Zahnärzte haben vor kurzem unter zahlreicher Beteiligung einen Standesverein begründet, der sich die Aufgabe stellt, die gemeinsamen Interessen der in Berlin und Umgebung wohnhaften, in Deutschland approbierten Zahnärzte zu pflegen und zu fördern. In den Vorstand sind die Zahnärzte Professoren SACBS und ALBRECHT, sowie die Doktoren E. SCHMIDT, MISCH, WILDE, BERNSTEIN, KUNZE und BÖHM gewählt worden.

(Der Erfinder des DOVERSchen Pulvers), Dr. THOMAS DOVER, hat ein an wechselvollen Schicksalen reiches Leben gehabt. Wir lesen darüber in einer Mittheilung WILLIAM OSLEERS an die Sektion der Johns Hopkins-Universität u. a. folgendes: Ein Schüler SYDENHAMS, hat sich DOVER zunächst in Bristol niedergelassen, doch alsbald einigen Kaufleuten zur Anteilnahme an einer Kapere Expedition angeschlossen. Als „Kapitän DOVER“ zog er aus erfolgreichem Seeraub und Plünderung von Städten reichen Gewinn, um sich erst als vermöglicher Mann in London dem ärztlichen Berufe von neuem zuzuwenden. Sein bekanntes Buch „Des alten Arztes Erbe“ erschien im Jahre 1733.

(Statistik.) Vom 20. bis inklusive 26. Dezember 1903 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6892 Personen behandelt. Hiervon wurden 1290

entlassen, 155 sind gestorben (10.7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 69, egypt. Augenzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 137, Scharlach 17, Masern 61, Keuchhusten 25, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 8, Röteln 2, Mumps 61, Influenza —, Rots —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milsbrand —, Lyssa. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 582 Personen gestorben (— 10 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Bursztyu der praktische Arzt Dr. JAKOB GOLDSCHNEIDER, 64 Jahre alt; in Bern der Professor der gerichtlichen Medizin Dr. K. F. EMMERT, im Alter von 92 Jahren; in Paris Dr. LADREIT de LACHARRIÈRE, Chefarzt der Taubstummenanstalt, im 71. Lebensjahre.

(Die Firma Heinrich Mattoni) hat auch heuer anlässlich des Jahreswechsels den Ärzten einen reizend ausgestatteten Blockkalender gewidmet.

Prof. Dr. LUDWIG PISKAČEK, Leiter der n. ö. Landes-Gebäranstalt und Vorstand der III. geburtshilflichen Abteilung, ordiniert jetzt VII., Schottenhofgasse 3, von 3—4.

Neue Literatur.

(Der Redaction zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Chas. H. Melland, Clinical Methods. Bristol 1903, J. Wrigt & Co.
J. Shaw, The Physiognomy of mental Diseases. Bristol 1903, J. Wrigt & Co.
E. Abderhalden, Bibliographie über den Alkohol und den Alkoholismus. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.
L. Teleky, Die Laugenverätzungen der Speiseröhre. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesammten Auflage dieser Nummer liegt ein Prospekt der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt über „Jodipin“ bei. — Ferner versenden wir mit den für die Abonnenten bestimmten Exemplaren einen Prospekt der Farnefabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Mesotan“ und einen Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Gujasanol“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

— In der Entwicklung zurückgebliebene —

kränkliche
schwächliche
rachitische
skrophulöse

Kinder

badet man am besten mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend schon nach wenigen Bädern.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Kronendorfer Sauerbrunn „Kronprinzessin Stephanie-Quelle“
anerkannt bester, natürlicher, alkalischer SAUERBRUNN.
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges. Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der Athmungsorgane, des Magens und der Blase. — Filiale der Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad, Wien, IX. Kolingasse 4.

„Meerscheinschloss“, Graz.

Allen modernen Anforderungen
entsprechend eingerichtete Privat-
Heilanstalt
für

Nervenranke,
Erholungsbedürftige,

Mast- und Diätcuren,
Entwöhnungscuren.

Ärzte:

Prof. Dr. Franz Müller,
Dr. Carl Mirtl.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschemelsterplatz 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik. Von Professor Dr. EDUARD SPIEGLER. — Über die praktische Verwertung des Helmitol, eines neuen Harndesinfiziens. Von Dr. ARTUR SCHÜTZE in Berlin. — Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie. Von Dr. OSKAR v. HOVORKA, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien. — Revue. Aus den neuesten Publikationen auf dem Gebiete der Magenpathologie und Therapie. — Referate. G. ROSENFELD (Stuttgart): Über einige Ursachen von Husten und Schnupfen. — L. FERRANINI (Palermo): Die Kryoskopie des Urins und Aszites bei Erkrankungen der Leber. — BARMANN (Breslau): Über die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. — ROBERT ASCH (Breslau): Zur Radikaloperation bei puerperaler Sepsis. — G. L. MAMLOCK (Berlin): Zur Behandlung der Anämien. — G. SEEGALL (Berlin): Hydrargyrum hermophenylicum. — GROBER (Jena): Die Entstehung des Milztumors (Hyperplasie oder Hyperämie?). — O. LASSAR (Berlin): Über bovine Impftuberkulose. — HERMANN SUCHANNEK (Zürich): Über Forman und seine Anwendung. — L. KOFMANN (Odessa): Zur Kasuistik des Torticollis spasticus. — LAD. KÉTYL (Budapest): Die mit dem Theocin als Diuretikum gemachten klinischen Erfahrungen. — L. HUISMAN (Köln): Über Akromegalie. — Kleine Mitteilungen. Über einige Verfahren zur Ausfüllung von Knochenlücken. — Anästhesin. — Vergiftungen durch Kupfersalze. — Jodothylin. — Die diätetische Brombehandlung der Epilepsie. — Typhusdiagnostikum FICKER. — Die Behandlung des Erysipels mit Bierhefe. — Über Gujasaol. — Die Catgutsterilisation. — Literarische Anzeigen. Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie. Herausgegeben von Professor Dr. JOSEF MOELLER und Professor Dr. HERMANN THOMS. — Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. Von Direktor Dr. HEINRICH SCHLÖSS. — Feuilleton. Römischer Brief. (Original-Corresp.) I. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XV. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Notizen. — Neue Literatur. — Eingesendet. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik.

Von Professor Dr. Eduard Spiegler.*

Meine Herren! Das Bestreben, das Wohlgefallen seiner Mitmenschen zu erregen, ist in die menschliche Natur tief eingegraben. Es hat daher zu allen Zeiten und bei allen Völkern bestanden, denn es beruht nicht nur etwa bloß auf der menschlichen Eitelkeit, sondern es ist psychologisch viel tiefer begründet. Wir begegnen daher den Versuchen, sein Äußeres zu verschönern, auch bei den Völkern der alleruntersten Kulturstufen, ja selbst bei solchen, welche über den Kannibalismus noch nicht hinaus sind und welche durch Bemalen ihrer Haut mit grellen, rohen Farben ihr Äußeres zu verschönern suchen. Und daher finden wir auch in den allerältesten Literaturprodukten höchst ausführliche kosmetische Anordnungen aller Art. Es ist selbstverständlich, daß der Schönheitsbegriff nicht zu allen Zeiten und bei allen Völkern der gleiche sein konnte. Doch ist es charakteristisch, welche hohe Kulturstufe die alten Griechen einnahmen, indem sich ihr Schönheitsideal, zusammengefaßt in die Worte *Καλλός Κ' ἀγαθός*, mit dem unserigen ungefähr deckt.

Naturgemäß fällt in das Gebiet der Kosmetik auch die Pflege der Schönheit in Bezug auf den körperlichen Wuchs. Da aber dies in das Gebiet der Orthopädie fällt, wollen wir

uns hier nur auf das engere Gebiet der Kosmetik beschränken, welche lediglich die Pflege der Haut und ihrer Adnexe betrifft. Damit betreten wir ein Gebiet, welches von jeher einen leider erfolgreichen Tummelplatz von Scharlatanen gebildet hat. Dieselben konnten ihrer Beute um so gewisser sein, als sie ja die opferwilligste aller menschlichen Schwächen, die Eitelkeit, zum Angriffspunkt ausersehen hatten.

Indes werden wir bei der weiteren Betrachtung unseres Gegenstandes bald sehen, in wie hohem Maße die meisten sogenannten kosmetischen Übel keineswegs auf einer fehlerhaften Beschaffenheit der äußeren Hautdecke allein beruhen, sondern in wie inniger Beziehung sie zu dem Gesamtorganismus und dessen Funktionen stehen und wie eine erfolgreiche Behandlung solcher Übel ein zielbewußtes ärztliches Handeln erfordert.

Beginnen wir gleich mit demjenigen Übel, gegen welches am allerhäufigsten Abhilfe gesucht wird, mit der Akne vulgaris. Das Krankheitsbild ist zu bekannt, als daß es nötig wäre, dasselbe näher zu beschreiben. Ich möchte hier nur darauf hinweisen, daß die damit behafteten Individuen ausnahmslos eine seborrhische Haut haben. Diese ölige Beschaffenheit der Haut ist aber keine rein äußerliche Eigenschaft derselben, sondern sie ist mit der ganzen Konstitution des Individuums aufs innigste verbunden. Solche Personen sind in der Regel etwas anämisch, ihre Hautfarbe ist zumeist blaß, die Haut selbst häufig etwas pastös. Gut genährte, kräftige Individuen von lebhaft roter, frischer Gesichtsfarbe leiden niemals an Akne vulgaris, denn solche Personen haben auch keine seborrhische Haut. Häufig besteht bei Aknekranken auch noch Obstipation, und die Erfahrung lehrt, daß diese, wenn sie auch nicht die alleinige

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums am 7. Dezember 1903.

Ursache von Akneeruptionen darstellt, dieselben doch immerhin außerordentlich begünstigt. Es wird daher Sache des ärztlichen Einschreitens sein, diese Zustände (Anämie, Obstipation) soweit als irgend nur möglich zu beheben. Als zweckdienlich wird sich daher die innere Darreichung von Eisen, namentlich aber von Arsenpräparaten, erweisen. Es ist ganz wunderbar zu sehen, welchen ausgezeichneten Einfluß kleine, längere Zeit hindurch fortgegebene Arsendosen auf die Akne haben. Zur Behebung der Obstipation wird es naturgemäß das Beste sein, dieselbe durch Bauchmassage zu beheben. Wo dies nicht gleich durchführbar ist, wird man zunächst Abführmittel verwenden. Als die zweckdienlichsten Abführmittel werden sich solche erweisen, welche zugleich eine leichte Desinfektion des Darmes erzielen. Produkte der Darmfäulnis ins Blut aufgenommen, wirken offenbar reizend auf die ohnehin im Zustande vermehrter Sekretion befindlichen Talgdrüsen und erleichtern so gewiß die Infektion mit den ubiquitären Staphylokokken. Nun enthält der Pulvis Liquiritiae compositus außer dem wirksamen Bestandteil — den gepulverten Sennablättern — auch Schwefel, welcher sich seit altersher in dieser Richtung mit Recht einer besonderen Bevorzugung erfreut. So finden wir bei vielen Engländerinnen, die durch die Schönheit ihres Teints berühmt sind, die Gewohnheit, abends vor dem Schlafengehen eine Messerspitze Schwefel zu sich zu nehmen. Wenn auch diese Gewohnheit keineswegs allein ihren schönen Teint erklärt, so zeigt sie doch, daß man diese Eigenschaft des Schwefels schätzen lernte. Auch die innerliche Darreichung von Menthol vermag die Darmgärung zu verringern.

Es wird aber auch die Diät so einzurichten sein, daß der Entstehung solcher Fäulnisprodukte so sehr als möglich vorgebeugt werde. Namentlich wird reichliche Fleischkost zu vermeiden sein, da gerade diese, besonders bei Stuhlträgheit, ganz außerordentliche Steigerung der Fäulnisprodukte im Darms zur Folge hat; welche bei der chemischen Untersuchung des Harnes im vermehrten Indikangehalt ihren Ausdruck findet. Ich kenne hier in Wien eine wegen ihres herrlichen Teints bewunderte junge Dame, welche, da ihr für diesen kein Opfer zu groß ist, auf meinen Rat hin, nachdem alle anderen Maßnahmen erfolglos waren, rein vegetarisch lebt. Da sie, um nicht Gegenstand des Spottes zu sein, dieses Mittel als strenges Geheimnis hütet, ißt sie, wenn sie Gesellschaft besucht oder empfängt, etwas Fleisch; regelmäßig reagiert sie darauf mit einer kleinen Akneeruption!

Es ist auch keineswegs ein Volksaberglauben, wenn behauptet wird, daß scharf gewürzte Speisen, Käse u. dgl. m. Akneeruptionen begünstigen. Einer unserer hervorragendsten Fachmänner, ein bereits verstorbener Dermatologe, der dies beharrlich negierte, führte hierüber mit einem jüngeren auswärtigen Kollegen eine heftige Debatte. Eine Verständigung schien unmöglich, bis sich jener erbötig machte, an sich selbst durch ein bei ihm immer zutreffendes Mittel eine Akneeruption zu provozieren. Er werde heute abends einen Roquefortkäse essen und sich übermorgen mit den Aknepusteln präsentieren, und der Beweis wurde wirklich in überzeugender Weise erbracht. Wie übrigens die Erfahrung immer der Theorie vorausseilt, so ist es auch hier, und so habe ich in einem anderen Zusammenhange vor einigen Jahren zeigen können, daß es eine ganze Reihe von chemischen Verbindungen gibt, welche, an einer peripheren Stelle in die Blutbahn gebracht, an pathologisch verändertem Gewebe Entzündungen hervorzurufen imstande sind. Solche Stoffe, es handelt sich hier u. a. auch um Aminbasen, sind aber auch in scharfem Käse in reichlicher Menge enthalten.

So wichtig aber auch die diätetische und medikamentöse Behandlung der Akne ist, ebensowenig darf ihre äußere Behandlung vernachlässigt werden, und wir müssen auch bei dieser Gelegenheit der unvergänglichen Verdienste F. v. HEBRAS gedenken, welcher durch eine von ihm inaugurierte zielbewußte und konsequente Lokaltherapie in der

Behandlung der Hautkrankheiten so große Erfolge erzielte. Unsere Hauptaufgabe bei der lokalen Behandlung der Akne vulgaris wird in der Bekämpfung der Seborrhöe liegen. Je ölgiger die Haut ist, um so leichter werden Schmutz, Staub und mit diesem Eitererregern an derselben haften bleiben. Der Vorgang ist ein ähnlicher wie derjenige, auf welchem die ungefähre quantitative Bestimmung des Keimgehaltes der Luft beruht: Durch einen Glaszylinder, dessen innere Wände mit Gelatine belegt sind, wird ein bestimmtes Quantum Luft langsam durchgeleitet. Die in der Luft befindlichen Keime bleiben an der Gelatine haften und ermöglichen auf diese Weise, nachdem sie aufgegangen sind, durch Zählung der Kolonien die Bestimmung der ungefähren Anzahl von Keimen in einer gewissen Luftmenge. — Das vorzüglichste Entfettungsmittel ist die Seife und dieselbe wird um so energischer wirken, je wärmer das Wasser ist, mit welchem gewaschen wird. Zugleich wird sie vermöge ihres Alkaligehaltes auf Epidermispröpfe lösend wirken und durch die mit dem Waschen verbundene Friktion auf den Tonus der Hautgefäße einzuwirken imstande sein. Die Seifen werden häufig ad hoc mit den verschiedensten medikamentösen Zusätzen, als Teer, Schwefel, Ichthyol, Natriumsuperoxyd, Resorcin usw. oder auch als überfettete Seifen etc., in den Handel gebracht. So wertvoll diese in einzelnen Fällen auch sein mögen, so bleibt doch die wichtigste Komponente die Seife und mit ihr die Seifenwirkung selbst. Von anderen Mitteln, welche auf die ölige Haut entfettend wirken, sind alkoholische Flüssigkeiten zu nennen, welchen wieder die verschiedenartigsten Medikamente beigelegt werden. Eine ganz besonders wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Seborrhöe fällt dem Schwefel zu, welcher auf die Talgdrüsen entschieden sekretionshemmend zu wirken scheint. Der Schwefel kann hierbei in den verschiedensten Formen angewendet werden, sei es als Schwefelsalbe, deren Fettgehalt hierbei noch erweichend auf Komedonen und Epidermispröpfe wirken wird, als Schüttelmixtur, als Schwefelpuder, als Solutio Vlemingx u. dgl. m. Wollte ich vollständig sein, so hätte ich noch eine Reihe anderer Behandlungsmethoden und Medikamente zu erwähnen, als lokale Dampfbäder, die Schälmethoden mit den verschiedensten Schälmitteln u. dgl. m. In jüngster Zeit wurde auch den Röntgenstrahlen ein günstiger Einfluß auf den Akneprozess zugeschrieben, doch ist gerade dieses Mittel mit größerer Reserve als jedes andere zu nennen. Unter jeder Bedingung jedoch werden die größeren Aknepusteln mit dem Messerchen zu öffnen sein, weil hierdurch nicht nur ein schnellerer Heilungsverlauf erzielt, sondern auch die Narbenbildung wesentlich eingeschränkt wird. Es besteht übrigens entschieden ein Zusammenhang der Acne vulgaris mit dem Geschlechtsleben in der Richtung, daß dieselbe erst jenseits der Pubertätsentwicklung auftritt, andererseits nach dem Erlöschen des Geschlechtslebens nie beobachtet wird. Dies kommt daher, daß sich zugleich mit den Geschlechtsdrüsen auch die Talgdrüsen in der Pubertät kräftiger entwickeln und so ein Status seborrhoicus entsteht, welcher bei Kindern und Greisen eben fehlt.

Während die Acne vulgaris fast ausschließlich bei jugendlichen Individuen zur Beobachtung kommt, ist die Acne rosacea oder besser Rosacea genannt, ein Vorrecht des reiferen Alters. Mit Unrecht hingegen wird dieselbe mit dem Alkoholgenusse in Zusammenhang gebracht, findet sich dieselbe ja gar nicht so selten bei Personen, welche überhaupt nie Alkohol genießen. Indessen steht dieselbe in vielen Fällen mit pathologischen Zuständen innerer Organe, so namentlich der Verdauungsorgane, in naher Beziehung, und erst die Behebung derselben vermag dem Ubel zu steuern. Bei Frauen sind es häufig Störungen im Bereiche der Sexualorgane, welche von der Acne rosacea begleitet sind, und eine sehr häufige physiologische Ursache ist hier der jedesmalige Eintritt der Menses sowie das Klimakterium. Das Klimakterium

scheint ja überhaupt das Auftreten verschiedener Dermatosen wesentlich zu begünstigen.

In allen Fällen, wo dies möglich ist, werden wir die Grundursache zu beheben suchen, aber gerade auch hier vermag die lokale Therapie ganz Bedeutendes zu leisten. Obenan stehen hier wiederum die Schwefelpräparate, sehr angezeigt sind aber auch heiße Waschungen, welche auf die Wiederherstellung des Gefäßtonus von augenscheinlich günstigem Einflusse sind. Skarifikationen sind nur in solchen Fällen empfehlenswert, in denen andere Mittel im Stiche lassen. Obwohl dieselben lokal ja recht günstig wirken, werden sie von den Kranken für längere Zeit deswegen nur ungerne ertragen, weil sie schmerzhaft sind und für den ersten und zweiten Tag doch eine kleine Entstellung mit sich bringen. Viel zweckmäßiger sind hingegen die von LASSAR angegebenen Stichelapparate. Dieselben stellen ein mit ca. 20 oder mehr Nadeln armedes Instrument dar, welches durch einen Elektromotor so getrieben wird, daß es pro Minute einige hundert Stichelungen vollführt. Die Resultate sind sehr befriedigend und, was bei Eingriffen, die aus kosmetischen Gründen ausgeführt werden, sehr wichtig ist, sie lassen auch unmittelbar nach dem Eingriff keinerlei Merkmale zurück. Größere Gefäßektasien, wie sie übrigens auch ohne Rosacea gelegentlich vorkommen, bringt man am besten mit einer sehr spitzen galvanokaustischen Nadel zur Verödung. Man kann sich übrigens zu diesem Zwecke auch der elektrolytischen Nadel bedienen.

Während, wie erwähnt, die Rosacea zumeist Individuen reiferen Alters befällt, gibt es eine andere ähnliche Affektion an der Nase, die zumeist jugendliche anämische Mädchen und Frauen betrifft, und darin besteht, daß die Nase rot oder mehr bläulichrot erscheint, sich hierbei kühl anfühlt, aber bei einem Temperaturwechsel, wenn etwa solche Personen aus der Kälte in ein warmes Zimmer treten, plötzlich heiß und hochrot wird. Auch nach Mahlzeiten oder bei dem Genusse der geringsten Quantitäten alkoholischer Getränke treten die gleichen Veränderungen auf. Die Ursache dieser Affektion ist eine Parese der Gefäße in dem betreffenden Hautbezirke und eine hierdurch bedingte lokale Hyperämie. In vielen Fällen ist dieselbe durch vorausgegangene, wenn auch noch so leichte Erfrierung der Nase erzeugt worden. Hierzu bedarf es aber bei anämischen Individuen keineswegs abnorm niedriger Temperaturen. Solche lokale Asphyxien entstehen bei anämischen Personen bereits bei kühleren Temperaturen über dem Nullpunkt. Die Gewohnheit des Schleiertragens befördert das Entstehen derselben außerordentlich, und zwar dadurch, daß die Wasserdämpfe der ausgeatmeten Luft sich auf dem Schleier kondensieren und die Nasenspitze so konstant wie mit einem feuchten Umschlage bedeckt ist, der durch fortwährende Verdunstung an der kühlen Luft eine ganz beträchtliche Abkühlung der betreffenden Stelle bedingt. Die Therapie wird zunächst mit den prophylaktischen Maßnahmen zu rechnen haben; die lokale Therapie wird in diesen Fällen von Nasenröte erfolglos bleiben, höchstens könnte man hier den Gefäßtonus durch heiße lokale Applikationen zu heben suchen. Weit mehr wird man durch Behebung der Anämie erreichen, und zwar wird man gerade in solchen Fällen sich zweckmäßig nicht allein auf Eisen und Arsenpräparate beschränken, sondern dabei auch durch körperliche Bewegung, Turnen und dergleichen mehr die Herzkraft zu heben und dadurch die lokale Asphyxie zu überwinden suchen.

Es sind übrigens die gleich gearteten Individuen, die denselben Prozeß an den Fingern zeigen, wodurch dieselben konstant rot, kalt und gedunsen erscheinen. Auch hier bewirkt die gleiche Ursache dieselbe Wirkung. Nebst den bereits erwähnten therapeutischen Maßnahmen wird hier die Massage der Finger gute Dienste leisten. Solche Personen müssen auch sofort bei Eintritt der kühleren Jahreszeit, also schon vom Oktober an, eventuell noch früher, warme Handschuhe tragen. Hierbei sind lederne Handschuhe unter allen Umständen zu

vermeiden, weil dieselben immer zu enge anliegen und gerade so dasjenige erzeugen, was ja vermieden werden soll, nämlich Behinderung der Zirkulation; hingegen sind in solchen Fällen gestrickte Wollhandschuhe sehr geeignet. Das zweckmäßigste wären natürlich Fäustlinge, doch werden sich hierzu manche Patienten nur schwer verstehen.

Aber auch Pigmentationen verschiedenster Art sind sowohl mit physiologischen Veränderungen im innigsten Zusammenhange, als auch mit pathologischen. So wissen wir z. B., daß nebst Pigmentationen im Gesichte die Brustwarzen namentlich brünetter Personen mit Eintritt der Gravidität sehr viel Pigment aufnehmen, eine Pigmentation, die auch nach Ablauf der Schwangerschaft einige Zeit fortbesteht. Das beste Mittel, dieselbe zum möglichst raschen Schwinden zu bringen, ist, daß die Frauen selbst stillen. Im anderen Falle bleiben dieselben oft sehr lange bestehen. Ein anderes sehr interessantes Vorkommnis erzählte mein verstorbener Chef, Hofrat KAPOSI öfters. Eine Frau, die einen kleinen pigmentierten Nävus auf dem Nacken hatte, bemerkte bei jedesmaligem Eintritt der Gravidität eine dunklere Verfärbung und größere Sukkulenz an demselben. Hieran erkannte sie jedesmal viel früher als daran, daß die erwarteten Menses sistierten, daß sie gravid war.

Auch mit pathologischen Veränderungen des weiblichen Genitaltraktes gehen Pigmentationen im Gesichte einher, wie sie auch bei Gravidität gesehen werden. Desgleichen finden wir solche bei pathologischen Veränderungen der Leber. Daher hat der Volksmund für solche Pigmentationen auch anderen Ursprunges den Namen „Leberflecke“ adoptiert, wiewohl es sich hierbei fast regelmäßig um Pityriasis versicolor handelt. Doch ist es sicher, daß Pigmentationen mit Leberaffektionen wirklich zusammenhängen können. Bekannt ist ja das eigentümliche Kolorit, welches Leberkranke häufig zeigen. So kenne ich z. B. eine Dame, welche an Cholelithiasis leidet und im Gesichte einen fünfkronenstückgroßen, scharf begrenzten Pigmentfleck hat, der nach einer Karlsbader Kur jedesmal total verschwindet und sich im Laufe des Winters an derselben Stelle wieder langsam entwickelt.

Wo eine ätiologische Behandlung solcher Pigmentationen nicht möglich oder erfolglos ist, sucht man dieselben lokal zu behandeln. Alle Mittel, welche dagegen angewendet werden, laufen darauf hinaus, die Epidermis an der betreffenden Stelle zur Abstoßung zu bringen, sei es in der Absicht, entweder die pigmentführende Zellschichte in die Höhe rücken und zur Abstoßung kommen zu lassen, sei es durch die begleitende größere oder geringere Entzündung das Pigment zur Resorption zu bringen. Man bedient sich hierzu Pinselungen mit schwachen Säuren, so z. B. 2%ige Salzsäure oder 5- bis 10%ige Zitronensäure, oder 5%ige Präzipitat-Bismutsalbe. Will man energischer vorgehen, so kann man direkt Schälpasten anwenden. Waschungen mit etwa 5%igem Wasserstoff-superoxyd erzeugen nicht nur eine sehr sanfte Desquamation, sondern üben, wie ich experimentell feststellen konnte, auf dunkles Pigment auch in der Richtung einen Einfluß aus, daß dieses sich in die weiße Leukoverbindung verwandelt. Die hier angeführten therapeutischen Maßnahmen gelten mutatis mutandis auch für die Behandlung der Sommersprossen. In Bezug auf letztere wäre prophylaktisch noch das Tragen von roten oder kurkumagelben Schleiern zu empfehlen, um durch diese den Durchtritt der chemisch wirkenden Strahlen etwas abzuschwächen.

Eine Hauptaufgabe der ärztlichen Kosmetik besteht in der Pflege des Haares. Gerade hier tritt der Zusammenhang zwischen dem Teile und dem Ganzen so deutlich hervor, wie sonst kaum irgendwo anders. Daß der Haarausfall mit dem Allgemeinbefinden in engstem Zusammenhange steht, ist von jeher bekannt. Wir wissen ja, daß nach schweren Krankheiten, wie Typhus, Erysipel u. a., ein intensives Defluvium capillorum stattfindet. Es tritt aber in den meisten dieser

Fälle mit und ohne Therapie wieder eine vollständige oder teilweise Restitutio ad integrum ein.

Es ist aber das Verdienst einer erst im vorigen Jahre erschienenen Arbeit eines Japaners namens MATSUURA, die aus dem v. RECKLINGHAUSENSchen Laboratorium hervorgegangen ist, diese Beziehungen in ihren feineren Details aufgedeckt zu haben. MATSUURA ging in der Weise vor, daß er die Haare in Stückchen von 0.4 mm zerlegte und ihre Dicke maß. Es ergab sich dabei, daß bei Krankheiten, die mit einer Ernährungsstörung einhergehen, eine Dickenabnahme im Wachstum des Haares zu konstatieren war, also eine Einschnürung desselben. Diese Dickenabnahme ist um so intensiver, je dicker das Haar und je besser der Ernährungszustand früher war. Da nun die Strecke von 0.4 mm ungefähr der täglichen Längenzunahme entspricht, gelingt es leicht, die Dickenschwankungen des Haares genau so wie eine Fieberkurve bildlich darzustellen und es ergab sich bei 70 Fällen, die in dieser Weise untersucht worden waren (z. B. bei Influenza, Perityphlitis, Typhus, Tuberc. pulmonum, Furunkulose, Tetanus, Diphtheritis etc.), daß mit dem Ansteigen der Krankheit das Dickenwachstum der Haare abnimmt, während es mit fortschreitender Rekonvaleszenz wieder zur Norm zurückkehrt. Wenn wir bedenken, wie mühselig es ist, eine solche Untersuchung nicht nur über eine so große Zahl von Fällen auszudehnen, sondern außerdem noch bei jedem Fall eine größere Anzahl von Haaren in die täglichen Wachstumsteilstücke von 0.4 mm zu zerlegen, so können wir einer solchen Leistung in der Tat unsere Bewunderung nicht versagen. Die Untersuchungen MATSUURAS, welche übrigens noch viele andere interessante Details enthalten, machen es aber auch verständlich, wieso es bei Ernährungsstörungen zum Haarausfalle kommt. Indem nämlich vor allem der subepidermoidale Teil des Haares dünner wird, wird hierbei naturgemäß auch sein Zusammenhang mit dem Bulbus gelockert werden müssen, was schließlich zum Ausfallen des Haares führt.

Eine andere Ursache des Haarausfalles bei sonst gesunden Individuen scheint mit der Seborrhoea capillitii in innigem Zusammenhange zu stehen. Wenigstens finden wir nahezu bei allen Leuten, welche an derjenigen Form von Defluvium capillorum leiden, die zur Kahlheit führt, eine mehr weniger intensive Seborrhoe, und wenn die Neigung zur Glatzenbildung eine familiäre zu sein scheint, so beruht dies offenbar darauf, daß die seborrhoische Beschaffenheit der Haut, beziehungsweise die derselben zugrunde liegende konstitutionelle Disposition hereditären Charakters ist. Nachdem aber der Wunsch nach einem Haarwuchsmittel bis auf weiteres ein *pium desiderium* geblieben ist, beschränkt sich die Therapie darauf, die Begleiterscheinung dieses Defluyiums, die Seborrhoe, zu behandeln. Durch alkoholische Flüssigkeiten unter Zusatz von 1%iger Salizylsäure oder Resorzin oder durch Schwefelpräparate gelingt es in der Tat, die Schuppenbildung unsichtbar zu machen, nach Aussetzen der Behandlung setzt die Seborrhoe aber wieder ein.

Ist nun das Defluvium capillorum ein großes Übel, so wird das Gegenteil davon, die Hypertrichosis, von den betroffenen Individuen noch viel peinlicher empfunden, und jeder von uns weiß, daß es Damen gibt, bei welchen sogar ein paar Härchen, die ohne Lupe kaum sichtbar sind, den Mittelpunkt ihres ganzen Gedankenlebens bilden. Leider haben sich die Hoffnungen, die im Anfange auf die Epilation mit Röntgenstrahlen gesetzt wurden, nicht erfüllt, so zweckmäßig sich auch bei Lupus, Favus und anderen Affektionen diese Behandlung gezeigt hat. Die Haare wachsen meistens wieder nach; das Verfahren ist selbst in der Hand des Geübtesten nicht völlig gefahrlos, wie manche Fälle zeigen, in denen es bei dieser Behandlung zu Hautatrophien, Teleangiektasien, torpiden Geschwüren etc. gekommen ist. Möglicherweise wird der neue Apparat von HOLZKNECHT, das Chromoradiometer, berufen sein, diesen Übelständen abzuhelpen, d. h. solche Vorkommnisse durch ihn zu vermeiden sein, indem dieser Apparat eine Dosierung der

Belichtung gestattet. Nichtsdestoweniger hat es den Anschein, als kehre man wieder zur älteren elektrolytischen Methode zurück, obwohl auch diese nicht frei von Nachteilen und außerdem enorm mühselig ist, Rezidiven sehr häufig sind und ein intensiver Bartwuchs damit überhaupt nicht zu meistern ist. Hingegen habe ich es für sehr zweckmäßig befunden, die Haare mit Wasserstoffsperoxyd zu entfärben, wodurch das Übel zum mindesten weniger sichtbar wird. Dieses Verfahren muß selbstverständlich fortgesetzt werden, sonst geschieht es, daß der nachwachsende Teil des Haares dunkel ist, der obere hell, was den Haarwuchs um so auffallender machen würde.

Von speziellen Haarkrankheiten wären hier u. a. noch zu erwähnen die Trichorrhexis nodosa und die Scissura pilorum. Ein andres Übel, welches häufig Gegenstand der Konsultation ist, ist der Lichen pilaris, welcher an der Streckseite der Oberarme sitzt. Die Haut bei solchen Personen — es handelt sich zumeist um junge Mädchen — sieht rot und rauh aus. Die Röte ist keine entzündliche, sondern zumeist eine Stauungsröte. Die Rauhgigkeit beruht darauf, daß die Follikelmündungen über das Hautniveau hervorragen, und dies wieder ist dadurch bedingt, daß dieselben mit verhornten Epithelmassen erfüllt sind. Wir haben es nämlich beim Lichen pilaris mit dem niedersten Grade von Ichthyosis zu tun, und zwar mit derjenigen Form, welche sich ausschließlich oder wenigstens hauptsächlich auf die Follikelmündungen bezieht. Auch die abnorme Trockenheit der Handteller und Fußsohlen ist oft eine Teilerscheinung von Ichthyosis. Da diese Krankheit familiär und hereditär ist, kann man in ein und derselben Familie die verschiedensten Formen von Ichthyosis finden, von der wohlausgebildeten Ichthyosis serpentina bis zum Lichen pilaris. In therapeutischer Beziehung läßt sich durch Bäder und Fettapplikation wohl das Übel zeitweilig beheben, nach Aufhören der Behandlung kehrt es jedoch wieder zurück, so daß ein Dauererfolg auch nur durch eine dauernde Pflege erreichbar ist.

In das Gebiet der ärztlichen Kosmetik gehört übrigens ja die Behandlung von Schweißhänden und Schweißfüßen, denn auch diese stellen ein konstitutionelles Übel dar. Während die Schweißfüße der Behandlung leicht zugänglich sind, beruhen die Schweißhände auf einer lokalen Asphyxie, daher ihre Behebung außerordentlich schwierig ist. Auch gehören hierher verschiedene Nagelerkrankungen, so z. B. das Brüchigwerden der Nägel, die abnorme Weichheit derselben. Diese hängt, wie bekannt, aufs innigste mit allgemeinen Ernährungsstörungen zusammen, wofür sie nicht ein begleitendes Symptom spezieller Dermatosen, wie Psoriasis, Lichen ruber etc. ist.

M. H.! Die knapp bemessene Zeit gestattet mir nicht, selbst in wichtigen Dingen ins Detail zu gehen und ich bin mir wohl bewußt, in diesem engen Rahmen weder alle kosmetischen Übel erwähnt, noch auch die besprochenen nur halbwegs erschöpfend behandelt zu haben, ein Unternehmen, das in dieser kurzen Zeit von vorneherein unausführbar ist. Ich wollte vielmehr nur zeigen, daß eine rationelle Kosmetik einen Teil der Heilkunde bildet und eine erfolgreiche Tätigkeit einen in allen Zweigen der Medizin tüchtig geschulten Arzt erfordert.

Über die praktische Verwertung des Helmitol, eines neuen Harndesinfiziens.

Von Dr. Artur Schütze in Berlin.

Bei den therapeutischen Maßnahmen gegen die Krankheiten der Harnwege haben wir in den letzten beiden Dezennien die Bedeutung der internen Medikation neben der topischen Behandlung kennen und schätzen gelernt. Besonders die Blasenleiden älterer Männer, welche durch die Hypertrophie der

Prostata bedingt sind, bedürfen des Gebrauches solcher innerlicher Harndesinfizientia, deren Wert von allen erfahrenen Beobachtern hoch angeschlagen wird. Die weit fortgeschrittene Technik in der chemischen Industrie der Heilmittel brachte uns in den letzten Jahren ständig besser zusammengesetzte und dadurch auch therapeutisch wirksamere Arzneikompositionen. Hinsichtlich der eitrigen und jauchigen Katarrhe der Blase, den katarrhalischen Entzündungen des Nierenbeckens, der Pyelonephritis und der Pyonephrose sowie der Bakteriurie, wie sie bei den Altersleiden des Harnapparates dem praktischen Arzte nicht minder häufig vorkommen, wie dem Facharzte für Harnkrankheiten, sind wir gewohnt, die harndesinfizierenden Mittel oder wenigstens jene, welche bislang im Rufe eines solchen standen, neben den wichtigen Maßnahmen der physikalisch-diätetischen Heilmethoden der topischen Behandlung mit Spülungen und Waschungen der Blase, sowie den usuellen Bäduren während der guten Jahreszeit in Anwendung zu bringen.

Wir dürfen hier nicht ohne Berechtigung darauf hinweisen, daß unserer Überzeugung nach die sorgsame und frühzeitig, bereits in den ersten Stadien der katarrhalischen Blasenentzündung begonnene Behandlung mit einem wertvollen und erfolgreich erprobten Harndesinfizient, und zwar, was wir nachdrücklichst betonen, zu einem Zeitpunkte, wo für die erkrankte Blase eine Lokalbehandlung mittelst Auswaschungen resp. überhaupt die Einführung eines Instrumentes überflüssig oder direkt kontraindiziert erscheint, den Kranken sehr viel nützen oder, was wir als weit wichtiger noch erachten müssen, vor direktem Schaden bewahren könne. Ein jedes intern verabreichte Harndesinfizient dient ja unserer Absicht der Keimtötung oder der Verminderung derselben, ohne daß wir den Kranken der nie ganz zu vermeidenden Gefahr aussetzen, mit unseren Instrumenten, auch wenn sie peinlich desinfiziert worden, neue Keime in die Blase einzubringen, welche bei den Blutdruck- und Stauungsverhältnissen im Harnapparate den günstigsten Boden für die Vermehrung und Steigerung der Virulenz der Mikroben finden und verheerende Folgen schon zu einem Zeitpunkte anzurichten beginnen, in dem sie bei Unterlassung jedes lokalen Eingriffes hätten vermieden werden können. Kranke mit Blasen- und Nierenleiden dieser Art, die man chirurgische Harnleiden zu nennen pflegt, sind damit, daß man dem „ne nocere“ die allerpeinlichste Überlegung und Sorgfalt zuwendet, davor behütet, durch unzumutbare Eingriffe in ein vorgeschrittenes Stadium ihrer Krankheit gebracht zu werden, das wohl auch sonst nicht ausbleibt, aber anderen Falles noch Monate und Jahre hätte umgangen werden können. Bei der großen Gefahr der Harnleiden aller Männer, die, wie uns die Erfahrung lehrt, an sich eine ungünstige, sehr oft eine höchst infauste Prognose geben, bedeutet es sehr viel, wenn Vorsicht und besonnene Überlegung es zuwege bringen, ein beginnendes oder selbst schon fortgeschrittenes Übel möglichst lange in einem milderen, ersten Stadium zu erhalten und damit die Bedingungen nicht zu stören, welche möglicherweise die Lebensdauer noch auf Jahre verlängern.

Von den innerlich verabreichten Mitteln zur Behandlung der Harninfektion standen in den letzten 10 Jahren unter anderen namentlich das Salol und die Salizylkombinationen im Gebrauche, wenn wir von den Antipyreticis absehen, die ja nur insofern desinfizierend in sekundärem Sinne wirken, als sie bei febrilem Verlaufe die Keimvermehrung durch Temperaturabfall einigermassen, wenn überhaupt beschränken könnten. Mit der Herstellung des Urotropin (1894), welches seiner chemischen Zusammensetzung nach Hexamethylentetramin ist, haben alle harndesinfizierenden Mittel, die seit altersher in Gebrauch waren, die Balsamika, Quecksilberpräparate, diuretisch wirkenden Teeaufgüsse u. v. a., ihre Rolle ausgespielt. Das Urotropin entfaltet nach den chemisch-bakteriologischen Prüfungen der Untersucher seine desinfizierende Wirkung im Harnapparate bekanntlich dadurch, daß es im Organismus Formaldehyd abspaltet.

Hatten wir so in der Einführung des Urotropin in die ärztliche Praxis gewiß einen erfreulichen Erfolg im Interesse der zahlreichen blasenleidenden Kranken zu verzeichnen, so blieb uns leider nicht sehr lange die Enttäuschung erspart, daß uns das Urotropin nicht gar selten dort seine anfangs als zauberhaft bezeichnete Wirksamkeit versagte, wie wir sie sehnlichst erwünscht hatten. Die Ursache dieses Versagens von Urotropin konnten wir bald darin erkennen, daß die Formaldehydabspaltung im Organismus eine so spärliche ist, daß der größte Teil des Urotropins ungespalten durch die Harnwege durchgeht. Andererseits wurde Urotropin auch von vielen unserer Kranken wegen seiner üblen Wirkung auf den Magen und den Darm so schlecht vertragen, daß es ausgesetzt werden mußte. Damit entbehrten wir leider häufig der guten Vorteile, die das Mittel in vielen anderen Fällen in prompter und wirksamer Weise entfaltet.

Seit kurzem besitzen wir in dem von der Firma Bayer & Ko. in Elberfeld hergestellten Helmitol ein neues Präparat, das als Harnantiseptikum zu gelten hat. Helmitol ist die Hexamethylenaminverbindung der Anhydromethylenzitronensäure; die letztere unterstützt durch ihre Fähigkeit, im Organismus die Methylengruppe in Form freien Formaldehyds abzuspalten, die bekannte Wirkung des Hexamethylentetramins. Im Gegensatze zu letzterem geht bei Helmitol gerade in alkalischer Flüssigkeit diese Formaldehydabspaltung reichlich und sehr prompt vor sich. Schon drei Viertelstunden nach dem Einnehmen von Helmitol ist Formaldehyd im Harn deutlich nachweisbar.

Das Helmitol ist ein weißes Kristallpulver von säuerlichem Geschmacke, in Wasser bis zu zirka 7% löslich, fast unlöslich dagegen in Alkohol. Die Dosierung hat in Gaben zu 1·0, dreimal täglich, zu geschehen. Sehr praktisch und bequem für die Darreichung ist die Herstellung von Helmitol-tabletten à 0·5, deren jede den Namen des Mittels eingepreßt trägt, und die sich durch ihre Billigkeit auszeichnen; es kosten nämlich 10·0 g in Tablettenform (Originalpackung Bayer & Ko.) nur M. 1. Die Tabletten zerfallen in Wasser oder alkalischem Mineralwasser sehr leicht und lösen sich bald auf.

Gleich nach dem Bekanntwerden dieses neuen, in glücklich gewählter chemischer Kombination hergestellten Präparates haben wir in zahlreichen Fällen von Harnleiden die Anwendung des Mittels begonnen. Wir waren sehr gespannt darauf, zu sehen, in welcher Weise das Helmitol in erster Linie auf jene Fälle von Blasen- und Nierenbeckenkatarrh infolge von Prostatahypertrophie bei alten Männern wirken würde, ein Gebiet, dessen Domäne bisher förmlich das Hexamethylentetramin gewesen ist. Fälle von Gonorrhöe und Komplikationen desselben, wie chronische Urethritis posterior und Prostatitis haben wir nach den wenig ermutigenden Resultaten von SEIFERT¹⁾ nach Helmitolgebrauch bei solchen Erkrankungen von vornherein unterlassen, nachdem wir uns bei solchen Patienten von der gänzlichen Unschädlichkeit und leichter Bekömmlichkeit des Präparates probeweise überzeugt hatten. Uns schien die wichtigste Indikation für die Anwendung von Helmitol bei jenen Formen des chronischen Blasenkatarrhs gegeben zu sein, wie sie der Cystopyelitis bei Prostatahypertrophie, der ammoniakalischen Harnzersetzung bei hochgradiger Striktur und bei der Cystitis calculosa sowie bei allen Formen der Katheter-Cystitis resp. nach chirurgischen Operationen in der Blase entsprechen; schließlich haben wir auch bei Bakteriurie von Helmitol Gebrauch gemacht.

In allen diesen Krankheitsfällen dürften wir den guten Erfolg des Helmitol voraussetzen und da leistete uns das Helmitol auch tatsächlich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorzügliches.

¹⁾ Prof. SEIFERT (Würzburg), über Helmitol. „Wiener klin. Rundschau“, Nr. 27, 1903.

ROSENTHAL²⁾, HEUSS³⁾ und MÜLLER⁴⁾, ferner auch SEIFERT⁵⁾ haben ihre Erfahrung mit Helmitol ausführlich dargelegt, dieselben ergeben wohl zum Teile sehr gute Erfolge bei akuter und chronischer Gonorrhöe, den Hauptwert erkennen aber alle Untersucher in der Anwendung bei den Graden und Formen der Cystitis, als Teilerscheinung der hypertrophischen Prostata.

Die Vorzüge des Helmitol faßt Doz. Dr. E. HEUSS in seiner sehr wertvollen Arbeit in folgenden Hauptsätzen zusammen; diese Vorzüge bestehen

1. in seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden, desinfektorischen Wirkung auf den Urin, welche diejenige des Urotropins um das Vier- bis Sechsfache übertrifft;

2. in der Ungiftigkeit, bzw. darin, daß das Helmitol, auch in größeren Dosen genommen, keine Magendarmstörungen hervorruft, ebenso (in 1—2%iger Lösung) die Blasenschleimhaut nicht reizt;

3. in seinem angenehmen Geschmacke.

Die Anwendung des Helmitols erfolgt:

a) per os, in Wasser gelöst, zu 3—4 (bis 8) g pro die in 8—6stündigen Intervallen;

b) direkt in loco in Form 1—2%iger wässriger Lösungen, 100—200 cm³ in die Blase injiziert.

Nach seinen Erfahrungen erachtet sich HEUSS für berechtigt, das Helmitol als ein dem Urotropin überlegenes Mittel zu weiteren Versuchen zu empfehlen.

Seine vorteilhafte Meinung über das Helmitol vermögen wir nach unseren Versuchsergebnissen an 16 Fällen von Blasenkatarrh bei alten Männern vollkommen zu bestätigen; wir erachten es geradezu für unsere Pflicht, das Mittel als ein ungemein wertvolles zu bezeichnen, dessen Anwendung niemals unterlassen werden soll, will man den Patienten nicht eines sehr wirksamen, unschädlichen und unentbehrlichen Heilmittels entraten lassen. Unsere Erfolge waren geradezu ausgezeichnete zu nennen. Wir haben in jenen Fällen, denen wir bisher Urotropin verabreichten, dieses durchwegs durch Helmitol ersetzt; unsere Kranken waren zunächst über den bei weitem billigeren Preis überrascht, allsogleich aber auch über den prompten, außerordentlichen Erfolg des neuen „Wundermittels“. Sehr gute Resultate sahen wir von Helmitolwaschungen der Blase in 1—2%iger Lösung an Stelle der Borsäurespülungen.

Ungemein befriedigt dürfen wir uns über Helmitolanwendung bei Cystitis post operationem (2 Fälle von Cystitis calculosa und ein Fall nach Urethrotomia externa wegen Striktur) äußern; einen höchst erfreulichen Erfolg sehen wir gegenwärtig in einem Falle schwerer Bakteriurie, in dem Urotropin leider ohne Erfolg durch viele Monate genommen worden war.

Was uns unter unseren Fällen besonders den hohen therapeutischen Wert des Helmitol schätzen lehrt, ist der vortreffliche Erfolg in einem Falle von Papilloma vesicae mit schwerer, eitriger Cystopyelitis und häufigen Blasenblutungen. Der Kranke gebraucht über unsere Verschreibung seit 3 Monaten an Stelle des Urotropin das neue Helmitol mit dem bemerkenswerten Erfolge, daß das Mittel, bei Eintritt einer der mindestens alle 2 Wochen unterlaufenden, heftigen profusen Blasenblutungen ohne jede andere Medikation dargereicht, schon nach 3—4 Dosen à 1 g die Blutung prompt und dauernd unterdrückt. Die desinfizierende Kraft des Helmitol bekundet sich in rascher Aufhellung des Harnes, beträchtlicher Verminderung des

²⁾ PAUL ROSENTHAL (Berlin). Über das Helmitol, ein neues Harnantiseptikum. „Therapie der Gegenwart“, Dezember 1902.

³⁾ Doz. Dr. E. HEUSS (Zürich), Ueber Helmitol, ein neues Harnantiseptikum. „Monatsh. f. prakt. Dermatologie“, Bd. 36, 1903.

⁴⁾ Dr. JOSEF F. MÜLLER, Engelberg (Schweiz), Klinisches und Bakteriologisches über Helmitol. „Deutsche Ärzte-Ztg.“, H. 8, 1903.

⁵⁾ Prof. SEIFERT, Würzburg, l. o.

Eitergehaltes und Beseitigung des ammoniakalischen Harngeruches.

Wir erblicken nach allen unseren bisherigen Erfahrungen, die wir an einem zahlreichen, vielgestaltigen Krankenmateriale eifrig fortzusetzen verpflichtet sind, ein ausgezeichnetes, völlig unschädliches und in Tablettenform sehr bequem darzureichendes Harnantiseptikum, dessen Gebrauch wir auf das Allerwärmste empfehlen.

Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien.

(Fortsetzung.)

Nicht minder häufig können diagnostische Zweifel bei Erkrankungen des Stammes und der Wirbelsäule auftreten. Wenn wir hier nur auf jene Fälle Bezug nehmen wollen, welche für den Orthopäden von besonderem Interesse sein können, so müssen wir zunächst die pathologischen Veränderungen der Wirbelsäule, und zwar die häufigste Form derselben, die Skoliose, in Betracht ziehen. Was in der Beurteilung und Verknennung dieses so weit verbreiteten Leidens der Schuljugend geleistet wird, das läßt sich nicht mehr von dem Gesichtspunkte der diagnostischen Irrtümer kennzeichnen, das müßte unter den Titel diagnostische Vergehen und Sünden subsumiert werden.

Meine Herren! Es hat eine Zeit gegeben, wo Skoliose und Orthopädie fast identische Begriffe waren in dem Sinne, daß man unter dem Worte Orthopädie die Behandlung der Skoliose verstanden hat. Wenn sich auch der Begriff und Materieninhalt der Orthopädie seitdem bedeutend erweitert haben, so liefern doch die pathologischen Veränderungen der Wirbelsäule noch immer die Hauptmasse der orthopädisch zu behandelnden Fälle, und diesen gelten noch immer die angestrengtesten Heilbestrebungen der modernen Orthopädie. Nach dem geeinten Ausspruche aller Sachverständigen und nach den statistischen Zusammenstellungen aus verschiedenen Zeiten und Ländern geht klar hervor, daß die Skoliosen derzeit weit häufiger in der Jugend vorkommen als ebendem, daß ferner die Lebensweise, Erziehung, Beschäftigung der Kinder in Haus und Schule nicht überall mit den Anforderungen der Hygiene und Prophylaxe in Einklang gebracht sind, daß schließlich insbesondere die Großstadtkinder mit dem übertriebenen Lern- und Bildungszwang zu vielen schädlichen Einflüssen ausgesetzt sind, welche das Entstehen der Skoliose begünstigen. Wenn wir dieser Erkenntnis gegenüber die therapeutischen Bestrebungen und Erfolge auf dem Gebiete der Skoliosenbehandlung betrachten, so müssen wir sagen, daß seit dem großen Aufschwung der orthopädischen Chirurgie wieder der Heilung der Skoliose die redlichste Mühe der Besten gegolten hat.

Es hat an den ernstesten Bemühungen nicht gefehlt, dieser Deformität erfolgreich beizukommen, und jeder Orthopäde bereichert das ohnehin schon überreiche Instrumentarium zur Skoliosenbehandlung gerne mit einem mehr oder minder reichen neuen Apparat. Tatsächlich haben jedoch die Worte JULIUS WOLFFS noch immer nichts an ihrer Bedeutung eingebüßt, welche den Grundsatz aussprechen: Die sicherste und beste Therapie der Skoliose liegt in der Prophylaxe derselben.

In der Verknennung und Unterschätzung der Wichtigkeit dieses Prinzips liegt der diagnostische Irrtum von seiten aller hierbei in Betracht kommenden Faktoren.

In ihren Anfangsstadien wird die Skoliose vielfach unterschätzt, ja zuweilen gar nicht beachtet. Besonders auf-

merksame Mütter und Gouvernanten lassen es, wenn sie merken, daß die Kinder nach kurzem Sitzen zusammenknicken an Ermahnungen, „gerade zu sitzen“ oder „sich besser zu halten“, nicht ermangeln. Folgsame Kinder recken sich auch daraufhin für einen Moment in die Höhe, um dann um so eher wieder die frühere schlechte Haltung einzunehmen. Es kommt auch vor, daß Mütter beim Waschen und Ankleiden der Kinder merken, daß die eine Schulter höher, die andere tiefer steht, ja daß die Rippen auf einer Seite gar so sehr herausstehen; sie sind aber zu ihrer eigenen Beruhigung leicht mit der trostreichen Annahme versöhnt, daß es nur von der großen Magerkeit des Kindes herrühre, daß die Knochen „gar so sehr herausstehen“. So komisch es auch klingen mag, wahr ist es aber doch, daß bei Mädchen die Diagnose auf eine abnormale Haltung und so auf eine vorhandene Skoliose vielfach zuerst von der Schneiderin gestellt wird, der es trotz genauen, für beide Körperseiten symmetrisch genommenen Maßes nicht gelingen will, ein auch an beiden Seiten gleich gut passendes Kleid herzustellen, oder indem die Schneiderin dank ihres erfahrenen Blickes a priori feststellt, daß die beiden Hüften nicht gleich hoch seien, daß die eine Rückenhälfte breiter sei als die andere.

Erst auf diesem Umwege gelangt allzu häufig das skoliotische Kind vor den untersuchenden Hausarzt, und bei dieser Untersuchung und Konsultation ergibt sich auch oft ein merkwürdiger Vorgang. Entweder ist die Skoliose tatsächlich noch in den Anfangsstadien, die Linie der Dornfortsätze weicht noch nicht allzu sehr von der Geraden ab, die Seitenkonturen der Rippen weisen noch keine ins Auge springende Niveaudifferenz auf, der Hüftenstand ist noch scheinbar an beiden Seiten ein gleicher, dann beruhigt sich der Arzt selbst und beruhigt auch Mutter und Kind über das „geringfügige Leiden“, nicht selten mit der trostreichen Versicherung: „das wird sich schon auswachsen“, „die übertriebene Ängstlichkeit wäre da gar nicht am Platze und ein bißchen Turnen wird die Sache schon ins gleiche bringen“.

Ist aber die Skoliose schon in einem vorgeschrittenen Stadium, zeigen die Dornfortsätze nicht nur eine gewundene Linie, sondern deuten sie auch eine Verschiebung oder Drehung der Wirbelkörper an, ist der Rücken des Kindes auf der einen Hälfte überwiegend links abgeflacht und stellenweise eingesunken, auf der anderen Seite dagegen stark gewölbt und erhaben, erkennt der Arzt selbst das Stadium der Skoliose als schlimm, so raubt ihm ein Blick auf das geängstigte Gesicht, auf die verzweifelnde Gebärde der Mutter den Mut zu einer ungeschminkten Diagnose und zu ernststen, energischen Mahnungen; sein edles Herz obsiegt über seine diagnostischen Bedenken. Er, der in allen Lebenslagen der stets gültige Freund und Tröster der Familie ist, kann auch in dem Falle nicht anders, als das Übel milde und beschwichtigend darstellen, auf die sichere Heilung vertrösten. Erleichtert und beruhigt ziehen Mutter und Kind von dannen, um nach einiger Zeit eventuell die ihnen namhaft gemachte orthopädische Anstalt aufzusuchen. Die Einführung dort erfolgt fast immer mit der stereotypen Angabe der Mutter: Unser Hausarzt hat gefunden, daß meine Tochter sich nicht gut hält, daß die Wirbelsäule ein wenig schief ist, und er ist der Meinung, daß durch Turnen die Sache bald wieder gut wird.

Durch diese wohlwollende Art der Diagnosenstellung und Beratung ist aber dem Patienten nicht viel gedient und das Wirken des Orthopäden, den dann die weitere Verantwortung trifft, ungemein erschwert.

Gegenüber der gemilderten Darstellung des Hausarztes gehört viel Takt und Gewandtheit von Seiten des Orthopäden dazu, um bei voller Hochhaltung des Prestiges der ersteren den schweren Ernst des Falles der Mutter begreiflich zu machen und gegenüber den zahllosen Einwänden von Schulpflicht, Sprach- und Musikunterricht u. dgl. m. die unerläßliche Notwendigkeit einer regelmäßigen orthopädischen Behandlung begreiflich zu machen und durchzusetzen.

Verzeihen Sie, meine Herren, daß ich bei diesem Teil meines heutigen Themas so lange und eingehend verweile, aber wie ich schon erwähnt habe, gehört der größte Teil der orthopädisch zu behandelnden Fälle dem Gebiete der Skoliosen an, und noch immer ist die Skoliose in therapeutischer Beziehung das Schmerzenskind der Orthopädie. In allen anderen Zweigen unserer orthopädischen Wirksamkeit vermögen wir bessere Heilerfolge vorauszusagen und auch mit größerer Sicherheit des Erfolges anzustreben; bei der Skoliose allein ist trotz heißen Bemühens nur bei solchen ersten Grades sichere Heilung erreichbar; bei Skoliosen zweiten Grades ist sowohl von Seiten des Patienten, wie von jener des Arztes ernste Arbeit und geduldiges Ausharren erforderlich, um ein brauchbares Resultat zu erzielen. Bei den Skoliosen dritten Grades müssen wir uns mit dem bescheidenen Erfolge einer Haltungskorrektur zufrieden geben und nur diese Fälle sind es, in welchen dem Hausarzte solatii causa die Indikation geboten ist, mit beschwichtigenden Worten Trost und Zuversicht zu spenden.

Ein schwerer diagnostischer Irrtum ist es aber, meine Herren, die Skoliosen ersten und zweiten Grades zu verkennen, sie zu unterschätzen und anstatt ernststen Vorstellungen und energischen Ermahnungen zur Abhilfe die Kranken und deren Angehörige über alle Umstände dieses Leidens im unklaren zu lassen, dasselbe zu beschönigen und sie mit wohlwollenden Worten zu vertrösten.

Als besonders wichtig für den praktischen Arzt müssen wir demnach bei der Skoliose die Frühsymptome derselben hervorheben. Abgesehen von der ererbten Veranlagung zur Erwerbung einer Wirbelsäuleverkrümmung, welche eine Entstehung derselben von vornherein beschleunigt, finden wir oft bei solchen Kindern, daß sie auch bei geringer Anstrengung leicht ermüden und über Schmerzen im Rücken klagen; die letzteren erscheinen zumeist zwischen den beiden Schulterblättern, aber auch tiefer nach unten. Außerdem tritt in der Linie der Dornfortsätze eine starke Behaarung oder übermäßige Schweißsekretion auf. LESSER spricht von einer Chorea respiratoria, als Frühsymptom der Skoliose, indem er als eine solche das unregelmäßige, einmal zuckend, das andere Mal wellenförmig verlaufende Zusammenziehen der Atmungsmuskulatur bezeichnet. Sehr bemerkenswert ist das von HOFFA hervorgehobene Höherstehen der einen Schulter und das Vortreten einer Hüfte; noch auffälliger ist ferner die von LORENZ zuerst beschriebene Verschiedenheit der Taillendreiecke, welche in der Asymmetrie der seitlichen Rumpfkonturen ihre Begründung findet.

Bei der Vielseitigkeit der ätiologischen Momente der Skoliose müssen wir dieselbe überhaupt nicht etwa als eine Krankheit sui generis, sondern vielmehr als ein Symptom betrachten, welches bei einer ganzen Reihe von pathologischen Veränderungen der mannigfaltigsten Art zu finden ist. Wir müssen die Skoliose stets als eine asymmetrische Formveränderung der die Wirbelsäule und den Brustkorb zusammensetzenden Teile, also Knochen und Weichteile, betrachten. Die Ursache dieser Formveränderung kann nach SCHULTHESS entweder primär in den Knochen, Gelenken oder Menisken zu suchen sein, also in ihrer embryonalen Anlage, ihrer Entwicklung oder Wachstum; oder aber, die ursächlichen Momente wirken von außen ein. So gehören z. B. zur Gruppe der habituellen und Berufsskoliosen jene Deformitäten, welche durch eine andauernd schiefe Körperhaltung infolge schlecht konstruierter Sitzvorrichtungen bei Schulkindern oder infolge einer einseitigen Einwirkung auf die Wirbelsäule bei Arbeitern bestimmter Berufsarten entstehen. Es kann sich auch unter dem Einflusse einer verminderten Resistenzfähigkeit der Knochen eine Formveränderung der Wirbelsäule ausbilden und wir sehen solche Skoliosen bei Rhachitis, Osteomyelitis, nach Erschöpfungszuständen und manchen Infektionskrankheiten usw.

Von der Gruppe der skoliotischen Erkrankungen sind scharf zu trennen jene Formveränderungen des Brustkorbes, welche man als *Retraissement de la poitrine* bezeichnet und welche zumeist als Folgeerscheinung nach der Resorption von lang andauernden pleuritischen Exsudaten stattfinden. Allerdings tritt diese Formveränderung mitunter auch bei anderen Erkrankungen der Brustorgane auf, so vorzugsweise bei Bronchitis foetida und Lungengangrän, nicht gar so selten auch bei ausgedehnten Bronchiektasien oder nach einer starken kroupösen Pneumonie. Bei einem jeden reichlicheren pleuritischen Exsudat tritt in der Regel eine mehr oder weniger deutlich erkennbare Schrumpfung der betreffenden Brusthälfte ein; zumeist erstreckt sie sich auf die unteren seitlichen Abschnitte des Brustkorbes, bei größeren Exsudaten sogar auf die oberen und vorderen. Es ist von vornherein klar, daß bei einem nachgiebigen Knochensystem, also bei einem kindlichen Brustkorbe die Schrumpfung viel stärker hervortreten wird. Indem die einzelnen Rippen zusammenrücken, werden die Zwischenrippenräume kleiner, die Schulter tritt an die Wirbelsäule heran, wobei die letztere sich auch zu krümmen beginnt, und zwar ist ihre Konvexität nach der kranken Seite gerichtet.

Wir erwähnen diese Art der Skoliose nur aus dem Grunde, um zu zeigen, wie naheliegend die Ähnlichkeit derselben mit einer reinen Skoliose erscheint. Dessenungeachtet kann man sich vor einem diagnostischen Irrtum leicht bewahren, wenn man die eigenartige Formveränderung der einen Brustkorbhälfte, die besondere Art der Wirbelsäulekrümmung, den augenblicklichen Zustand des Kranken und nicht in letzter Linie auch die Anamnese in Erwägung zieht.

(Fortsetzung folgt.)

Revue.

Aus den neuesten Publikationen auf dem Gebiete der Magenpathologie und Therapie.

(Schluß.)

Zur Diagnose des Magenkarzinoms hat SALOMON die Beobachtung verwendet, daß bei einer Hautverletzung rasch nach der Blutung eine seröse Transsudation stattfindet und Versuche gemacht, diese seröse Ausschüttung auch bei Magenkarzinom nachzuweisen und für dessen Diagnose zu verwerten. Die Kranken erhielten am Vortage eine möglichst eiweißfreie Kost, abends wurde der Magen gespült, am anderen Morgen der nüchterne Magen mit physiologischer Salzlösung gespült und an dieser eine ESBACHsche Eiweiß- und eine KJELDAHLsche N-Bestimmung vorgenommen. Dabei stellte sich heraus, daß beim Carcinoma ventriculi eine stärkere flockige Trübung mit dem ESBACHschen Reagens eintrat, als bei anderen Magenkrankheiten, bei denen höchstens eine leichte Opaleszenz beobachtet wurde. Dementsprechend ging auch der N-Wert in die Höhe, ja er stieg sogar verhältnismäßig höher, was S. mit der Überführung des transsudierten Serums in Pepton usw. zu erklären sucht. —

Die Mageninhaltsuntersuchung SAHLIS verspricht nach den Untersuchungen von ZWIG und CALVO nur dann sichere Resultate, wenn das Fett im Mageninhalt in vollkommen homogener Weise verteilt bleibt. Letzteres ist nicht der Fall bei der chronischen Gastritis und bei schwerer motorischer Insuffizienz des Magens. Auch in den Fällen von Subazidität und fraglicher Anazidität ist die Untersuchung mittelst der SAHLISchen Methode nicht empfehlenswert, da der Sekretionsreiz der eingeführten Mehlsuppe ein so geringer ist, daß in manchen Fällen, wo nach EWALD-BOASSchem Probefrühstück freie HCl konstatierbar ist, diese nach SAHLI fehlen kann. „Die Hauptdomäne der Methode stellt die nervöse Dyspepsie dar; speziell läßt sich die Unterscheidung von Atonie und alimentärer Hypersekretion in einer bisher nicht er-

reichten zahlenmäßigen Sicherheit ausdrücken.“ Für den Praktiker ist die Methode zu kompliziert und zeitraubend. —

Die Pathogenese des Magengeschwürs erörtert GODART-DANHIEUX. Es ist zweifellos, daß in den meisten Fällen von Ulcus ventriculi Hyperazidität vorhanden ist. Eine vermittelnde Rolle spielen sodann embolische, thrombotische, infektiöse, nervöse und vasomotorische Störungen und die autodigestive Einwirkung, welche das Ulcus erzeugt. Notwendig ist zudem eine Alteration der Schleimhaut durch verschiedene Umstände. In einem Falle des Autors war eine Hernie Ausgangspunkt der Hyperchlorhydrie, in einem zweiten handelte es sich um einen Schneider. Köche, Schneider und Schuhmacher stellen ein großes Kontingent für die Hyperchlorhydrie. Die Köche haben die Gewohnheit, die kochenden Speisen zu kosten und dadurch nicht nur ihre Mundschleimhaut, sondern auch die des Magens zu beschädigen, zu verätzen. Bei Schneidern schafft die gebeugte Haltung, bei Schustern der Druck im Epigastrium eine reflektorische Reizung des Pneumogastricus, des Hauptsekretionsnerven des Magens. Dadurch wird der Hyperchlorhydrie und der Entstehung des Ulcus ventriculi Vorschub geleistet. —

Bei einem Falle von Hämatemesis hat MILLS durch Anwendung von Adrenalin Erfolge erzielt. Er reichte 25 Tropfen einer 1 $\frac{0}{00}$ igen Lösung von Adrenalinchlorid und brachte damit sowohl das Erbrechen als vor allem die Blutung zum Stillstande. —

Das rekurrierende Erbrechen der Kinder führt EDSALL auf eine Säurevergiftung zurück. Tatsächlich hat er in einigen selbstbeobachteten Fällen Aceton, Oxybuttersäure und Acetessigsäure im Harn nachgewiesen. Therapeutisch hat er deshalb Natron bicarbonicum in großen Dosen, 1·0 und mehr alle 2 Stunden, gegeben, stets mit dem Erfolg, daß das Erbrechen bald aufhörte. Nur in einem Falle wurde das Natron nicht vertragen; das Kind fiel ab und das Erbrechen trat wieder ein; deshalb wurde die Dosis herabgesetzt, so daß sie hinreichte, um den Harn alkalisch zu erhalten, worauf der Erfolg nicht ausblieb. —

Die Hauptzeichen des Pylorospasmus bei Säuglingen sind nach VARIOT hartnäckiges, unstillbares Erbrechen einige Minuten nach Aufnahme der Milch, sei es aus der Mutterbrust oder aus der Flasche. Immer besteht erhebliche Obstipation und progressive Abmagerung; dazu kommen Magenperistaltik sowie die Nachweisbarkeit eines kleinen Tumors in der Magengegend. Die Ursache sieht VARIOT in einer mangelhaften Beschaffenheit der Muttermilch. Dafür spricht der Umstand, daß es oft genügt, die Milch der Mutter durch die einer Amme zu ersetzen, um das Leiden zu beheben. —

In der Behandlung der im Gefolge eines Magengeschwürs auftretenden Blutungen spielt nach MATHIEU und ROUX zunächst die interne Behandlung die Hauptrolle. Erst wenn diese Medikation zu versagen droht, kommen chirurgische Maßnahmen in Frage. Es kann sich, im ganzen genommen, um akute Hämorrhagien handeln, die der gewöhnlichen internen Behandlung nicht weichen wollen oder um chronische, hartnäckige, sich wiederholende und den Kranken sehr schwächende Blutungen. Akute Blutungen sind nach MATHIEU und ROUX selten Veranlassung zu operativem Eingreifen. Bei chronischen Hämorrhagien hingegen und bei akuten sich wiederholenden Blutungen ist die Gastroenterostomie angezeigt, wenn es sich um ein Ulkus in der Pylorusgegend handelt. J. SCHULZ glaubt, der Mortalitätsquotient bei Ulcus ventriculi fordere entschieden zur öfteren Einleitung der chirurgischen Therapie auf. Sein Material umfaßt 157 Fälle der Breslauer medizinischen Klinik. —

In einem Falle von ALVAREZ war ein seit Jahren bestehendes Magengeschwür auffallend rasch geheilt, als Verf. bei der Entfernung eines Lipoms die Wurzeln der achten Dorsalnerven hatte reseziieren müssen. ALVAREZ hat nun bei einer an Ulcus ventriculi leidenden Kranken die achten Dorsalwurzeln durchschnitten und das Geschwür heilte. Einen nach 6 Monaten eintretenden Rückfall erklärte er damit, daß er die Wurzeln bloß durchschnitten und nicht in ausgiebigem Maße reseziert hatte.

L.

Referate.

G. ROSENFELD (Stuttgart): Über einige Ursachen von Husten und Schnupfen.

Das Heufieber, eine katarrhalische Erkrankung der Respirations- und Augenschleimhaut, wird hervorgerufen durch Pollen verschiedener Pflanzenarten. Vor allem sind die Pollenkörner der Gramineen angeschuldigt worden. Es bestehen aber außer den Pollenkörnern auch noch andere irritierende Substanzen, die ähnliche Leiden erzeugen können. So gibt es nach R. Apotheker, die alle Erscheinungen des Heufiebers mit Asthmaanfällen bekommen, wenn sie ein DOWERSches Pulver mischen; hier ist die Ipekakuanhawurzel an dem Anfall schuld. — In Stuttgart kommt eine dem Heuschnupfen ähnliche, alle Symptome desselben zeigende Erkrankung vor, welche von den Leuten Platanenschnupfen, Platanenhusten benannt wird und zur Zeit der Blüte von *Platanus occidentalis*, *Pl. plantanoides* eine ziemliche Anzahl von Opfern fordert. In den königlichen Anlagen, dem Schloßgarten sind diese Platanen in großen Mengen als Einfassung der Alleen zu finden. Es ist im Volke längst bekannt, daß zur Zeit der Blüte dieses Baumes, welche im Frühjahr, im Mai etwa, beginnt und bis Ende Juni sich hinzieht, die Pollenkörner vielen Leuten gefährlich werden und ihnen Schnupfen und langdauernden Katarrh bringen. Im Winkel der Adern, auf der Rückseite der Blätter sitzt ein brauner Anflug, der abfällt und die Schleimhaut reizt. Er macht sowohl Konjunktivitis als akute Koryza, der Katarrh setzt sich durch den Larynx bis hinab in Trachea und Bronchien fort und kann Anfälle von Asthma verschiedener Intensität erzeugen. Bringt man den braunen Anflug der Rückseite der Blätter unter das Mikroskop, so sieht man lange verzweigte „Sternhaare“, die gewiehartig nach allen Richtungen hin von einem mittleren Schaft abgehen und in spitze Pfeile endigen. — Eine weitere Ursache von Husten und Katarrh der Bronchien hat Verf. in dem Staub aus Papegeiefedern gefunden. Den Fiederchen derselben sitzen kleine, krallenförmige Gebilde, scharfe gebogene Häkchen in größerer Zahl auf, welche an den benachbarten Fiederchen in kleine Kerben eingreifen, sich dadurch festhalten, wodurch die Fahne der Feder so festgefügt erscheint. Diese Häkchen und Splitterchen der Kerben, die beide aus scharfer, harter Hornsubstanz bestehen, werden bei dem Reinigen und Streicheln des Tieres losgerissen und gelangen in die Rachenschleimhaut, durch tiefe Atemzüge vielleicht bis zu der noch empfindlicheren Larynxschleimhaut, wo sie sich einhaken, einbohren und daselbst den Hustenreiz hervorrufen.

B.

L. FERRANINI (Palermo): Die Kryoskopie des Urins und Aszites bei Erkrankungen der Leber.

Bei der atrophischen, venösen Zirrhose liegt der Gefrierpunkt innerhalb der normalen Grenzen mit der Neigung nach den oberen Grenzwerten; es besteht eine Insuffizienz der Funktion der Glomeruli und vor allem der Nierenepithelien („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1903, Nr. 11).

Bei Leber und Milzvergrößerung durch Malaria erreicht der Gefrierpunkt oft die oberen Grenzwerte und überschreitet sie auch zuweilen: es besteht eine leichte Insuffizienz der Glomeruli.

In einem Falle mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose biliäre, hypertrophische Zirrhose ist der Gefrierpunkt immer groß gewesen und Verf. konnte eine Hyperaktivität der Funktion der Nierenepithelien feststellen. Bei der Lebersyphilis hat der Gefrierpunkt oft die Norm überschritten; es bestand Hyperaktivität der Glomeruli und Epithelien. In einem schweren Falle von Lebersyphilis mit Zyste des Pankreaskopfes und Stauungsikterus lag der Gefrierpunkt stark unter dem normalen Grenzwerte; augenscheinlich war sowohl die Funktion der Glomeruli als auch die der Epithelien stark in Mitleidenschaft gezogen. In einem Falle von Stauungsikterus bei einem Syphilitiker hat sich der Gefrierpunkt fast immer in normalen Grenzen bewegt; es bestand eine Insuffizienz der Nierenepithelien und eine Unbeständigkeit in der Funktion der Glomeruli. In einem Falle von einfachem Stauungsikterus lag der Gefrierpunkt immer innerhalb der normalen Grenzwerte; die Funktion

der Epithelien war unbeständig, während die der Glomeruli schwer von statten ging. In einem Falle von Leberkarzinom war der Gefrierpunkt normal und es bestand eine leichte Insuffizienz der Glomeruli und der Epithelien. In einem Falle von Lebersarkom lag der Gefrierpunkt innerhalb der normalen Grenzwerte, es bestand Insuffizienz der Epithelien und geringe Insuffizienz der Glomeruli. In einem Falle von vereiterter Echinokokkuszyste hat sich der Gefrierpunkt stets nahe an den unteren Grenzwerten bewegt; es bestand Insuffizienz sowohl der Glomeruli- wie der Epithelienfunktion. In einem Falle mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „vereiterte Leberechinokokkuszyste mit chronischer Malaria“ hat sich der Gefrierpunkt immer sehr nahe den oberen Grenzwerten gehalten, während die Nierenfunktion etwas Unbeständiges zeigte. Der kryoskopische Index der Aszitesflüssigkeit bei der atrophischen, venösen Zirrhose hat zwischen -0.55° und -0.75° geschwankt. L.

BAERMANN (Breslau): Über die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln.

Jede Epididymitis, die im Verlaufe einer gonorrhoeischen Urethritis auftritt, ist durch eine lokale Invasion von Gonokokken bedingt; die Gonokokken lassen sich stets aus der Punktionsflüssigkeit züchten („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 40).

In der überwiegenden Mehrzahl der Epididymitiden tritt sehr rasch eine bisher klinisch nicht diagnostizierte Abszeßbildung ein. Diese Eiterungen stellen entweder Stauungs-, also Pseudoabszesse mit eventuellem sekundären Zerfall der Wandung des Vas epididymitis dar, oder sie sind eventuell zum Teil als reine Abszesse aufzufassen, die im Umhüllungsbindegewebe, wohin die Gonokokken durch den Lymphstrom verschleppt werden, entstehen. Bei den zur Vereiterung kommenden Fällen tritt stets gleichzeitig eine mehr oder minder hochgradige Hydrokele auf, die ebenfalls durch lokale Einwanderung der Gonokokken in die Blätter der Tunica vaginalis bedingt ist.

Auch bei jahrelang bestehenden epididymitischen Resten lassen sich unter Umständen Gonokokken bakteriologisch nachweisen. Diejenigen Epididymitiden, welche im Anschlusse an eine primäre nicht gonorrhoeische Urethritis auftreten, sind gleichfalls durch eine lokale Invasion des betreffenden, die Urethritis verursachenden Mikroorganismus bedingt.

Die frühzeitige Punktion der mit heftigen Entzündungserscheinungen einhergehenden Epididymitiden ist therapeutisch zu empfehlen, da durch dieselbe eventuell Pseudoabszesse oder im Bindegewebe sitzende Abszesse zur Entleerung kommen und so das Vas epididymitis selbst vor einer eventuellen Mitbeteiligung an dem Einschmelzungsprozesse geschützt wird. Die Punktion der entzündlichen Hydrokele ist gleichfalls zu empfehlen, da durch ihre Entleerung bessere Zirkulationsverhältnisse und damit günstigere Resorptionsbedingungen geschaffen werden. G.

ROBERT ASCH (Breslau): Zur Radikaloperation bei puerperaler Sepsis.

Um die schwierige Indikationsstellung für die Radikaloperation, unter welcher nicht bloß die Entfernung des Uterus, sondern auch eventueller perimetritischer Exsudate, Abszesse und Schwarten zu verstehen ist, näher zu präzisieren, geht A. („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, September 1903) von zwei Gesichtspunkten aus. Der erste betrifft die Art der Infektionserreger. Handelt es sich um das alleinige Vorhandensein und das Überwiegen von Saprophyten, so wird es nur in seltenen Fällen notwendig sein, die Entfernung des Brutherdes anzustreben und dieselbe auch selten zu spät kommen. Bei der Invasion von Streptokokken aber, wo die Krankheitserreger rasch in die Blutbahn gelangen, wird es für die Indikationsstellung insbesondere darauf ankommen, in welchem Stadium der Infektion wir den befallenen Körper antreffen, wobei der zweite Gesichtspunkt: der Weg des Vordringens der Infektion maßgebend ist. Das Fortschreiten des Virus läßt sich verfolgen: 1. als septische Endometritis, Metritis, Perimetritis, Pelveoperitonitis (Fortschreiten

durch Kontinuität); 2. als Lymphangoitis (Fortschreiten auf dem Wege der Lymphbahnen); 3. als Thrombophlebitis (Fortschreiten in der Blutbahn). Selbstverständlich bestehen Übergänge zwischen den einzelnen Formen, während der Begriff der Sepsis ohne lokalen Befund sich wohl nur auf einen durch die Natur und den Verlauf der Erkrankung erklärlichen Mangel der Diagnostik aufbaut.

Bei der erstangeführten Form wird man dann eingreifen, wenn man sieht, daß die Invasionen der Keime, Wall auf Wall durchbrechend, eine vom Organismus allein nicht mehr zu bewältigende Gefahr darstellen. Meist wird der abdominale Weg vorzuziehen sein, da man hier durch langsames, vorsichtiges Vorgehen einerseits einen ausreichenden Schutz der noch nicht infizierten Abdominalorgane durch dicke Servietten erzielen, andererseits nur von hier aus alle Abszesse ausgiebig eröffnen kann. Im Falle des Fortschreitens der Infektion auf dem Wege der großen Lymphbahnen wird der radikalen Entfernung zumeist der Versuch voranzugehen, durch Eröffnung der parametritischen Abszesse einen Stillstand zu erzielen. Gelingt dies nicht, dann wird ähnlich dem Vorgehen bei den sog. Beckeneiterungen die Radikalentfernung auf vaginalem Wege eintreten müssen. In den Fällen von Thrombophlebitis aber empfiehlt A. zum Zwecke einer gründlichen Absonderung jenseits der thrombotischen Venen ähnlich der Radikaloperation beim Karzinom die Laparotomie, wobei man natürlich das Peritoneum von der Berührung mit Uterusinhalt sorgfältigst zu schützen suche.

Der Autor hat unter 10 Operierten 3 verloren. FISCHER.

G. L. MAMLOCK (Berlin): Zur Behandlung der Anämien.

Die von ROSIN inaugurierte, später neben anderen besonders von SENATOR warm empfohlene Behandlung der Chlorose mit Schwitzprozeduren findet ihre physiologische Begründung in der Annahme, daß es sich bei der Chlorose um eine vasomotorische Neurose handelt, die zu Störungen des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben führt und die Entwicklung der roten Blutkörperchen im Knochenmark durch Flüssigkeitsaufnahme und Quellung beeinträchtigt. Am raschesten, bequemsten und zweckmäßigsten kann die Erzielung einer Eindickung des Blutes Chlorotischer durch Schwitzprozeduren erreicht werden, besser als durch die sogenannte Duretkur, die für die Patienten außerordentlich qualvoll ist und daher nur schwer durchgeführt werden kann, oder durch die Verabreichung von Diuretika und Laxantien, welche die einzelnen Organe übermäßig in Anspruch nehmen, wenn ausgiebige Allgemeinwirkungen erzielt werden sollen. Zu Schwitzprozeduren eignen sich am besten elektrische oder Heißluftschwitzkästen. MAMLOCK tritt („Ztschr. f. diätet. u. physik. Therapie“, 1903, H. 5) auf Grund der an einer Reihe von chlorotischen Patientinnen auf der Abteilung des Professors JACOB erzielten günstigen Erfolge warm für diese Art der Behandlung von Chlorosen ein, die in einzelnen Fällen, wo die medikamentöse Therapie versagt hatte, doch noch günstig einwirkte. Dabei tritt dieser Erfolg rasch ein und äußert sich schon nach kurzer Zeit in einer beträchtlichen Zunahme des Hämoglobingehaltes. Die einzige Kontraindikation ist, abgesehen von anderen schweren Organerkrankungen, hochgradige allgemeine Schwäche.

Bei anderen Formen, primären und sekundären Anämien, empfiehlt der Verf., den Versuch zu machen, die Blutzusammensetzung durch Transfusion zu beeinflussen. Er verwendet hierzu defibriertes Blut, das einem geeigneten Patienten durch Aderlaß entnommen wird, mit der doppelten Menge physiologischer Kochsalzlösung vermischt und dann direkt in die Armvenen in einer Menge von 50 bis 60 cm³ injiziert wird. Bei einer Patientin mit einer sehr schweren, klinisch nicht näher charakterisierbaren Anämie, deren ausführliche Krankengeschichte mitgeteilt wird, wurde durch drei im Laufe von 5 Wochen vorgenommene Transfusionen ein deutlicher Erfolg erzielt, indem sich nach denselben eine bedeutende Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen und eine Erhöhung des Hämoglobingehaltes um 30% einstellte. Irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht auf. In sehr schweren Fällen, bei denen nichts zu verderben und möglicherweise noch etwas zu gewinnen ist, kann die Transfusion als ultimum refugium versucht

werden. Die Idee MAMLOCKS, die Transfusion mit der Sauerstofftherapie zu kombinieren, durch die Verwendung defibrierten, mit Sauerstoff gesättigten Blutes, befindet sich noch im Stadium des Versuches. GRÜNBAUM.

G. SEEGALL (Berlin): Hydrargyrum hermophenylicum.

Als neuestes Quecksilberpräparat, das alle Vorteile der schwer löslichen Quecksilberverbindungen bietet, von ihren Nachteilen aber frei ist, wird von französischer Seite die Lösung von Quecksilberoxyd in Natrium carbolicum bisulfurosum, Hermophenyl benannt, gerühmt. Die Nachprüfung des neuen Mittels durch den Autor („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 42) fiel nicht zu seinen Gunsten aus. Während von Frankreich aus 1/2%ige Lösungen in Dosen von 4 cm³ jeden 2. Tag empfohlen wurden, fand S., daß der Effekt dieser Medikation ein außerordentlich minimaler sei; überdies verursacht die in Frankreich für dieses Präparat übliche Form der subkutanen Injektion an den oberen Extremitäten auch ziemliche Schmerzen. Aus diesen Gründen zog der Autor stärkere Lösungen (1—2%ig) heran, injizierte täglich hievon die Menge von 1—2 cm³, aber nicht subkutan, sondern intramuskulär. Wollte man nach den auftretenden Intoxikationserscheinungen Schlüsse ziehen, so müßten sie dahin lauten, daß wir es hier mit einem recht energischen Mittel zu tun haben, denn von 35 behandelten Kranken wiesen nicht weniger als 9 Intoxikationserscheinungen auf, 1 Fall von Gingivitis, 2 Fälle von merkurielem Exanthem, 6 Fälle von Diarrhöe, Kopfschmerz und Temperatursteigerung. Tatsächlich ist auch die Wirkung in vielen Fällen eine außerordentlich prompte und günstige, dagegen ist es in anderen geradezu wirkungslos und diese Ungleichmäßigkeit und Unverläßlichkeit bilden in den Augen des Autors das hervorstechendste Charakteristikum des neuen Präparates, welchem er diesen Erfahrungen entsprechend ein vorübergehendes Dasein vorhersagt. DEUTSCH.

GROBER (Jena): Die Entstehung des Milztumors (Hyperplasie oder Hyperämie?).

G.s Untersuchungen haben ergeben, daß die bei der akuten Sepsis der Mäuse und bei der akuten Miliartuberkulose der Meer-schweinchen erheblich vergrößerte Milz einen größeren Wassergehalt besitzt als die des normalen Tieres. Derselbe wird zunächst auf einen erhöhten Blutgehalt bezogen werden müssen. Indessen muß dazu bemerkt werden, daß alle entzündeten Gewebe auch sukculenter werden und mehr Serum enthalten. Diese Ansammlung seröser Flüssigkeit im entzündeten Gewebe kann aber nur aus einer vergrößerten Blutmenge heraus erfolgen. Für die Erhöhung des Blutgehaltes spricht auch die unmittelbare Anschauung: Durchschnittene Infektionsmilzen, die selbstverständlich nicht zu den hier beschriebenen Versuchen verwendet wurden, entleerten sehr reichliche Mengen von Blut. Daß sich das Milzgewebe spezifisch entzündet (Splentis), wissen wir aus anderen Untersuchungen. Verf. hat („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 76, H. 4 u. 5) sich von den histologischen Veränderungen in der Infektionsmilz selbst sorgfältig überzeugt; er glaubt aber, daß dieselben für die Größenzunahme des Organs bei den Infektionskrankheiten von keiner Bedeutung sind; er bezieht vielmehr nach seinen Untersuchungen das für die klinische Diagnose so sehr wichtige Phänomen des Milztumors im wesentlichen auf eine Hyperämie des Organs (mit konsekutiver Wasseransammlung in dem entzündeten Gewebe), dessen Ursache sowohl wie ihre teleologische Bedeutung uns freilich, trotz der vielen Infektionsversuche nach Milzexstirpationen, noch nicht bekannt sind. BR.

O. LASSAR (Berlin): Über bovine Impftuberkulose.

Es läßt sich nicht bestreiten, daß eine ganze Anzahl von Männern, die berufsmäßig mit krankem Rindvieh zu tun haben, eine Neigung zur Haftung von Impftuberkeln aufweisen („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 31). Allerdings sollen die Einwände nicht von der Hand gewiesen werden, daß es sich hier möglicherweise

um Zufälligkeiten gehandelt habe. Personen, die viel mit Messern und Instrumenten hantieren, können häufiger als andere kleine Hautwunden davontragen und dieselben mit beliebigem Tuberkelmaterial gelegentlich infizieren. Diese Deutung hat indes nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich. Vielmehr erscheint es angebracht, die vorgeführten Tatsachen in positivem Sinne zu verwerten. Jedenfalls sind dieselben geeignet, uns in der Annahme zu stützen, daß perlüchtiges Fleisch für die menschliche Haut eine pathologische Haftbarkeit involviert. Weitergehende Schlüsse lassen sich hieraus zunächst nicht entnehmen. B.

HERMANN SUCHANNEK (Zürich): Über Forman und seine Anwendung.

Vortr. faßt seine Erfahrungen mit Forman (Chlormethylenmethyläther) zusammen („Fortschr. d. Med.“, 1903, Nr. 3).

Ein Vorzug dieses ölartigen, an der Luft schwach rauchenden Produkts gegenüber dem bereits von A. BROCHET früher hergestellten Dimetholformal (entstanden durch Einwirkung von Formaldehyd auf Menthol bei Gegenwart von Schwefelsäure oder Salzsäure) ist der, daß sich das WEDEKINDSche Präparat vermöge seiner Empfindlichkeit gegen Wasser leicht wieder in seine drei Komponenten Formaldehyd, Menthol und Salzsäure rückwärts zerlegt. Auf dieser leichten Zerlegbarkeit, die um so schneller erfolgt, je wärmer man das Wasser nimmt, mit dem man das Forman (kurzer Phantasie-name für die chemische Bezeichnung) zusammenbringt, beruht auch seine therapeutische Wirksamkeit und Verwendungsfähigkeit.

Behufs Ausführung der Inhalationen wird ein gläsernes Kochfläschchen („Nasenglas“) von LINGNER beigegeben. Bei den neuesten Fläschchen ist nur eine Öffnung da, die zugleich zum Einbringen des Formans und zum Einsetzen der mittelst eines Korkringes fixierbaren Nasengabel dient. Das Luftloch befindet sich zwischen der Basis der Nasenröhrchen. Damit man sich bei der Expiration nicht die warme Luft gegen die Nase blase, ist ein kleiner Blechschirm als — nicht schließender — Schutz darüber angebracht. Seine Indikation findet das Forman bei allen frischen Katarrhen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

S. hält das Forman (Pastillenform und Watte) sowohl für ein gutes Prophylaktikum bei Influenza als auch für ein geeignetes Kupiermittel bei verzärtelten Tuberkulösen, die in der Rekoneszenz befindlich oder mindestens fieberfrei geworden, jedem neuen Schnupfen, jeder neuen Erkältung mit Schrecken entgegensehen. Aber auch bei nervösem Schnupfen und Heuschnupfen sollte man das Forman nicht unversucht lassen. G.

L. KOFMANN (Odessa): Zur Kasuistik des Torticollis spasticus.

Der Torticollis spasticus gehört zu den relativ seltenen Erkrankungen. In dem Falle, über welchen KOFMANN berichtet („Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie“), handelte es sich um eine 16jährige Patientin, welche in frühester Kindheit an Zuckungen in der rechten Halsseite erkrankte. Später pflanzten sich dieselben auch auf den Nacken und die rechte Schulter fort. Die Zuckungen waren zuerst schwach und vereinzelt, später häufiger und stärker. In den letzten Jahren hielten sie den ganzen Tag an und verbreiteten sich auch auf das Gesicht und den Mund. Die Zuckungen fangen klonisch an mit ziemlich großen Schwingungen, die immer häufiger werden und endlich einen tonischen Charakter annehmen. Auf der Höhe der Anfälle wird das Gesicht rot, die Augen blutgefüllt, der Mund mit Schaum bedeckt. Die Zuckungen halten den ganzen Tag an, im Schlafe schwinden sie; sie sind leicht bei ruhigem Gemütszustande und werden stärker, wenn Patientin sich aufregt oder sich beobachtet fühlt. Bei der Untersuchung zeigt sich der rechte Musc. sternocleidomastoideus bretthart vorspringend, ebenso das Platysma myoideum. Da alle Versuche, den Zustand durch Massage, Elektrizität, interne Mittel zu bessern, vergeblich waren und auch die Fixation des

Kopfes in einer Gipskravatte keinen besseren Erfolg erzielte, so entschloß sich KOFMANN, operativ vorzugehen.

Die Operation wurde in der Weise vorgenommen, daß am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus eingegangen wurde, der Nervus accessorius hervorgeholt und ein 1½ cm großes Stück aus demselben exzidiert, die Wunde sodann mit Knopfnähten geschlossen und ein Fixationsverband angelegt wurde. Nach der Operation sistierten sofort die Zuckungen. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall in 6 Tagen. Von der zweiten Woche an Massage der rechten Halsseite. Die Zuckungen traten nicht mehr auf und Patientin blieb geheilt und vollständig berufsfähig. Eine Lähmung des Sternocleidomastoideus trat nicht auf. KOFMANN empfiehlt daher, bei der operativen Behandlung des Torticollis spasticus zunächst mit der Akzessoriusresektion anzufangen und erst, wenn diese nicht zum Ziele führen sollte, die Resektion anderer Halsnerven und in letzter Reihe die Myotomie vorzunehmen. GRÜNBAUM.

LAD. KÉTYL (Budapest): Die mit dem Theocin als Diuretikum gemachten klinischen Erfahrungen.

K. faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen („Pest. med.-chir. Presse“, 1903, Nr. 41):

Das Theocin besteht, was den Grad seiner Wirksamkeit anbelangt, höher als alle bisher bekannten Diuretika. Höchstens das Kalomel könnte sich mit ihm messen. Es wird gut vertragen, besonders in Pulverform und mit Natrium hydrocarb. zu gleichen Teilen verabreicht. Am besten ist es, das Mittel eine Stunde nach dem Essen zu geben. Am sichersten wirkt es bei allgemeinem Stauungsödem (Vitium), viel weniger bei Nephritis. Wollen wir sichere Wirkung erzielen, so reichen wir täglich 2mal 0.40 g des Mittels, selten 3mal 0.40 g. Größere Dosen zu verabreichen, ist zwecklos, da in solchen Fällen auch diese im Stich lassen.

Die Wirkung beginnt nach 24—48 Stunden und hält 8 bis 14 Tage lang nach Auflassung des Mittels noch an. Nach 3 bis 4 Wochen tritt Angewöhnung ein. Bei täglicher Darreichung von 0.80—1.20 g Theocin steigt die Harnmenge um 1000 bis 2000 cm³. Das Theocin wirkt ausschließlich auf dem Wege der Nieren, es ist daher leicht erklärlich, warum es bei kranken Nieren wirkungslos bleibt. Bei Stauungsödemen, wo schon sehr schwache Herztätigkeit vorhanden ist, wirkt das Theocin nur, wenn es mit einem Kardiakum zusammen gegeben wird. G.

L. HUISMAN (Köln): Über Akromegalie.

Die Hypophysis spielt im Körper eine außerordentlich wichtige Rolle. Sie neutralisiert durch die Produkte ihrer inneren Sekretion im Blute die Sekrete anderer Blutdrüsen. Sie wirkt so regulierend auf das Gefäßsystem und hemmend auf ein abnormes Knochenwachstum.

Die Akromegalie entsteht durch den Ausfall der Hypophysisfunktion. Dieser Ausfall ist die Folge einer primären oder sekundären Erkrankung der Hypophysis. Primär wird derselbe bedingt durch maligne Tumoren und Hypoplasie der Hypophysis. Der Ausfall kann aber auch primär bei anatomisch normalem Befunde und bei Hyperplasie der Hypophysis auftreten. Wir sind nicht in der Lage, vom anatomischen Befunde auf die Funktion der Hypophysis zu schließen. Andererseits kann aber auch eine primäre chronische Infektion des Blutes in erster Linie zu einer sekundären Beeinträchtigung der Hypophysisfunktion führen und so das Bild der Akromegalie hervorrufen („Therapie d. Gegenwart“, 1903, Nr. 8). Therapeutisch ist zu bemerken, daß eine Einwirkung von Tierhypophysin auf das Bild der Akromegalie entschieden vorhanden ist, so lange und insoweit es sich um reine Hypophysis-Ausfallssymptome handelt. Ausgeschlossen erscheint eine solche, falls sich im weiteren Verlaufe der Krankheit dauernde Veränderungen (Degeneration) an den Gefäßen und damit an anderen Blutdrüsen und Organen etablierten. B.

Kleine Mittheilungen.

— Über einige Verfahren zur **Ausfüllung von Knochenlücken** referieren FANTINO und VALAN („Deutsch. Arch. f. klin. Chir.“, 1903, Bd. 70, H. 3). Aus 30 Krankenbeobachtungen ziehen die Verf. folgende Schlüsse: Auf Einpflanzung anorganischer Knochen-substanzen inmitten osteogener Gewebe folgt Knochenneubildung, die unter Verwertung der Kalksalze zur Ausfüllung gleichviel welcher Skelettlücken führt. Das Gebiet, auf dem solche Einpflanzung vorgenommen wird, muß osteogenisch sein. Es ist nicht nötig, daß alle Teile, die den Einpflanzungsherd umgeben, gänzlich aus osteogenischen Geweben bestehen. Es genügt, wenn auch nur die Hälfte der Ausdehnung der Wände osteogenisch ist, um einer vollständigen Ersetzung der eingepflanzten Masse durch neugebildeten Knochen sicher zu sein. Das meist zu empfehlende Einpflanzungsmaterial ist der kalzinierte Knochen, weil sich in ihm die Ersetzungsprozesse schnell vollziehen. Aber er genügt nur da, wo man absolut der Asepsis des Einpflanzungsherdes und der darüberliegenden Weichteile sicher ist, und wo die Möglichkeit besteht, unmittelbar zur Schließung der Wunden mit einer angemessenen Schichtennaht zu schreiten. Im anderen Falle ist es angezeigt, die mit Knochenasche und einer Mischung von Thymol und Jodoform präparierte Plombe oder eine mauerartige Kombination der bezeichneten Masse mit Blöckchen aus kalziniertem, epiphysärem Knochen zu benutzen. Die Deckennaht ist bei vollständig gesunden Weichteilen zu empfehlen; wo dies nicht der Fall, ist eine Heilung per secundam ratsam. Auf jeden Fall muß die Behandlung vollkommen trocken sein, indem man jeglichen Kontakt von Flüssigkeiten, sei es mit der äußeren Wunde, sei es mit dem Einpflanzungsmaterial, vermeidet. Der Ersetzungsproceß der eingepflanzten Masse durch neugebildeten Knochen vollzieht sich in einer zwischen 3—8 Monaten schwankenden Zeit, je nach dem Umfang des Einpflanzungsknochenherdes.

— Mit dem von v. NOORDEN eingeführten **Anästhesin** hat POLLATSCHKEK in lokaler äußerer sowie innerer Applikation des Präparates Versuche angestellt („Ther. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 9); er gebraucht es jetzt ständig zur Anästhesierung des Rachens und Kehlkopfes, und zwar mit sehr gutem Erfolge, ausgenommen selbstverständlich beim operativen Eingriffe, wo es das Kokain nicht entbehrlich machen kann. Es gelang aber, eine Emulsion zusammenzustellen, welche zur Kehlkopfinspritzung wie zur Inhalation geeignet ist, und zwar:

Rp. Mentholi	1·50
Pulv. gummi arab.,	
Ol. amygd. dulc.,	
Aqua dest.	aa. 10·0
M. f. emulsio, adde	
Anaesthesini	3·0—4·0—5·0
Spirit. Vini conc.	40·0
Aqua dest.	65·0

Die Wirkung ist zufriedenstellend, oft frappierend. Von dieser Lösung 1 cm^3 , was 3—4 cg Anästhesin entspricht, in den hartnäckigsten Fällen von Dysphagie angewendet, bringt Anästhesie in 5—8 Minuten hervor; die Wirkung hält von 3 Stunden bis zu 24—30 Stunden an. Verdünnen wir die Lösung mit Wasser, so wird sie zur Inhalation sehr geeignet und bringt eine deutliche anästhesierende Wirkung hervor. Das unangenehme Kratzen und Juckgefühl wurde sehr oft durch diese Einspritzungen behoben.

— Zur Kasuistik der **Vergiftungen durch Kupfersalze** berichtet ST. v. HOROSKIEWICZ („Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.“, 1903, Nr. 1). Verf. beschreibt drei beobachtete Fälle: Im ersten Falle handelte es sich um einen 52jährigen Mann, der in selbstmörderischer Absicht essigsäures Kupfer nahm. Bei der Sektion fand man Zunge und Pharynx unverändert, die Schleimhaut des Schlundkopfes grünlichblau, die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut leicht in größeren Stücken ablösbar. Der Magen enthält zirka 200 g einer grünlich blauen Flüssigkeit von saurer Reaktion ohne spezifischen Geruch. Die ganze Schleimhaut des Magens verdickt, hart, trocken, wie gegerbt, bläulich verfärbt. An vorspringenden Falten Ekchymosen und kleine blutige Erosionen, dazwischen Hyperämie. Dünn- und Dickdarm enthalten ebenfalls grünlich-blaue Flüssigkeit, Schleimhaut ähnlich wie die des Magens. Der zweite Fall betraf eine

50jährige Selbstmörderin, die eine konzentrierte Lösung von schwefelsaurem Kupferoxyd eingenommen hatte. Der Magen enthielt 500 g einer grünlichen, sauer reagierenden Flüssigkeit, in welcher ein eingetauchtes Messer sich nach einer Weile mit einer dünnen metallischen Kupferschicht überzog. Die Schleimhaut des Magens war grünlich gefärbt, verdickt, trocken, an den Falten kleine Blutungen. Ähnlich war der Befund im Dünn- und Dickdarm. Im dritten Falle, der eine 22jährige Frau betraf, die sich ebenfalls mit schwefelsaurem Kupferoxyd vergiftet hatte, fand sich keine Veränderung der Magen- und Darmschleimhaut.

— Auf dem Neurologenkongreß in Brüssel berichtete BASTIN („Journ. méd. de Bruxelles“, 1903, Nr. 35) über mehrere Patienten in seiner Praxis mit mehr oder weniger ausgebildetem Kropf, die, ohne den BASEDOWSchen Typus zu zeigen, an häufig wiederkehrender Epilepsie litten. Mit Bromkali war dagegen nichts auszurichten, wohl aber brachte **Jodothyron** 0·5—1·0 g pro die ersichtliche Besserung und hatte bei einigen sogar das gänzliche Ausbleiben der Anfälle zur Folge. Vortr. glaubt, der erkrankten Schilddrüse einen Einfluß auf den epileptischen Zustand zuschreiben zu müssen und spricht direkt von einer „Epilepsie thyroïdienne“.

— Die **diätetische Brombehandlung der Epilepsie** hat MEYER („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 46) bei 4 Epileptikern in der Weise versucht, daß er denselben in ihrer Diät kein Fleisch gab, aber ziemlich reichlich Milch, ferner Bromopan (Brot, in das auf je 150 g 1 g Bromnatrium verbacken ist), Eier und Obst. Die Anfälle wurden in allen Fällen an Zahl und Heftigkeit geringer, wie der Vergleich mit den Vorperioden aufwies. Die Kur wurde gut ertragen, doch trat in allen Fällen allgemeine Bromakne auf, so daß eine erhöhte Intoxikationsgefahr angenommen werden muß. Die Kranken machten während der Kur hinsichtlich des Gesamtzustandes entschieden einen besseren Eindruck, doch wurde ein besonders hervorragender Einfluß auf die Psyche nicht wahrgenommen. Die Durchführung der Kur findet in den meisten Fällen von Seiten der Patienten einen entschiedenen Widerstand. Im ganzen tritt M. für die Anwendung der salzlosen Brombehandlung ein, wenn auch nach Aussetzen der Kur die Anfälle bald wieder aufzutreten pflegen.

— Das **Typhusdiagnostikum Ficker** dient zur Anstellung der GRUBER-WIDALSchen Reaktion. Man geht in folgender Weise vor: Nachdem Schröpfkopf, Gummistopfen und Lanzette durch Auskochen sterilisiert sind, wird die Lendengegend des sitzenden oder in halber Seitenlage befindlichen Patienten mit Wasser und Seife, Alkohol und Äther gereinigt. Darauf werden mit der Lanzette 3—4 ziemlich dicht aneinander liegende Stiche gemacht und der Schröpfkopf lege artis aufgesetzt. Nachdem etwa 1 cm^3 Blut ausgeflossen ist, wird der Schröpfkopf abgenommen, mit dem Gummistopfen verschlossen, und mit nach Hause gebracht, zum Abscheiden des Serums ins Kühle gestellt. Pipette sowie Spitzgläschen sind durch Spülen mit Alkohol und Äther zu reinigen, die Stopfen der Gläschen sind auszukochen. Mit der Pipette werden $0·1\text{ cm}^3$ Serum, das keine Blutkörperbeimengung enthalten darf, in ein Spitzgläschen gebracht und hierzu $0·9\text{ cm}^3$ der sterilen Kochsalzlösung mittelst der mit Wasser, Alkohol, Äther gereinigten Pipette gegeben. Nun wird der ausgekochte Stopfen aufgesetzt und gut gemischt. Von dieser Serumverdünnung kommt in ein 2. Spitzgläschen $0·1\text{ cm}^3$, in ein drittes $0·2\text{ cm}^3$. Darauf wird die Pipette wieder wie oben gereinigt und in das 2. Spitzglas $0·9\text{ cm}^3$, in das dritte $0·8\text{ cm}^3$ des vorher sorgfältig geschüttelten Diagnostikums gebracht. In dem 2. Glas hat man also die Serumverdünnung 1 : 100, in dem dritten 1 : 50. In ein 4. Gläschen bringt man 1 cm^3 Diagnostikum allein. Sämtliche Gläschen werden mit einem ausgekochten Stopfen versehen, gut umgeschüttelt und in dem Gestell bei Zimmertemperatur vor Licht geschützt stehen gelassen. In den meisten Fällen ist die Reaktion nach 10 oder 12 Stunden deutlich. Länger als 20 Stunden darf mit der Feststellung des Resultates nicht gewartet werden. Die Reaktion ist positiv, wenn die im Diagnostikum enthaltenen Bakterien zusammengeballt zu Boden sinken und der Inhalt des Gläschens sich klärt.

— Die **Behandlung des Erysipels mit Bierhefe** bespricht CZISTOWICZ („Bull. d. mil.-med. Akad.“, 1903). Es wurde frische

Hefe 3mal täglich zu je einem Eßlöffel Erwachsenen und zu je einem Dessertlöffel Kindern (mit Bier gemischt) verabreicht. Jede andere Behandlung des erysipelatösen Prozesses wurde während der Hefekur ausgesetzt. Die Kranken bekamen gewöhnlich lauwarme Bäder von 28° R., und auf die vom Erysipel affizierte Hautpartie wurde Olivenöl appliziert. Im Laufe der ersten 1 bis 3 Tage nach Beginn der Hefebehandlung pflegte die erysipelatöse Röte sich in der Regel noch zu verbreiten; sodann stellte sich als erstes günstiges Symptom Temperaturabfall ein, bald in mehr rascher, kritischer Weise, bald in Form einer Lysis, das Erysipel ergriff keine neuen Gebiete mehr, die befallenen Hautstellen wurden blaß, die entzündliche Schwellung verschwand und es begann die Abschuppung. Das Sinken der Temperatur machte sich bisweilen weit eher geltend, als der Stillstand in der Weiterverbreitung der erysipelatösen Röte. Der Krankheitsprozeß verlief verhältnismäßig sehr günstig; ein Todesfall wurde nicht beobachtet, auch keine unangenehmen Nebenerscheinungen.

— Über **Gujasanol** berichtet SCHAEFER („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 31). Dasselbe ist das einzige leicht lösliche Guajakolpräparat, das im Körper Guajakol abspaltet, es ist gänzlich ungiftig, nicht ätzend, leicht resorbierbar und wirkt anästhesierend, antiseptisch und desodorisierend. Neben vielen negativen Resultaten besonders in schwereren Fällen wurden im Laufe der Jahre noch immer wieder einige ganz glänzende Resultate mit dem Gujasanol erzielt; so heilten einige floride Kehlkopfphthisen ohne jede örtliche Behandlung in kurzer Zeit unter dem Einfluß des Präparates. Schwere tuberkulöse Knochenkrankungen, die seit langem jeder Therapie trotzen, heilten unter Gujasanolbehandlung zusehends. Jedenfalls besitzen wir im Gujasanol ein Kreosotpräparat, das mindestens den übrigen Kreosot-Guajakolpräparaten ebenbürtig zur Seite steht und sie infolge seiner Löslichkeit und seiner Ungiftigkeit (ein Patient nahm aus Irrtum lange Zeit täglich 36 g ohne jede Störung) sogar zu übertreffen scheint.

— Die **Catgutsterilisation** nach CLAUDIUS bespricht MARTINI („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, 1903, Sept.). Jodcatgut wird durch Einlegen des Catgut in eine Jodjodkalilösung hergestellt. Diese Lösung ist imstande, in 1—2 Stunden auch die widerstandsfähigsten, für den Menschen pathogenen Keime sicher abzutöten. Eine gewisse antiseptische Kraft des Jodcatgut läßt sich nachweisen, dieselbe läßt aber nach kurzer Zeit erheblich nach. Dem Organismus oder den Geweben nachteilige Wirkungen des Jods lassen sich nicht beobachten. Das Catgut ist vor dem Gebrauch nicht mehr in eine indifferente Flüssigkeit (Karbollösung) zu legen, da dabei zweifellos ein erheblicher Verlust an Jod eintritt. Eine Erhöhung der Zugfestigkeit tritt durch das Jod zweifellos ein; diese Erhöhung ist aber nur von kurzer Dauer. Nach 5—6 Tagen

erweisen sich die Fäden meist schon so gelockert, daß eine Verwendung des Jodcatgut zu Haut-, Muskel-, Fasziennähten ausgeschlossen erscheint. Auch zur Radikaloperation von Brüchen ist es darum nicht empfehlenswert.

Literarische Anzeigen.

Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie. Handwörterbuch für Apotheker, Ärzte und Medizinalbeamte. Begründet von Dr. EWALD GEISSLER und Dr. JOSEF MOELLER. Herausgegeben von Professor Dr. Josef Moeller und Professor Dr. Hermann Thoms. Erster Band. Berlin und Wien 1903, Urban & Schwarzenberg.

Das vorliegende Werk wendet sich nicht bloß an den Apotheker und an den behandelnden Arzt, es ist für jeden wissenschaftlich arbeitenden Arzt und für jeden Praktiker, der sein Rüstzeug genauer kennen will, ein willkommener Berater und Helfer. Seit der ersten Auflage des monumentalen Unternehmens sind die Hilfswissenschaften der Pharmazie in ungeahnter Weise emporgeblüht und aus den Hilfsfächern sind überaus ergiebige Arbeitsgebiete geworden, in denen für Pharmazie und für Medizin viel zu ernten ist. Der jetzt ausgegebene erste Band der zweiten Auflage zeigt die gewaltige Veränderung, die in den wenigen Jahren vor sich gegangen ist; kein Artikel gleicht dem früheren, Inhalt und Anordnung, Aufbau und Anfang sind den neuen Anforderungen angepaßt. Das Unternehmen ist auf etwa zehn Bände berechnet, schätzungsweise sollen vierzigtausend Artikel in ihnen Platz finden. Die besten Männer der Theorie und der Praxis haben sich vereinigt, um den Ruf, den sich die erste Auflage der „Real-Enzyklopädie“ erworben hat, zu erneuern und zu verbreiten. Fe.

Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. Von Direktor Doktor Heinrich Schlöss. Vom n.-ö. Landesauschuß für den Unterricht des Pflegepersonals der Landesirrenanstalten bestimmtes Lehrbuch. Dritte, gänzlich umgearbeitete, vermehrte und verbesserte Auflage mit zahlreichen Textillustrationen. Wien und Leipzig 1903, F. Deuticke.

Das Büchlein hat nicht bloß an Fülle des Inhalts, sondern durch eine Reihe gut gewählter und deutlich ausgeführter Bilder an Verständlichkeit und durch die Ausstattung, sowie durch ein Register an Übersichtlichkeit gewonnen; trotzdem hat der Umfang nicht bedeutend zugenommen. Schon in der früheren Gestalt empfehlenswert, ist es jetzt noch brauchbarer geworden. INFELD.

Feuilleton.

Römischer Brief.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

— Ende Dezember 1903.

Auf dem Gebiete der öffentlichen Hygiene ist bei uns im vergangenen Jahre wieder so rüstig gearbeitet worden, wie — vor zweitausend Jahren. Dieser Vergleich soll nicht etwa im Sinne eines Tadels aufgefaßt werden, erinnert er doch an die Glanzepoche Italiens zur Römerzeit, wo die mächtigen Aquädukte errichtet wurden, die noch heute die Campagna durchziehen. Und ein Werk der Wasserversorgung ist es, das mir diese historische Analogie in Erinnerung brachte, die Wasserversorgung Apuliens. 125 Millionen sind für diesen Zweck ausgeworfen worden und ein gewaltiger Aquädukt soll dem ausgedehnten Gebiete von 3 Provinzen mit ungefähr 200 Gemeinden frisches gutes Wasser zuführen. Dann wird der Spotname, das dürstende Apulien, wohl bald in Vergessenheit geraten sein und das verseuchte Landgebiet frei werden von den Plagen, dem Typhus und der Dysenterie, die hier seit Jahrhunderten endemisch vorkommen und jährlich nur allzu viele Opfer fordern. — Auch die übrigen Volkskrankheiten nahmen, dank den

energischen Maßnahmen der sanitären Behörden, an Intensität und Extensität ab. Die allgemeine Mortalitätsziffer in Italien ist, wie unser großer Landsmann CELLI auf dem letzten hygienischen Kongresse triumphierend berichten konnte, in den letzten 25 Jahren von 30‰ auf 23‰ gesunken, wahrlich ein ungeheurer Erfolg und ein schier unschätzbare Gewinn an Volksgesundheit und an Leistungsvermögen des Staates.

Ja selbst in Gasthäusern und Hotels machen sich die hygienischen Bestrebungen schon geltend. So verpflichtet unter anderem ein Zirkular des Ministerpräsidenten an die Provinzpräfekten diese, sich bei der Erneuerung der Konzessionen für die genannten Unternehmungen immer wieder erst zu versichern, ob das Haus und die zum Wirtschaftsbetriebe, resp. zum Bewohnen gehörigen Räume, sowie die Einrichtungsgegenstände einer genügenden Reinigung unterzogen wurden. Das sonnige Land Italien verfügt denn auch tatsächlich schon heute über reine Hotelzimmer für erträgliche Preise in kleineren Orten, ein Umstand, der unserem in den letzten Jahren ein wenig gesunkenen Fremdenverkehre sicherlich nur zum Vorteile gereichen kann. Nunmehr wird es der Reisende, ohne Schaden an seinem Leibe befürchten zu müssen, auch wieder wagen dürfen, von der großen, die Hauptstädte des Reiches verbindenden Heerstraße der Touristen abzuweichen und seinen Fuß in die kleinen Provinzstädte zu lenken, wo er sich seinen künstlerischen

Drang bisher unter Umständen recht teuer hat erkaufen müssen. Und diese, die kleinen Städtchen, die seit Jahren dem Fremdenverkehre fern lagen, als zur Zeit, wo noch die Postkutsche Vermittlerin zwischen In- und Ausland war, sie können nunmehr aus ihrem Dornröschenschlafe erwachen, um teilzunehmen an dem regen, fortschreitenden, künstlerischen und wissenschaftlichen Leben der Gegenwart.

Die Maßregeln zur Bekämpfung der Malaria wurden, wie in den Vorjahren, auch heuer tatkräftig fortgesetzt. Das vor mehreren Monaten erlassene Gesetz, welches die Malariaphylaxe als die wichtigste Handhabe zur Beseitigung dieser Krankheit betrachtet und die Arbeitgeber verpflichtet, ihren Angestellten Chinin unentgeltlich zur Verfügung zu stellen, macht ohne Frage bereits seine Wirksamkeit geltend. Wie überall, so zeigt sich auch hier der Wert einer vom Staate selbst ausgehenden Initiative. Dermalen besteht dieselbe unter anderem darin, daß der Staat das Chinin zu einem Preise von ungefähr 12 Hellern per Gramm abgibt, während die Apotheker seinerzeit nicht weniger als 32—49 Heller dafür verlangt haben. Die leidige Geldfrage hatte vereitelt, was ärztliche Voraussicht so dringend gefordert hatte, den Gebrauch des Chinin zur prophylaktischen Kur. Der Staat zieht dabei auf keinen Fall den kürzeren. Denn abgesehen von seinem Gewinne an Volksgesundheit resultiert ihm vom „Chiningeschäfte“, trotz des niedrigen Abgabepreises, noch ein Reingewinn von ungefähr 30.000 Liren, der wiederum für andere Maßnahmen zur Malariabekämpfung verwendet werden soll.

Die Zahl der Tuberkulose-Sanatorien in unserem Königreiche ist in raschem, erfreulichem Wachstum begriffen. Zwei solche Anstalten sind vor kurzem in der Provinz Mailand zur Eröffnung gelangt, ein drittes im Canton Tessin wird demnächst eröffnet, schließlich soll aus Privatmitteln, gleichfalls im Mailänder Gebiete, eine Heilanstalt für die erbarmungswürdigen tuberkulösen Kinder errichtet werden.

In dem kürzlich verstorbenen Gynäkologen DOMENICO TIBONI hat die Universität Turin einen ihrer namhaftesten Vertreter, unser Königreich den Nestor seiner Gynäkologen verloren. Aus seiner Schule sind zahlreiche weltberühmte Lehrer und Forscher, wie CUZZI, PORRO, VITARELLI, hervorgegangen. Die Zahl seiner Arbeiten ist überaus groß. Unter den bedeutendsten sind die Abhandlungen über Eklampsie, Placenta praevia, Embryotomie und über Puerperalfieber zu nennen. Sein Lieblingsthema, das ihn sein Leben lang beschäftigt hat und dem er sich in den letzten Jahren mit dem ihm eigenen Eifer voll hingab, war das Verhältnis der Herzaffektionen zur Gravidität. Sein Tod kam allen unerwartet, dieweil er sich, fern von der Stätte seines gewohnten Wirkens, als Mitglied einer Prüfungskommission in Rom aufhielt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

BAJINSKI: Heilung von Meningitis cerebrospinalis durch Lumbalpunktion.

Ein Mädchen von 12 Jahren, seit 13 Monaten taub, bekommt plötzlich Nackensteifigkeit, Fieber und Kopfschmerzen. Da auch das Kernische Symptom positiv vorhanden ist, wird die Diagnose einer Meningitis cerebrospinalis gestellt. Eine Lumbalpunktion ergab eine trübe Flüssigkeit, die reichlich polynukleäre Leukozyten enthielt. Nach der Punktion trat leichte Besserung auf. Nach 15 Tagen abermals Punktion, hernach deutliche Besserung. Nach drei weiteren Punktionen völliger Rückgang aller Erscheinungen mit Ausnahme der Taubheit, die wohl auf bleibende Veränderungen im Labyrinth zurückzuführen ist.

ACHARD: Injektionen sterilisierter Luft bei pleuralen Ergüssen.

A. hat in 5 Fällen von serofibrinöser Pleuritis beobachtet, daß nach den Injektionen sterilisierter Luft sich keine Flüssigkeit wieder bildete. Dagegen konnte er bei einem Herzkranken, sowie bei je einem

Falle von hämorrhagischer und chyliformer und purulenter Pleuritis keinen Effekt erzielen. Doch auch in diesen Fällen sowie in anderen zeigten sich als bemerkenswerte Folgeerscheinungen der eingeschlagenen Therapie rasches Verschwinden der Druckerscheinungen, des Hustens und der Brustschmerzen. Bei purulenter, tuberkulöser Pleuritis kann man durch reichliche Evakuation mit darauffolgender Lufteinblasung für längere Zeit das hektische Fieber zum Verschwinden bringen. Es empfiehlt sich im allgemeinen, etwas weniger, als das halbe Quantum Flüssigkeit durch sterilisierte Luft zu ersetzen. Um ohne Gefahr auch sehr große Flüssigkeitsmengen ablassen zu können, sollte der zur Thorakozentese benützte Apparat auch eine Vorrichtung zur Lufteinblasung besitzen. Auch zu diagnostischen Zwecken läßt sich die Methode verwerten, indem durch Lufteinblasung und nachfolgende radioskopische Untersuchung mit Leichtigkeit die Differentialdiagnose zwischen Pleuritis purulenta und Leberabszeß entschieden werden kann.

Votr. erwähnt auch, daß nicht immer die Injektion sterilisierter Luft von einem Pneumothorax gefolgt sein muß.

Vaquez empfiehlt Insufflationen besonders bei rezidivierenden serösen Pleuritiden tuberkulöser Individuen. Doch wartet er in der Regel das erste Rezidiv ab. An Stelle der sterilisierten Luft benützt er Stickstoff, der weniger rasch resorbiert wird und deshalb vorzuziehen ist.

Moulard-Martin ist der Ansicht, daß die serofibrinösen Pleuritiden, selbst wenn sie tuberkulöser Natur sind, oft dauernd nach einer oder mehreren Punktionen ausheilen, ohne daß man Lufteinblasungen vornimmt. Was die Menge der zu entleerenden Flüssigkeit betrifft, so ist der richtige Maßstab die subjektive Empfindung des Patienten. M. zieht die Kanüle erst zurück, wenn der Kranke Druck empfindet, hustet etc. Wenn man dafür sorgt, daß der Abschluß recht langsam vor sich geht, können ohne jede Gefahr auch mehrere Liter Flüssigkeit entleert werden.

CLAUDE: Blutuntersuchung bei einem Fall von Cholecystitis calculosa und Cholangitis suppurativa.

CLAUDE fand bei einer Frau Ikterus, farblose Stühle, Vergrößerung der Leber und ein leichtes Fieber. Schmerzen waren weder spontan noch bei Druck vorhanden, ebensowenig Erbrechen. Trotz der Abwesenheit von Antezedentien, die für Gallensteine gesprochen hätten, dachte C. an eine Eiterung in den Gallengängen. Diese Diagnose wurde durch die Blutuntersuchung bestätigt: man fand eine starke Leukozytose mit 90% polynukleären weißen Blutkörperchen. Die chirurgische Intervention ergab eine Cholecystitis calculosa suppurativa mit Perforation der Gallenblase und Abszeßbildung. Die wiederholte Blutuntersuchung kann also bei den Erkrankungen der Gallenwege ebenso wie bei der Appendizitis über Grad und Komplikationen der Erkrankung einen gewissen Aufschluß geben.

SAINTON: Infektiöse Phlebitis im Verlaufe einer Chlorose mit Autopsie.

Eine 18jährige Virgo, an ausgesprochener Chlorose erkrankt, bekam ohne Temperatur- oder Pulssteigerung Schmerzen an der rechten unteren Extremität entlang den tiefen Gefäßen. Zugleich trat starkes Ödem auf, das auch auf das Abdomen übergriff. In der Nacht traten heftige Erstickungsanfälle auf und Patientin starb. Bei der Autopsie fand man ein Koagulum, das völlig den linken Ast der Pulmonalarterie ausfüllte, ferner Gerinnsel, welche die Vena cava inferior in der Nähe des Promontoriums und die Hauptvenenstämme der rechten unteren Extremitäten obliterierten. Im untern Anteil der Vena femoralis dieser Seite bestand eine Endophlebitis suppurativa. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Milz und der Gerinnsel fand man Staphylokokken, die für Kaninchen sehr virulent waren. Es handelte sich also um eine Staphylokokkenseptikämie, deren Lokalisation in den Venen ebenso Folge als Ursache sein konnte. Erwähnung verdient auch der Umstand, daß eine Persistenz der Thymus und eine Aplasie der Gefäße und des Uterus bestand.

Vaquez erklärt, daß die Mitteilung SAINTONS beweise, daß die bei Chlorosen zuweilen auftretenden Phlebitiden keine Ausnahme von der Infektionstheorie der Phlebitis bilden. Auch bei der Chlorose muß der Thrombenbildung eine Alteration der Venenwand vorhergehen, und diese ist in der ungeheuren Majorität der Fälle auf eine Infektion zurückzuführen.

GENRE: Thyreoiditis durch Pneumonien bei Morbus Basedow.

Verf. beobachtete eine Frau im Alter von 37 Jahren, die an Morbus Basedow litt und 48 Stunden nach der kritischen Enttöberung einer Oberlappenpneumonie heftige Schmerzen in der Schilddrüse empfand. Zugleich trat eine ödematöse Schwellung der vorhandenen Struma auf. Durch feuchtwarme Umschläge ging die Entzündung zurück, was deshalb bemerkenswert ist, weil die bisher bekannten Fälle von Thyreoiditis nach Pneumonie stets zu Eiterungen führten. Die Lokalisation der Pneumokokken in der Schilddrüse wurde wohl durch die bestehende Struma begünstigt.



MILLARD: Akute, hämorrhagische Leukämie mit Streptokokkeninfektion.

Eine 48jährige Frau hatte multiple Drüsenschwellungen in der Hals- und Parotisgegend und hämorrhagische Flecken auf den Beinen und Vorderarmen. Nach einigen Tagen gesellten sich Hämorrhagien am weichen Gaumen, an den Innenflächen der Wangen und am Zahnfleisch hinzu. Die Drüsen in der Achselhöhle und in der Leistengegend schwellen nun ebenfalls an, es trat ferner eine rechtsseitige Hemiplegie auf, die Temperatur stieg auf 39° und das Bewußtsein trübte sich. Die Patientin starb im Koma 38 Tage nach Beginn der Erkrankung. Bei der Autopsie fand man beträchtliche Vergrößerungen der inneren Lymphdrüsen; auch die Tonsillen und die Milz waren bedeutend geschwellt. Auf fast allen serösen Häuten zeigten sich Blutungen und im Gehirn Erweichungsherde. Die Blutuntersuchung bei Lebzeiten der Patientin hatte eine starke Vermehrung der weißen und eine Verminderung der roten Blutkörperchen ergeben. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes war zwar negativ ausgefallen, aber das Tierexperiment ergab deutlich, daß es sich um eine Streptokokkeninfektion handelte, welche sich zur Leukämie hinzugesellt hatte. Auf diese sekundäre Infektion war auch die Temperatursteigerung zurückzuführen.

Notizen.

Wien, 9. Januar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. E. SPIEGLER einen aus Rio de Janeiro stammenden Mann mit *Lepra tuberosa anaesthetica* vor, bei welchem eine Röntgenbehandlung eingeleitet werden soll. — Hierauf demonstrierte Doz. OSK. STÖRK anatomische Präparate zur Pathologie des intestinalen adenoiden Gewebes. Die einen Übergang zwischen Pseudoleukämie und Lymphosarkom bildende Affektion ist durch Hyperplasie des adenoiden Gewebes in Magen, Darm und Blase mit nachfolgender Geschwürsbildung und Nekrose, durch univelselle Lymphdrüsenanschwellung ohne Übergreifen auf die Nachbarschaft und durch Vergrößerung des lymphoiden Gewebes charakterisiert. — Sodann stellte Doz. MATZENAUER eine Frau mit einem merkwürdigen *Bromoderma tuberosum* vor und Hofr. NEUMANN erörterte die Differentialdiagnose der genannten Affektion. — Schließlich beendigte Hofr. WEINLECHNER seinen Vortrag über Herzchirurgie, in welchem er die verschiedenen Verletzungen des Herzens, die Herznaht (darunter 4 von ihm selbst operierte Fälle), die operative Beseitigung intraperikardialer Verwachsungen, die Kardiolyse und die am Tiere versuchte Resektion von Teilen der Herzwand mit nachfolgender Naht zur Behandlung von Insuffizienzen der Bikuspidalklappe eingehend besprach.

(Neuwahl der Wiener Ärztekammer.) Der „Verband der Ärzte Wiens“, dessen Kandidatenliste als Liste von 18 ärztlichen Vereinen wir in Nr. 1 vollinhaltlich mitgeteilt haben, bringt in Erinnerung, daß Stimmzettel, welche per Post abgesendet werden, erst am Tage der Wahl aufgegeben werden dürfen, da sie nur dann gültig sind, wenn das Kuvert den Poststempel des Wahltages trägt. Weitere Auskünfte erteilt das Wahlbureau des „Verbandes der Ärzte Wiens“ (im Lokale des Wiener Ärztklubs, I., Am Hof, Café „zur Kugel“, Mezzanin, Telephon Nr. 15.725) täglich von 6—8 Uhr abends. Das Wahlbureau übernimmt auch die Ausfüllung von Stimmzetteln, die Expedition derselben, sowie ganz besonders die Reklamationen für jene Kollegen, denen der amtliche Stimmzettel bis zum 7. Januar nicht zugestellt wurde.

(Politische Behörde und ehrenrätliches Verfahren.) Die niederösterreichische Ärztekammer hat an die geschäftsführende Ärztekammer Salzburg eine Zuschrift gerichtet, in welcher sie zu der Frage Stellung nimmt, ob die politische Landesbehörde als Aufsichtsbehörde der Ärztekammer berechtigt ist, in ein im Zuge befindliches ehrenrätliches Verfahren einzugreifen, und dafür eintritt, daß alle Ärztekammern zu dieser weittragenden prinzipiellen Frage Stellung nehmen. Sie selbst ist diesbezüglich der Ansicht, daß, wenn auch der § 14 des Kammergesetzes der politischen Landesbehörde die Oberaufsicht über die Ärztekammern

und deren Tätigkeit überträgt, die politische Landesbehörde nicht berechtigt ist, ein im Zuge befindliches ehrenrätliches Verfahren ohneweiters zu inhibieren, da das Kammergesetz im § 12 dem betroffenen Arzte das Beschwerderecht gegen die Entscheidung des Ehrenrates einräumt und die politische Landesbehörde dadurch in die Lage kommt, in zweiter Instanz zu entscheiden.

(Der Spezialistentitel.) In dieser Frage hat die deutsch-österreichische Ärztekammer folgenden Beschluß gefaßt: Die Führung von Spezialtiteln ist einzuführen. In nachstehenden Fällen ist den Ärzten der entsprechende Spezialtitel zuzuerkennen: 1. den Professoren und Primärärzten; 2. den Privatdozenten; 3. den Assistenten und Sekundärärzten, welche zwei Jahre an derselben Abteilung oder Klinik gearbeitet haben; 4. ferner kann der Nachweis zur Berechtigung der Führung des Spezialistentitels erbracht werden durch eine anerkannte wissenschaftliche Arbeit auf dem betreffenden Spezialgebiete oder durch eine entsprechende Prüfung; 5. der Kammer steht es zu, in speziellen Fällen die Zuerkennung des Spezialistentitels ohne Erfüllung einer der obgenannten Bedingungen zu beantragen. Falls der betreffende Arzt mehrere Titel führen will, dürfen diese sich nur auf verwandte Gebiete beziehen.

(Personalien.) Prof. Dr. A. GOLDSCHIEDER in Berlin ist zum Geheimen Medizinalrate ernannt worden. — Die gleiche Auszeichnung ist den Professoren A. v. STRÜMPFEL und FILEHNE in Breslau zuteil geworden. — Prof. v. LEYDEN ist zum Ehrenmitgliede der Balneologischen Gesellschaft von Odessa gewählt worden. — Die Freie Vereinigung der Deutschen medizinischen Fachpresse hat den Geh. Rat Prof. Dr. EULENBURG zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt. — Der Professor der Augenheilkunde in Budapest Dr. A. SZILY hat das Adelsprädikat „VON SZILLSÁRKÁNY“ erhalten. — Dem Oberbezirksarzte in Czernowitz Dr. MORIZ RUDNIK ist das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen worden.

(Wanderpraxis der Zahnärzte.) Die steiermärkische Ärztekammer hat die Anfrage eines Zahnarztes, ob ärztliche Wanderpraxis gestattet sei, dahin beantwortet, daß sich gegen eine zahnärztliche Praxis an einem Orte außerhalb des Domizils des Zahnarztes dann kein Anstand erheben lasse, wenn alle ortsansässigen Ärzte damit einverstanden sind und wenn am Orte ein Zahnarzt nicht vorhanden ist.

(Der XIV. außerordentliche österreichische Ärztevereinstag) wird am 6. März d. J. in Wien stattfinden. Seine Tagesordnung umfaßt u. a. die Wahl des Bureaus, Statutenänderungen, ein Referat betreffend den Ausbau der Reichsorganisation und ein Referat betreffend die Kreierung einer Reichszentralstelle für Sanitätsangelegenheiten.

(Die österreichischen Krankenkassen im Jahre 1901.) Einem Communiqué des Ministeriums des Innern entnehmen wir u. a., daß im Berichtsjahre in Österreich 2952 Kassen in Tätigkeit waren, gegen 2964 des Vorjahres; 2935 davon sind in die Statistik aufgenommen. Die Zahl der Mitglieder dieser Kassen betrug am 1. Januar 2,340.754, i. e. 8·95% der Gesamtbevölkerung, am 31. Dezember des Berichtsjahres 2,374.419, darunter 160.036, resp. 170.691 nicht versicherungspflichtige Mitglieder. Von den Versicherten erkrankten insgesamt 1,023.503 Personen mit 22,000.456 Krankheitstagen. Die Gesamtzahl der Unterstützungen belauft sich auf 1,339.961 mit zusammen 23,396.961 Krankentagen. Die gesamten Einnahmen betragen 49,000.676 K.; es ergab sich ein Überschuß der Einnahmen über die Ausgaben im Betrage von 1,796.506 K. Die Reservefonds erreichten mit 31. Dezember 1901 die Höhe von 37,230.171 K. Die durchschnittlichen Kosten eines Erkrankungsfalles haben sich von 29·60 auf 30·10 K. erhöht; an Verwaltungskosten entfielen pro Mitglied 8·2% der laufenden Beiträge oder 148 h.

(Der I. internationale Kongreß für Schulhygiene) findet, wie bereits gemeldet, vom 4. bis 9. April 1904 in Nürnberg statt. Um die Ergebnisse des Kongresses für Steiermark nutzbringend zu gestalten, hat sich unter dem Vorsitze des Statthalters ein Landeskomitee konstituiert. Von Vorträgen sind für diesen Kongreß u. a. bereits angemeldet: 1. COHN (Breslau): „Was hat die Augenheilkunde für die Schulhygiene geleistet und was muß sie noch leisten?“ 2. AXEL JOHANNESSEN (Christiania): „Über

den Stand der Schulhygiene in Norwegen.“ 3. LE GENDRE (Paris): „Über die Hygiene und die persönlichen Krankheiten der Lehrer unter dem Gesichtspunkte ihrer Beziehungen zu den Schülern.“ 4. SICKINGER (Mannheim): „Organisation großer Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder.“ 5. LIEBERMANN (Budapest): „Über die Aufgaben und die Ausbildung von Schulärzten.“ 6. HUEPPE (Prag): „Verhütung der Infektionskrankheiten in der Schule.“ 7. EULENBURG (Berlin): „Über Schüler-selbstmorde.“

(Der I. französische Kongreß für Klimatotherapie und Hygiene in Städten) findet in Nizza vom 4. bis 9. April 1904 statt. Es werden fünf Referate gehalten werden, u. zw.: 1. „Das Klima der französischen Mittelmeerküste“, CHAIS (Mentone); 2. „Über Anpassung ans Klima“, MANQUAT (Nizza); 3. „Der Einfluß des Klimas der französischen Mittelmeerküste auf die Tuberkulose und auf die Tuberkulösen“, Referenten BARÉTY (Nizza), GUITER (Cannes), MALIBRAN (Mentone), VIDAL (Hyères) und RÉNON (Paris); 4. „Einfluß der französischen Mittelmeerküste auf Rheumatismus und rheumatische Personen“, Referenten MORIEZ (Nizza), HUCHARD und FRIBOULET (Paris); 5. „Desinfektion in Städten“, Referenten BALESTRE und CAMOUS (Nizza).

(Statistik.) Vom 27. Dezember bis inkl. 2. Januar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7131 Personen behandelt. Hiervon wurden 1404 entlassen, 151 sind gestorben (9,7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 91, ägypt. Augenzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 136, Scharlach 23, Masern 117, Keuchhusten 35, Rotlauf 24, Wochenbettfieber 4, Röteln 2, Mumps 64, Influenza —, Rotz —, fokal. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 645 Personen gestorben (+ 63 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Am 4. d. M. ist in Berlin Geh.-R. Professor FRIEDRICH JOLLY, ordentlicher Professor für Psychiatrie an der dortigen Universität, im 60. Lebensjahre gestorben. — Gestorben sind ferner: In Malaczka Dr. ABRAHAM OEHLER, Bezirks- und Fabriksarzt, im 68. Lebensjahre; in Berlin Prof. Dr. KARL GEBHARD, 41 Jahre alt; in Göttingen der Herausgeber der „Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und mikroskopische Technik“ Dr. WILHELM BEHRENS.

Am ersten öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien gelangt die Stelle eines Vorstandes der neurologischen Abteilung zur Besetzung. Mit entsprechenden Belegen ausgestattete Gesuche wollen bis 20. Januar d. J. der Direktion des genannten Institutes, Wien, I., Steindlgasse 2, vorgelegt werden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- O. Kuten, Medizinisches aus der altfranzösischen Richtung. Breslau 1904, J. U. Kern. — M. 5.—
- M. Haushofer, Bevölkerungslehre. Leipzig 1904, B. G. Teubner. — M. 1.25.
- Th. Ziehen, Geisteskrankheiten des Kindesalters. 2. H. Berlin 1904, Reuther & Reichard. — M. 2.—

- Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Berlin 1904, Reuther & Reichard. — M. 2.80.
- F. v. Winckler, Kochbuch für Zuckerkranken und Fettleibige. 5. Aufl. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 2.40.
- S. Fränkel, Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse. Mit 5 Tafeln. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 2.40.
- L. Loewenfeld, Die psychischen Zwangsercheinungen. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 13.60.
- K. Oppenheimer, Säuglingsernährung. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 80.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 11. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. Dr. H. SCHLESINGER: Über Lungenabszeß.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Vortragszyklus für praktische Ärzte.

Mittwoch den 13. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL im k. k. Allg. Krankenhause.

Prof. Dr. A. PICK (Prag): Psychosen und Neurosen der Kinder.

Gesellschaft für innere Medizin in Wien.

Sitzung Donnerstag den 14. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

I. Administrative Sitzung.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

I. Demonstrationen. — II. Dr. OSKAR KRAUS: Der Einfluß des Korsetts auf die somatischen Verhältnisse.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegt ein Prospekt der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt über „Bromipin“ bei. — Ferner versenden wir mit den für die Abonnenten bestimmten Exemplaren einen Prospekt der Fabrik medizinischer Verbandstoffe Max Kahnemann in Berlin, N., über chirurgische Instrumente, elektro-medizinische Apparate etc. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Orthopädische Anstalt

Dr. Max Haudek,

WIEN,

I., Tuchlauben 6. Telefon 12.956.

Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.

Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.

Hessing'sche Corsette, Apparate und Prothesen.

Eigene Pension für auswärtige Patienten.

<p>Helmitol</p> <p>Duotal</p> <p>Creosotal</p> <p>Protargol</p> <p>Somatose</p>	<p>Mesotan äußerlich.</p> <p>Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.</p> <p>Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzuspinneln.</p> <p>Theocin synthetisch dargestelltes Teealkaloid.</p> <p>Dos.: 0,2—0,4 g. 3—4mal tägl., gelöst, nach den Mahlzeiten.</p>	<p>Salizylpräparate zur Behandlung rheumatischer Affektionen.</p>  <p>Mächtige Diuretica bei den meisten hydropischen Erscheinungen.</p> <p>Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit Theocin energisch anzuregen und dann mit Agurin möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.</p>	<p>Aspirin innerlich.</p> <p>Beste Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen.</p> <p>Dos.: 0,5—1 g. 3—5mal tägl. zu nehmen.</p> <p>Agurin essigsäures Theobrominnatrium.</p> <p>Dos.: 1 g. 3—4mal täglich.</p>	<p>Aristochin</p> <p>Salophen</p> <p>Hedonal</p> <p>Heroin hydrochlor.</p>
--	---	--	---	--

Vertreter für Österreich-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 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren 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 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmorshöhle. Von Dozent Dr. WILH. ROTH in Wien. — Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie. Von Dr. OSKAR v. HOVORKA, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien. — Referate. FABER (Kopenhagen): Über Appendicitis obliterans. — H. v. TAPPEINER und JESIONEK (München): Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen. — BAKALINIK (Kiew): Über einen Hydrodilator zur Behandlung von Strikturen der Harnröhre, des Ösophagus, des Anus, sowie zur Erweiterung des Kanals des Gebärmutterhalses. — F. MAINZER (Berlin): Zur Technik vaginaler Operationsmethoden. — F. KÖHLER (Werden a. d. Ruhr): Die WIDALSche Reaktion bei Gelbsucht. — HERMANN SUCHANNECK (Zürich): Chloromethylmenthyläther, ein zweckmäßiges Inhalationsmittel. — JONESCU (Bukarest): Die Nephrektomie. — BAUMSTARK (Homburg): Verwertung der EHRLICHschen Dimethylamidobenzaldehydreaktion für eine quantitative Indolprobe in den Fäzes nebst Untersuchungen über die Eiweißfäulnis im Darne. — Kleine Mitteilungen. Erfahrungen in der Magen Chirurgie. — Über Kreosotherapie. — Einfluß des verlängerten Kauens auf die Verdauung. — Das Euchinin. — Beiträge zur Behandlung der Abdominalwunden. — Eine neue Behandlungsmethode des Trachoms. — Einfluß veränderter Flüssigkeitszufuhr auf die Funktion erkrankter Nieren. — Das salizylsaure Pyramidon. — Karbolvaselin gegen Verletzungen durch Insektenstiche. — Mesotanmedikationen. — Die primären Darmresektionen bei gangränösen Hernien. — Literarische Anzeigen. Technik der Massage. Von Dr. ALBERT HOFFA, Geh. Medizinalrat, a. o. Professor an der Universität Berlin. — Neue Arzneimittel und Spezialitäten, einschließlich der neuen Drogen, Organ- und Serumpräparate. Von G. ARENDS, Apotheker und Redakteur der „Pharmazeutischen Zeitung“. — Repetitorium der inneren Medizin in Tabellenform. Von Dr. C. H. SCHMID, Arzt. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium. (Orig.-Ber.) — Gesellschaft für innere Medizin in Wien. (Orig.-Ber.) — Akademische Fragen. Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister. Von Professor Dr. MORIZ BENEDIKT. V. — Notizen. — Neue Literatur. — Eingesendet. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über eine

bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmorshöhle.

Von Dozent Dr. Wilh. Roth in Wien.

Überblickt man die pathologischen Phänomene, welche in Lehrbüchern und Monographien als für die Entzündung der Highmorshöhle Schleimhaut pathognomonisch bezeichnet werden, so nimmt man sofort wahr, daß dieselben teils solche sind, welche unmittelbar, primär, durch die Entzündung der Schleimhaut hervorgerufen werden, teils aber solche, die erst nach mehr weniger längerem Bestande der Entzündung, sekundär entstehen. Zu den ersteren müssen wir den Schmerz und das entzündliche Sekret, zu den letzteren die Schwellungen und Hypertrophien an den Lefzen des Hiatus semilunaris, die Hypertrophien an der mittleren und unteren Nasenmuschel und endlich auch die Polypen rechnen.

Es ist nun einleuchtend, daß bei der Untersuchung relativ frischer Fälle die sekundären Veränderungen fehlen müssen, und wenn KILLIAN trotzdem betont, daß die Schwellung am Hiatus semilunaris, selbst bei Abwesenheit anderer Symptome, den erfahrenen Beobachter auf das wahrscheinliche Vorhandensein einer Highmorshöhle-Affektion hinleitet, so kann ich dem nur beipflichten, muß jedoch hervorheben, daß diese Schwellung in frischen Fällen recht oft nicht zur

Beobachtung kommt und daß man aus dem Fehlen derselben a priori die Möglichkeit einer Antrumaffektion nicht in Abrede stellen darf.

Unter den primären Symptomen zeigt der Schmerz, weder was sein Vorkommen, noch was seinen Sitz anlangt, eine Konstanz — er kann vorhanden sein, er kann fehlen, er kann in der Gegend des Antrum, aber auch anderwärts, wie in der Stirn-, in der Scheitel-, in der Schläfen-, ja selbst in der Hinterhauptgegend empfunden werden, man kann somit den Schmerz nicht zu jenen Symptomen rechnen, welche durch ihr Vorhandensein und durch die Lokalisation ihres Auftretens den Untersucher auf die richtige Fährte zur Erforschung des Sitzes der Erkrankung führen können.

Das beständigeste Phänomen unter den primären Symptomen ist das entzündliche Sekret, welches in der ergriffenen Höhle abgesondert wird, durch ein Ostium maxillare oder durch ein vorhandenes akzessorisches Ostium in die Nasenhöhle abfließt und dort im Infundibulum oder im mittleren Nasengange, seitlich von der mittleren Nasenmuschel erscheint. Es kann nicht verschwiegen werden, daß die anatomischen Untersuchungen von ZUCKERKANDL, E. FRÄNKEL u. a. auch solche Höhlenentzündungen aufgedeckt haben, bei denen gar kein freies Sekret in der Höhle gefunden wurde, und ich habe allen Grund, bei einigen Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, aus dem sehr intensiven genau über dem Oberkiefer lokalisierten Schmerze, der sofort nach einer Ausspülung nachließ, auf eine Entzündung der Oberkieferhöhle zu schließen, trotzdem jedes Sekret fehlte. Diese ohne Sekret einhergehenden Entzündungen gehören aber immerhin zu den seltenen Ausnahmen, bei der Mehrzahl der Entzündungsfälle wird man das Sekret nicht vermissen.

Um aber nicht mißverstanden zu werden, muß ich hervorheben, daß der bloße Nachweis von Sekret im mittleren Nasengange keineswegs berechtigt, eine Entzündung der Antrumschleimhaut zu diagnostizieren; eine derartige Diagnose ist erst dann gestattet, wenn es gelingt, nachzuweisen, daß dieses Sekret tatsächlich dem Antrum entstammt. Ich wollte mit meiner Bemerkung, daß das Sekret das konstante Symptom der Antrumzündung bildet, bloß dartun, daß man beim Erblicken von Sekret im mittleren Nasengange darauf hingelenkt wird, es könne sich um eine Entzündung der Antrumschleimhaut handeln, während die unanfechtbare Diagnose erst durch den, sei es durch Ausblasung, sei es durch Probeausspülung erbrachten Beweis, daß sich Sekret im Antrum befindet, gesichert ist.

Weiterhin muß in Erinnerung gebracht werden, daß es Fälle gibt, wo selbst bei reichlicher entzündlicher Sekretion des Antrum kein Sekret im mittleren Nasengange gefunden wird. Dies ist der Fall, wenn das Ostium durch entzündliche Schwellung verlegt oder gar verwachsen ist (geschlossenes Empyem oder Hydrops), aber auch dann, wenn die mittlere Muschel so stark eingerollt ist, daß das Sekret nicht nach vorn fließen kann, sondern nach dem Hals abgeleitet wird. Im ersteren dieser beiden Fälle wird die Auftreibung der Antrumwände, die durch die Anhäufung des Sekretes notwendigerweise eintreten muß, im zweiten Falle das Vorhandensein von kopiösem Sekrete im retronasalen Raum den Anhaltspunkt geben, auf eine Entzündung des Antrum zu untersuchen.

Im nachfolgenden will ich über fünf Fälle berichten, bei denen trotz bestehender Entzündung der Antrumschleimhaut und obwohl keines der soeben erwähnten anatomischen Hindernisse für den Abfluß des Sekretes nach der Nase bestand, dennoch niemals Sekret weder im mittleren Nasengange, noch im retronasalen Raume zu finden war. In diesen Fällen war das Sekret selbst von einer Beschaffenheit, welche das Abfließen nach der Nase unmöglich machte. Ich habe solche Sekrete bisher nirgends beschrieben gefunden und halte diese Fälle auch aus dem Grunde der Veröffentlichung wert, weil, wie aus den Krankengeschichten zu ersehen sein wird, mit Berücksichtigung der obwaltenden Verhältnisse die bisher übliche Indikation für die Untersuchung der Highmorshöhle eine wesentliche Erweiterung erfahren muß.

Fall I. Herr C. B., Beamter, 36 Jahre alt, kam am 16. April 1896 in meine Sprechstunde und klagte über sehr heftige Schmerzen in der Gegend des linken Oberkiefers, die vor drei Tagen eingetreten sind und sich in täglichen Anfällen, die stets vier bis fünf Stunden andauern, wiederholen. Anamnestisch ließ sich erheben, daß ein heftiger Schnupfen einige Tage vor dem Beginne der Schmerzen einsetzte und dieser ist auch jetzt noch, wenn auch in vermindertem Grade, vorhanden. Der Pat. verzerrt unter dem Einflusse des heftigen Schmerzes das Gesicht, es besteht Lichtscheu und Tränenräufeln. Die rhinoskopische Untersuchung ergibt auf beiden Seiten hochgradige Hyperämie, Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut, welche an einzelnen Stellen sogar serös durchfeuchtet erscheint. Das Sekret der Nase reichlich, glasig, fadenziehend. Nach Kokainisierung blaßt und schwillt die Schleimhaut etwas ab, man kann den linken mittleren Nasengang gut übersehen, dieser sowohl als auch das Infundibulum frei von pathologischem Sekrete. Da aber die Schmerzen auf eine akute Entzündung des linken Antrum hinweisen, versuche ich eine Probeausspülung durch die natürliche Öffnung. Es gelingt, das Röhrchen durch ein Ost. accessorium einzuführen, allein die ersten zwei Spritzen injizierten Wassers kommen wieder ganz rein heraus, es wird kein Sekret mit herausbefördert. Erst mit der dritten Spritze Wassers stürzt auf einmal ein etwa kastaniengroßer Klumpen von lichtgrüner Farbe und durchscheinendem Aussehen heraus, worauf der Kranke sofort angibt, sich bedeutend erleichtert zu fühlen, die Schmerzen sind bis auf einen kleinen Rest geschwunden, das früher schmerzverzerrte Gesicht hat seine Lebhaftigkeit wieder

erlangt. Am nächsten Tage erzählte der Pat., daß er etwa eine Stunde nach vollzogener Ausspülung vollkommen schmerzfrei geworden war und es auch bis gegen Mittag dieses Tages geblieben ist, um diese Zeit aber setzte der Schmerz anfall mit derselben Heftigkeit ein wie gestern, ich konnte nachmittag wieder denselben leidenden Zug des Gesichtes konstatieren. Die nach vorheriger Kokainisierung vorgenommene Ausspritzung der Highmorshöhle lieferte wiederum einen zusammenhängenden Klumpen lichtgrünen, durchscheinenden Sekretes zutage, hierauf abermals Nachlaß und nach einer Stunde vollständiges Aufhören des Schmerzes. Dasselbe Spiel wiederholte sich noch in den nächsten drei Tagen, dann kehrte der Schmerz nicht mehr zurück, die Ausspülung beförderte kein Sekret mehr heraus, der Pat. fühlte sich gesund und blieb es auch bis heute. Die Erkrankung hatte somit im ganzen vom ersten Auftreten der Schmerzen bis zum vollständigen Aufhören derselben nachweisbar acht Tage gedauert und fünf Ausspülungen erfordert. Bei den drei letzten Ausspülungen habe ich die Wirkung derselben durch die vordere Rhinoskopie kontrolliert und konnte deutlich wahrnehmen, wie nach der ersten Spritze injizierten Wassers eine durchscheinende, erzitternde, einem ödematösen Polypen ähnliche Masse im mittleren Nasengange erschien, diese verlängerte sich bei jeder nachfolgenden Injektion, bis endlich nach der vierten bis fünften Injektion das ganze Gebilde entbunden wurde und als zusammenhängender Klumpen in die untergehaltene Tasse fiel.

Bei dem Versuche, den Sekretklumpen mittelst Pinzette aus dem Wasser herauszuheben, riß derselbe nicht ein, er veränderte seine Gestalt, er zog sich in die Länge, blieb aber fest zusammenhängend, als ob er durch eine umgebende Hülle zusammengehalten würde, er war, wie bereits erwähnt, stark durchscheinend, und zeichnete sich durch eine lichtgrüne Farbe aus.

Eine am nativen sowohl als auch am gefärbten Ausstrichpräparate vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab zähen, festhaftenden Schleim und zerstreut stehende polymorph-nukleäre Leukozyten, hier und da vereinzelte eosinophile Zellen. Die chemische Untersuchung bestätigte den mikroskopischen Befund, daß die Hauptmasse des Sekretes aus Mucin bestand.

Fall II. Herr S. K., Kaufmann, 61 Jahre alt, konsultierte mich im Oktober 1896 wegen eines seit einigen Tagen bestehenden Schmerzes in der Gegend des linken Oberkiefers. Derselbe soll anknüpfend an einen heftigen mit Fieber und starker Eingenommenheit des Kopfes quälenden Niesreiz und kopiösem Ausfluß einhergehenden Schnupfen entstanden sein, er wurde anfangs nur als dumpfer Druck empfunden, steigerte sich aber in den darauffolgenden Tagen immer mehr und erreichte schließlich seine jetzige Intensität, die, wie sich Pat. ausdrückt, unerträglich ist. Der Schmerz tritt in den ersten Morgenstunden ein, erreicht nachmittags seine volle Höhe und klingt gegen Abend etwas ab, ohne aber ganz zu verschwinden, — er dauert vielmehr in diesem verminderten Grade auch die ganze Nacht hindurch an und raubt dem Pat. die Nachtruhe. Es ist jene Form, die ich in einem im Wiener medizin. Dokorenkollegium am 21. Januar 1901 gehaltenen Vortrage „Über die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen“ als kontinuierlich-remittierenden Typus bezeichnet habe.

Die rhinoskopische Untersuchung ergab eine akute Rhinitis, starke Rötung, Schwellung und Auflockerung der ganzen Nasenschleimhaut, — im mittleren Nasengange nichts Auffälliges wahrnehmbar. Da aber die angegebenen Schmerzen über dem linken Oberkiefer auf ein Ergriffensein der linken Oberkieferhöhle hinwiesen, machte ich nach vorheriger Kokainisierung eine Probeausspülung vom Ostium maxillare aus. Das Spülwasser förderte anfänglich kein Sekret zutage, — es kam ganz rein heraus, nach einigen Spritzen unter ziemlichem Drucke injizierten Wassers entwickelte ich aber einen zusammengeballten Klumpen eines durchscheinenden grünlichen Sekretes, welches, gleichwie in dem vorherigen Falle, auf einmal in die Tasse herabfiel und welches bei dem Versuche, es aus dem Wasser mit einer Pinzette herauszuheben, zusammenhängend blieb, es riß nicht entzwei. Nach der Entleerung des Sekretes wurde der lokale Schmerz sofort geringer,

die Schmerzattacken wiederholten sich aber noch durch zehn Tage, jedesmal brachte die Ausspülung Erleichterung und am elften Tage nach Beginn der Behandlung war die Erkrankung vollständig behoben.

Die mikroskopische und chemische Untersuchung des Sekretes ergab ein gleiches Resultat wie im vorherigen Falle.

Fall III. Frau G. B., Private, 28 Jahre alt, konsultierte mich im November 1902. Sie klagt über eine seit mehreren Monaten bestehende rechtsseitige Nasenverstopfung, über rechtsseitige Rhinorrhöe und Tränenfluß. Die rhinoskopische Untersuchung ergibt: Linkerseits normale Verhältnisse, rechts beträchtliche Knochenblase am vorderen Ende der mittleren Muschel, — dieselbe ragt nach abwärts bis unter den Ansatz der unteren Muschel, seitlich berührt sie sowohl das Septum als auch die seitliche Nasenwand. Die Schleimhaut dieser Nasenseite blaß, zart, zeigt keinerlei Veränderungen. Beim Neigen des Kopfes nach vorn tröpfelt aus der rechten Nasenhälfte ein klares, durchsichtiges Sekret ab, das rechte Auge trânt, Konjunktiva etwas gerötet.

Von der Ansicht geleitet, daß die von der Patientin angegebenen und auch objektiv nachweisbaren Beschwerden, wie Verlegung der Nase, Nasen- und Tränenröufeln auf der rechten Seite, durch die Knochenblase hervorgerufen sein könnten, trug ich diese mit Schere und Schlinge ab. Nach Ausheilung der Resektionswunde war der mittlere Nasengang und das Infundibulum genau zu übersehen und ich konnte mich überzeugen, daß da weder eine Rötung, noch Schwellung oder Verdickung der Schleimhaut bestand, ebenso war ein auf die Erkrankung des Antrum hinweisendes pathologisches Sekret bei wiederholt vorgenommenen Untersuchungen weder im mittleren Nasengange noch im Epipharynx nachweisbar.

Die Patientin atmete nach der Operation durch die rechte Nasenhälfte wohl etwas freier, es bestand aber noch immer ein gewisser Grad von Behinderung, für welche ich vorläufig keine Ursache auffinden konnte, — die Rhinorrhöe und das Tränenröufeln blieben aber unverändert. Nun entschloß ich mich, das rechte Antrum zu untersuchen, ob nicht da der Grund für alle diese Erscheinungen aufzufinden wäre und siehe da, bei der vom Ostium maxillare aus vorgenommenen Ausspülung förderte ich einen etwa haselnußgroßen, zusammenhängenden Schleimklumpen von grünlicher Farbe zutage, der in seinem Aussehen dem Sekrete der oben beschriebenen ersten zwei Fälle vollkommen glich. Die genauere Untersuchung dieses Sekretes ergab in der Tat, daß auch dieses, gleich jenen in seiner Hauptmasse aus Schleim bestand, dem spärliche Leukozyten und eosinophile Zellen beigemischt waren. Auf Befragen gab die Patientin die dezidierte Antwort, spontan niemals ein derartiges Sekret aus ihrer Nase entleert zu haben.

Nach mehreren, anfangs täglich, später bloß jeden zweiten Tag vorgenommenen Spülungen, wobei nach jedesmaliger Herausbeförderung des Sekretklumpens noch eine konzentrierte Tanninlösung injiziert wurde, schwand endlich das Sekret und mit ihm die bestehenden Beschwerden, die Nasenatmung wurde frei, Tränenfluß und Rhinorrhöe hörten auf.

Nach einigen Wochen besuchte mich Patientin wieder und erhob die nämlichen Klagen wie ehemals. Ausspülung ergibt wieder klumpigen Schleim, — Behandlung wie früher, Heilung nach einigen Ausspülungen. Dieses Spiel wiederholte sich bis Anfang Juni v. J. noch einige Male, seit dieser Zeit befindet sich die Frau vollkommen wohl und die seither noch zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Probeausspülungen ergaben immer ein negatives Resultat. Ich bin wohl zu der Annahme berechtigt, daß in diesem Falle ein Teil der Nasenobstruktion, die Rhinorrhöe und das Tränenröufeln mit der Affektion der Highmorshöhle in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden muß.

Fall IV. Frau Fr. M., Kaufmannsgattin, 33 Jahre alt, klagt über rechtsseitiges, seit einigen Wochen bestehendes Nasenfließen. Es wird eine wasserklare, dünnflüssige Flüssigkeit entleert, welche auf dem Taschentuche nach dem Austrocknen keine steifen Flecke zurückläßt. Sonst keinerlei Beschwerden von Seite der Nase, kein

Tränenröufeln vorhanden. Nasenuntersuchung am 9. Februar 1903: beiderseits blaße Schleimhaut, Muscheln grazil, Nasengänge geräumig, nirgends pathologisches Sekret sichtbar. Im retronasalen Raume nichts Pathologisches nachweisbar. Bei Vornüberbeugen des Kopfes tropft sofort eine klare Flüssigkeit heraus und man kann deutlich unterscheiden, daß dieselbe nur aus dem rechten Nasenloche abfließt. Das rechte Nasenloch gerötet, nach unten zu erodiert.

Nach diesem negativen Nasenbefunde und eingedenk des vorhergehenden Falles, untersuchte ich sofort die rechte Highmorshöhle mittelst Wassereinspritzung durch das Ostium maxillare. Ich war erfreut, meine Vermutung bestätigt zu finden, denn ich bekam in der Tat Sekret heraus, wodurch eine Affektion der Höhle erwiesen war, aber dieses Sekret zeigte auch wieder alle jene physikalischen, mikroskopischen und chemischen Eigenschaften, die ich bei dem Sekrete der früheren Fälle gefunden hatte. Und auch in diesem Falle erklärte Patientin auf meine dahinzielende Frage mit aller Bestimmtheit, daß sie früher niemals den Abgang ähnlicher Schleimklumpen beobachtet habe.

Zur Kontrolle habe ich in diesem Falle auch das linke Antrum ausgespült, konnte jedoch aus demselben nichts herausbefördern, — wohl ein wahrscheinlicher Beweis dafür, daß an dem Zustandekommen der rechtsseitigen Rhinorrhöe die Erkrankung des rechten Antrum Schuld trage. Diese Wahrscheinlichkeit wurde zur Gewißheit, als nach 17 täglich einmal vorgenommenen Ausspülungen des rechten Antrum mit Wasser und nachfolgender konzentrierter Tanninlösung kein Schleim mehr herausgespült werden konnte, damit aber auch die Rhinorrhöe aufgehört hatte. Der Zustand ist auch bis heute gut geblieben.

Fall V. D. W., Gymnasialschüler, 17 Jahre alt, wurde von mir vor drei Jahren wegen Verlegung der rechten Nasenhälfte behandelt, als deren Ursache ein großer, in die Choane hineinragender Polyp erkannt wurde, und nach dessen Entfernung die Nasenatmung frei blieb. Im Frühjahr v. J. befragte er mich abermals wegen schwerer Durchgängigkeit, diesmal aber der linken Nasenseite. Ich fand weder Polypen, noch sonst eine sichtbare Veränderung in der Nase vor und empfahl dem Patienten, noch beobachtend zuzuwarten und sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen. Als nach etwa 14 tägiger Beobachtungszeit das Respirationshindernis noch immer bestand, und die neuerlich vorgenommene Untersuchung des Naseninneren und des retronasalen Raumes abnormals nichts ergab, was für dieses Atmungshindernis verantwortlich gemacht werden konnte, dachte ich daran, ob nicht auch hier eine Affektion der Highmorshöhle das ursächliche Moment bilde, und spülte dieselbe aus. Und siehe da, die Vermutung erwies sich als richtig, ich bekam einen Klumpen lichtgrünen Schleimes mit dem Spülwasser heraus, der sich bei seinem Durchtritte durch die Nasenöffnung in die Länge streckte, in der Tasse jedoch die kugelige Form annahm, so daß ich den Eindruck bekam, als wäre dieser Schleim von einer nachgiebigen membranösen Hülle umgeben, welche das Zorfließen des Schleimes hindert. Die Untersuchung des Sekretes ergab ein mit den früheren Fällen vollkommen übereinstimmendes Resultat.

Der Verlauf war in diesem Falle derart, daß die Erscheinungen schwankten, nach der Ausspülung blieb die Nase jedesmal mehrere Tage hindurch durchgängig, und in einem solchen Intervalle konnte ich mittelst der Ausspülung keinen Schleim aus dem Antrum herausbefördern, — dann aber stellte sich wieder Verstopfung ein, und die Ausspülung lieferte zu dieser Zeit abermals Schleim. Etwa anfangs Mai gesellte sich zu diesem Symptom noch ein anderes hinzu, es traten nämlich Schmerzen in den linksseitigen oberen Zähnen ein, die allerdings keine besondere Höhe erreichten, vom Pat. aber dennoch unangenehm empfunden wurden, und die ich, da absolut keine Zahnerkrankung nachgewiesen werden konnte, mit der Affektion des Antrum in ursächlichen Zusammenhang bringen zu müssen glaubte. Tatsächlich verschwanden auch die Schmerzen, gleichwie die Nasenverstopfung, jedesmal nach der Ausspülung und Entleerung eines Schleimklumpens, und an den Tagen, an denen ich bei der Ausspülung keinen Schleim bekam, fehlte auch der Zahnschmerz. Hierdurch war der Zusammenhang sowohl der Nasenobstruktion als auch des dentalen Schmerzes

mit der Antrumaffectio erwiesen und in der Folge suchte mich der Pat. behufs Ausspülung seiner Oberkieferhöhle nur dann auf, wenn eines oder beide dieser Symptome sich bemerkbar machten.

Von Ende Juli bis Anfang September befand sich der Pat. fern von Wien, und bei seiner Rückkehr gab er an, daß er sich in der guten Landluft sehr wohl gefühlt, keinerlei Beschwerden empfunden habe, kaum aber war er nach Wien zurückgekehrt, als das Spiel von Verstopfung der Nase und Zahnschmerz wieder begann; er bemerke aber, daß die Verstopfung jetzt eine andauernde ist, daß er nach der Ausspülung wohl den Zahnschmerz verliere, die Verstopfung jedoch unbeeinflusst weiter fortbestehe. Ich untersuchte nun neuerdings genau, und fand, daß ein ziemlich großer, von der mittleren Muschel nach der linken Choane hineingewachsener Polyp die Choane verlegt. Nach der sofort mittelst kalter Schlinge vorgenommenen Entfernung des Polypen trat sofort freie Nasenatmung linkerseits ein, aber jene oben erwähnte jedesmal mit dem Vorhandensein von Schleim im Antrum zusammenhängende Verstopfung, wie auch der Schmerz in den Zähnen treten noch alle drei bis vier Tage auf, — ich mußte sohin den Pat. noch in Behandlung behalten, und spüle, so oft sich diese Erscheinungen einstellen, das Antrum aus, worauf dieselben jedesmal prompt verschwinden.

Wenn wir die hier mitgeteilten Krankengeschichten überblicken, so sehen wir, daß es sich in allen fünf Fällen um Entzündungen der Kieferhöhlenschleimhaut handelte, und zwar waren die ersten zwei Fälle akute, die anderen drei Fälle chronische Entzündungen. Über die Art und den Grad der Veränderung der Schleimhaut läßt sich nichts Sicheres aussagen, da die Schleimhaut in vivo durch keine Untersuchungsmethode sichtbar gemacht werden kann, — man ist da lediglich auf die Untersuchung des Exsudates angewiesen und nach dem Ergebnisse derselben ist es klar, daß alle fünf Fälle Schleimhautentzündungen mit schleimigem Exsudate, mithin katarrhalische Entzündungen darstellen. Die pathologischen Phänomene, denen wir in den einzelnen Fällen begegneten, Schmerz in der Oberkiefergegend oder in den Zähnen, Verstopfung der Nase, Rhinorrhöe und Tränenträufeln, sind durchaus nicht von jenen verschieden, denen wir auch bei andersartigen Entzündungen der Antrumschleimhaut gelegentlich zu begegnen pflegen, — sie müssen ja nicht in jedem einzelnen Falle vorkommen, sie können vorhanden sein, sie können aber auch fehlen, — die Bedingungen für das eine oder das andere sind bisher noch völlig unbekannt.

Was aber die mitgeteilten Fälle von anderen bisher bekannt gewordenen Entzündungen der Antrumschleimhaut wesentlich unterscheidet, ist die eigentümliche zähe Beschaffenheit des Sekretes, welche es veranlaßt, daß die ganze Masse desselben fest zusammenhält, daß dasselbe weder spontan nach der Nase abfließen, noch durch kräftiges Schnäuzen aus der Höhle entleert werden kann, daher auch bei rhinoskopischer Untersuchung weder in der Nase, noch im retronasalen Raume gefunden wird; — man kann es nur durch Ausspülung unter starkem Drucke herausbefördern.

Unter dem Gesichtswinkel dieser Tatsache gewinnen auch die anderen beobachteten Symptome, wie Schmerz, Tränenträufeln, Hydrorrhoea nasalis und Verstopfung der Nase, für sich allein, eine erhöhte Bedeutung, und beanspruchen im konkreten Falle eine eingehende Berücksichtigung. Es ist zwar allen Rhinologen geläufig, daß diese Symptome bei Erkrankungen der Antrumschleimhaut beobachtet werden, und man erklärt sie in der Weise, daß sie durch die entzündliche Reizung der sensiblen Nerven dieser Schleimhaut hervorgerufen werden, die einmal als Schmerz im Oberkiefer oder in den Zähnen empfunden wird, ein anderesmal reflektorisch die Tätigkeit der sekretorischen Nerven anregt, — es tritt Tränen oder Nasenfluß auf. Da aber solche Erscheinungen auch ohne Erkrankung der Antrumschleimhaut,

durch Reizung der in der Nasenhöhle selbst befindlichen Nerven, entstehen können, so pflegt man in einem gegebenen Falle auf diese Erscheinungen allein hin die Oberkieferhöhle noch nicht zu untersuchen, man tut dies erst, wenn man neben diesen auch noch die Anwesenheit pathologischen Sekretes im mittleren Nasengange oder im Epipharynx konstatieren kann. Auf diese Weise sind die ohne Untersuchung der Kieferhöhle gemachten Diagnosen: Neuralgia n. trigemini, Conjunctivitis et Rhinitis nervosa entstanden.

Auch die Verstopfung der Nase ist ein bei Antrumaffectio wohlbekanntes Symptom, es wird auf die bei länger dauernden Entzündungen fast stets vorfindlichen Schleimhauthypertrophien, polypöse Exkreszenzen und bei geschlossenen Sekretansammlungen auf die Hervorwölbung der seitlichen Nasenwand bezogen.

Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht nun mit unverkennbarer Deutlichkeit hervor, daß diese Symptome, einzeln oder kombiniert, vorkommen, ohne daß man auch Sekret in der Nase oder im Epipharynx findet, und doch sind sie durch eine Entzündung der Antrumschleimhaut hervorgerufen, — das Sekret ist eben nur nicht sichtbar, weil es infolge seiner zähen Beschaffenheit nicht abfließen kann.

Im Falle IV, wo nach Amputation des stark vergrößerten vorderen Endes der mittleren Muschel noch immer über Verlegung der rechten Nasenhälfte geklagt wurde, und wo ich weder in der Nase, noch im retronasalen Raume ein pathologisches Sekret vorfand, veranlaßte mich nur die Rhinorrhöe das rechte Antrum durch probatorische Ausspülung zu untersuchen, das Resultat war ein positives und die Ausspülung übte nicht allein auf den Nasenfluß, sondern auch auf die Verstopfung günstig ein. Diese Erfahrung machte ich mir im Falle V, in welchem nur über Verstopfung der Nase geklagt wurde, zunutze. Ich untersuchte das Antrum, auch hier lieferte die Probeausspülung ein positives Ergebnis, und die nachfolgende Behandlung des Antrum beseitigte die Nasenverstopfung. In einem dergleichen Falle scheint mir die Nasenverstopfung gleichfalls auf reflektorischem Wege, durch Füllung des Schwellgewebes zustande zu kommen.

Man wird demnach nach dieser Erfahrung künftighin bei Verstopfungen der Nase, für welche entweder keine mechanische Ursache in der Nase nachgewiesen werden kann, oder welche nach Beseitigung einer aufgefundenen derlei Ursache noch weiter fortbesteht, trotz des eventuellen Fehlens eines pathologischen Sekretes in der Nase und im retronasalen Raume daran denken müssen, daß möglicherweise eine Affektion des Antrum vorliegt, bei welcher nur das gebildete Sekret wegen seiner Zähigkeit aus der Höhle nicht ausfließen kann, und hierin die dringende Aufforderung finden, das Antrum zu untersuchen. Dasselbe gilt natürlich auch von jenen Fällen, in denen entweder Schmerzen in der Gegend des Oberkiefers oder in den Zähnen, Nasen- oder Tränenfluß angegeben wird. Vielleicht werden sich, wenn man die Untersuchungen der Oberkieferhöhle in dieser Weise ausdehnt, die Beobachtungen über die hier beschriebene Sekretqualität mehren, meine zwei letzten Fälle fallen erst in die jüngste Zeit, dies mag wohl der Grund sein, daß mir seither noch kein einschlägiges Beobachtungsmaterial zugewachsen ist, ich somit im ganzen nur in fünf Fällen dieses so eigentümliche Sekret beobachten konnte. Ob ein solches auch in den anderen Nebenhöhlen der Nase gelegentlich vorkommt, ist mir nicht bekannt, ich habe es in diesen niemals gefunden.

Über die Ursache der lichtgrünen Farbe des Sekretes konnte nichts Sicheres eruiert werden; es fand sich kein Pigment vor, und ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich diesen Farbenton aus dem optischen Zusammenwirken der in dem Sekret vorfindlichen Leukozyten und dem dichten, zähen Schleim ableite.

Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien.

(Fortsetzung.)

Noch einer anderen schweren Erkrankung der Wirbelsäule müssen wir bei dieser Gelegenheit gedenken, obwohl sie ebenso wie die Skoliose scheinbar nur das Interesse des Spezialisten in der Orthopädie zu wecken berechtigt ist. Wir meinen die Spondylitis, Malum Pottii, die Wirbel-tuberkulose.

Welche schwerwiegende diagnostische Irrtümer können da unterlaufen, wenn es der Arzt versäumt, den Fall auch vom Gesichtspunkte der Chirurgen und Orthopäden zu beurteilen! Welche schwere Folgen können sich tatsächlich bei einer unrichtigen Behandlung einstellen! Die genaue Unterscheidung und das strenge Auseinanderhalten der Spondylitis von einer schmerzhaften rachitischen Kyphose erfordert auch eine sorgsame Aufmerksamkeit seitens des Untersuchenden. Die Differentialdiagnose stützt sich hier hauptsächlich auf den Versuch der Ausgleichbarkeit bei beiden Deformitäten; denn während die Wirbelsäule bei der ersteren fest und starr fixiert ist, läßt sie sich bei der rachitischen Kyphose leicht ausgleichen. In einem solchen Falle wird es sich empfehlen, das Kind auf eine harte Unterlage auf den Bauch zu legen. Bei der rachitischen Kyphose verschwindet der Buckel vollkommen, wenn man die Füße des Kindes aufwärts hebt; es wird hierbei fast ausschließlich das Becken gehoben; aus der Kyphose wird eine Lordose. Das Kind wird bei diesem Versuche auch keinen besonderen Schmerz verspüren.

Bei Spondylitis hingegen wird unter lebhaften Schmerzäußerungen und Protestbewegungen des Kindes der Buckel noch mehr hervortreten, der ganze Rumpf wird gewissermaßen zugleich mitgehen. Außerdem pflegt die rhachitische Kyphose in der Regel in der Form eines Bogens zu verlaufen, während der spondylitische Buckel winkelförmig ist.

Glauben Sie nicht, m. H., daß diese Unterscheidungsmerkmale nur für den Orthopäden vom Fache interessant sind, es gibt mehr Spondylitisfälle, als solche in der Regel diagnostiziert werden. Wie viele Kinder hätten dieser furchtbaren Krankheit entrissen werden können, und bei wie vielen hätte sich der weitere Verlauf ganz anders gestaltet, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt, die Behandlung richtig geleitet worden wäre!

Denn die moderne Orthopädie verfügt über Mittel, welche die Spondylitis nicht nur zum Stillstand, sondern auch zur Heilung bringen können, besonders aber dann, wenn es sich um eine Spondylitis im Anfangsstadium handelt. Und gerade auf die Frühsymptome der Spondylitis müssen wir stets unser Augenmerk richten. Kinder, welche sonst lustig umherspringen, werden mürrisch, traurig und suchen gerne die Einsamkeit auf, wo sie ganz ruhig zusammengekauert vor sich ins Leere hineinstarren. Kleinere Kinder pflegen mit Vorliebe ihren Kopf an jenen der sie tragenden Person zu legen und in dieser Stellung minutenlang zu verharren. Sie tun dies, um ihre eigene Wirbelsäule unwillkürlich zu entlasten. Zugleich erhält das Gesicht einen leidenden, traurigen Ausdruck und es tritt nicht selten auch eine auffallende Blässe desselben auf. Die Kinder beginnen in diesem Stadium auch die Aufnahme der Nahrung zu verweigern, nach welcher sie früher vielleicht stürmisch verlangten. Sie jammern bei allen Körperbewegungen, besonders beim Baden und überhaupt bei allen brüskten Körperbewegungen, z. B. beim Springen, Husten, Niesen u. dgl. Für ältere Kinder sind Klagen über Bauchschmerzen charakteristisch, obwohl die Funktionen des Magens und des Darmes dabei ganz tadellos sein können.

HOFFA hebt auch Schmerzen hervor, welche in die Spitze des Penis und der Blase ausstrahlen und erwähnt eines Falles, in welchem sogar wegen Verdachtes auf Blasensteine eine Cystotomie ausgeführt wurde.

Die spondylitischen Schmerzen der Erwachsenen sind den bei Tabes vorkommenden lanzinierenden Schmerzen nicht unähnlich und LANNELONGUE berichtet über einen Fall von Spondylitis, bei welchem sich der Beginn der Krankheit durch epileptiforme Anfälle ankündigte. Da die Schmerzen vorzugsweise in der Nacht auftreten, so stoßen die Kranken oft, nachdem sie eingeschlafen sind, einen lauten Schrei aus.

Ich will mich auf die Anführung dieser markantesten Frühsymptome der Spondylitis beschränken und möchte nur noch auch auf die Möglichkeit einer Verwechslung der Spondylitis mit der habituellen Skoliose hinweisen, soweit dies den praktischen Arzt in seiner Alltagspraxis interessieren kann. Es kann diese Möglichkeit besonders bei dem Umstande, daß manche Spondylitiden mitunter mit einer geringeren Schmerzhaftigkeit verbunden sind, dann eintreten, wenn zugleich auch eine seitliche Abweichung der Wirbelsäule besteht. Die Schmerzhaftigkeit eines bestimmten Dornfortsatzes ist in einem solchen Falle entscheidend, ebenso aber die Verschiebung des ganzen Rumpfes nach der Seite der Konvexität; ferner die steife Haltung des Kindes, sowie das Fehlen der Torsion der Wirbelsäule, welche die Spondylitis gegenüber der Skoliose genügend kennzeichnet. Welch schwerer Irrtum wäre es, wenn hier statt einer latenten Spondylitis eine Skoliose diagnostiziert werden und dem Kinde eine reichliche körperliche Bewegung etwa mit Turnübungen verordnet würde! Ich darf es als bekannt voraussetzen, daß es bei der Spondylitis eine genau präzisierte Behandlungsmethode gibt, welche sich vorzugsweise eine vollkommene Immobilisierung der erkrankten Knochen und Knorpelteile zur Hauptsache stellt.

Nachdem das Malum Pottii häufig auch einen höher gelegenen Brust- oder Nackenwirbel befallen kann, so ist die Untersuchung auf dieses Leiden nicht nur bei einer skoliotischen Haltung des Kindes, sondern auch bei dem sogenannten Dorsum rotundum, wenn da über Ermüdung und Schmerz in der genannten Region geklagt wird, auszudehnen, um so mehr, da gerade in höher gelegenen Wirbeln auftretende Spondylitis wegen der geringeren Belastung schleichender und unter geringeren Schmerzen auftreten kann als jene in den tiefer gelegenen Wirbeln.

Ich erinnere mich eines unglücklichen Prüfungskandidaten aus der Chirurgie, welchem ALBERT beim Rigorosum einen etwa 10jährigen Knaben übergab, welcher seinen Kopf in einer schiefen Stellung hielt und vor dem Kandidaten offenbar in Verkennung seines wirklichen schweren Leidens unter wenig rücksichtsvollen Neig- und Nickbewegungen ziemlich roh angepackt wurde. ALBERT fiel ihm sofort in die Hände und sagte in ziemlicher Übereinstimmung des Auditoriums: „Lernen Sie zuerst Ihre Kranken ansehen und dann erst anpacken, aber etwas zarter und dann kommen Sie wieder in drei Monaten! Dann werden Sie gewiß nicht mehr in die Gefahr kommen, dem Patienten und sich selbst das Genick zu brechen!“ Es war eben ein schwerer ambulanter Fall von Malum Pottii der Halswirbelsäule.

Auch mit anderen Krankheiten ist die Spondylitis bereits verwechselt worden. So beschreibt R. BLOCH einen Fall von einer sehr hartnäckigen rheumatischen Ischias, bei welcher eine jede antirheumatische Behandlung, ja selbst die SCHLEICHsche Anästhesie fehlschlug, bis sich das Übel schließlich als Wirbelkaries entpuppte.

Von der Spondylitis wohl zu unterscheiden, wenn auch nicht so leicht zu verwechseln ist die von BECHTEREW im Jahre 1892 zuerst beschriebene, mit Ankylosierung einhergehende Erkrankung der Knochen und Bänder der Wirbelsäule, wobei es auch zur Buckelbildung kommt; unsere Kenntnisse dieser Krankheit hat später PIERRE MARIE unter der Bezeichnung Spondylose rhizomélique erweitert, und STRÜMPPELL hat dieselbe mit dem Namen „chronisch ankylosierende

Entzündung der Wirbelsäule“ belegt. Die Krankheit befällt vorzugsweise jugendliche Leute und ergreift mit Vorliebe die Lendenwirbelsäule, nicht wie die Spondylitis die Brust- und Halswirbelsäule; sie befällt auch nicht einen einzigen Wirbel, sondern ganze Abschnitte der Wirbelsäule. Zumeist sieht man einen runden Rücken und eine ganz flach verlaufende Lendenwirbelsäule. Nicht selten pflegen auch mehrere periphere Gelenke zu erkranken, so sind z. B. die Hüftgelenke gebeugt; infolge von Druck auf die betreffenden Nervenwurzeln kommt es zu heftigen Neuralgien. Wir müssen demnach die Spondylose rhizomélíque in die Klasse der Arthritis deformans einreihen.

Interessant ist auch die von ALBERT, KOCHER und NIKOLADONI u. a. als solche beschriebene Ischias skoliótica. Sie pflegt sich bei Personen einzustellen, die monate- und jahrelang an Ischias gelitten haben. Die Verkrümmung der Wirbelsäule ist hierbei nicht immer gleichartig und neben ihr pflegt auch außer einer Rotation derselben eine Neigung des Stammes in der Höhe des Beckens nach vorn sowie eine leichte Kyphose der Lendenwirbelsäule aufzutreten. Die Verkrümmung verschwindet nicht nur in der Narkose, sondern auch dann, sobald sich der Kranke auf seine Arme stützt und den Körper herunterhängen läßt. Während GUSSENBAUER die Ursache in einer Schwäche des M. erector trunci sucht, erblickt darin HOFFA, welcher selbst an einer schweren Ischias litt, eine einfache Reflexkontraktur der Muskeln.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

FABER (Kopenhagen): Über Appendicitis obliterans.

Verf. hat fünf durch Operation gewonnene obliterierte Wurmfortsätze histologisch genau untersucht, um die Frage nach der Ätiologie der Obliteration zu entscheiden. Während bisnua die Obliteration von den einen als die Folge eines Entzündungsprozesses angesehen wurde, vertraten die anderen die Anschauung, daß es sich um ein physiologisches, häufig seniles Involutionssphänomen ohne Bedeutung für das Individuum handle. Verf. hat nun sowohl aus der histologischen Untersuchung als auch aus den Krankengeschichten folgende Schlußfolgerungen gezogen („Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 11, H. 4):

In dem Processus vermiformis treten verhältnismäßig oft Entzündungsprozesse ein, die zur partiellen oder totalen Obliteration des Lumens führen. Für einen senilen Involutionssprozeß finden sich keine Anhaltspunkte. Die Obliteration kann in allen Altern vorkommen. Diese Appendicitis obliterans verläuft öfter, ohne daß krankhafte Symptome nachzuweisen sind, jedenfalls ohne daß man diese auf eine Appendicitis beziehen kann. In einer gewissen Anzahl von Fällen lassen sich Symptome von chronischer Appendicitis nachweisen.

Mit der Obliteration bilden sich gleichzeitig Adhärenzen um den Processus vermiformis und diese können eine klinische Bedeutung haben. Das Leiden kann aber auch ohne Adhärenzen starke und andauernde Symptome, ausgesprochene Anfälle, machen. In anderen Fällen verläuft die Krankheit als Appendicitis larvata.

ERDHEIM.

H. V. TAPPEINER und JESONEK (München): Therapeutische Versuche mit fluoreszierenden Stoffen.

Eine Reihe von zum Teil bereits veröffentlichten Versuchen hatten dargetan, daß fluoreszierende Stoffe bei Gegenwart von Licht auf Infusorien, auf Flimmerepithelien, auf enzymartige Substanzen und endlich auch auf Toxine eine eigentümliche Wirkung entfalten, insofern als sie die einen töten, den anderen ihre besondere Wirksamkeit entweder vollständig nehmen oder sie doch erheblich beeinträchtigen. Es war nur ein naturgemäßer Schritt, wenn die Autoren („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 47) diese Wirksamkeit auch

bei krankhaften Prozessen der Haut zu erproben suchten, wo einerseits der Zutritt von Licht, andererseits die Applikation von Eosin sich leicht gestaltet. Es wurden die betreffenden Stellen mit 5%iger Eosinlösung gepinselt und so lange als möglich dem Sonnenlichte ausgesetzt. Bei Nacht (und wenn nicht exponiert wurde) wurde ein indifferenten Borwasserumschlag verwendet. Geschildert wird die Einwirkung auf 3 Hautkarzinome, auf einen Fall tuberkulöser Hodenerkrankung und daran anschließendem Skrofuloderm des Skrotums und schließlich auch auf Lupusherde. In allen Fällen konnte erhebliche Besserung des Krankheitszustandes erzielt werden; es handelt sich wohl nicht um vollständige Heilung, die diesbezüglichen Versuche sind auch noch zu jung, kaum etwas über 2 Monate. Insbesondere bei Lupus werden die Resultate ganz in Analogie zur Wirkung des Tuberkulins gesetzt; zweifellos scheint der Haut eingelagertes tuberkulöses Granulationsgewebe der Eosin-Lichtwirkung in auffallender Weise zu erliegen, doch zeigen sich Rezidive eventuell unmittelbar nach der Beseitigung des ersten Krankheitsherdes. Auchluetische Krankheitsherde, und zwar Papeln an den weiblichen Genitalien, gingen unter dieser Behandlung sehr prompt und rasch zurück, ebenso heilten Primäraffekte sehr rasch und die regionären Drüsenanschwellungen wurden spontan vollkommen regress; in einem Falle kam es nicht zu Allgemeinerscheinungen, in dem zweiten verzögerten sie sich bis zur 16. Woche und verliefen dann sehr milde. Natürlich lassen sich aus all diesen Beobachtungen noch keine Schlüsse ziehen, wie es sich den Autoren überhaupt nur um eine vorläufige Mitteilung handelt.

DEUTSCH.

BAKALEINIK (Kiew): Über einen Hydrodilator zur Behandlung von Strikturen der Harnröhre, des Oesophagus, des Anus, sowie zur Erweiterung des Kanals des Gebärmutterhalses.

Verf. hat einen Apparat konstruiert, dessen Grundidee in Anwendung eines gleichmäßigen hydraulischen Druckes, der einem dünnwandigen (Gummi-) Rohr und durch Vermittlung dieses letzteren auch dem Röhrenorgan den lebenden Organismus übermittelt wird, besteht. Der Hydrodilator hat zwei Hauptteile; der eine entwickelt einen gleichmäßigen Druck, während der andere zur Aufnahme dieses Druckes bestimmt ist. Der Teil, welcher den Druck entwickelt, besteht aus einem metallenen Zylinder, in dem sich auf einer Schraube eine Stange mit metallenen Kolben hin und her (vorwärts und rückwärts) bewegt. Der Kolben erzeugt, indem er auf das im Zylinder befindliche Wasser drückt, einen gewissen Druck. Der zur Aufnahme des erzeugten Druckes bestimmte Teil besteht aus einem Gummirohr, welches einem Handschuhfinger ähnlich gestaltet ist und dessen Wandungen durchwegs von gleicher Stärke sind. Das Lumen dieses Rohres muß gleichfalls überall ein und denselben Durchmesser aufweisen. Das Gummirohr, welches unter einen immer höher werdenden hydraulischen Druck gesetzt wird, vergrößert sich allmählich im Querdurchmesser und wird dabei sehr hart. Die Stange, welche den Kolben in den Zylinder hineinschiebt, hat eine bestimmte Zahl von Schraubengewinden und bei jeder mit der Hand bewirkten Umdrehung des Griffes der Stange wird das Gummirohr im Querdurchmesser vergrößert („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 35). Man muß, um eine gleichmäßige und allmähliche Zunahme des Querdurchmessers des Gummirohres zu erzielen, Gummirohre verwenden, die in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmäßig dicke Wandungen und einen gleichmäßigen Querdurchmesser haben. Für den Hydrodilator ist nur destilliertes Wasser zu verwenden, und zwar nicht nur, weil destilliertes Wasser das Schraubengewinde der Stange nicht angreift, sondern hauptsächlich aus dem Grunde, weil aus dem destillierten Wasser die sonst im Wasser enthaltene absorbierte Luft beseitigt ist. Sämtliche Teile des Apparats müssen mit Vaselin gut bestrichen sein.

L—y.

F. MAINZER (Berlin): Zur Technik vaginaler Operationsmethoden.

Die Bedeutung der Klemmen liegt nur noch auf historischem Gebiete; sie gaben wohl den Mut zur Vornahme der mit dem Nimbus besonderer Schwierigkeit umkleideten vaginalen Radikal-

operation, lassen aber die Möglichkeit einer Nachblutung nach ihrer Abnahme, sowie die übermäßige Jauchung als zu vermeidende Nachteile erscheinen.

Als Weg bevorzugte M. („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1903, Nr. 35) prinzipiell den Schnitt durch das hintere Scheidengewölbe. Er führt direkt auf die Organe, an denen operiert werden soll, los, da dieselben, sowie ihre hauptsächlichsten Verwachsungen hinter dem Uterus liegen; er schließt Nebenverletzungen aus und eröffnet die Bauchhöhle an ihrem tiefsten Punkte.

Alle Vorzüge der hinteren Kolpotomie treten aber hervor bei einer Technik, die vom Autor als „bimanuelles Operieren“ bezeichnet wird, wobei durch die **Zuhilfenahme einer Hand von den Bauchdecken her die Lösung, Ergreifung und Entwicklung der zu extirpierenden Organe erfolgt.**

Bei der Nachbehandlung wird der Gazestreifen recht lange, 6—7 Tage, liegen gelassen. In 52 Fällen (28mal Inzision und Drainage der Eiterherde, 24mal Extirpation der Adnexe) wurden nie Komplikationen beobachtet.

FISCHER.

F. KÖHLER (Worben a. d. Ruhr): Die WIDALSche Reaktion bei Gelbsucht.

Verf. hat die bemerkenswerte Tatsache nachgewiesen, daß relativ häufig Personen, welche an Erkrankungen des Blutes, besonders aber solche, welche an Leberkrankheiten mit Ikterus leiden, Agglutinationsvermögen für Typhusbakterien zeigen („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 32).

Eigentümlich ist ferner die Tatsache, daß in Klümpchen getrocknete, 10%ige, chemisch reine Taurocholsäure (von GRÜBLER), wie die stets gepulverte 10%ige Taurocholsäure (von MERCK) zeitweise eine deutliche Einwirkung auf die Typhusbazillen im Sinne der Agglutination zeigt, zeitweise aber dieselben nicht beeinflußt.

Eine Inkonstanz der Erscheinungen ist bei diesen Versuchen der künstlichen Agglutination somit unverkennbar. Der Agglutinationswert ist durchaus nicht ein Maßstab für die Schwere der gleichnamigen Infektion; dies lehren immer wieder die Resultate der WIDALSchen Reaktion beim Typhus und die Untersuchungen über die Serumagglutinationen Tuberkulöser bei der Tuberkuloseinfektion. Zweifellos spielen in den ganzen Prozeß sehr häufig hemmende Momente hinein, welche der ursprünglichen Anschauung, der Agglutinationsvorgang sei aufzufassen als ein Ausdruck vorhandener, bzw. sich entwickelnder Immunität im Organismus, die Berechtigung streitig machen.

Die Gallenreaktion steht zudem nicht vereinzelt da und muß subsumiert werden unter das Kapitel der WIDALSchen Reaktion auf Grund der Einwirkung chemischer Substanzen. (So geben u. a. Safranin, Fuchsin und Vesuvin in entsprechender Verdünnung die Agglutinationsreaktion. — Auf Grund dieser Erfahrungen verliert die WIDALSche Reaktion für die Typhusdiagnose nicht unwesentlich an Zuverlässigkeit.)

G.

HERMANN SUCHANNECK (Zürich): Chloromethylmenthyläther, ein zweckmäßiges Inhalationsmittel.

Der Chloromethylmenthyläther fügt zu der Einwirkung des Menthols die des zu Desinfektionszwecken aktuell gewordenen Formalins „in reizloser Form“ hinzu. Es besitzt die Eigenschaft, in Verbindung mit feuchter Luft (Nasenhöhle) oder auch warmem Wasser, bzw. in warmem Öl von 30—40° C, bzw. 50—56° C, sich in Menthol, Formalin und Salzsäure zu zerlegen. Dabei wird die Salzsäure von dem flüssigen Medium aufgenommen, während die beiden anderen Stoffe auf dem Wege der Einatmung in die oberen Luftwege dringen. Man kann aber bereits eine Wirkung erzielen, wenn man eine trockene Anwendung des Äthers vornimmt. Zu diesem Zweck wird eine mit dem Äther getränkte Watte, die in Blechschächtehen stets sorgfältig verschlossen zu halten ist, verwendet. Bei beginnendem oder leichtem, bereits eingetretenem Schnupfen genügt es dann, kleine, die Nasenöffnung nicht verschließende Kügelchen der Watte in den Nasenhöhlen (vorn) zu tragen. Nach Abdunstung des Äthers sind sie zu ersetzen. Das

zur Anwendung des Mittels dienende Nasenglas ist ballonförmig mit breiter Grundfläche und besitzt eine größere Öffnung, durch welche das Eingießen des warmen Wassers (man fülle das Gefäß halbvoll an) und nachher des Äthers (4—6 Tropfen) zu erfolgen hat. Die Einatmung geschehe durch die zwei am Glase angebrachten olivenförmigen Röhren, die wie eine Gabel in die Nasenlöcher einzuführen sind. Besser noch ist es, vorerst über jede Olive ein Stückchen Gummirohr zu stülpen, um so bequemer diese, nunmehr elastischen Röhren jedem Nasenloch anzupassen. Das warme Wasser besorgt die Zerlegung des Äthers, und es müssen die Dämpfe so eingeatmet werden, daß man das Menthol deutlich im Rachen fühlt. Allmählich läßt die stärkere Empfindung für diesen Bestandteil nach und dann wird deutlich das Formalin wahrgenommen. Zu starkes Erwärmen des Wassers reizt. Die Erfahrungen von S. erstrecken sich auf etwa 12 Fälle von drohendem oder bereits ausgebrochenem Schnupfen, auf einige Krauke mit frischem Nasenrachenraumkatarrh, sowie auf Patienten mit akuter, subakuter und chronischer Bronchitis.

N.

JENESCU (Bukarest): Die Nephrektomie.

Verf. hatte unter 17 Nephrektomien 14 Heilungen und 3 Todesfälle zu verzeichnen. Er zieht den transperitonealen Weg vor, da derselbe die geringere Mortalität ergab. Auch muß bei Benützung des lumbaren Schnittes fast immer drainiert werden, was die Heilung verzögert und oft langwierige Fisteln entstehen läßt. Der transperitoneale Weg erlaubt eine direkte Untersuchung der anderen Niere, es können selbst voluminöse Tumoren leicht entfernt und ausgedehnte Adhärenzen gelöst werden („Revis. d. Chirurg.“, 1903, Nr. 5).

Bei der lumbaren Methode macht J. einen langen Schnitt parallel der 12. Rippe, falls diese zu kurz ist, längs der 11. Rippe. Dieser Schnitt gibt besseres Licht als die anderen vertikalen oder schiefen Schnitte. Will man die paraperitoneale Nephrektomie ausführen, welche namentlich in Fällen von Ureterovaginalfistel angezeigt ist, so führt man den Schnitt vom Ende der 12. Rippe bis zur Mitte der FALLOPSchen Arkade. Man löst das Peritoneum vorsichtig ab und gelangt in die Darmbeingrube und an den Ureter. Bei Unmöglichkeit einer lokalen Wiederherstellung wird derselbe nach oben hin verfolgt und samt der Niere entfernt. Bei der transperitonealen Nephrektomie wird der Schnitt je nach der Notwendigkeit des Falles und der Größe des zu entfernenden Tumors median, teils unter, teils über dem Nabel, oder lateral, längs dem äußeren Rande des Rectus abdominalis, ausgeführt. Um einen Abschluß des Operationsfeldes von der Peritonealhöhle zu bewirken, wird nach Durchtrennung des prärenalen Peritoneums, des Peritoneum latero-colicum, das Kolon, von der vorderen Fläche der Niere abgelöst, wodurch das Bauchfell der hinteren Abdominalwand auf eine große Ausdehnung, gegen die Wirbelsäule hin, freigelegt wird. Dieses peritoneale Stück, enthalten das Kolon und dessen Gefäße, wird gegen die abdominale Öffnung gehoben und hier mit Klemmzangen festgehalten; so kann man dann den externen (lateralen) Teil des parietalen Peritoneum ablösen; wodurch ein zweiter peritonealer Lappen gebildet wird, welcher ebenfalls in die Bauchwunde gezogen und hier mit Zangen festgehalten wird. Außerdem wird die renale Lage exteriorisiert, so daß der Erguß eventuell vorhandenen Eiters aus der Niere in die freie Bauchhöhle verhütet wird.

L.

BAUMSTARK (Homburg): Verwertung der EHRlichSchen Dimethylamidobenzaldehydreaktion für eine quantitative Indolprobe in den Fäzes, nebst Untersuchungen über die Eiweißfäulnis im Darne.

Die EHRlichSche Indolreaktion mit dem Dimethylamidobenzaldehyd ist zum schätzungsweise quantitativen Nachweis des Indols in den Fäzes wohl geeignet. Die Probe ist leicht ausführbar, nicht zeitraubend und als klinische Methode verwertbar. Sie fällt somit eine Lücke aus, die bisher als störend empfunden wurde, da man bisher

nicht in der Lage war, das Indol des Darminhalts quantitativ zu messen und setzt uns zum ersten Male in die Lage, wenigstens ein Hauptprodukt der Eiweißfäulnis, das Indol, in seiner absoluten Menge im Urin und in den Fäzes zu prüfen.

Aus den untersuchten Fällen hat sich ergeben („Archiv f. Verdauungskrankheiten“, Bd. 9, H. 3):

1. Daß zur möglichst genauen Bestimmung des Gesamtumfanges der Eiweißfäulnis im Darm stets Harnindikan, Ätherschwefelsäuren im Urin und die Indolmenge in den Fäzes gemessen werden müssen, 2. daß in Fällen von Obstipation, Achylie, Hyperchlorhydrie, perniziöser Anämie und Chlorose eine mittelstarke bis hochgradige Vermehrung, in Fällen von Diarrhöen (und einem Fall von Achylie) stark verminderte Indolmengen in den Fäzes gefunden wurden, 3. daß gewisse schwere Krankheitsbilder bei minimalem Indolgehalt der Fäzes enorm gesteigerten Indolgehalt des Urins aufweisen können. Solche auffallende Kontraste sind bisher der Feststellung entgangen. Da eine verstärkte Resorption bei dem schweren Krankheitszustande als Erklärung kaum herangezogen werden kann, wird die Annahme des Darniederliegens einer normalerweise vorhandenen Oxydationskraft für die resorbierten Fäulnisprodukte wahrscheinlich gemacht. 4. daß die gleichzeitig mit Achylie und Hyperchlorhydrie häufig bestehenden anderweitigen Störungen des Verdauungsaktes wohl imstande sind, die Eiweißfäulnis ungünstig zu beeinflussen, wenn auch der Magensalzsäure kein direkter desinfizierender Einfluß über die Grenze des Magens hinaus zuerkannt werden kann. Nach alledem ist durch die vorliegenden Untersuchungen schon jetzt der Indolprobe eine große wissenschaftliche Bedeutung gesichert. Inwieweit sie geeignet ist, weitere Aufschlüsse über die Darmfäulnis betreffende Fragen zu geben, und ob sie praktischen Wert erhalten wird, müssen weitere Untersuchungen lehren.

B.

Kleine Mitteilungen.

— Seine **Erfahrungen in der Magen Chirurgie** publiziert KRAUSE („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 48). Er schildert zunächst die chirurgischen Eingriffe bei perforierenden Magengeschwüren und Magenblutungen. Bei letzteren operiert er, sobald eine streng durchgeführte Ulkusdiät versagt hat und die Kranken die Folgen des Leidens nicht mehr ertragen können. Bei allen Magenoperationen benützt Verf. ausschließlich die Naht und verwendet den MURPHY-Knopf nicht mehr. Eine Indikation zu operativem Eingreifen liegt auch in der das Magengeschwür begleitenden Pylorusstenose und Magenerweiterung. Für erstere kommt die Pyloroplastik in Betracht. Auch perigastrische Prozesse, dann der Sanduhrmagen erfordern oft chirurgische Eingriffe. Die durch Magenresektionen infolge von Karzinom zu erzielenden Gewichtszunahmen sind manchmal außerordentlich bedeutend. In manchen Fällen ist eine zweizeitige Operation indiziert. In allen Fällen von Pylorusverschluß und Stauung des Mageninhalt führt Verf., wenn möglich, die Gastroenterostomie aus, oft mit sehr gutem Erfolge für den Ernährungszustand und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Auch Gastrostomie und Kolostomie ergeben manchmal recht günstige Erfolge. Bei der Operation verwendet er immer die allgemeine Narkose. Kleinste Mengen des Narkotikums und schnelles Operieren sind wichtige Voraussetzungen des Erfolges für viele Fälle.

— Über **Kreosottherapie** berichtet O. BURWINKEL („Allg. med. Zentral-Ztg.“, 1903, Nr. 18), der seit nunmehr 7 Jahren die KREWELschen Sanguinalpillen mit 0.1 Kreosot verwendet. Das Mittel muß stets während oder gleich nach dem Essen genommen werden, niemals bei leerem Magen. Die Dosis ist in den ersten Tagen niedrig, je eine Pille nach der Mittags- und Abendmahlzeit. Wird diese gut vertragen — und das ist die Regel — so wird schnell gestiegen. Unbekümmert um die Maximaldosis der Pharmakopoe lasse man dreimal täglich 4, 5, ja 6 Pillen à 0.1 nehmen. Die Hauptsache ist, daß das Kreosot monatelang und noch länger regelmäßig genommen wird.

— Den **Einfluß des verlängerten Kauens auf die Verdauung** erörtert HEGER („Journ. méd. de Bruxelles“, 1903, Febr.). Es steht

fest, daß ein großer Teil des Fettes und des Eiweißes der Nahrung beim Durchschnittsmenschen unverdaut wieder ausgeschieden wird; besseres Kauen muß diesen verlorenen Teil natürlich verringern. Nun entsteht die Frage, ob die Besserung der Verdauung nach verlängertem Kauen bloß auf der besseren Mundverdauung beruht oder ob mechanische Einflüsse mitwirken. Wir wissen, daß der Darmsaft ein besonderes Ferment enthält (Enterokinase nach PAWLOW), welches das Proferment des Pankreassaftes in Trypsin umwandelt. Hat das Ptyalin auf das Pepsin eine ähnliche Wirkung und ist die verbesserte Magenverdauung auf das Vorhandensein einer größeren Menge Ptyalin im Magen zurückzuführen, welches die Umwandlung von Propepsin in Pepsin begünstigen würde? Die Prüfung der Wirkung von künstlichem Magensaft auf Eiweiß beim Vorhandensein im Speichel zeigte keine nennenswerten Ergebnisse. Auch die Prüfung der Verdauungskraft frischer Magenschleimhaut zeigte, daß das Ptyalin auf das Propepsin nicht wie die Enterokinase auf den Pankreassaft wirkt. H. nimmt an, daß die Verlängerung des Kauaktes dadurch die Magenverdauung erleichtert, daß die Geschmacksempfindung erhöht und verlängert wird.

— Das **Euchinin** ist nach den Erfahrungen von L. DE CARLO („Med. Wschr.“, 1903, Nr. 33) ein äußerst brauchbares und wirksames Präparat in der Behandlung der akuten und der chronischen Malaria. Das Fieber fiel immer nach einer relativ kurzen Zeit. Niemals entstanden nach Verabreichung von Euchinin in größeren Dosen und während längerer Zeit Störungen von Seiten des Verdauungskanals, im Gegenteil zeigte es sich, mit Benzonalphtol kombiniert, sehr wirksam in jenen Malariafällen, die mit gastrointestinalen Störungen einhergingen. Die Dauer des Malariafalses, sowohl des Frost- als auch des Hitzestadiums, war immer verhältnismäßig kürzer. Euchinin bewirkt tatsächlich eine Verkleinerung des Milztumors. Es hat eine bedeutende blutbildende Wirkung.

— Beiträge zur **Behandlung der Abdominalwunden** veröffentlicht GEROLA („Rev. d. Chir.“, 1903, Nr. 10). Er ist ein Anhänger des aktiven Vorgehens in allen Fällen von Bauchwunden, gleichviel ob die Peritonealhöhle eröffnet ist oder nicht. Ist die Wunde nicht penetrierend, so wird dieselbe gereinigt, eventuell erweitert, verbunden oder genäht, je nach den Umständen, während bei penetrierenden Wunden unbedingt die Laparotomie vorzunehmen sei. Nur auf diese Weise kann man tiefere Verletzungen der Eingeweide und der Blutgefäße auffinden und entsprechend behandeln. In 12 Fällen von Abdominalwunden, die G. zu behandeln Gelegenheit hatte, wurde 10mal aktiv eingegriffen und wurden 10 Heilungen erzielt, obwohl es sich in den meisten dieser Fälle um Verletzungen des Darmes oder Magens durch Messer oder Feuerwaffe gehandelt hatte und Magen- resp. Darminhalt in die freie Bauchhöhle ausgetreten war. Hingegen endeten beide exspektativ behandelten Fälle tödlich.

— Eine neue **Behandlungsmethode des Trachoms** verwendet NIEMTSCHENKOW („Woj. med. Journ.“, 1903, Nr. IV): Er injiziert mittelst einer dünnen Pravazspritze je 0.25 einer 5%igen wässrigen Karbollösung vorsichtig unter die Konjunktiva der Lider, und zwar zuerst ins Unterlid (medial und lateral von der Mitte), sodann ins Oberlid (innerer und äußerer Rand). Danach entstehen heftige Schmerzen, die aber nach einer Minute schwinden. Die reaktive Entzündung ist sehr intensiv, nimmt aber allmählich ab, um nach 10—14 Tagen vollkommen zu schwinden. Die Follikel werden vom hyperämischen Gewebe resorbiert. Mehr als dreimal war eine Wiederholung der Injektion nicht nötig.

— In Bezug auf den **Einfluß veränderter Flüssigkeitszufuhr auf die Funktion erkrankter Nieren** fanden MOHR und DUPPER („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 50): Bei akuter wie bei chronischer Nephritis ist bei mäßiger Wasserzufuhr (bis zu 1½ l) das Verhältnis zwischen Wasserein- und -ausfuhr oft günstiger als bei reichlicher; durch die Wasserbeschränkung können Ödeme beseitigt werden. Die Wasserbeschränkung wirkt oft ebenso günstig wie bei Herzkranken. Die Elimination des N und der Phosphorsäure sind dabei bei den akuten Nephritiden — die allerersten Stadien wurden dabei nicht untersucht — und der Schrumpfnieren nicht wesentlich beeinträchtigt. Bei starker Wasserbeschränkung (1250 cm³ und darunter) leidet die Ausscheidung dieser Substanzen.

Es empfiehlt sich daher, zur Ausschwemmung einzelne Trinktage einzuschalten, wenn die Wasserbeschränkung aus anderen Gründen soweit getrieben werden muß. Die Ausschwemmung tritt nicht ein, wenn die Nieren nicht mehr genügend leistungsfähig sind oder kein harnfähiges Material sich angehäuft hat. Die Albuminurie steigt bei Schrumpfnieren infolge der Wasserbeschränkung meistens, sinkt aber bei längerer Dauer meist wieder, während bei den späteren Stadien der akuten Nephritis dieser Einfluß auf die Albuminurie sich nicht zeigt.

— Das **salicylsaure Pyramidon** gab RAHN („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1903, Nr. 19) in 2 Fällen wiederholter alkoholischer Neuralgien, und zwar bei früherem Versagen aller möglichen anderen Antipyretika mit schnellem Erfolge; und auch bei Keuchhusten im katarrhalischen Stadium (1—2%ige Lösung 5—6mal täglich, teelöffelweise verabreicht) war das salicylsaure Pyramidon sicher — allerdings nur bisher in 3 Fällen angewendet — von günstigem Einfluß. Es scheint daher sicherlich der Nachprüfung wert. Vom kamphersauren Pyramidon hat Verf. in Dosen von 0.6—1 g (saurer kamphersaures Pyramidon) und in Dosen von 0.4—0.8 g (neutrales kamphersaures Pyramidon) bei fieberhaften Lungenaffektionen und Entzündungen der Serosa vorzügliche Erfolge gesehen.

— Gegen **Verletzungen durch Insektenstiche** empfiehlt ROSENBACH („Ther. Monatsh.“, 1903, Nr. 11) **Karbolvasolin**. Die Einreibung von Fett mildert wohl auch den Schmerz des Stiches, hauptsächlich, weil es die Reizbarkeit der Gewebe, von welcher der Effekt des Stiches bei gleicher Giftdosis abhängt, herabsetzt, doch ist die Wirkung nicht entfernt mit der der Karbolvasoline zu vergleichen. Es handelt sich hier nicht um eine eigentliche antiseptische oder giftzerstörende Wirkung, da es mehr als zweifelhaft ist, daß Karbol in die Lymphgefäße so schnell übergeht, und ganz unwahrscheinlich, daß die etwa aufgenommene Karbolsäure in Verbindung mit dem im Exsudate fixierten Gifte tritt. Der Erfolg scheint nur von der anästhesierenden Wirkung der Karbolsäure auf das Gewebe abzuhängen, eine Wirkung, die durch die Fettzufuhr wesentlich unterstützt wird. Das Jucken hört auf oder wird gemildert und die von der Steigerung abhängige Schwellung nimmt ab, namentlich wenn man in entsprechenden, erst kürzeren, dann längeren Intervallen, ohne zu massieren, einreibt, sobald die Haut keine Fettschicht mehr zeigt. R. selbst ist im letzten Sommer zweimal von Bremsen beinahe an derselben Stelle in den Nacken gestochen worden; obwohl die Partie sehr schnell unter heftigem Jucken und Schmerzen anschwellte, verschwanden die Schmerzen nach wenigen Einreibungen und die Schwellung nahm sichtlich ab. Die weiter fortgesetzte Applikation von Karbolvasolin hat auch die nicht ausbleibenden Rezidive, die sich durch Jucken und starke Schwellung ankündigten, sofort sehr schnell kupiert. Die gleiche Erfahrung hat R. bei zwei starken, nebeneinander lokalisierten Stichen am Zeigefinger gemacht, und obwohl Schmerzen und Schwellung hier wegen der starken Hautspannung besonders heftig waren, ist doch jede üble Folge ausgeblieben.

— Als empfehlenswerte **Mesotanmedikationen** bezeichnet MEISSNER („Med. Woche“) die folgenden:

Rp. Mesotan	30'0
Ichthyol	10'0
Chloroform	20'0
Ol. olivar.	40'0
ferner	
Mesotan	20'0
Ichthyol	20'0
Ol. olivar.	60'0
sowie	
Mesotan	30'0
Vasogen	50'0

— Die **primären Darmresektionen bei gangränösen Hernien** erörtert MARTINA („Arch. f. klin. Chir.“, 1903). Von 36 Fällen starben nur 19.4% oder, wenn 4 Fälle von Anus praeternaturalis aus der ersten Zeit unter die Toten gerechnet werden, 25%, ein Resultat, das gleich günstig bisher noch nie erreicht worden ist. Von 11 Fällen mit bereits perforiertem Darm wurden 7 geheilt. Der Darm wurde nach der Resektion stets achsial, und zwar anfangs

mit MURPHY-Knopf, später durch Naht vereinigt. In unkomplizierten Fällen wurde die Radikaloperation angeschlossen; bei periherniösen Phlegmonen, vorhandener Peritonitis, Unsicherheit der Naht infolge Brüchigkeit des Darmes wurde ausgiebig drainiert. Bei schon bestehender periherniöser Phlegmone werde stets zuerst die Laparotomie gemacht, die eingeklemmte Schlinge vom Bauche aus aufgesucht, reseziert und achsial vereinigt. Erst nach Schluß der Bauchwunde wird der Bruchsack geöffnet und das resezierte Stück und alles infizierte Gewebe entfernt. Ebenso wird zur Laparotomie übergegangen, wenn sich erst nach Öffnung des Bruchsackes stark veränderter Bruchinhalt vorfindet. Sehr wichtig ist die ausgiebige Resektion des zuführenden Schenkels weit im Gesunden.

Literarische Anzeigen.

Technik der Massage. Von Dr. Albert Hoffa, Geh. Medizinalrat, a. o. Professor an der Universität Berlin. Vierte, verbesserte Auflage. Mit 43, teilweise farbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1904, Ferd. Enke.

Das kleine Büchlein, in welchem der deutsche Orthopäde HOFFA die Technik der Massage vor acht Jahren zuerst abgehandelt, hat große Verbreitung gefunden und Schule gemacht. Wir haben den Inhalt und die Vorzüge auch dieser Arbeit HOFFAS an dieser Stelle so oft gewürdigt, daß wir uns heute auf die Konstatierung der abermaligen Neuauflegung des kleinen Werkes beschränken können, welches berechtigten Nachdruck auf die Ausbildung einer streng anatomischen Massagetechnik legt und die vom Autor stets verfochtene These, daß „jeder Laienmasseur, der die Massage selbständig ausübt, ein Pfuscher ist und bleibt“, erhärtet. Wohl niemals ist uns ein Vergleich zwischen gründlicher deutscher Darstellung eines engumschriebenen Gebietes der Heilkunde und dessen weitschweifiger Paraphrasierung dankbarer erschienen, als jener zwischen dem 88 Seiten umfassenden Heftchen HOFFAS und jenen Erzeugnissen der einschlägigen französischen, zumal aber der englischen Literatur, die in stattlichen Bänden immer wieder beweisen, daß ihre Autoren — nicht zu massieren verstehen.

BUM.

Neue Arzneimittel und Spezialitäten, einschließlich der neuen Drogen, Organ- und Serumpräparate. Von G. Arends, Apotheker und Redakteur der „Pharmazeutischen Zeitung“. Berlin 1903, J. Springer.

Eine lexikalisch geordnete Zusammenstellung aller in den letzten 10 Jahren auf den Markt gebrachten neuen Arzneimittel, welche bisher in dem „Deutschen Arzneibuch“ keine Aufnahme gefunden haben, ferner der zahlreichen Spezialitäten usw., welche in erster Linie durch ihre knappe Fassung wohl den Bedürfnissen des Apothekers Rechnung trägt, aber auch dem Arzte ein recht brauchbares Nachschlagebuch darbietet, mit Hilfe dessen er sich über die chemische Zusammensetzung, therapeutische Wirkung und Dosierung der so zahlreich dargebotenen neuen Arzneikörper rasch orientieren kann. Das sehr fleißig gearbeitete Buch wird sich viele Freunde erwerben.

L—sch.

Repetitorium der inneren Medizin in Tabellenform.

Von Dr. C. H. Schmid, Arzt. Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann'scher Verlag.

Das vorliegende Büchlein ist vom Verf. in der Absicht herausgegeben, nicht um Lehrbücher oder Kompendien zu ersetzen, sondern um den Besucher der Klinik rasch über ihm vorgestellte Krankheitsbilder zu orientieren und differentialdiagnostisch zu unterweisen.

Nun ist es aber wohl fraglich, ob dieser Zweck auch wirklich erreicht wird, denn speziell die differentialdiagnostischen Angaben sind wohl mehr als kurz ausgefallen (s. beispielsweise die Kapitel Syphilis, Blutkrankheiten).

L. H.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium.

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

Wissenschaftliche Versammlung vom 11. Januar 1904.

HERMANN SCHLESINGER: Über Lungenabszeß.

Die Kenntnis der klinischen Erscheinungen der Lungeneiterungen, wie die therapeutischen Bestrebungen zur Bekämpfung dieser Affektionen haben im letzten Dezennium eine wesentliche Förderung erfahren. Man zieht es jetzt oft vor, die nicht tuberkulösen Lungeneiterungen (Abszeß, Gangrän, Bronchiektasien) unter einem zu betrachten und als Haupteinteilungsprinzip das QUINCKES zu bezeichnen, nämlich akute, chronische und Fremdkörperabszesse und von diesen putride und nicht putride Formen zu unterscheiden. Die wichtigsten ätiologischen Momente sind Pneumonien, Fremdkörper, Traumen, Embolien, Durchbruch benachbarter Eiterherde, Bronchiektasien.

Die Diagnose wird gefördert durch das gleichzeitige Vorhandensein von Höhlensymptomen und eines oft sehr reichlichen, bisweilen penetrant riechenden Auswurfes, der bei rascher Progredienz elastische Fasern und Lungenfetzen enthält. Findet man eine Stelle am Thorax, die bald leer, bald tympanitisch schallt und geht der Schallwechsel dem Anshusten größerer Sputummengen parallel, so werden, wenn aus den allgemeinen Erscheinungen (Fieber, Sputum) ein Abszeß vermutet wird, der Wechsel der Dämpfung und das Auftreten von Rasselgeräuschen diagnostisch verwertbar sein. Wichtig ist der Nachweis einer unbeschriebenen Dämpfung inmitten lufthältigen Gewebes, der Befund eines Schattens oder einer abnorm hellen Stelle entsprechend der Gegend des veränderten Perkussionsschalles im Röntgenbilde, das Erscheinen von Lungenfetzen im Auswurfe. Amphorisches Atmen ist entgegen den Anschauungen mehrerer Autoren für einen größeren Hohlraum nicht charakteristisch. Mitteilung eines operierten eigenen Falles, der diese Annahme bestätigt.

Beim Fehlen von Höhlensymptomen kann bei sonst normalem Lungenbefunde der Nachweis der beständigen Zunahme einer zirkumskripten Dämpfung, eventuell im Vereine mit dem Auftreten eitrigem Sputums, dem Ergebnis der Röntgenuntersuchung und dem Nachweise einer ständig wachsenden Leukozytose die Lokaldiagnose ermöglichen. Mitteilung eines eigenen derartigen, von LOTHEISSEN mit Erfolg operierten Falles. Das bisher wenig betonte Symptom der allmählich wachsenden Dämpfung kann auch in den seltenen Fällen bei fehlendem Auswurfe mitunter zur Diagnose führen, wenn über der Dämpfung das Atmungsgeräusch fehlt, die Allgemeinsymptome für Abszeß sprechen und der Dämpfungsbezirk von normaler Lunge umgeben ist. In einem solchen Falle von Lungenabszeß mit nachfolgendem interlobärem Empyem wurde vom Vortragenden die Diagnose richtig gestellt, der Kranke mit Erfolg operiert. Die bakteriologische Untersuchung erleichtert manchmal die wichtige Entscheidung, ob solitäre oder multiple Abszesse vorhanden sind. Die Influenza ruft mit Vorliebe multiple Abszesse hervor.

Verwachsungen der Pleurablätter miteinander sind etwa in 80% der Fälle bei Lungeneiterungen vorhanden. Die Diagnose einer Verwachsung wird ermöglicht: durch die respiratorische Unverschieblichkeit des unteren Lungenrandes, durch die unvollkommene Beweglichkeit einzelner Thoraxabschnitte, durch inspiratorische Einziehungen von Interkostalräumen, durch das Vorhandensein eines Retrécissement thoracique, den radiographischen Befund. Diesen Symptomen schließt sich ein vom Vortragenden beobachteter an: Das Auftreten eines entzündlichen Hautödems über dem erkrankten Lungenabschnitte.

Die Indikation zur Operation ist bei putridem Abszeßinhalte gegeben, wenn die Lokaldiagnose des Abszesses gemacht ist. Da die Gefahr einer raschen Ausbreitung des Prozesses besteht, muß in einem solchen Falle baldmöglichst operiert werden. Bei nicht putridem Abszeß kann man mehrere Wochen (3—5 Wochen) zuwarten. Bleibt der Abszeß aber stationär oder vergrößert er sich, so muß er operiert werden. Durchbruch in die Pleurahöhle erfordert rascheste Operation. Die operativen Ergebnisse sind beim Abszeß am günstigsten (80% Heilungen), immerhin nicht so günstig, um ein chirurgisches Eingreifen in jedem Falle von Abszeß zu rechtfertigen. Das Heilungsprozent beträgt 66% der operierten Gangränen. Die Resultate bei Bronchiektasie (60% Heilung) sind so unbefriedigend, daß Vortragender auch nach seinen Erfahrungen von der operativen Behandlung derselben eher abrät.

Gesellschaft für innere Medizin in Wien.

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

Sitzung vom 14. Januar 1904.

S. WEISS demonstriert einen 4 Monate alten Säugling mit BARLOWSCHER Krankheit. An der rechten Wange entwickelte sich vor 2 Monaten eine prall gespannte, blauschwarze Geschwulst, welche subperiostal zu liegen scheint und von der Orbita bis zum Alveolarfortsatze des Oberkiefers reicht. Die Probepunktion ergab als Inhalt der Geschwulst Blut. Weiters finden sich größere Blutaustritte im subkutanen Bindegewebe um das linke Knie und am linken Fuße. Es besteht hier demnach ein Symptomenkomplex, welcher dem bei BARLOWSCHER Krankheit ähnlich ist, wenn er auch mit letzterem nicht ganz übereinstimmt. Das Kind wird von der Mutter gestillt. Unter 722 Fällen von BARLOWSCHER Krankheit, welche Votr. aus der Literatur zusammengestellt hat, wurden nur 13 Kinder an der Brust genährt. Das Kind wird weiter an der Brust belassen werden, die Diät der Mutter wird insoweit geändert werden, als derselben der Genuß von mehr Gemüse und Obst als bisher empfohlen wird.

M. KASSOWITZ stimmt in der Diagnose mit dem Votr. überein. In der Ätiologie der BARLOWSCHEN Krankheit wird auf die künstliche Ernährung des Kindes ein Hauptgewicht gelegt; diese scheint jedoch nicht das Hauptmoment darzustellen, da K. in seinem Ambulatorium unter zirka 20.000 Kindern jährlich noch keinen Fall von BARLOWSCHER Krankheit gesehen hat, obwohl unter diesen Kindern sehr viele künstlich genährt werden. Die 5 Fälle, welche er beobachten konnte, entstammen der Privatpraxis. Dasselbe Verhältnis besteht auch zwischen Rhachitis und BARLOWSCHER Krankheit; auch hier ist der von manchen Autoren angegebene Zusammenhang nicht zu finden.

R. NEURATH möchte das Hämatom an der Wange nicht für subperiostal, sondern für subkutan halten. Man könnte also nur von einer Purpura sprechen.

Th. ESCHERICH weist darauf hin, daß der vorgestellte Fall nicht das typische Bild der BARLOWSCHEN Krankheit bietet; es ist nicht auszuschließen, daß es sich an der Wange um ein tief gelegenes Angiom oder um eine Gefäßruptur handelt. Der weitere Verlauf muß die Diagnose klären.

W. KNÜPFELMACHER hat einen sehr ähnlichen Fall mit Hämatomen an beiden Wangen beobachtet, welche spontan verschwanden. Solche Fälle sind nicht als BARLOWSCHER Krankheit aufzufassen, da bei dieser das subperiostale Hämatom sich nur durch eine Auftreibung, aber nicht durch Blaufärbung verrät.

S. WEISS bemerkt, daß die Blutung im Gesichte für die BARLOWSCHER Krankheit sprechen könnte, doch habe er diese Diagnose nicht als absolut bestehend bezeichnet.

S. JELLINEK demonstriert anatomische Präparate, welche von einem Patienten mit Stenose der linken Pulmonalarterie stammen, den er in einer der vorhergehenden Sitzungen vorgestellt hat. Die Obduktion ergab, daß die linke Pulmonalarterie in eine pleuritische Schwarte eingebettet und durch dieselbe verzogen, sowie verengt war.

C. STERNBERG bemerkt, daß er bisher in zahlreichen, von intra vitam als Pulmonalstenose diagnostizierten Fällen nicht eine Verengung, sondern eine Knickung der Pulmonalarterie gefunden hat. Dieselbe sitzt an der Kreuzungsstelle derselben mit dem Bronchus und entsteht dadurch, daß bei fixierter Lunge die Pulmonalis an den Bronchus stärker angeedrückt und dabei abgelenkt wird.

WILH. TÜRK stellt zwei Männer mit symmetrischer Lipomatose vor. Vor 3 resp. 5 Jahren ist bei den Pat. eine Geschwulst im Nacken aufgetreten, welcher in der letzten Zeit eine multiple Tumorbildung am Rumpfe und an den Oberarmen folgte. Die Geschwülste sind verschieden groß, manche erreichen eine ansehnliche Größe und sie sitzen alle symmetrisch zur Mittellinie des Körpers. Ihrem Bau nach sind sie als Lipome anzusprechen. Die Extremitäten und die Nates haben nur ein dürftiges Fettpolster. Der Nervenstatus ist normal, Schmerzen haben nur im Beginne der Erkrankung bei einem Pat. bestanden. Beide Kranke klagen über eine Abnahme der Körperkraft. Die Therapie besteht in der Darreichung von Schildrüsensubstanz; die Tumoren haben sich bereits etwas verkleinert.

Arn. BURGER hat einen analogen Fall gesehen, bei welchem infolge der Tumorbildung am Nacken der Kopf nach vorn gesenkt getragen wurde. Der Kranke war Alkoholiker.

Akademische Fragen.

Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister.

Von Professor Dr. Moriz Benedikt.

V.

Die nationalen Universitäten in Österreich.

Die Frage der nationalen Universitäten drängt sich in Österreich immer mehr hervor. Sie wird eine Verlegenheit für alle unbefangenen Kenner. Die Fordernden sind sich ihrer

teilweisen Unvernunft bis zu einem gewissen Grade bewußt und nicht minder die Abweisenden. Eine Universität erfordert ein geistiges und materielles Kapital, das oft selbst ein großes Kulturvolk, das mit Reichtümern übersättigt ist, kaum aufzubringen vermag, ein Kapital, das oft erst im Laufe der Zeit aufzubringen ist. Wer die Misere der Winkeluniversitäten in Frankreich und Italien kennt, dem wird es gewiß nicht wünschenswert erscheinen, solche in Österreich einzuführen. Wer weiters die Schwierigkeiten kennt, die ersten österreichischen Universitäten und sonstigen Hochschulen mit führenden Persönlichkeiten zu versehen, wird gewiß nicht leichtfertig über die Besetzung der Lehrkanzeln ganzer neuer Hochschulen denken und am wenigsten, wenn es sich um Lehrvortrag in Sprachen handelt, die erst eine kurze wissenschaftliche, sprachliche Entwicklung hinter sich haben.

Sie werden mir, Exzellenz, nach meinen Antezedentien nicht zumuten, daß ich gegen nationale Universitäten bin. Im Gegenteil! Die wahre geistige Freiheit eines Gelehrten fängt erst in dem Momente an, wo er in seiner Muttersprache denkt, forscht und lehrt und jede nationale Universität erobert Millionen Menschen für die Kultur, weil mit Hilfe der Sprache zahllose geistige und künstlerische Imponderabilien ihren Denk-, Gefühls- und Willenskreis bereichern.

Daß Österreich geistig und materiell nicht in der Lage ist, eine Reihe von kompletten Universitäten gleichzeitig zu errichten, ist für jedermann feststehend, und diese Schwierigkeit wird das Geschrei nationaler Hetzer nicht beseitigen. Zum Glück für staatsmännisch Denkende ist in der Frage der Hochschulen in moderner Zeit eine Wendung eingetreten. Der alte Begriff der Hochschule ist ins Wanken gekommen; der ausschließliche Nimbus der Universitäten gegenüber den anderen Hochschulen ist abgeblaßt, und die Rektorsrede ESCHERICH'S hat diese Strömung auch in jene akademischen Kreise getragen, die sonst durch eigene Eindrucksfähigkeit nicht zur Erkenntnis neuer Strömungen gelangen. In Umgliederung, in Neugliederung und neuer Angliederung der Hochschulen liegt für uns die Rettung aus der Gefahr des Zuviel und des Zuwenig. Für Österreich aber ist diese Strömung auch eine politische Rettung, ein Schutz gegen unheilvolle Mißgriffe.

Die dringendste Aufgabe ist die Schaffung einer italienischen Universität. Es wäre verhängnisvoll, wenn die Regierung bei aller staatsmännischen Einsicht die Schwäche hätte oder die Macht nicht besäße, die italienische Hochschule in Innsbruck und nirgends anderswo zu errichten. Es wäre eine schwere Schädigung der österreichischen Staatsinteressen. Diese Hochschule müßte eine juristische und eine philologisch-historisch-philosophische Fakultät besitzen. Vielleicht besteht auch ein Staatsinteresse für Errichtung einer theologischen Fakultät, um die Bevölkerung mit Priestern zu versehen, die ihre Erziehung nicht in Seminarien, sondern an der Hochschule genossen haben.

Die juristische Fakultät wird eine Verjüngungsquelle für die österreichische Jurisprudenz werden. Ein großer Zug geht durch das wissenschaftlich-sozialpolitische Leben Italiens, weil dort nicht Kathederweisheit maßgebend ist, sondern die bedeutendsten Gelehrten auch zugleich bedeutende Staatsmänner sind und umgekehrt.

Wenn ich an die großen Wandlungen denke, welche die Führer der „klassischen Schule“, an deren Spitze ZANARDELLI stand, durchmachten, seitdem ich mit ihm in persönliche Beziehung kam, und wenn man bedenkt, daß dort Männer der verschiedensten Richtungen, wie BACCELLI, ZANARDELLI, COLAJANNI und TURATI, gemeinschaftlich an der Gesetzgebung arbeiten, so wird man nicht zweifeln, daß die künftige — voll und ehrlich ausgegliederte — italienische juristische Fakultät in Innsbruck ein glänzendes Kulturzentrum für Österreich werden wird.

Für eine medizinische italienische Fakultät ist in Innsbruck kein Raum; sie gehört wie alle medizinischen Fakultäten in die großen Städte, in denen ein reiches Material vorhanden ist. Es ist ein großer Übelstand besonders in Deutschland und in Italien, und auch in anderen Ländern, daß — nur der alten Universitätsschablone zuliebe — die medizinischen Fakultäten statt in den großen, in kleinen Städten sich befinden.

Zur medizinischen Fakultät gehören die naturwissenschaftlich-mathematischen und auch philosophischen Kollegien.

Eine Triester medizinische Hochschule kann bald zu einer Musterinstitution heranwachsen. Während Italien sich noch vor drei bis vier Dezennien aus Deutschland und Österreich Hochschullehrer holte, haben seine Schulen mit ganz ungewöhnlicher Spannkraft eine Höhe erreicht, auf die wir Österreicher — wenigstens in der Medizin — mit Neid blick-n können. Es gibt heute in Österreich an den medizinischen Fakultäten noch vereinzelte führende Persönlichkeiten; eine führende Schule haben wir aufgehört zu sein. Deswegen haben wir von der medizinischen italienischen Hochschule in Triest eine Regeneration zu erwarten, und dies um so mehr, als der italienische Genius in der Kunst und in der Wissenschaft mit dem spezifisch österreichischen eine große Kongenialität besitzt.

Wenden wir uns nun dem eigentlichen Schmerzenskinde Österreichs, der zweiten tschechischen Universität, zu. Es ist gewiß ein großes Unrecht, wenn man den Ausspruch der Tschechoslaven auf eine zweite Universität bestreitet. Diese Bevölkerung von sechs Millionen steht in Bezug auf Extensität der Elementar- und Mittelschulbildung höher, als heute die Briten, die Franzosen, Italiener, Spanier, Russen etc. Das Anrecht zu einer zweiten Universität ist also zweifellos. Überdies hat die Nation noch das Bewußtsein, daß engere Stammesgenossen außerhalb der Grenzen Zisleithaniens von ihren fortgeschrittenen Brüdern verlangen, ihnen die Quellen höherer geistiger Entwicklung zu eröffnen.

Ist es aber von Seite der Tschechoslaven gerechtfertigt, gleich eine volle Universität zu verlangen? Bloß als Agitationsmittel und Machtprobe eine „Schnackerl-Universität“ zu bekommen, ist doch wahrlich des Schweißes von Edlen nicht wert! Wer weiß, wie schwierig es selbst an der Wiener Universität ist, die Lehrstellen mit wirklich führenden Meistern zu besetzen, und wem die Konvulsionen nicht entgangen sind, welche die Besetzung der wichtigen Lehrkanzeln an den bisherigen tschechischen Hochschulen hervorgerufen haben, der muß es als einen Akt von Leichtsinn betrachten, wenn jetzt schon die Forderung nach einer vollen Universität gestellt wird. Es ist heute eine fable convenue, das Rückbleiben gewisser Fakultäten einseitig auf die fehlenden und mangelhaften Institute zu schieben. Alle großen Leistungen werden von bedeutenden Menschen fast ausnahmslos mit kleinen Mitteln vollbracht. Ihrem Ansehen verdanken wir dann die Errichtung großer Institute, in denen dann Sekundärbegabungen kleine Leistungen verrichten können und in denen bedeutenden Begabungen die Möglichkeit zu großen Leistungen erleichtert wird. Die großen Leistungen PASTEUR'S riefen das Pasteurinstitut hervor, und jetzt können dort bedeutende Menschen leicht schaffen und unbedeutende zu Praktikern erzogen werden.

Also langsam voran, damit die Nation mit vollen Ehren nachkommen kann!

Zur Hebung des geistigen Niveaus eines in Bezug auf nationale Wissenschaft noch jungen Volkes ist vor allem Pflege der eigenen, der stammverwandten und der allgemeinen Sprachwissenschaft, der Literatur-, der Kunst- und der allgemeinen Geschichte und der Philosophie, als der Lehre von den Erkenntnisproblemen, geboten. Da infiltriert sich der Gelehrte mit jener Geistesarbeit seines Volkes, welche in der Schöpfung der nationalen Sprache gelegen ist, und er wird Mitarbeiter dieser Geistesarbeit. Er trägt neue Gedanken, neue

Empfindungsformen und anzustrebende Ziele in sein Volk hinein.

Die zweite tschechische Universität beginne also mit einer philologisch-historisch-philosophischen Fakultät, welche mit Nutzen auch für diese an die Technik in Brünn wenigstens vorläufig angegliedert werden kann. Ihr mag später eine juristische Fakultät folgen. Der Genius eines jeden Volkes ist geeignet, zunächst die Rechtswissenschaft zu heben, da diese auf dem Sittlichkeitsgeföhle des Volkes beruht, und die soziale Eigenheit eines jeden Volkes kann die Sozialwissenschaft fördern. Eine naturwissenschaftliche und medizinische Hochschule findet vielleicht später in einer sehr bevölkerten Stadt eines Industriebezirkes eine bessere Unterkunft.

Von viel größerer kultureller und staatlicher Wichtigkeit als die zweite tschechische Universität ist die Errichtung einer ruthenischen. Es ist eine stolze Erinnerung von mir, daß ich als ganz junger Mann die politische Bedeutung der Agramer Universität erkannte und in einem anonymen Zeitungsartikel den politischen Wert derselben als höher denn zweier Armeekorps bezeichnete. Es ist dies kein Zufall. Hatte ich doch als Zwanzigjähriger mich mit GRILLPARZER literarisch beschäftigt. Mich interessierte nicht bloß der große Dichter, sondern auch der entsagungsvolle österreichische Patriot. Denn entsagungsvoll muß ein solcher sein, wenn seine Vaterlandsliebe nicht im Gewande des Servilismus einherschreitet, und wenn sie nicht im Berufe liegt. Ewige Konflikte des nationalen und freiheitlichen Geföhles mit den speziellen Verhältnissen stempeln österreichischen Patriotismus zu einer schweren Kunst.

Vor allem verehrte ich in GRILLPARZER den tiefen Kenner der intimsten Gesetze des Entstehens und Bestandes Österreichs. So vertraut mit der Philosophie der Geschichte Österreichs, erkannte ich die Bedeutung eines geistigen Zentrums für die südslavische Rasse in Österreich. Heute wird wohl niemand mehr diese Bedeutung verkennen. Wie stünde es um die Zukunft Österreichs, wenn die südslavische Intelligenz nach Belgrad gravitieren würde! Würde die Assimilation der Herzegowina und Bosniens durch diese Universität nicht enorm befördert? Und wenn der fatale Bruderhaß zwischen den katholischen Südslaven (den Kroaten) und den orthodoxen und mohammedanischen Serben zu verglimmen anfängt, ist dies nicht zum Teile das Werk des geistigen Zusammenschlusses an der südslavischen Universität?

Dieselbe und vielleicht noch eine höhere Bedeutung hat eine ruthenische Universität. Wer die Bedeutung der Agramer Universität erfaßt hat, der wird nicht einen Moment daran zweifeln, daß auch ein zahlreicher, reichstreuer Volksstamm, wie es die Ruthenen sind, geistig nicht nach auswärts gravitieren solle, und daß es von ungeheurer Bedeutung für Österreich ist, wenn deren Stammesgenossen außerhalb des Reiches — und es handelt sich um 15 Millionen Seelen — geistig nach Österreich gravitieren.

Wenn ich die Gegnerschaft der Polen gegen die Kulturbestrebungen der Ruthenen sehe, dann fällt mir immer unwillkürlich der Refrain der Jakobiner ein, welche die Aristokraten von damals an die Laternen mit dem Rufe knüpften: „Sie haben nichts gelernt und nichts vergessen.“ Jeder einsichtige Pole müßte aus der Geschichte die Lehre ziehen, daß eine Fortdauer des Polentums als einer Kulturasse, die nicht notwendig an eine staatliche Selbständigkeit geknüpft zu sein braucht, nur durch innigen brüderlich-freundschaftlichen Bund mit den Ruthenen gesichert werden könne. Wenn die Polen den Ruthenen schon ein neues Gymnasium nicht gönnen, so muß man an dem politischen Verstande der Führer und der Geführten verzweifeln. Der Pole, der Zwietracht mit den Ruthenen sät, ist ein Hochverräter an seinem eigenen Volke. Hier wird auch Unverstand zum nationalen Verbrechen.

Die sogenannten „Friedensfreunde“ posieren, als ob die Friedensliebe der europäischen Machthaber ihr Werk sei. Außer denselben philanthropischen Ideen und Geföhlen beherrscht aber die Machthaber die Erkenntnis, daß heute die Entscheidung für den Besiegten eine vernichtende sei, und daß in jedem Reiche blutige Reibungen bevorstünden, wenn die staatliche Autorität durch irgend eine Niederlage untergraben wäre. Keine Reibung würde aber so blutig und vernichtend ausfallen, wie die zwischen den polnischen Agrariern und den Ruthenen einerseits und den Polen. Die Mürbemachung durch Drangsalierung und Bestechung der Bauernführer wird den Jahrhunderte genährten Haß nicht zurückhalten. Mögen die Friedensfreunde bei Zeiten den Reibflächen ihre Rauheit nehmen. Die österreichische Unterrichtsverwaltung und das Parlament können diese Aktion mächtig fördern.

In Österreich besitzen außer der Dynastie nur noch wenige andere hochstehende Familien eine Regierungstradition, und nur diese und Vereinzelte haben Einblick in das Dauernde im Wechsel der österreichischen Geschichte, in die Gesetze der Entstehungs- und der Erhaltungsbedingungen des Reiches, mit einem Worte in die Philosophie der Geschichte des Landes. Der Gesichtskreis der meisten Regierenden und Politiker aus Profession ist ein engsichtiger und engherziger.

Man hat seinerzeit über die „Entdeckung“ der Ruthenen durch STADION gelächelt und gewitzelt. Die regierenden Kreise mögen aber die Leistung dieses Staatsmannes nicht einen Augenblick aus den Augen verlieren. Es muß ein großes geistiges Zentrum für die Ruthenen geschaffen werden, das heißt eine Universität. Wer die Verhältnisse kennt, weiß, daß für ruthenische Hochschulen ein bedeutsames Lehrmaterial leicht zu erbringen ist.

Es wird auch hier mit einer philologisch-historisch-philosophischen Hochschule zu beginnen sein, der vielleicht sofort eine naturwissenschaftlich-mathematische anzugliedern sein wird, einerseits um Mittelschullehrer in genügender Anzahl zu gewinnen und andererseits um eine rasche Ausbildung der wissenschaftlichen Nationalsprache zu befördern. Dadurch wird das internationale geistige Kapital in die Nation hineingetragen werden. Dazu wird sich später, aber in nicht zu langer Pause, eine juristische und zuletzt eine medizinische Hochschule anschließen können.

Es wurde sogar — wohl nicht im vollen Ernste — von einer slovenischen Universität gesprochen. Ich halte es für einen verhängnisvollen Fehler der Führer des slovenischen Volkes, daß sie diese Sprache zu einer wissenschaftlichen erheben wollten. Es wäre viel klüger gewesen, die serbokroatische Sprache zu akzeptieren und das Slovenische nur als Mundart literarisch zu pflegen. Es ist ja noch kein halbes Jahrhundert, daß das nationale Bewußtsein der Slovenen ein politischer Faktor geworden ist, und noch bei der Zentenarfeier SCHILLERS in Laibach im Jahre 1859 begeisterten sich in meiner Gegenwart die späteren Slovenenführer für den großen deutschen Dichter, und zwar nicht im Tone fremdnationaler Anerkennung. Der Fehler ist vielleicht noch gut zu machen.

Es wäre für die Slovenen eine große nationale Wohltat, wenn man in Zisleithanien den Slovenen, die in Agram studieren, große Erleichterungen bei staatlichen Prüfungen gewähren wollte. Daraufhin soll zunächst nach meiner Ansicht die Tätigkeit der slovenischen Politiker gerichtet sein. Leider ist diese Universität keine vollständige.

Notizen.

Wien, 16. Januar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung berichtete Hofr. S. EXNER über experimentelle Untersuchungen, die er im Vereine mit Doz. J. POLLAK ausgeführt hat. Dieselben liefern einen Beitrag zur Theorie des Hörens. Es handelte sich darum, zu prüfen, ob die HELMHOLTZsche Theorie, welche die Schallperzeption durch Resonanz der Basilarfasern des Cortischen Organs erklärt, einigen Einwänden, die zumal in der letzten Zeit gegen sie erhoben worden sind, standzuhalten vermag. Zu diesem Zwecke wurde der Gehörseindruck geprüft, welcher entsteht, wenn ein Schallwellenzug in seiner Kontinuität periodisch um eine halbe Wellenlänge verschoben wird. Das Wellenbild zeigt dann ein rhythmisches Ansteigen und Abfallen der Schwingungskurve. Ist die HELMHOLTZsche Theorie richtig, so muß dies die Empfindung von Stößen (sog. Schwebungen) hervorrufen. Die unter Anwendung sinnreich konstruierter Apparate ausgeführten Versuche ergaben nun tatsächlich dieses Resultat und somit die Bestätigung der Richtigkeit der HELMHOLTZschen Theorie. Das rhythmisch erfolgende Abschwellen des Toneindruckes kann so weit gehen, daß der Ton periodisch unhörbar wird.

(Wiener Ärztekammer.) Gestern haben die Neuwahlen in die Wiener Kammer stattgefunden. Der Wahlkampf zwischen den Lagern des „Verbandes“, der 18 ärztliche Vereine vertritt, und des „Wiener Ärztevereins“, der eine unverfälschte „arische“ Liste propagierte, war ein erbitterter und des Standes nichts weniger als würdig. Man geberdete sich, als ob es sich nicht um die Wahl von Vertretern des Ärztestandes, sondern um die politische Hegemonie handelte, und bediente sich zumal auf letztgenannter Seite einer Wahlagitation, die man in früherer Zeit bei Ärzten für unmöglich gehalten hätte. Das Resultat der Wahl dürfte seitens der n.-ö. Statthalterei noch im Laufe dieses Monates enunziert werden. Wie wir vernehmen, haben sich gestern von rund 2100 wahlberechtigten Ärzten mehr als 1700 an der Wahl beteiligt, jene Stimmen nicht gerechnet, die, gestern auf dem Postwege abgegeben, erst heute einlangen werden. Die Wahlbeteiligung ist daher als eine außergewöhnlich rege zu bezeichnen, da mehr als 75% der Wähler ihre Stimmen abgegeben haben dürften. Wie immer sich das Resultat dieser Kammerwahl gestalten möge, es stehen infolge des bedauerlichen Schismas in der Wiener Ärzteschaft heftige Kämpfe bevor zum Schaden der Würde unseres Standes und seiner berechtigten wirtschaftlichen Interessen.

(† JOSEF SEEGEN und KONRAD CLAR.) Zwei der angesehensten österreichischen Balneologen, ein Nestor unserer Ärzteschaft, Prof. Dr. JOSEF SEEGEN, und ein würdiger Repräsentant der österreichischen Klimatologie, Professor Dr. KONRAD CLAR, sind kurz nacheinander, im Intervalle weniger Stunden, gestorben. — In SEEGEN betrauert die Medizin einen Mann, der von wahren Forschergeiste durchseelt bis an seinen letzten Lebenstag rastlos gestrebt und gearbeitet hat, einen Mann von umfassender Bildung und tiefer Gelehrsamkeit. Mit unermüdlichem Eifer den Schicksalen des Zuckers im Organismus nachgehend, hat SEEGEN auch zahlreiche andere Lücken unseres Wissens auszufüllen gewußt. Es ist bemerkenswert, daß seine ursprünglich allgemein bekämpfte Theorie der Zuckerbildung im Tierkörper gegenwärtig zu immer weiterer Anerkennung gelangt. SEEGEN wurde im Jahre 1822 zu Polna geboren, 1847 in Wien promoviert, 1854 Privatdozent für Balneologie und 1859 Extraordinarius dieses Faches. In den Jahren 1853 bis 1881 war er als Kurarzt in Karlsbad tätig. Seither hat er ausschließlich der Erforschung von Stoffwechselfragen gelebt, welche die Stickstoffausscheidung der sich im Körper umsetzenden Albuminate, die Glykogenfunktion der Leber etc. betrafen. — KONRAD CLAR war im Jahre 1844 in Wien geboren. Er hatte sich ursprünglich der philosophischen Laufbahn zugewandt und wurde 1864 zu Leipzig zum Doktor der Philosophie promoviert; doch schon im Jahre 1869 erreichte er in Graz das medizinische Doktorat. CLAR hat eine große Reihe wichtiger Publikationen verfaßt, u. a. „Ärztliche Nachrichten aus Gleichenberg“, „Boden und Klima des oberitalienischen

Gebietes“, „Arco und Lussin“, „Ein einfacher Respirationsapparat“, „Die Insel Lussin“. Er war Kurarzt in Gleichenberg und seit dem Jahre 1894 außerordentlicher Professor der Bakteriologie und Klimatotherapie an der Wiener Universität.

(Personalien.) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. WALDEYER ist von der Universität Dorpat zum Ehrenmitgliede und von der Société de Biologie in Paris zum auswärtigen Mitgliede, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. HERTWICH ist von der königl. Akademie der Wissenschaften in Stockholm zum auswärtigen Mitgliede ernannt worden. — Der Privatdozent der Hygiene in Würzburg Dr. DIEUDONNÉ ist zum Professor ernannt worden. — Die Privatdozenten Dr. HENRY GRAFF und Dr. HERMANN PETERSEN in Bonn haben das Prädikat Professor erhalten.

(Auszeichnungen.) Prof. C. SCHLEICH hat von der medizinischen Fakultät in Würzburg den RINECKER-Preis für sein Verfahren der örtlichen Anästhesierung erhalten. — Hofrat Professor Dr. ADAM POLITZER in Wien hat den bulgarischen Alexander-Orden III. Kl., Reg.-Rat Prof. Dr. JULIUS SCHEFF in Wien den Osmanie-Orden III. Kl., der österreichische Lloyd-Schiffarzt Doktor RUDOLF FINGERHUT den preußischen Kronen-Orden IV. Kl., der praktische Arzt und Obmann der Bezirksvertretung in Taus Doktor ANTON STEIDL das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten. — Dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. GEORG GAFFKY in Gießen ist die hessische goldene Verdienstmedaille für Wissenschaft verliehen worden.

(Rezeptvorschriften.) Ein Ministerialerlaß vom 27. Dezember v. J. schreibt in Bezug auf Rezepte Folgendes vor: Das Rezept muß in allen Teilen deutlich und leserlich geschrieben sein. Auf unleserlich geschriebene oder dem Apotheker nicht völlig verständliche Rezepte darf keine Arznei ohne früher eingeholte Aufklärung seitens des ordinerenden Arztes verabfolgt werden. Auf jedem Rezept sollen in der Regel Name und Wohnort der Partei, für welche die verschriebene Arznei bestimmt ist, ersichtlich sein, und sind diese Angaben, falls dies vom Arzte unterlassen worden sein sollte, in der Apotheke beizufügen. Verweigert die Partei die Mitteilung derselben, so ist das Rezept in deren Einvernehmen mit einer geeigneten Bezeichnung zu versehen, durch welche einer Verwechslung der Ausfolgung der Arznei vorgebeugt werden kann.

(Österreichische Ärztestatistik.) Laut amtlichem Ausweis pro 1904 werden in Österreich 11.689 Ärzte (gegen 11.339 im Vorjahre) gezählt; von diesen entfallen auf: Niederösterreich 3454 (3325), Oberösterreich 396 (393), Salzburg 133 (124), Steiermark 692 (675), Kärnten 151 (148), Krain 109 (104), Küstenland 352 (339), Tirol und Vorarlberg 598 (601), Böhmen 2905 (2789), Mähren 955 (943), Schlesien 240 (237), Galizien 1413 (1382), Bukowina 146 (139), Dalmatien 145 (140), in Bosnien und der Herzegowina praktizieren 108 (100) Ärzte. In den Landeshauptstädten wurden gezählt, u. zw. in: Wien 2531 (2376), Linz 63 (60), Salzburg 44 (40), Graz 274 (270), Klagenfurt 41 (37), Laibach 41 (36), Triest 188 (181), Innsbruck 70 (84), Prag 580 (538), Brünn 186 (188), Troppau 39 (37), Lemberg 312 (288), Czernowitz 60 (57), Zara 20 (17).

(Statistik.) Vom 3. bis inklusive 9. Januar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7464 Personen behandelt. Hiervon wurden 1427 entlassen. 149 sind gestorben (9,4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 81, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 140, Scharlach 21, Masern 135, Keuchhusten 43, Rotlauf 33, Wochenbettfieber —, Röteln 2, Mumps, 92 Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa. — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 670 Personen gestorben (+ 25 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. IGNAZ SÜMEGH im 45. Lebensjahre, ferner Dr. HERMANN ELIAS, 57 Jahre alt; in Kronberg bei Frankfurt a. M. der berühmte Phthiseotherapeut Dr. PETER DETWEILER im 67. Lebensjahre; in Breslau der Geh. Med.-Rat Dr. EWALD WOLFF im Alter von 88 Jahren; in Frankfurt a. M. der Redakteur des „Korrespondenzblatt für die Ärzte der Provinz Hessen-Nassau“ San.-Rat Dr. MARKUS im 71. Lebensjahre; in München der Privatdozent für Klimatologie Doktor

GEORG Freih. v. LIEBIG, ein Sohn JUSTUS v. LIEBIGS, 74 Jahre alt; in Paris der Chemiker und Professor der Ecole supérieure de Pharmacie Dr. EMILE LEIDIE im Alter von 48 Jahren.

Dr. ROBERT MAYER ordiniert vom 15. Januar 1904 an in Abbazia, Villa „Nada“. Im Sommer in Reichenau a. d. Südbahn.

Prostatawärmer. Die österreichisch-ungarische Thermophor-Unternehmung L. Rußbacher & Comp., Wien, IV., Rainerplatz Nr. 9, welche in lobenswerthem Eifer jeder Anregung von Seite der praktischen Ärzte nachkommt, hat sich mit ihren Thermophorkompressen bereits einen guten Namen gemacht. Sie hat soeben einen neuen Thermophorapparat „Prostatawärmer“ in den Handel gesetzt, der sich gewiß unter den Klinikern und Praktikern der aufmerksamsten Beachtung, sowie Anwendung erfreuen wird. Jeder Praktiker weiß, wie schwer es ist, die heftigen, ausstrahlenden Schmerzen der Prostatiker, wenn die cystische Infektion eingetreten ist, wo fast immer ein schmerzhafter Blasenstenismus und sehr lästiger reflektorischer Sphinkterenkrampf auftritt, zu lindern. Die bisher verordneten Kataplasmen und warmen Umschläge, sowie Narcotica lassen uns oft im Stich. Hier ist der Prostatawärmer am Platze. Derselbe besteht aus einem metallenen Arzberger, in Verbindung mit einem die Glutei bedeckenden Thermophor, der die Wärmequelle für den Arzberger abgibt.

Die direkte Wärmeapplikation auf die Prostata dauert bei einmaligem Aufkochen des Thermophors eine Stunde. Die Patienten liegen oder sitzen und fühlen nur die auf die Prostata und den Blasenals einwirkende Wärme, denn die Glutei sind vom Thermophor durch eine Isolierschicht geschützt.

Der Erfolg bei dieser systematischen und direkten Wärmeeinwirkung auf die Prostata ist ein nachhaltiger und wird von den Patienten sehr gut getragen.

Primararzt Dozent der Chirurgie Dr. ZUCKERKANDL schreibt über diese Apparate folgendes: „Der mir von der Thermophorunternehmung zu Versuchszwecken überlassene Prostatawärmer hat sich in Fällen chronischer Entzündung der Vorsteherdrüse gut bewährt. Die Applikation ist einfacher als bei den sonstigen diesen Zwecken dienenden Apparaten.“

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. Deutsch, JAMES MACKENZIE: Die Lehre vom Puls. Frankfurt a. M. 1904, J. Alt.
 Cnyrim, Ethische Forderungen im Geschlechtsleben. Frankfurt a. M. 1903, J. Alt.
 P. J. Möbius, Geschlecht und Unbescheidenheit. Halle a. S. 1904, Carl Marhold.
 W. Spitzmüller, Über Therapie und Heilerfolge bei Skrofulose und chir. Tuberkulose der Kinder. Wien und Leipzig 1904, Franz Deuticke. — K 2.—
 F. Kornfeld, Gonorrhöe und Ehe. Wien und Leipzig 1904, Franz Deuticke. — K 6.—
 L. Unger, Das Kinderbuch des BARTHOLOMAEUS METLINGER. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K 2.40.
 J. Wenzel, Bericht des I. österr. Med.-Kongresses. Wien und Leipzig 1903, W. Braumüller.
 C. Hochsinger, Studien über die hereditäre Syphilis. 2. Teil. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K 30.—

Eingesendet.

Löbliche Redaktion!

Im Oktoberheft 1903 der Monatsschrift für praktische Medizin „Die Heilkunde“ fand ich durch Zufall erst kürzlich einen Artikel unter dem Titel: „Theocin als Antisencardicum. Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin vom 14. Mai 1903. Von Privatdozenten Doktor FRIEDRICH PINZLES, Vorstand am Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien.“

Auch erfuhr ich, daß dieser Artikel als Separatabdruck verschickt worden ist.

Dieser Artikel wurde nicht von mir verfaßt und ist ohne mein Wissen und ohne meine Zustimmung veröffentlicht und als Separatabdruck versendet worden. Ich habe nie einen Vortrag unter obig m Titel gehalten, sondern nur in der Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin vom 14. Mai 1903 3 Patienten demonstriert, bei denen stenokardische Anfälle durch Verabreichung von Theocin günstig beeinflusst wurden. Diese Demonstration wurde nicht als Vortrag und überhaupt nicht unter einem

eigenen Titel angekündigt und gehalten. Der in der „Heilkunde“ erschienene Artikel ist eine teilweise veränderte Wiedergabe der Ausführungen, die ich an die oben genannte Demonstration geknüpft habe. Der richtige Wortlaut findet sich in den „Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin in Wien“, II. Jahrgang, 1903, Nr. 9, pag 84 und der „Wiener klin. Wochenschr.“, 1903, Nr. 29, pag. 865.

Sie würden mich sehr verbinden, wenn Sie diese von mir im Interesse meines Namens für notwendig gehaltene Richtigstellung in Ihrem geschätzten Blatte zum Abdruck bringen wollten.

Wien, den 12. Januar 1904.

In vorzüglichster Hochachtung
Ihr ergebener
Dr. FRIEDRICH PINZLES.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 18. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. VIKTOR HAMMERSCHLAG: Das schwerhörige Kind.

Pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde.

I. außerordentliche Sitzung Donnerstag den 21. Januar 1904, abends 7 Uhr, im Hörsaal der pädiatrischen Klinik, IX., Kinderspitalgasse 6.

1. Vornahme der Wahl des Vorstandes der Sektion. — 2. Demonstration klinischer Fälle. — 3. Dr. F. HAMBURGER: Biologisches zur Säuglingsernährung.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegt ein Prospekt der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt über „Stypticin“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Gießhübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.

Bestes diätetisches
und Erfrischungsgetränk,

bewährt in allen Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane,
bei Gicht, Magen- und Blasenkatarrh.
Vorzüglich für Kinder und Rekonvaleszenten.

Heinrich Mattoni
kais. u. königl. österr. Hof- und Kammerlieferant.
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

„Meerscheinschloss“, Graz.

Allen modernen Anforderungen
entsprechend eingerichtete Privat-
Heilanstalt
für
Nervenranke,
Erholungsbedürftige,
Mast- und Diätcuren, Aerzte:
Entwöhnungscuren. Prof. Dr. Franz Müller,
Dr. Carl Mirtl.

Kronendorfer Sauerbrunn „Kronprinzessin
Stephanie-Quelle“
anerkannt bester, natürlicher, alkalischer SAUERBRUNN.
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges. Bewährtes Heilwasser gegen die
Leiden der Athmungsorgane, des Magens und der Blase. — Filiale der
Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad, Wien, IX. Kollingasse 4.

Thermophor

Stundenlange gleichmäßige Wärme. 
Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitälern
Ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos.
Telephon 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephon 7967.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.848.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Hygiene des Tabakrauchens. Von Doc. Dr. HEINRICH PASCHKIS. — Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie. Von Dr. OSKAR V. HOVORKA, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien. — Kraftnahrung. Von Dr. P. SIEDLER in Berlin. — Referate. SCHÜTZ (Greifswald): Über die Unterscheidung von Menschen- und Tierknochen etc. — SIGMUND STRASSNY (Wien): Ein Beitrag zur Quadriplegieplastik. — E. WINKLER (Barmen): Über Korrektur schiefer Nasen. — FERDINAND KLUG (Budapest): Untersuchungen an einem Kranken, dessen Bogengänge fehlten. — KURT STEINDORFF (Berlin): Über den Einfluß von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten Glaukomanfalles. — DUKELSKI: Beitrag zur Frage der Vulvovaginitiden der Kinder. — J. SELLER (Budapest): — Über die gonorrhöische Erkrankung der Paraurethralgänge. — A. DIEHL (Lübeck): Über die Angst bei der Hysterie und Neurasthenie. — JEGORMIN: Über einen Fall von Urämie nach Influenza. — R. LOMER (Hamburg): Zur Frage der Heilbarkeit des Karzinoms. — TEROKARI und BABES (Bukarest): Über ein Gastrotoxin. — CENI (Reggia Emilia): Über die Lokalisation der Aspergillussporen in den Mesenterialdrüsen der Pellagrakranken. — **Kleine Mitteilungen.** Die Behandlung der Spina ventosa. — Kollargol. — Über die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch. — Diätvorschriften bei Arteriosklerose. — Über zwei spezifisch toxische Sera, gewonnen aus der Nebenniere. — Helolinjektionen. — Die Verwendung des Lichtes zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhs und anderer Pharynxprozesse. — Die Anästhesiebehandlung des Erysipels. — Die Behandlung des inoperablen Karzinoms mit Formalin. — Über intraartikuläre Injektionen von sterilem Vaseline bei Arthritis sicca. — Hauptwirkungen des Magensaftes. — **Literarische Anzeigen.** Bibliographie der gesamten wissenschaftlichen Literatur über den Alkohol und den Alkoholismus. Redigiert und herausgegeben von Dr. med. E. ABDERHALDEN in Berlin. — Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie. — Le Cytodiagnostic. Von MARCEL LABBÉ. — **Feuilleton.** Budapest Briefe (Orig.-Corresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassal 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XV. — **Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands.** (Orig.-Ber.). — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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 Hygiene des Tabakrauchens.

Von Doz. Dr. Heinrich Paschkis. *)

Es gehört zu den bemerkenswertesten Erscheinungen der Kultur, daß der Mensch imstande ist, seine Genußfähigkeit zu erhöhen, bzw. sich neue Genußmittel zu verschaffen, sich denselben anzupassen und sich daran zu gewöhnen. Ein Mittel, welches nicht der von unserem Eigendünkel als vornehmster Kulturträger gedachte indoeuropäische Stamm erdacht, sondern welches er indirekt von einem noch weit älteren Kulturträger, dem mexikanischen Volke, überkommen hat, ist der Tabak.

Übrigens ist der Wunsch nach einem leicht erregenden und zugleich leicht narkotischen Genußmittel und sogar die Art des Genusses, es in Rauchform mittelst eigener Apparate aufzunehmen, so weit unter den verschiedenen Völkern der Erde verbreitet, daß die Einführung des Tabaks gewiß nur den Anstoß zu einer teilweisen Änderung oder Modifikation eines altbekannten Genusses bildete. Das Rauchen von Hanf und von Opium aus den tabakpfeifenähnlichen Geräten in Persien, Indien und China scheint uralte zu sein und dieselben Stoffe werden daselbst noch heute dem Tabake zugesetzt. Auch in der Heimat des Tabaks, in der neuen Welt, namentlich in Nordamerika, werden dem Rauchtabelle getrocknete Blätter und Rinden verschiedener Art beigemischt oder auch für sich allein geraucht. Die

herbstlichroten Blätter des Sumach (*Rhus glabrum*), die Innenrinde des Red willow (*Cornus sanguinea*) und einer Art Viburnum, welche bei den Indianern Kinnekinnick genannt werden, sollen auch nach den Berichten neuerer Reisender einen scharfen, leicht betäubenden Rauch liefern. Auch die Blätter der wohlbekannten Ericacee, *Arbutus uvae ursi* werden als Kockonm von den Indianern Nordamerikas geraucht. Ob die als Tabakverfälschungen zu bezeichnenden Runkelrüben-, Rhabarber-, Huflattich-, Walnußblätter oder die im Deutschen Reiche als Zusatz erlaubten oder erlaubt gewesenen Kirschen-, Weichsel- und Rosenblätter betäubenden Rauch liefern, kann ich nicht sagen. Aus den später folgenden Ausführungen dürfte es zu schließen sein.

Sicher ist dies der Fall bei den Kartoffelblättern sowie bei den Blättern des Bilsenkrautes, des Stechapfels und der Tollkirsche, Solanaceen, welche orientalischen Tabaken zum Zwecke der Verstärkung zugesetzt werden. Vielleicht ist der ausnehmend starke, Tumbeki genannte orientalische (syrische) Tabak, welcher in Konstantinopel und im Orient namentlich aus dem Narghile geraucht wird und auffallend arm an Nikotin sein soll, mit einem derartigen Zusatz versehen.

Der aus Amerika importierte Tabak hat, seitdem die Sitte des Rauchens, etwa um die Mitte des 16. Jahrhunderts bekannt wurde, die Kultur des gesamten Erdballs erobert und sein Genuß, namentlich durch das Rauchen — das Kauen und Schnupfen kommt diesem gegenüber kaum in Betracht — nahm trotz anfänglicher, oft mit grausamen Strafen belegter Verbote durch Kirche und Staat und nimmt trotz hoher, den Staat erheblich bereichernder Steuern von Jahr zu Jahr zu, so daß er ohneweiters als das allgemeinste und verbreitetste Genußmittel zu bezeichnen ist.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doktorenkollegiums am 30. November 1903.

Die Art, dasselbe im Rauche zu sich zu nehmen, ist, wie bekannt, bei den verschiedenen Völkern verschieden, und wenn auch bei diesen gelegentlich alle Arten vorkommen, so kann doch gesagt werden, daß Nordamerika und Frankreich die Länder der Pfeife, Südamerika und Deutschland die Zigarrenländer, Spanien, Rumänien und die Türkei endlich die Gegenden der Zigarette sind; in neuester Zeit scheint die Zigarette der Zigarre Boden abzugewinnen, wie dies aus den Berichten der k. k. Tabakgefällsdirektion hervorgeht.

Es kamen auf den Kopf der Bevölkerung

im Jahre	Zigarren	Zigaretten	Rauchtabak u. Gespanete
	Stück	Stück	
1875	49·73	2·36	1143 g
" 1895	49·66	74·36	929 "
" 1900	50·06	114·27	965 "
" 1901	49·26	122 04	964 "

Im Anschlusse an diese Zahlen gebe ich Ihnen einige, dem Handwörterbuch für Staatswissenschaften entnommene, welche den Tabakverbrauch in den Staaten Europas und in den Vereinigten Staaten Nordamerikas illustrieren.

Es kamen auf den Kopf der Bevölkerung in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre des verfloßenen Jahrhunderts

in den Vereinigten Staaten	2·53 kg
" " Niederlanden	3·38 "
" Belgien	2·31 "
" Deutschland	1·64 "
" Österreich	1·44 "
" Bosnien-Herzegowina	1·35 "
" Ungarn	1·23 "
" Frankreich	1·07 "
" Spanien	1·01 "
" Schweden	0·92 "
" Norwegen	0·89 "
" England	0·81 "
" Rumänien	0·72 "
" Italien	0·61 "
" Rußland	0·75 "
" Bulgarien	0·48 "

Wie bekannt, besteht der Tabak aus den zubereiteten Blättern verschiedener Arten der Gattung *Nicotiana*, als deren Heimat allgemein Mittelamerika angesehen wird. In dieser Hinsicht ist eine Angabe LOTHAR BECKERS interessant, nach welcher der Tabak eigentlich eine asiatische Pflanze und erst durch Menschen offenbar noch vor dem Ende des 15. Jahrhunderts, der Entdeckung der neuen Welt, dahin gebracht worden ist. In Persien habe man schon lange vor dieser Zeit Tabak gebaut und geraucht.

Die drei Arten von *Nicotiana*, von denen jede wieder einen großen Formenkreis aufweist, sind *Nicotiana tabacum*, virginischer Tabak, *Nicotiana macrophylla*, Marylandtabak und *Nicotiana rustica*, Bauern-, Veilchentabak. Zum Zwecke der Tabakbereitung werden die durch verschiedene Kulturmethoden zu oft monströser Größe herangewachsenen Blätter, oder auch die ganzen Pflanzen abgeerntet und in eigenen Räumen, manchmal durch künstliche Wärme getrocknet oder hie und da auch geräuchert, sodann sortiert und in Haufen zusammengelegt.

In diesen entsteht unter Erwärmung ein Fermentationsprozeß, bei welchem spezifische Spaltpilze in Wirksamkeit treten und selbstverständlich chemische Veränderungen der Pflanzstoffe vor sich gehen.

Es ist wichtig, daß sich hierbei Ammoniak und Salpetersäure, zum Teil aus den Eiweißstoffen entwickeln und daß sich der Nikotingehalt verringert; der Tabak wird milder und wohlschmeckender. Bei der Fabrikation wird manchmal ein zweiter Fermentationsprozeß eingeleitet. Im allgemeinen kann man sagen, daß bei langsamem Trocknen, bei langsamer Fermentation und niedriger Temperatur leichte helle, bei rascher Fermentation und hoher Temperatur dunkle, schwere

Tabake entstehen. Das eigentümliche Aroma verdankt der Tabak zum Teil den in den Pflanzen schon vorgebildeten Harzen und Riechstoffen, zum Teil aber, u. zw. vielleicht den wichtigsten und besten Teil, den durch die erwähnten Spaltpilze bei der Zubereitung entstehenden aromatischen Körpern. Da diese Pilze für die einzelnen Tabaksorten und für das Aroma derselben spezifisch zu sein scheinen, hat man in neuester Zeit eine Züchtung der Pilze und die Impfung milderer Tabaksorten mit edlen Havanapilzen versucht.

Die chemischen Bestandteile des Tabaks sind neben den gewöhnlichen, in den Pflanzen überhaupt vorhandenen Kohlehydraten, Eiweißstoffen und Salzen verschiedene aromatische Körper, Nikotianin und das Alkaloid Nikotin. Der Gehalt an diesem letzteren wird schon wesentlich durch die Zubereitung, dann auch während der Lagerung des fertigen Tabaks gegen den der frischen Blätter verringert; der Gehalt schwankt in diesen sowohl als in dem fertigen Tabak innerhalb sehr weiter Grenzen von $\frac{1}{2}$ bis über 7%.

Endlich sei noch ein Wort über die Apparate zum Genusse des Tabakrauchs gesagt. Ursprünglich von den Indianern Mittelamerikas wurde der Tabak in eine Röhre aus Palmblatt oder Maisblatt gewickelt und wie gegenwärtig die Zigarren oder wie die in Papier gerollten Papyros oder Zigaretten geraucht. Andere Indianer zogen den Rauch der auf glühenden Kohlen verglimmenden Blätter durch Schilfstengel oder andere auch durch gabelförmig geteilte, in die Nasenlöcher eingeführte Röhren ein. Alle diese Apparate führten den Namen Tabaco. Die Indianer Nordamerikas und die asiatischen Völker stopften die zu verrauchenden Blätter in Pfeifen. Beide Arten haben sich bis auf den heutigen Tag erhalten. Das Verdienst, die erste hygienische Pfeife mit Abguß (Wassersack) und Mundstück ersonnen zu haben, gebührt einem österreichischen Arzte, FRANZ VICARIUS 1689. Eine besondere hygienische Stellung nimmt die Wasserpfeife, Narghile, Ghalyun ein, bei welcher der in einem Pfeifenkopf wie gewöhnlich erzeugte Rauch durch ein mit Wasser gefülltes Gefäß streichen muß, ehe er in den Mund des Rauchers gelangt. In dem Wasser können übel-schmeckende und giftige Stoffe zurückgehalten werden, andererseits ihm zugesetzte Aromata in den Mund des Rauchers gelangen.

Der auf irgend eine Art erzeugte Rauch wird von dem Raucher eingesogen und entweder sofort wieder ausgeblasen oder er wird tiefer eingeatmet und erst bei den folgenden Expirationen in Absätzen wieder ausgestoßen.

Es wird auch angegeben, daß der Rauch geschluckt werde. Ein wirkliches, absichtliches, regelmäßiges Schlucken des Rauches habe ich noch bei keinem Raucher beobachtet. Es ist selbstverständlich, daß bei längerem Verweilen des Rauches auf der Schleimhaut gewisse Wirkungen desselben intensiver auftreten.

Man kann sich davon beiläufig überzeugen und eine erhöhte Reizwirkung konstatieren, wenn man versucht, einen Schluck Rauch lange Zeit im Munde zu behalten. Andererseits werden diese Reizwirkungen durch Gewöhnung verringert und geübte Raucher vertragen das Ausblasen des Rauches durch die Nase, welches anfänglich Kratzen und Niesen hervorruft oder die anfänglich zum Husten reizende Inhalation sehr gut.

Ganz allgemein bezeichnet man die nach dem Genusse einer starken Zigarre oder starken Tabaks auftretenden, oft stürmischen Erscheinungen als akute, die ex abusu *Nicotianae* beobachteten mannigfachen Symptome als chronische Nikotinvergiftung, obgleich man eine akute wirkliche Nikotinvergiftung nur aus Tierversuchen und äußerst spärlichen Beobachtungen am Menschen kennt, während die chronische Nikotinvergiftung nie beobachtet wurde. Das, was gemeinhin so bezeichnet wird, ist in Wahrheit die äußerst komplizierte, trotz zahlreicher klinischer Beobachtungen nicht genau gekannte Tabakvergiftung. Der Unterschied der Nikotin- und

der Tabakvergiftung soll hier kurz angedeutet werden. Bei der ersteren experimentell erzeugten wird das Zentralnervensystem, nämlich Medulla oblongata, dann Gehirn- und Rückenmark ergriffen, und zwar zuerst für kurze Zeit erregt (Krämpfe), dann sehr rasch gelähmt; zweitens werden gewisse periphere Nervenapparate im Darm, in den Drüsen und in der Iris erregt — Vermehrung der Peristaltik, Darmtetanus, Vermehrung der Schweiß- und Speichelsekretion, Myosis — drittens werden die Endigungen der Vagusfasern im Herzen erst erregt, dann bald gelähmt, Arrhythmie, Herzstillstand.

Auch bei der akuten Nikotinvergiftung am Menschen können die wesentlichsten Momente, allgemeine Erregung, Krämpfe, Störungen des Gesichtssinnes, Salivation, Erbrechen und Stuhl drang, Unregelmäßigkeit der Herzaktion gefunden werden. Die akute Tabakrauchvergiftung zeigt nicht immer die gleichen Symptome. Die ersten und in den meisten Fällen einzigen Erscheinungen sind die Nausea und die damit zusammenhängenden Symptome, Übelkeit, Brechneigung und Erbrechen, Muskelschwäche, kalter Schweiß, Diarrhöe. Augen- und Herzerscheinungen, schwere Betäubung, Koma werden weitaus seltener beobachtet. In manchen Fällen tritt auch nur ein einziges Symptom und oft dieses auch nur andeutungsweise auf, was in individueller Empfindlichkeit, auch für das eine oder andere Fabrikat oder in anderen Umständen, Nüchternheit, Tageszeit, begründet sein mag. Es sind mir Fälle bekannt, daß an Zigarren gewöhnte Raucher sofort beim Rauchen eines Tschibuks oder selbst einer Zigarette Diarrhöe bekommen; andere Zigarrenraucher werden nach dem Rauchen einer leichten Zigarre abends nur von Herzklopfen befallen, noch andere vertragen eine schwere Havanna nach dem Mittagessen ohneweiters, nach einem ebenso kopiösen Abendessen nicht; Zigarettenrauchern vergehen bei der Inhalation der ersten Züge der Frühstückszigarette für einige Sekunden die Sinne.

Bei diesen rasch vorübergehenden Vergiftungen ist bemerkenswert, daß sie auch bei Gewohnheitsrauchern auftreten und daß sie oft schon nach dem Genuße leichter Zigarren und Zigaretten oder was dasselbe zu bedeuten haben dürfte, schon nach wenigen Zügen beobachtet werden.

Bei der chronischen Tabakrauchvergiftung finden sich die Vorstellungen der meisten Ärzte durch die Symptome von Seiten der Zirkulationsorgane beherrscht. Die immerhin selteneren Fälle von Augenerkrankung, welche in Myose, Akkommodationsstörungen, Amblyopie und Amaurose, namentlich aber in zentralem Skotom (für rot oder grün) bestehen, kommen hauptsächlich zur Kenntnis der Augenärzte. Dagegen scheint es auffällig, daß auf die schon zeitig eintretenden und fortdauernden Erscheinungen von Magenaffektion, Appetitlosigkeit, Magendrücken, Erbrechen und schwere Dyspepsie verhältnismäßig wenig geachtet wird.

Allerdings sind die Herzerscheinungen so auffallend und sie nehmen oft einen anscheinend so bedrohlichen Charakter an, daß die ihnen zugewendete Aufmerksamkeit eine ganz berechnete ist. Wie bekannt, äußern sie sich in verschiedener Weise.

Am häufigsten und markantesten ist die Arrhythmie und die anfallsweise auftretende Tachykardie, welche geradezu als pathognomonisch gelten können. Ihnen gegenüber treten andere Herzsymptome fast in den Hintergrund.

Soweit läßt sich die Tabakrauchvergiftung am Herzen mit der experimentellen Nikotinvergiftung in vollkommenen Einklang bringen, denn bei dieser werden vorerst die Endigungen der Vagusfasern gelähmt, wodurch ebenfalls Arrhythmie und Pulsbeschleunigung hervorgerufen werden. Ob die im weiteren Verlaufe der experimentellen, immer noch akuten Nikotinvergiftung eintretende Reizung des vasomotorischen Zentrums und die daraus folgende spasmodische Verengerung der Gefäße auch bei der chronischen Tabakrauchvergiftung des Menschen eintritt, steht dahin. Sie wurde allerdings, zu-

gleich mit Ischämie des Herzens von einigen Autoren auch am Menschen beobachtet.

Es sollen selbst Nutritionsstörungen, und zwar Fettdegeneration des Herzmuskels und Atheromatose entstehen können. Ohne ein bestimmtes Urteil über den behaupteten Zusammenhang zwischen chronischer Tabakvergiftung und anatomischen Veränderungen des Herzens abzugeben, möchte ich doch folgendes erwähnen: Es fehlen experimentelle Prüfungen über die chronische Nikotinvergiftung, ferner ist die Annahme, daß Nikotin in fortgesetzten kleinen Dosen jene Kontraktion der Arterien hervorbringe, die man bei der experimentellen akuten Vergiftung gewissermaßen erst als zweites Symptom beobachtet, nicht bewiesen, und zwar um so weniger, als wenigstens beim Tiere die Gewöhnung an das Gift eine ungemäin auffallende ist, endlich muß nochmals betont werden, daß die Identität oder Gleichwertigkeit der Nikotin- und der Tabakrauchvergiftung nicht angenommen werden kann.

Mir scheint es selbst nicht wahrscheinlich, daß die eben gedachten kleineren oder kurzdauernden Tabakvergiftungen dem Nikotin zuzuschreiben sind, um so weniger, als z. B. die oft in kürzerer Zeit als einer Minute ablaufenden Benommenheiten, Berausungen, welche einem Ergriffenwerden des Zentralnervensystems zugeschrieben werden könnten, schon nach wenigen Zügen einer Zigarre oder Zigarette auftreten, mit welchen nur unendlich kleine Mengen von Nikotin aufgenommen werden könnten. Andererseits können die wahrscheinlich auf eine Reizung der Magennerven zu beziehenden Symptome der Nausea, des kalten Schweißes, des Übelseins, des Würgens und Erbrechens auch beim Rauchen von Pflanzenbestandteilen beobachtet werden, die sicherlich kein Nikotin enthalten. Erinnern wir uns nur an die Rauchversuche unserer Jugend mit Walnuß- und Rosenblättern oder mit Bambusrohr.

Da aber zweifellos Gesundheitsstörungen nach übermäßigem Tabakrauchen beobachtet werden, so wurden schon seit langer Zeit Untersuchungen über die Bestandteile des Tabakrauches angestellt. Waren doch selbst die Ansichten darüber verschieden, ob überhaupt Nikotin darin enthalten sei und EULENBERG und VOHL hatten dies geleugnet. Im allgemeinen enthält der Tabakrauch Nikotin, Pyridinbasen, Kohlenoxyd, Schwefelwasserstoff und Zyanwasserstoff, einen von ABELIS und mir gefundenen indifferenten, aber giftigen Körper und ein von THOMS nachgewiesenes ätherisches Brenzöl. Vielleicht sind diese beiden Körper miteinander identisch. Bis auf das Nikotin werden alle diese Stoffe erst während des Rauchens gebildet.

Beim Rauchakte wird mehr oder weniger lufttrockener Tabak, der aber immer noch reichlich Wasser enthält, zum Glimmen gebracht, dieses durch einen den Tabak durchziehenden Luftstrom erhalten und die Destillationsprodukte in den Mund geleitet. Diese werden in dem kühleren Teile des Rauchapparates, in dem Mundende der Zigarre und Zigarette, in dem Wassersacke und in dem Rohre der Pfeife und Zigarrenspitze zum Teile kondensiert und zurückgehalten, der Rest gelangt in den Mund, dessen feuchte Schleimhaut als Lösungs- und Resorptionsstelle für ihn dient.

Die Menge der Destillations- und Kondensationsprodukte, deren Masse man kaum berechnen kann, ist recht groß, wie man bei jedem Rauchexperiment erfährt, wenn man als erste eine leere gläserne Vorlage benützt, in welche aus dem verjüngten Rauchende Tropfen um Tropfen einer dicklichen, gelb- bis schwarzbraunen Flüssigkeit sich ergießt. Ohne weitläufiges Experiment erfährt man dasselbe aus dem Glucken der Pfeifen und Zigarrenspitzen; am Mundende nicht genügend abgeschnittener Zigarren sieht man bei trockenem Rauchen an der Schnittfläche kleine, schwarzbraune, dicke Tröpfchen.

Auch bei trockenem Rauchen wird das Mundende, der Stumpf, durchfeuchtet, und zwar um so mehr, je kürzer der letztere wird, so daß auch der alte Satz richtig ist, daß

beim Verrauchen einer Zigarre der Nikotingehalt derselben im umgekehrten Verhältnisse zu ihrer Länge steht. Aus demselben Grunde können keine bestimmten Zahlen über den Rauchteer sowie über die Zusammensetzung seiner Bestandteile gegeben werden. Einen Anhaltspunkt bieten allerdings die Versuche HABERMANN'S, welcher die Menge der in dem Stumpfe enthaltenen Stickstoffbasen bei zehn österreichischen Regiezigarrensorten ermittelte; es ergab sich, daß die Menge dieser Basen (bei Panetelas, Karze, Trabuko, Operas, Portoriko, Kuba, Portoriko, Britannika, Brasil virgin) bei acht Sorten erheblich (59—118%) größer ist, als der mittlere Nikotingehalt der betreffenden Sorten; bei Virginier und Regalitas um 16 bzw. 29% größer ist als der mittlere Nikotingehalt. Ich muß hier sofort vorgreifend bemerken, daß diese Stickstoffbasen zum größten Teil aus Pyridin und dessen Verwandten bestehen, welche, wie HABERMANN mit Recht bemerkt, nur zum Teil von dem beim Rauchen zerstörten Nikotin herrühren, zum größeren Teil dagegen aus den Eiweißsubstanzen des Tabaks bei der trockenen Destillation entstehen. Auch ABELES und ich haben in der Gesamtmasse des Rauchteers neben Nikotin auch Pyridinbasen gefunden. So viel ist sicher, daß der gesamte Rauchteer intensiv giftig ist und daß das kalte Rauchen bzw. das Kauen und Aussaugen halbverrauchter Zigarren, direkt schädlich ist. Dieses kalte Rauchen und Aussaugen der Zigarrenstummel bzw. seine Folgen sind von der Tabakrauchvergiftung zu trennen und schließt sich eher dem Tabakkauen an, ist aber eben wegen der erzeugten und mitgekauten Destillationsprodukte des vorausgegangenen Rauchens gefährlicher als das Kauen eigens präparierten Tabaks. Aus demselben Grunde wäre das Rauchen aus Pfeifen oder aus Spitzen und das nicht ökonomische Rauchen, d. h. das Wegwerfen des letzten Drittels von Zigarren empfehlenswert. Ein kleines Quantum des Rauchteers gelangt aber bei jeder Art des Rauchens, namentlich bei dem gewöhnlichen Zigarren- und Zigarettenrauchen, in den Mund, wird daselbst im Speichel zum Teil gelöst und resorbiert, zum Teil ausgespien. Diese Menge ist nicht einmal annäherungsweise abzuschätzen; sie kann aber nur sehr gering sein, da der weitaus überwiegende Teil in dem unverrauchten Stumpfe kondensiert wird; zudem veranlaßt der ekelhafte Geschmack des letzteren, daß er zu meist ausgespien wird.

Immerhin mag auch das resorbierte Minimum etwas zur Tabakrauchvergiftung beitragen. Den gewöhnlichen Rauchverhältnissen entsprechend, ist aber der durchgesogene Rauch das wichtigste. Vorerst einige Zahlen: Nach HABERMANN entwickelt eine mittlere Zigarre von 5.5 g Gewicht im Durchschnitt etwa 3.5 Liter Rauch. Der in dessen Experimenten angesaugte Teil desselben machte mindestens die Hälfte des Gesamtrauches aus. Der Gehalt des Rauches an Stickstoffbasen beträgt bei den obgenannten österreichischen Regiezigarren 17—30% gleich $\frac{1}{6}$ — $\frac{3}{6}$ des durchschnittlichen Nikotingehaltes der betreffenden Zigarrensorte (nur die Brasilvirginier lieferten $\frac{1}{6}$ ihres mittleren Nikotingehaltes.)

Es ist unbekannt, wie viel Nikotin in der Menge dieser Stickstoffbasen ist, wahrscheinlich aber gehört der größere Teil der letzteren der Pyridinreihe an. Wir wollen aber einen Augenblick annehmen, daß das gesamte Nikotin unzersetzt in den Rauch übergehe; dann würde — ich halte mich immer an HABERMANN'S Analysen — von der nikotinärmsten Zigarre, der Britannika, mit 1.29% Nikotin bei einem Durchschnittsgewichte der Zigarre von 5.3 g, 0.068 g Nikotin in den Rauch übergehen und von diesem wieder nach der früheren Annahme die Hälfte in den Mund und zur Resorption gelangen. Würde also ein kräftiger Mann wagen, zwei Britannika hintereinander zu rauchen, so würde er 0.068 g Nikotin aufnehmen und da 0.05 g ungefähr die tödliche Gabe sind, eine schwere, vielleicht fatale Vergiftung zu erleiden haben. Von der ebenso geliebten wie gefürchteten Virginier mit einem Nikotingehalt von fast 4% (eine Zigarre enthält 0.22, also die vierfache toxische Dosis Nikotin) ganz zu schweigen!

Es bedarf keiner besonderen Auseinandersetzung, daß schon danach die Annahme, daß auch nur der größere, ja nur ein großer Teil des Nikotins in den Rauch übergeht, falsch sein muß. Trotzdem sich der Organismus leicht an das Nikotin gewöhnt, müßte man bei dem Zigarrenverbrauch mäßiger Raucher täglich akute Nikotinrauchvergiftungen zu sehen bekommen. Auch eine sehr richtige Bemerkung HABERMANN'S ist hier zu erwähnen. Das Nikotin hat einen abscheulichen, zwischen Tabaksaft und Ammoniak etwa die Mitte haltenden Geruch und nach KISSLING macht die Verdampfung einiger Tropfen Nikotin die Luft eines Zimmers völlig unatembare. Das Verrauchen von 3—4 Zigarren (3 Virginier repräsentieren 12 Tropfen Nikotin) müßte die Luft bis zur Unbrauchbarkeit verschlechtern. Das ist nun gewiß nicht wahr und ich muß hinzufügen, daß nicht nur die Einatmung von reinen Nikotindämpfen die Respirationsschleimhaut weit mehr reizt als die Luft eines noch so vollgerauchten Zimmers, sondern daß auch für eine gut geruchsempfindliche Nase die Differenz eine auffallend deutliche ist. Sie alle haben wahrscheinlich einmal schon Pyridin gerochen, welches man zur Linderung allerlei asthmatischer Anfälle zu einigen Tropfen auf einem Teller im Krankenzimmer verdampfen ließ. Der Geruch dieser verdünnten Pyridindämpfe ist genau der des kalten Tabakrauches. Für das Vorwiegen der Pyridinbasen spricht auch die therapeutische Erfahrung, daß einige wenige Züge von Tabakrauch sicherlich eine deutliche asthmalindernde Wirkung haben. Man muß also auch aus physiologischen Gründen annehmen, daß die auf chemischen Schlußfolgerungen basierte Annahme HABERMANN'S richtig ist, daß nämlich kein großer Teil des Nikotins unverändert in den Rauch übergeht. Daß die nicht kondensierbaren Rauchbestandteile, wie Kohlensäure und Kohlenoxyd, einen dauernden schädigenden Einfluß ausüben können, ist a priori nicht anzunehmen, aber selbst zu der vorübergehenden akuten Vergiftung tragen sie, selbst wenn sie, was nicht der Fall ist, gänzlich und direkt eingeatmet würden, nicht bei, da sie jedenfalls mit genügend großen Mengen Sauerstoff bzw. Luft gemischt werden. Für das Kohlenoxyd hat WAHL nachgewiesen, daß das außerordentlich verdünnte Gas, während 4 Stunden eingeatmet, keine üblen Folgen, gewiß aber keine Vergiftung hervorbringt und daß also der Gehalt des Tabakrauches an diesem Gase vom hygienischen Standpunkte unbedenklich ist.

Von anderen giftigen Stoffen kommen noch der Schwefelwasserstoff und der Zyanwasserstoff in Betracht. Das erstgenannte Gas wurde von vielen Beobachtern und im Rauche aller untersuchten Zigarren von HABERMANN gefunden. Die Menge wurde nicht festgestellt. Der letztgenannte Forscher meint, daß der Schwefelwasserstoff vielleicht nicht als solcher, sondern als Schwefelammonium im Rauche enthalten ist. Daß die Dämpfe von letztgenannter Verbindung heftig reizend auf die Schleimhaut wirken, ist bekannt, dagegen habe ich über eine Vergiftung damit nichts finden können. Sie müßte sich als Kombination der Vergiftung mit Ammoniak und mit Schwefelwasserstoff erweisen. Geringe und geringste Mengen des letztgenannten Gases werden ohne jeden Schaden ertragen; größere Mengen würden durch ihren abscheulichen Geruch und ekelhaft süßlichen Geschmack das Rauchen verhindern. Der letzte genau bekannte Körper, dem viele Autoren, wenn auch nicht die gesamte, so doch einen Teil der Giftigkeit des Tabakrauches zugeschrieben haben, ist die Blausäure. Der Gehalt des Rauches an diesem Gifte ist selbst bei denselben Zigarrensorten sehr verschieden und hängt nicht von der Nikotinmenge, sondern wahrscheinlich, ebenso wie der an Pyridinbasen von den im Tabakblatte vorhandenen (N-haltigen Bestandteilen) Eiweißstoffen ab. Die von einem mäßigen Raucher (5 Zigarren pro Tag) erzeugte Menge beträgt nach HABERMANN im mittleren Minimum (bei Britannika) 0.00095, im mittleren Maximum (bei Kuba-Portoriko) 0.00435 g, wovon der Raucher nach der obigen Annahme die Hälfte ansaugt.

Die mittlere tödliche Gabe der Blausäure beträgt für den Erwachsenen 0.05 g, also das 25fache der im mittleren Maximum von einem Raucher im Tage angesogenen Menge. Wenn nun auch deshalb von einer akuten Vergiftung nicht die Rede sein kann, so darf man nach den Beobachtungen, welche an mit Zyanverbindungen beschäftigten Arbeitern sowie von KORITSCHNER bei therapeutischen Versuchen gemacht worden sind, die Möglichkeit einer chronischen Blausäurevergiftung nicht außer Kombination lassen; allerdings sind die angeblichen Symptome durchaus nicht charakteristisch; es sind Kratzen im Halse, Salivation, Kopfschmerz, Mattigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung.

Man kann also die Ursache der Tabakrauchvergiftung vorläufig ebensowenig feststellen, als man mit Gewißheit sagen kann, ihr angenommener Symptomenkomplex sei von der Schädlichkeit des Tabakrauches allein und nicht auch zugleich von Alkoholismus oder von Neurasthenie mitverursacht.

Von sehr vielen Autoren wird bei den Erscheinungen am Herzen, am Auge und am Nervensystem geradezu die Koinzidenz mit chronischer Alkoholvergiftung und selbst die Schwierigkeit, die Symptome beider Vergiftungen auseinanderzuhalten, betont.

Jedenfalls ist das Bild der chronischen Tabakrauchvergiftung ein höchst kompliziertes und selbst die Annahme, die Herzsymptome seien dem Nikotin, die der Respirationsorgane dem Pyridin, die Depressionssymptome des Zentralnervensystems seien der Blausäure hauptsächlich zuzuschreiben, ist willkürlich und trifft vielleicht noch am ehesten für die akute Vergiftung zu.

Außer den genannten Stoffen wird man aber sowohl für die akute als namentlich für die chronische Vergiftung auf die zahlreichen, bisher noch nicht untersuchten Produkte der trockenen Destillation Rücksicht nehmen müssen, von welchen eines ABELES und ich als intensiv giftig erkannt haben. Vielleicht werden diese auch eine Erklärung für die noch zu wenig gewürdigte Schädigung der Verdauungsorgane geben, auf welche mein verewigter Freund ABELES besonderes Gewicht legen zu müssen glaubte, und welche, soweit unsere bisherigen Kenntnisse reichen, weder dem Nikotin, noch dem Pyridin zugeschrieben werden kann.

Zur genauen Kenntnis fehlen auch, wie ich schon früher bemerkt habe, noch zu sammelnde Erfahrungen und Experimente über reine chronische Nikotin- und Pyridinvergiftung.

Trotz oder infolge der mangelhaften Kenntnisse hat man sich bemüht, in dem Tabak jene Substanz, welche an sich wohl die giftigste ist, das Nikotin, unschädlich zu machen oder ihm dasselbe zu entziehen. Das erstere soll dadurch geschehen, daß das Nikotin an eine nicht flüchtige Substanz gebunden wird. Nun hat schon KISSLING bemerkt, und eine einfache Überlegung muß es selbst einem in chemischen Fragen nicht Geschulten klarmachen, daß durch die hohe Temperatur beim Verglimmen einer Zigarre eine solche Nikotinverbindung zerlegt wird und daß wieder das Alkaloid, sowie seine Destillationsprodukte in den Rauch gelangen.

Tatsächlich hat THOMS nachgewiesen, daß aus Tabak, welcher nach einem deutschen Patente (Gerold-Wendtsche Patentzigarren) mit Gerbsäure und Origanumextrakt behandelt worden und in welchen das Alkaloid also als gerbsaures Nikotin enthalten war, eine große Quantität unzeretzten Nikotins in den Rauch überging. Die genannten Zigarren sind nach den Untersuchungen LUDWIGS und der Hainburger Tabakfabrik im Verhältnis zu unseren Sorten ärmer an Nikotin; gewiß sind sie nicht nikotinfrei, worauf ebenfalls schon KISSLING aufmerksam gemacht hat.

Nikotinfrei sind weder diese noch die zwei Zigarrensorten, welche daraufhin die österreichische Tabakregie hergestellt und in den Handel gebracht hat. Im obersten Sanitätsratsrat hat vor einem Jahre Hofrat LUDWIG ein Gutachten über die Einführung nikotinarmer Zigarren abgegeben, in welchem es heißt, daß eine Zigarre, welche sich als Genuß-

mittel ebenso verhielte wie die gebräuchlichen Zigarren, dabei aber einen von Nikotin und dessen giftigen Zersetzungsprodukten freien Rauch liefern würde, als ein großer Fortschritt anzusehen wäre. Selbst wenn das Nikotin entfernt würde und alle anderen Bestandteile unverändert blieben, so würde der Raucher die durch die kleinen Mengen des Nikotins und seiner Zersetzungsprodukte hervorgerufenen angenehmen physiologischen Wirkungen vermissen; es sei aber unwahrscheinlich, daß man dem Tabak das Nikotin entziehen könne, ohne ihn auch bezüglich seiner anderen Bestandteile zu verändern, welche ihm das Aroma geben und welche eben zur angenehmen Stimmung des Rauchers wesentlich beitragen.

Diesem den Nagel auf den Kopf treffenden Gutachten wäre nach meiner Meinung noch hinzuzufügen, daß es sich angesichts der Tatsache, daß so wenig Nikotin im Rauche angesogen wird, neben der Entnikotinisierung des Tabaks besonders um die Befreiung des letzteren von anderen stickstoffhaltigen Substanzen, Eiweißkörpern u. dgl. handeln würde, welche nicht nur, wie schon mehrfach bemerkt, das Hauptmaterial für die Bildung der Pyridinbasen im Rauche geben, sondern vermutlich auch die Menge und Art des Rauchteers beeinflussen. Gewiß kommt es dabei hauptsächlich auf die entsprechende Art der Fermentation an, denn, wie ich im Eingange angedeutet, werden durch langsame Fermentation helle leichte, durch rasche Fermentation bei hoher Temperatur dunkle schwere Tabake erzielt. Es wird ja immerhin bei dem Fermentationsvorgang auch die Nikotinmenge mehr oder weniger verkleinert, aber die Hauptsache der zu verändernden Bestandteile sind doch die anderen Pflanzenstoffe. In jeder Zigarrensorte sind die Differenzen in der Nikotinmenge der einzelnen Stücke sicherlich sehr gering; der verständige Raucher, dessen Rachenschleimhaut nicht so stark gegerbt ist, daß sie eines besonderen Reizes bedarf, wählt aber lichte Stücke, weil sie weniger stark sind, d. h. weniger Rauchteer und Pyridinbasen entwickeln.

Daß es mit der Entnikotinisierung nicht getan ist, zeigen eben die neuen nikotinarmen Zigarren der k. k. Tabakregie, welche prompt nach dem Erscheinen des ausgezeichneten Gutachtens LUDWIGS fabriziert wurden. Die Rositas riechen und schmecken wie glimmendes Packpapier und erinnern an unsere erfreulichen Rauchversuche mit Walnußblättern oder Bambusrohrstückchen in den Praterauen. Die Selektas stinken weniger, aber riechen dafür auch nicht nach Tabak.

Hinsichtlich der Therapie der chronischen Tabakrauchvergiftung ist nicht viel zu sagen. Im allgemeinen verläuft diese ja trotz einzelner nicht reiner Fälle und trotz alarmierender Symptome gut. Angaben über nicht charakteristische Erscheinungen namentlich von Seiten des Nervensystems, Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisschwäche, sind, da sie zum Teil an Tabakarbeitern gemacht wurden, vorsichtig zu beurteilen, ebenso die über die Abkürzung der Lebenszeit. Bei bedenklichen akuten Symptomen von Seite der Verdauung oder der Zirkulation genügt die Enthaltung von Tabak, ja selbst die bedeutende Einschränkung seines Genusses zur völligen Heilung; Augenaffektionen werden durch Abstinenz allein, nur nach etwas längerer Zeit geheilt. Die Entwöhnung der Kranken vom Tabak gelingt in weitaus den meisten Fällen.

Eine Anstaltsbehandlung wäre nur bei den sogenannten Nikotinpsychosen nötig, welche bei Schnupfern und Kauern, kaum bei Rauchern vorkommen.

Abstinenzerscheinungen werden nicht beobachtet; im Gegenteil, es tritt namentlich bei Verdauungs- und Zirkulationsstörungen schon sehr kurze Zeit nach dem Beginne der Abstinenz eine auffallende Euphorie auf. Durch Badekuren und hydrotherapeutische Prozeduren wird die Wiederherstellung beschleunigt.

Die Prophylaxe, d. h. die Beratung des Patienten durch den Arzt, nicht zu viel und zu starken Tabak zu rauchen,

ist selbstverständlich. Die individuelle Verschiedenheit in der ohne Schaden ertragenen Menge und in der Akkumulation daran ist aber außerordentlich groß. Daß Kindern der Genuß des Tabakrauches zu versagen und daß sie über seine Schädlichkeit schon in der Schule unterrichtet werden sollten, muß nicht näher erörtert werden. Das in einer Toxikologie ausgesprochene Verlangen, daß unventilierte Kneipstuben, in welchen dichter Rauch sich ansammeln kann, polizeilich geschlossen werden sollten und daß in Zimmern, wo Kinder sind, nicht geraucht werden darf, hat mit der Tabakrauchvergiftung selbst wohl nichts zu tun.

Wollte ich allgemeine Vorschriften für Tabak- und Zigarrenrauchen geben, so würden sie sich mit den mäßigen Ansprüchen eines mäßigen Rauchers decken. Abgesehen davon, daß in erster Linie das Narghile, in zweiter Linie die mit einem Wassersack versehenen Pfeife die zweckmäßigsten Rauchapparate sind, sollte der Raucher immer helle und nicht zu fest gewickelte trockene Zigarren wählen. Die Farbe ist aus den genannten Gründen, die Trockenheit und die entsprechende Wicklung deshalb wichtig, weil bei großer Feuchtigkeit und bei zu fester Rollung das Verglimmen langsamer erfolgt und deshalb größere Mengen der Produkte der trockenen Destillation geliefert werden.

Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien.

(Fortsetzung.)

Welche schwere Folgen mitunter eine Fehldiagnose verursachen kann und welche schwere Verantwortung mit einem ärztlichen Gutachten sehr oft verknüpft ist, zeigt uns das Urteil einer militärärztlichen Überprüfungscommission, welches heuer in Dresden ausgesprochen wurde und nicht nur in der Stadt, sondern im ganzen Lande großes Aufsehen erregte.

Ein Böttchergeselle, welcher in einer sächsischen Garnison als Infanterist seiner Dienstpflicht entsprach, wurde nämlich vom Kriegsgerichte wegen Simulation zu sechs Monaten Gefängnis und Versetzung in die zweite Klasse des Soldatenstandes verurteilt. Er wurde beschuldigt, daß er eine hohe Schulter simuliere, um vom Militär freizukommen; in diesem Sinne hatten sich vier Militärärzte als Sachverständige ausgesprochen. Dieses kriegsgerichtliche Urteil wurde jedoch durch einen Freispruch des Oberkriegsgerichtes vollends aufgehoben, und zwar auf Grundlage eines Gutachtens REYHERS, eines Spezialisten für Mechanotherapie und Orthopädie. Er bekundete, daß eine Simulation oder Übertreibung durch den Angeklagten ganz ausgeschlossen und geradezu unmöglich sei. Die schiefe Schulterstellung sei auf eine Nervenerkrankung, und zwar auf eine Ischias des linken Beines zurückzuführen, die seinerzeit von den Militärärzten nicht hätte wahrgenommen werden können, da sie erst im Entstehen begriffen war. Außerdem liege eine Verkrümmung der Wirbelsäule vor, deren Abweichung 3.1 cm betrage. Es handelte sich augenfällig um eine Ischias scoliotica. Von den Militärärzten hielt einer sein früheres Gutachten auf vollständige Simulation aufrecht, während die drei anderen daran festhielten, daß der Angeklagte stark übertreibe, welche Annahme sie vorzugsweise durch die Tatsache zu stützen suchten, daß die Skoliose in der Narkose vollständig verschwand. Das Verhalten der Ischias scoliotica in der Narkose erscheint uns nach dem vorher Gesagten vollkommen aufgeklärt. Der von der Verteidigung und vom Vertreter der Anklage gestellte Antrag, ein Obergutachten einzufordern, wurde abgelehnt und es erfolgte der Freispruch des Angeklagten.

Aus diesem Falle kann man zur Genüge ersehen, wie leicht durch einen diagnostischen Irrtum das Gewissen der Ärzte belastet werden kann, wenn wir ähnlich zu urteilen

haben „als eines fremden Loses Vorsehung, dem wir Schicksal werden“.

Allein, nicht nur in forensischer Richtung wollen wir die Bedeutung diagnostischer Irrtümer beleuchten; auch in der alltäglichen Praxis kommen Fälle vor, in welchen das Wort des Orthopäden schwer in die Wagschale fallen kann, wie es ein recht instruktiver, differential-diagnostischer Fall beweist, über welchen uns Dr. BENDER an der orthopädischen Poliklinik des Prof. KÖLLIKER in Leipzig berichtet.

Es stand dort durch eine längere Zeit eine 22jährige Arbeiterin in Behandlung, die jahrelang damit beschäftigt war, verschiedenes Papier stehend zu liniieren. Es traten dann Schmerzen in der rechten Lendengegend auf, die jedoch nicht auf einer Stelle blieben, sondern herumzogen. Zugleich entwickelte sich eine dorsale links-konvexe und lumbale, rechts-konvexe Skoliose sogar zweiten Grades. Durch Suspension und Vorwärtsbeugen des Rumpfes wurde die Skoliose ausgeglichen. Die totale Rumpfabweichung nach links betrug 2.5 cm. Die Skoliose stand offenbar im Zusammenhang mit den Schmerzen in der Lendengegend und man dachte zunächst an Neuralgien im Bereiche des Plexus lumbalis, wie sie NICOLADONI zuerst bei der Ischias scoliotica beschrieb. Doch fehlten bei der Kranken die charakteristischen Druckpunkte und die Schmerzen hörten in der Rückenlage vollständig auf. Die orthopädische Behandlung zeigte sich vollkommen erfolglos. Bei mehrmaliger Untersuchung der rechten mittleren Bauchgegend, in welcher die Kranke oft über paroxysmenartig auftretende Schmerzen klagte, fand man schließlich rechts von der Linea alba einen runden beweglichen Tumor, welcher sich als eine — Wander- niere entpuppte. Nun konnten mit einemale alle früher unklaren Symptome erst richtig gedeutet werden, so z. B. das Fehlen der Druckpunkte, das Aufhören der Schmerzen in der Rückenlage. Die Schmerzparoxysmen hatten wohl in den vorübergehenden Einklemmungen der Niere ihre Ursache.

In differential-diagnostischer Beziehung dürfen wir in Bezug auf die orthopädischen Erkrankungsformen des Brustkorbes auch jene Berufsdeformitäten desselben nicht unerwähnt lassen, welche zu ausgesprochenen Skoliosen führen. So beschrieb M. STERNBERG bei den Metalldruckern eine infolge ihrer eigenartigen Stellung bei der Metaldrehbank zustandekommende Abflachung und Einsenkung der rechten Brusthälfte, welche in der Regel eine linkskonvexe Dorsalskoliose mit tieferem Stand der rechten Schulter zur Folge hat. STERNBERG nahm auch bei solchen Leuten genaue zyrtometrische Kurven auf. Eine solche Thoraxdeformität könnte uns unter Umständen, z. B. bei einem mittelgroßen, pleuritischen Ergüsse der rechten Seite ohne Kompressionsatmen zur Annahme einer pleuritischen Schwarte verleiten, also einen eventuell unangenehmen diagnostischen Irrtum veranlassen.

Bei Besprechung der diagnostischen Gesichtspunkte an der oberen Extremität von der Perspektive des Orthopäden will ich mich nur mit der Anführung eines einzigen Beispiels begnügen, welches ich in Dresden an der orthopädischen Anstalt des Dr. SCHANZ selbst erlebt habe und wodurch mir SCHANZ durch seinen diagnostischen Scharfsinn nicht wenig imponierte.

Es handelte sich um ein Mitglied der dortigen Arbeiterkrankenkasse, welches behufs Konsultierung wegen einer Unfallsverletzung jene Anstalt aufsuchte. Der Mann, ein etwa 50jähriger Arbeiter, stürzte vor vier Monaten bei Glatteis auf der Straße, und zwar auf die ausgestreckte linke Hand. Es war dies demnach ein Fall, wie er sich in der alltäglichen Praxis eines vielbeschäftigten Kassenarztes nur allzuhäufig zu ereignen pflegt.

Seitdem verspürte der Mann unerträgliche Schmerzen im betreffenden Arme. Es soll auch ein deutliches „Krachen und Reiben der Knochenbruchstücke“ hörbar gewesen sein. Der Kassenarzt diagnostizierte einen einfachen Radiusbruch und legte ihm einen Gipsverband an, welchen er durch acht Wochen tragen mußte. Nach Abnahme des Verbandes blieb zwar eine Steifigkeit der Hand zurück, doch ließen die Schmerzen bei der Bewegung derselben

durchaus nicht nach. Es war auch auffallend, daß jetzt, nach vier Monaten, auch nicht der geringste Kallus nachzuweisen war. SCHANZ verwarf nun die Diagnose eines Radiusbruches und führte die Verletzung auf eine Einklemmung des über dem Radiokarpalgelenk liegenden Schleimbeutels zurück, was sich später tatsächlich als richtig herausstellte.

Auch im Bereiche der unteren Extremitäten öffnet sich uns ein ziemlich weites Gebiet für die Möglichkeit diagnostischer Irrtümer, und zwar vorzugsweise im Bereiche des Hüftgelenkes. Die wichtigsten orthopädischen Erkrankungen desselben sind die angeborene Hüftverrenkung und die Koxitis.

Die Verwechslung einer rhachitischen Deformität mit der ersteren ist gar nicht so selten; ein solches Kind kann nämlich einen ebenso watschelnden Gang aufweisen, wie ein solches mit Hüftluxation. Doch bringt hier ein Griff auf den Oberschenkelkopf eine baldige Klärung der Situation. Während der letztere bei der Rhachitis fest in der Pfanne steckt, demnach nicht fühlbar ist, läßt er sich bei einer Luxation leicht fühlen oder sogar verschieben. Außerdem entscheidet der Stand des Trochanter major gegenüber der NELATONschen Linie sofort jeden Zweifel.

Größere Schwierigkeiten bereitet allerdings das Auseinanderhalten von Hüftgelenksverrenkung und Coxa vara. M. H.! Die Coxa vara ist nicht vielleicht als eine orthopädische Spezialität aufzufassen, sie ist vielmehr eine viel häufiger anzutreffende Erkrankung der Hüftpfannen, als man bisher glaubte. Wir verdanken es vorzugsweise den eingehenden Arbeiten von E. MÜLLER, HOFMEISTER und KOCHER, daß sie die Aufmerksamkeit der Ärzte auf dieselbe neuerdings gelenkt haben, obwohl sie bereits früher von ROSER, REISS und RICHARDSON ziemlich genau beschrieben wurde. Ich gestehe offen, daß ich sie vor meiner Studienreise im Jahre 1900 fast nur aus den Büchern kannte und erst an den orthopädischen Kliniken eine ganze Reihe solcher Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte. Und doch muß ich andererseits zugeben, daß mir während meiner zwölfjährigen Praxis mehrere Fälle von Coxa vara vorgekommen sind, nur habe ich solche teils nicht erkannt, teils nicht richtig gewürdigt. Bei der heutigen fortgeschrittenen Technik in der Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung nach LORENZ und HOFFA und bei der großen Ähnlichkeit derselben mit der Coxa vara ist es klar, daß nicht nur der Orthopäde, sondern auch der praktische Arzt in dem zweifelhaften Falle einer Luxation stets auch an die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Coxa vara bedacht sein und die Hauptmerkmale der Differentialdiagnose stets ins Auge fassen muß. Denn bei der Coxa vara findet sich oft auch ein Hochstand des Trochanter und eine Verkürzung des einen Beines. Dessenungeachtet ist stets zu berücksichtigen, daß bei der Coxa vara der Kopf jedesmal in der Pfanne zu tasten und außerdem spielend leicht eine stärkere Abduktionshemmung nachzuweisen ist; überdies kann man den Schenkelkopf nicht wie bei der Luxation hin und herschieben.

Allein auch gegen andere, mit ähnlichen Symptomen bedachte Hüfterkrankungen muß man sich vor der sicheren Feststellung der Diagnose einer angeborenen Hüftgelenksverrenkung zu vergewissern trachten; denn von der Verwechslung der letzteren z. B. mit einem paralytischen Schlottergelenk schützt uns die Erwägung, daß bei diesem eine sofortige Repositionsfähigkeit des Kopfes in der Richtung der Längsachse des Oberschenkels, ferner die Schlaffheit der Glutealmuskulatur leicht nachzuweisen sind.

Auch mit einer koxitischen Kontraktur kann die angeborene Hüftverrenkung verwechselt werden; doch ist hierbei zu erwägen, daß bei der letzteren alle Bewegungen frei sind und auch die reflektorische Muskelspannung bei Ausübung passiver Bewegungen bei ihr vollkommen fehlt.

Sowie die angeborene Hüftgelenksverrenkung behufs Vermeidung diagnostischer Irrtümer ein sorgfältiges Auseinander-

halten von allen analogen Erkrankungen erfordert, so sind ebenso Verwechslungen der Koxitis mit ähnlichen Krankheiten denkbar und tatsächlich auch vorgekommen. So wird z. B. nicht selten eine Psoaskontraktur mit der Koxitis verwechselt. Am bekanntesten sind Psoaskontrakturen bei Spondylitis. Es gibt aber nach den Untersuchungen von BARDELEBEN auch Psoaskontrakturen, welche auf einer rein rheumatischen Basis beruhen, und er ist auch geneigt, das sogenannte freiwillige Hinken der Kinder auf diese Erkrankungsform zurückzuführen. Man wird oft verführt, solche freiwillig hinkende Kinder als von einer Koxitis geheilt anzusehen. In der Narkose verschwindet eine solche „Koxitis“ sofort.

Bei ähnlichen Fällen ist stets zu berücksichtigen, daß bei der Psoaskontraktur nur die Streckung behindert erscheint; daß ferner die Rotation, Abduktion und Adduktion der Beine bei der Psoaskontraktur frei, bei der Koxitis jedoch, wenn nicht vollkommen gehemmt, so doch bedeutend beschränkt ist. Außerdem gibt hier der Stand des Trochanter in oder über der NELATONschen Linie die richtige Entscheidung. Solche Kontrakturen sind bei einer geeignet ausgeführten Heilgymnastik in einem ebenso kurzen Zeitraume heilbar, wie z. B. der rheumatische Schiefhals oder andere rheumatische Kontrakturen. In Bezug auf die Möglichkeit einer Verwechslung der Koxitis mit einer auf rheumatischer oder infektiöser Basis beruhenden Ankylose gibt uns die Beweglichkeit des Gelenkes den richtigen Aufschluß.

Weniger leicht sind die Frühsymptome der Koxitis von einem beginnenden Malum coxae senile auseinanderzuhalten; beide Erkrankungen sind mit bedeutenden, anfangs nicht ganz genau lokalisierten, dumpfen Schmerzen, sowie mit Bewegungshemmungen im Bereiche des Hüftgelenks verbunden. Nach den Untersuchungen von GURLT kann bei dem Malum coxae senile der Schenkelhals eine scheinbare oder auch wirkliche Verkürzung erleiden, worin die Verkürzungen des Beines, sowie Ein- und Auswärtsdrehungen desselben ihre Erklärung finden. Im späteren Verlaufe der Krankheit treten allerdings Symptome auf, welche eben der Arthritis deformans eigen sind, und gerade diese Symptome, sowie die Erwägung des Alters des Kranken leiten die Diagnose in das richtige Geleise.

(Schluß folgt.)

Kraftnahrung.

Von Dr. P. Siedler in Berlin.

Die Anwendung synthetischer Nährpräparate ist in allen jenen Fällen angezeigt, wo ein schwacher oder in der Entwicklung zurückgebliebener Organismus einer konzentrierten Ernährung bedarf, um die nötige Lebenskraft und Widerstandsfähigkeit zu erwerben.

Zwar ist es nur selten möglich, die Ernährung ausschließlich mit Hilfe solcher konzentrierten Nährmittel zu bewerkstelligen; als Zusatz zur natürlichen Nahrung ist ein richtig zusammengestelltes Nährpräparat indessen von segensreichem Einfluß bei schwächlichen Kindern wie Erwachsenen, Kranken und Rekonvaleszenten, insbesondere bei solchen, deren Verdauungsfähigkeit geschwächt ist oder darniederliegt.

Unter den Nährmitteln gebührt nun der bevorzugteste Platz unstreitig denjenigen, welche sämtliche zum Ausbau des menschlichen Körpers notwendigen Stoffe enthalten, und zwar nicht nur im richtigen Verhältnis, sondern auch in einer Form, welche der Verdauung und damit der Ausnutzung einen möglichst geringen Widerstand entgegenbringt.

Auf solche Substanzen weist uns zunächst die Natur in den Speicherstoffen, welche sie ihren organisierten Geschöpfen mit auf den Weg gibt und welche zur Erhaltung des zum Leben erwachenden Wesens solange genügen, bis dieses selbst imstande ist, aus seiner Umgebung die passende Nahrung in sich aufzunehmen und zu assimilieren. Das Eiweiß des Pflanzensamens ernährt die junge Keimpflanze bis zum Eintritt des

Safttriebes durch das in den Boden eindringende Würzelchen; das Ei der niederen Tiere und Vögel birgt alle Substanzen, welche zur Ausbildung des jungen Geschöpfes innerhalb seines Gehäuses nötig sind; die Muttermilch endlich bildet die natürlichste, ausreichendste und beste Mitgift des höher organisierten jungen Tieres wie des jugendlichen Erdenbürgers unter den Menschen.

Die physiologische Chemie hat uns nun gelehrt, welche dieser Stoffe der Mensch auch nach zurückgelegtem Säuglingsalter nötig hat und welches das für den Körper ersprißlichste Mischungsverhältnis derselben darstellt. Es ergab sich dabei zunächst die Notwendigkeit der gleichzeitigen Zufuhr dreier großer Gruppen von Nährstoffen, welche wir mit den Namen: „Kohlehydrate“, „Eiweißstoffe“ und „Fette“ bezeichnen. Die „Kohlehydrate“ sind Verbindungen des Kohlenstoffes mit Wasserstoff und Sauerstoff, in welchen die beiden letzteren Elemente in demselben Verhältnis enthalten sind wie im Wasser. Zu den Kohlehydraten gehören beispielsweise die Stärke, die Cellulose und die Zuckerarten. Die „Eiweißkörper“ bestehen außer aus den obigen drei Elementen auch noch aus Stickstoff, Schwefel und vielfach aus Phosphor; sie bilden die Hauptmasse der festen Stoffe des Blutes und des Körpergewebes. Den Eiweißkörpern verwandt sind gewisse organische Phosphorverbindungen, unter diesen die Lecithine und Nucleine, ebenfalls unentbehrliche Zellenbestandteile. Die „Fette“ sind Verbindungen des Glycerins mit verschiedenen Säuren, welche wir mit dem Namen „Fettsäuren“ bezeichnen. Zu ihnen gehören nicht nur alle Fette im landläufigen Sinne, sondern auch die nicht flüchtigen Öle; nahe verwandt sind ihnen die ebenfalls unentbehrlichen Cholesterine. Zu den notwendigen Salzen endlich gehören Verbindungen des Eisens, des Kalks, der Magnesia und der Kieselerde, des Chlors, des Fluors, des Natriums und des Kaliums.

Bei der Darstellung eines Nahrungsmittels kommt es nun darauf an, eine qualitativ wie quantitativ richtige Auswahl zu treffen. Hierin liegt die wichtigste Aufgabe des Nahrungsmittel-Chemikers, und hier setzen die Erfahrungen und Ansichten der Physiologen ein, in welchen sich aber gerade in letzter Zeit ein bahnbrechender Umschwung geltend macht.

Während sich nämlich die physiologische Schule der letzten 20 Jahre für die Zufuhr von Stoffen erklärte, welche schon außerhalb des Körpers einer mehr oder minder weitgehenden künstlichen Verdauung (Peptonisierung) unterzogen werden, kommt man neuerdings von dieser Ansicht mehr und mehr ab. Es hat sich herausgestellt, daß diese vorverdauten Produkte durchaus nicht immer gut vertragen werden und bei empfindlichen Naturen, wie bei Patienten mit geschwächtem Magendarmkanal, bisweilen Verdauungsstörungen hervorzurufen imstande sind, welche sich bis zu schweren Darmkatarrhen steigern können. Hier wird also die gegenteilige der beabsichtigten Wirkung erreicht; anstatt die Ernährung zu unterstützen, schwächt das Nahrungsmittel den Körper und der Patient ist zu einem sofortigen Wechsel der Nahrung, zur „Rückkehr zur Natur“ genötigt.

Hiermit ist das Schlagwort zur Beurteilung des bekannten Nahrungsmittels „RIEDEL'S Kraftnahrung“ gegeben.

Dasselbe enthält keinerlei vorverdaute, sondern nur solche Stoffe, wie sie die Natur liefert, aber in einer Form, welche die wirklich nährenden, also zur Aufnahme gelangenden Bestandteile dem Körper in konzentrierter Maße darbietet.

Die Kohlehydrate sind in „RIEDEL'S Kraftnahrung“ in Form der wirksamen Bestandteile des Gerstenmalzes vorhanden, welches bekanntlich schon an sich eines der wertvollsten diätetischen Präparate darstellt. Die Eiweißstoffe und Fette, sowie alle übrigen genannten notwendigen Körperbestandteile finden sich in Form von Hühnereigelb, welche in frischem Zustande ohne Einwirkung von künstlicher Wärme konzentriert worden ist, also alle gewebe-, blut- und knochenbildenden Bestandteile dieses überaus wichtigen

und fast völlig absorbierbaren Nahrungsmittels in unveränderter Form und Menge in sich birgt.

Es liegt auf der Hand, daß ein Nahrungsmittel von dieser Zusammensetzung für den Körper von hohem Nutzungswerte sein muß. Um diesen Nutzungswert aber auch ziffermäßig festzustellen, wurde das Präparat von dem vereideten Gerichts-Chemiker Dr. AUFRECHT einer Analyse unterzogen, welche folgende Zahlen ermittelt hat:

Wasser	2·44%
Mineralstoffe	2·36%
Organische Substanzen	95·20%

Letztere enthalten:

Fett (Ätherextrakt)	5·87 g
Gesamtstickstoff	1·65 „
entsprechend Eiweißkörpern	10·31 „
in Form von Nuklein	0·28 „
in Form von Lecithin	1·75 „
außerdem Maltose	40·97 „
und Dextrin	36·30 „
ferner geringe Mengen aktiver Diastase.	

Die Bestimmung der wesentlichsten Mineralstoffe ergab in Prozenten:

Phosphorsäure	57·47%
Eisen	1·85%
Kalk	2·76%

Von der Gesamtstickstoffsubstanz erwiesen sich als:

unverdaulich	0·72 g
verdaulich	9·59 „

in Prozenten der Gesamtstickstoffsubstanz verdaulich 93·01%.

Die Prüfung auf Albumosen ergab einen negativen Befund.

„Nach den Ergebnissen der Analyse — sagt AUFRECHT — stellt RIEDEL'S Kraftnahrung ein wohlgeschmeckendes, größtenteils lösliches und leicht verdauliches Präparat von hohem Nährstoffgehalt dar, gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an blut- und knochenbildenden Bestandteilen (Phosphor und Eisen, beide in organischer Bindung). Speziell hervorzuheben sind die überaus feine Verteilung von Fett und Eiweiß, das gänzliche Fehlen von Stärke und Zellulose, der minimale Wassergehalt und der relativ hohe Gehalt an Lecithin und aktiver Diastase. Ein derart beschaffenes Präparat verdient ohne Zweifel in der Ernährungstherapie eine ausgedehnte Anwendung.“

Dieser Analyse ist nun noch hinzuzufügen, daß „RIEDEL'S Kraftnahrung“ ein Pulver von außergewöhnlichem Wohlgeschmack ist, welches sich in Wasser, Milch, Kakao, Kaffee, Bier oder ähnlichen Getränken, in welchen es mehrmals täglich eßlöffelweise genommen wird, sowie auch in Suppen, Brei, Kompott und ähnlichen Beigerichten sofort äußerst fein verteilt, was als eine der Hauptbedingungen für die gute Bekömmlichkeit eines Nahrungsmittels zu betrachten ist.

Referate.

SCHÜTZE (Greifswald): Über die Unterscheidung von Menschen- und Tierknochen etc.

Sch. injizierte kräftigen Kaninchen durch 6 Wochen an jedem 2. oder 3. Tage 8—10 cm³ Menschen-, resp. Pferde-, Rinder- oder Schweineserum subkutan, insgesamt etwa 120 cm³ des betreffenden Serums. Sein Untersuchungsmaterial hat er in der Weise gewonnen, daß er frische Knochen in kleine Stückchen zerkleinerte und das der Knocheninnenfläche anhaftende Mark in 10—20 cm³ einer physiologischen (0·85%igen) Kochsalzlösung aufschwemmte, im Kolben schüttelte und nach halbstündigem Stehen bei Zimmer-temperatur filtrierte („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 4). Zu je 5 cm³ der klar abfiltrierten Flüssigkeit wurden 0·5 und 1·0 cm³ des homologen Immunserums zugesetzt. Die Präzipitinreaktion ist eine ganz spezifische. Das Serum eines z. B. mit Menschenserum vorbehandelten Kaninchens ruft nur in einer aus Menschenknochen hergestellten Knochenmarklösung eine Trübung und nach 1/3—1stündigem Stehen bei 37° einen ausgesprochenen Niederschlag hervor.

Diese biologische Differenzierung trat selbst noch ein bei Knochenstückchen, die drei Wochen bei Zimmertemperatur aufbewahrt und deren Mark bereits eingetrocknet war. Sie ließ im Stiche, wenn nur kompakte Substanz, d. h. wohl überwiegend anorganische Salze, zur Verfügung standen. Ebenso war es nicht möglich, Knochenstückchen zu identifizieren, die eine Stunde im strömenden Dampfkochtopf vorbehandelt worden waren. B.

SIGMUND STIASSNY (Wien): Ein Beitrag zur Quadrizepsplastik.

Verf. hat („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 39) im Laboratorium der CZERNYSCHEN Klinik folgende Versuche angestellt: Er legte durch einen zirka 6 cm langen Schnitt an der Vorderseite des Oberschenkels den Quadrizeps frei, durchtrennte ihn hart am Knierande vollständig und bewirkte damit eine der inveterierten Patellarfraktur analoge Schädigung, da sich der Stumpf stark retrahiert.

Infolge dieses Eingriffes wurde das Bein nachgeschleift, das Tier konnte nicht mehr hüpfen. Nun nahm er die nächstgelegenen Muskelgruppen von der Außen- wie der Innenseite des Oberschenkels (selbst den Adductor magnus), löste sie von ihren Insertionspunkten los und vernähte sie mit dem oberen Patellarande (im Frakturfall am distalen Patellarfragmente, resp. am Ligam. patellae proprium zu fixieren); überdies verband er den retrahierten, aber möglichst weit herabgeleiteten Musculus quadriceps mit den von beiden Seiten herangezogenen Muskeln durch mehrere Fixationsnähte. Als Nahtmaterial wurde teils Catgut, teils Seide gewählt, jedoch stets mit HAGEDORN'SCHEN Nadeln genäht. Er führte das Experiment an mehreren Tieren aus und modifizierte es auch in dem Sinne, daß er statt eines medianen zwei laterale Hautschnitte anbrachte; das letztere Verfahren erleichtert namentlich das Präparieren in der Gegend der großen Gefäße an der Innenseite des Oberschenkels. Durch Bedeckung der Nahtlinie mit Kollodium brachte er die Hautwunde zur Heilung per primam intentionem — auch ohne steifen Verband; dadurch wurden bei Hasen sonst leicht auftretende Paresen mit konsekutiver Atrophie vermieden. Die deutlich sichtbare Besserung in der Funktion wurde vom 8. Tage an durch Faradisieren der betreffenden Extremität unterstützt. Allmählich konnte das Kaninchen wieder hüpfen, so daß nach zirka 4 Wochen eine Asymmetrie in der Funktion der beiden unteren Extremitäten nicht mehr wahrnehmbar war. Die bald darauf vorgenommene Sektion ergab die vollkommene Erhaltung des operativ erzielten Resultates. Bei veralteten Kniescheibenbrüchen, die ja meist mit bedeutender irreduktibler Dehiszenz der Teile einhergehen, dürfte dieses Verfahren, vielleicht kombiniert mit demjenigen von SCHANZ, Anwendung finden. Lg.

E. WINKLER (Barmen): Über Korrektur schiefer Nasen.

Das Verfahren zur Korrektur schiefer Nasen besteht aus folgenden Arten („Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc.“, 1903, Nr. 8).

Hintere Tamponade, damit bei etwaigem Einreißen der Nasenschleimhaut kein Blut in den Rachen fließt. Gleichzeitig dient dieselbe zur Orientierung während des Ablösens der Nasenschleimhaut. Da zu der Tamponade die BELLOCQUESCHE Röhre gewaltsam durch die hochgradig verengte Nasenseite geführt werden mußte, so wurde dieser Eingriff nach völlig erzielter Narkose vorgenommen. Inzision durch die Übergangsfalte zwischen Lippen- und Oberkieferschleimhaut von der Spina septi bis zum Eckzahne der Seite, an welcher die Septumoperation stattfinden soll, resp. bis auf den Knochen. Zurückstreifen der Schleimhaut und des Periostes, um Klemmen und Schieber an den Schnittändern anlegen zu können. Ablösen der Weichteile nach oben, Freilegen des Nasenbodens, Einlegen eines Wundhakens. Freipräparieren des Überganges der Knorpelplatte des Septums in den häutigen Septumabschnitt, u. zw. möglichst stumpf. Ablösung der Septumbedeckung, soweit dies nötig erscheint. Inzision auf den Knorpel dicht an obiger Stelle und von hier aus Entfernung der Knorpelplatte.

Einbrechen des vorher gepolsterten Nasenrückens durch einige Hammerschläge gegen die Frakturstelle. Reposition und Naht. G.

FERDINAND KLUG (Budapest): Untersuchungen an einem Kranken, dessen Bogengänge fehlten.

Ein sechsjähriges Kind überstand Scharlachotitis; bei den Mastoidaloperationen wurden die nekrotischen Labyrinth entfernt. Die Ohrenerkrankung heilte aus; das Kind war völlig taub. Bei den Versuchen, die K. mit dem Kinde anstellte, bediente er sich zuerst eines normalen Kindes und unternahm die Versuche in Gegenwart des kranken Kindes, so daß dasselbe die Versuche nur nachahmen mußte. Er fand folgendes:

In der Badewanne bleibt das Kind ruhig sitzen, ergreift Gegenstände über dem Wasser rasch und sicher, unter dem Wasser nur mit Anstrengung. In das Wasser tauchen will es nicht; will man es untertauchen, dann wehrt es sich mit aller Kraft. Werden ihm die Augen verbunden, dann bleibt es regungslos sitzen. Wenn kein Wasser in der Badewanne ist, so führt es die Bewegungen anstandslos aus. Es geht sehr gut, jedoch auf breiter Basis, und kann auch gut laufen. Verbindet man ihm die Augen, so geht es sicher, doch läßt sich ein leichtes Schwanken konstatieren. Die Richtung kann es nicht einhalten; bei 22 Versuchen lenkt es 14mal nach rechts, 6mal nach links ab. Auf einem Fuß kann es auch mit offenen Augen nicht stehen. Bei der Galvanisation entsteht kein Schwindel, kein Nystagmus, keine Bewegungen der Augen zur Anode. Auf einer Drehscheibe werden keine Kopf- und Augenbewegungen konstatiert; nach starker Rotation kein Schwindel. L.

KURT STEINDORFF (Berlin): Über den Einfluß von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten Glaukomanfalles.

Verf. hat unter 7181 Augenkranken 102 Fälle mit akutem primärem Glaukom konstatieren können. Von diesen konnten 68 Fälle für den in Betracht kommenden meteorologischen Zusammenhang verwertet werden, da bei den anderen 34 Fällen noch andere komplizierende Momente vorhanden waren, welche den Glaukomanfall auszulösen vermochten (Sekundärglaukom, Mydriatikum, Operation des einen Auges und dergleichen). Es zeigt sich („Zentr. f. prakt. Augheilkde.“ 1903, Nr. 2) daß das Maximum der Anfälle in die kalte Jahreszeit (vom Oktober bis März) trifft. Vom Januargipfel sinkt die Kurve in den beiden folgenden Monaten, hebt sich dann wieder, erreicht im Mai ein zweites Maximum, worauf im Juni der tiefste Stand mit 0 Fällen erreicht wird. Langsam steigt die Kurve nun bis zum November, um im Dezember wieder einen kleinen Rückgang zu erfahren. Das Maximum ist also im Januar, das Minimum im Juni. Man soll daher Leute, die Prodrome von Glaukom hatten, vor plötzlicher Einwirkung exzessiv kalter Luft bewahren. Bi.

DUKELSKI: Beitrag zur Frage der Vulvovaginitiden der Kinder.

Die infantile Erkrankung, welche in den Lehrbüchern als Weißfuß, Fluor albus, Leukorrhöe etc. beschrieben wird, stellt in 80% sämtlicher Fälle eine gonorrhöische Vulvovaginitis dar, welche Verf. („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 15—16) als Vulvovaginitis infectiosa specifica sive gonorrhöica zu bezeichnen empfiehlt. In die übrigen 20% entfallen verschiedene Arten von Vulvovaginitiden, bald infektiösen, bald nicht infektiösen Charakters, die einen akuten oder chronischen Verlauf nehmen; die infektiösen Vulvovaginitiden will Verf. in Vulvovaginitis infectiosa diplococcica und Vulvovaginitis infectiosa simplex eingeteilt wissen; letztere beiden Arten unterscheiden sich von der gonorrhöischen Vulvovaginitis, welche letztere einen äußerst schleppenden Verlauf nimmt, durch akuten Verlauf und raschen Ausgang in Heilung. Nicht infektiöse Vulvovaginitiden werden nur als katarrhalische Form angetroffen, die einen sehr langwierigen Verlauf nimmt. Der allgemeine Gesundheitszustand, bzw. die Konstitution der Kinder

hat für die Entstehung der Vulvovaginitiden keine besondere Bedeutung. In der Mehrzahl der Fälle wird die Infektion von der Mutter auf die Kinder übertragen.

Fälle von Infektion bei Vergewaltigung und überhaupt bei unmittelbarer Übertragung des Infektionsstoffes zeichnen sich durch äußerst schweren Verlauf aus, gehen bisweilen mit hoher Temperatur und schweren Komplikationen einher.

Auch eine Infektion vonseiten der Mutter während der Geburt ist möglich. Eine Entzündung der BARTHOLINISCHEN Drüsen wird nur bei akuten Formen von gonorrhöischer Vulvovaginitis angetroffen.

Wenn eine Entzündung der BARTHOLINISCHEN Drüsen nicht vorhanden ist, kann man akute gonorrhöische und einfache infektiöse Formen von Vulvovaginitis wegen der Ähnlichkeit des klinischen Bildes nur auf Grund einer bakteriologischen Untersuchung voneinander unterscheiden. Dasselbe läßt sich auch in Bezug auf chronische Formen von gonorrhöischer und einfacher Vulvovaginitis sagen.

Die nicht gonorrhöischen Formen der infantilen Vulvovaginitis erheischen in Bezug auf deren Entstehung weitere Studien.

Zur Bekämpfung der infantilen Vulvovaginitis muß man das Bildungsniveau der Massen zu heben suchen, damit die Grundelemente der Hygiene und der Reinlichkeit eine weitere Verbreitung erfahren. Desgleichen ist der Begriff von der Infektiosität und der Gefährlichkeit des Weißflusses zu verbreiten. L—y.

J. SELLEI (Budapest): Über die gonorrhöische Erkrankung der Paraurethralgänge.

Die Pathohistologie dieser Gänge fand gerade in den letzten Jahren ziemlich reichliche Bearbeitung, wenn auch S. dies nicht beobachtet haben will. Ihm selbst erscheint („Monatschr. f. prakt. Derm.“, XXXVI, Nr. 6) die Einteilung in zwei große Gruppen am zweckmäßigsten. Die Gänge entsprechen entweder einfachen Fisteln oder sie haben eine präformierte, mit Epithel ausgekleidete Wand. Die ersten seien auf eine Erkrankung der LITTRÉSCHEN Drüsen zurückzuführen, indem das Drüsengewebe selbst, sowie die Umgebung sich von einem starken Infiltrat durchsetzt zeigt, das längs einer größeren Lymphbahn fortschreitend, schließlich zerfällt und nach außen durchbricht. Das histologische Bild dieser Entwicklung bringt der Autor nicht; aus der ganzen Schilderung aber geht hervor, daß dem Autor Periurethritis mit Fistelbildung und Paraurethritis gleich ist. Auch die zweite Art der Gänge, die präformierten, können einen Zusammenhang mit LITTRÉSCHEN Drüsen haben, jedoch ist dies nicht unbedingt der Fall. Diese paraurethralen Gänge (ακτ' έξοχόν Ref.) können nun einmal in ganz ähnlicher Weise gonorrhöisch affiziert sein, wie die Urethra, und zwar auch unabhängig von derselben. Dabei können sie aber unter Umständen im klinischen Bilde der ersten Form analog verlaufen; es ist dies insbesondere dann der Fall, wenn die Akuität des Prozesses gleich vom Beginne an zu einer mächtigen Inflammation und Infiltration der Gangwandung und des umgebenden Gewebes führt, welche ihren Gipfelpunkt in der Abszedierung findet, bei welcher es zur ganzen oder teilweisen Abstoßung des Epithels kommen kann.

Therapeutisch empfiehlt der Autor die ja heute fast allgemein akzeptierten Wege zur Behebung des Übels, d. i. das Ausbrennen des Ganges mit der galvanokautischen Sonde oder die Exzision mit dem Messer und anschließende Naht. DEUTSCH.

A. DIEHL (Lübeck): Über die Angst bei der Hysterie und Neurasthenie.

Jeder Nervenarzt wird die Erfahrung des Verf.'s bestätigen können, daß viele Neurosen nicht in objektiv zu begründender Weise, sondern nur nach dem subjektiven Eindrucke rubriziert werden können. Verf. bringt nun einen schätzenswerten Beitrag („Neurol. Zentralbl.“, 1902, Nr. 18 u. 19) auf Grund eines von ihm regelmäßig beobachteten Verhaltens, das er an zwei Beispielen demonstriert. Es betrifft die Angst. Hysterische, die sonst so viele

Details anzugeben wissen, führen von der Angst, obwohl sie sie oft in den Vordergrund stellen, keine Einzelheiten an, während konstitutionell Neurasthenische viele berichten müssen. Verf. bezeichnet als den Kernpunkt seiner Ausführungen den Umstand, daß bei beiden Leiden eine Angst vorkommt, die sich mit einer bestimmten Vorstellung einstellt, aus ihr ihren Ursprung nimmt, sie zur Begleiterscheinung hat oder vielleicht sich diese Vorstellung als Grund zur Angst erst schafft, daß aber daneben nur bei der Hysterie eine Angst beobachtet wird, die sich als gegenstandslose Furcht, als dunkles angesterfülltes Ahnen verrät, die nichts von Inhalt zurückläßt, sondern nur die Erinnerung an den hohen Grad einer vernichtenden Furcht. Diese Furcht bringt Verf. in nahe Verwandtschaft mit den Dämmerzuständen, so daß es eine scharfe Trennung der beiden Zustände nicht gäbe; sie kommen den Kranken als etwas Fremdartiges vor. Die Angstform hat dem Verf. oft als Unterscheidungsmittel gedient. INFELD.

JEGORMIN: Über einen Fall von Urämie nach Influenza.

Der Fall betrifft einen 4 Monate alten Knaben von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustand, der an Influenza erkrankte. Temperatur 38·7, Schnupfen und Husten. Entsprechende Behandlung. Am 5. Tage stieg die Temperatur auf 39·5. Dämpfung und feuchte Rasselgeräusche rechts: katarrhalische Pneumonie. Ziemlich gut verlaufend. Am 18. Tage Rückbildung der Pneumonie. Am 21. Tage vom Beginn der Erkrankung bemerkte die Mutter Blutspuren an den mit Harn durchnässten Windeln. In den folgenden 3 Tagen entleerte das Kind per urethram fast reines Blut. Warme Wannenbäder, warmer Umschlag auf die Nierengegend und Infusio secalis cornuti 1·5:100·0, zweistündlich eßlöffelweise. Unter dieser Behandlung hat die Hämaturie bedeutend nachgelassen; am 27. Tage seit Beginn der Erkrankung war das Kind vollständig gesund und zeigte infolge des erlittenen Blutverlustes nur eine starke Anämie, gegen welche eine roborierende Behandlung eingeleitet wurde. („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg, Bd. 12, Nr. 13). L—y.

R. LOMER (Hamburg): Zur Frage der Heilbarkeit des Karzinoms.

Es gibt Fälle von Karzinom, die in überraschender Weise heilen, trotzdem das Karzinom nur unvollständig entfernt wurde, was dann absichtslos geschah, da die Fälle eigentlich als inoperabel und verloren angesehen worden waren und andere Fälle, bei denen systematisch vorgegangen wurde, indem man das kranke Gewebe nachhaltig, lange energisch und öfters brannte. Eine Zusammenstellung von Fällen aus der Literatur aller Länder ergibt („Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. 4, H. 2), daß der Körper unzweifelhaft unter gewissen Bedingungen mit zurückgebliebenen Karzinomteilen fertig werden kann.

Bei der Suche nach solchen Bedingungen findet man, daß tiefe Alterationen des Blutes, wie sie durch Fieber und durch ungemein große Blutverluste zustande kommen, vielleicht auch wie sie durch umfangreiche Verbrennungen vorkommen, heilend auf das Karzinom zu wirken scheinen. Eine gleiche Wirkung käme auch vielleicht einer Reihe von Giften zu, die bei der Karzinombehandlung anscheinend günstige Erfolge ergeben haben. Von der Erwägung ausgehend, daß das Karzinom eine Neubildung des alternden Epithels ist und besonders an den Stellen auftritt, denen, wie z. B. den Ostien, eine gesteigerte Arbeitslast zugemutet wird, hat L. ferner ein Epithelserum zur versuchsweisen Anwendung gebracht, auf dessen Resultate er noch nicht eingehen kann. Fieber, Blutungen, Gifte wirken vielleicht ebenfalls in dem Sinne, daß sich eine plötzliche, außerordentlich starke Resorption aus allen Geweben, unter anderem auch aus der Haut, einstellt.

L. macht folgende Vorschläge:

1. Konsequentes wiederholtes Brennen einer jeden verdächtigen Stelle an der Narbe nach der Exstirpation bei operablen, häufigeres und systematisches Brennen bei inoperablen Fällen.

2. Lokale Wärmebehandlung, eventuell mittelst Beckengürtel, Schwitz- oder Lichtbädern.

3. Mit Medikamenten, wie chlorsaurés Kali und Arsen, eventuell beide kombiniert, die Kranken lange behandeln.

4. Regelmäßige Irrigationen der Vagina mit Lösungen von chlorsaurem Kali.

5. Mit fiebererzeugenden Injektionen, vielleicht mit Staphylokokkentoxin, auf das Karzinom einzuwirken suchen.

Die Arbeit, welcher sich eine interessante Kasuistik anschließt, enthält noch eine Fülle von Anregungen und Gedanken, auf die ein kürzeres Referat nicht einzugehen vermag, und wird, im Originale nachgelesen, nicht bloß dem Gynäkologen, sondern jedem Arzte zur Sammlung von weiteren wertvollen Beobachtungen und Erwägungen Anstoß geben.

FISCHER.

THEOKARI und BABES (Bukarest): Über ein Gastrotoxin.

Durch Injektion einer Emulsion der Magenschleimhaut eines Hundes, deren Bereitung mitgeteilt wird, erhielten die Verf. ein cytolytisch wirkendes Serum. Die weiteren Versuche („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathologische Anatomie“, Bd. 14, pag. 420) lehrten, daß ein schwach wirksames gastrotoxisches Serum eine deutliche Hypersekretion hervorruft; bei intravenöser Injektion eines starken Gastrotoxins tritt der Tod der Tiere rasch ein unter starker Hyperämie der Magendarmschleimhaut, während es in geringen Dosen die gastrointestinale Peristaltik steigert und starke Darmblutungen hervorruft. Das gegen die peptische Reaktion der Hundemagenschleimhaut spezifische Serum veranlaßt außerdem erhebliche Veränderungen am Dünndarm, während der Dickdarm vollständig freibleibt.

Dr. S.—

CENI (Reggia Emilia): Über die Lokalisation der Aspergillussporen in den Mesenterialdrüsen der Pellagrakranken.

In früheren Arbeiten hat Verf. auf die Bedeutung des Aspergilluspilzes (*Aspergillus flavescens*, *Aspergillus fumigatus*) für die Entstehung der Pellagra hingewiesen. Bei seinen weiteren Untersuchungen beobachtete er einen akuten Fall, in welchem der Aspergilluspilz nur in den Mesenterialdrüsen vorhanden war („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathologische Anatomie“, Bd. 14, pag. 465). Verf. schließt aus seinem Falle, daß innerhalb des Organismus eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Vitalität des Pilzes stattfinden kann, namentlich ist die sporicide Wirksamkeit der Magensäfte zu betonen. Auf diese Weise können sich die Pilze dem kulturellen Nachweis in der Leiche entziehen. Die Abschwächung ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt aber nicht die toxische Wirkung der Sporen und so kann das Krankheitsbild der Pellagra bestehen, auch wenn die Pilze, beziehungsweise ihre Sporen, kulturell nicht mehr nachweisbar sind. Aus diesem Grunde ist Verf. geneigt, negativen Züchtungsversuchen bei Untersuchungen über die Pellagra keine Bedeutung beizumessen, „da sie nicht hinreichen, die Gegenwart von Aspergillussporen in den Organen Pellagrakranker auszuschließen“.

Dr. S.—

Kleine Mitteilungen.

— Die Behandlung der Spina ventosa mittelst freier Autoplastik erörtert TIMANN („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 36). In allen Fällen, in denen die typische Diaphysenerkrankung an der Mittelhand, dem Mittelfuß und den Phalangen vorliegt, wird in Blutleere die erkrankte Diaphyse — je früher im Stadium der Erkrankung, umso besser — total exstirpiert, meist mit dem Periost. Der so entstandene Defekt wird durch ein entsprechend großes, besser noch größeres Stück aus dem unteren Ende der Ulna ersetzt. Dieses Stück, etwa $\frac{1}{2}$ Cm. breit und 2—3 Mm. dick, wird sorgfältig mit dem zugehörigen Stück Periost mittelst feinen Meißels aus der freigelegten Partie des äußeren Ulnarrandes entnommen. Unter möglichster Extension des betreffenden Fingers wird es zwischen die stehengebliebenen Gelenkenden eingepflanzt. Die Wundfläche wird mit Jodoform bestreut und die Längswunde so-

gleich durch Naht geschlossen, ebenso wie die kleine Längswunde an der Ulnarseite des Vorderarmes. Die Methode hat den Vorzug, daß die beiden Wunden durch den einen Verband verbunden werden können. Wofern es gelingt, die zurückbleibende Höhle gründlichst von tuberkulösen Granulationen zu säubern und aseptische Zustände herzustellen, heilt das implantierte Knochenperioststück ziemlich rasch ein, und wenn die Heilung erfolgt ist, scheint die Einheilung wohl stets eine dauernde zu sein.

— Mit intravenösen Injektionen von Kollargol hat HARRISON („Med. Record“, 1903, 31. Okt.) vorzügliche Resultate erzielt. Die Injektion muß sehr langsam und natürlich unter Beobachtung aseptischer Vorsichtsmaßregeln gemacht werden. HARRISON gebrauchte 5%ige Lösungen, so daß nur eine kleine Menge injiziert zu werden brauchte. Er fand, daß Temperatur und Puls nur ein unvollständiges Bild von dem Verlaufe der Krankheit nach Collargol-injektionen gaben, da das Mittel einen wohltätigen Einfluß auf das Nervensystem und auf das Allgemeinbefinden ausübte. Die gute Wirkung zeigte sich schon in 4—6 Stunden in der Abnahme der nervösen Erscheinungen, dem zurückkehrenden Appetit und der gesteigerten Tätigkeit der Verdauungsorgane. Puls und Temperatur wurden nicht ganz so schnell beeinflusst.

— Über die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch spricht MONTI („Arch. f. Kinderheilk.“, 1903, Bd. 37). Die einzige Nahrung, die uns die Sicherheit der physiologischen Entwicklung des Säuglings gewährt, ist die Frauenmilch. Im Interesse der ungestörten Entwicklung des Kindes ist das Selbststillen der eigenen Mutter angezeigt. Wo dies nicht möglich ist, soll im Interesse der Heranziehung eines gesunden und kräftigen Nachwuchses die Ernährung des Säuglings durch eine Amme besorgt werden. Die künstliche Ernährung ist nur auf einzelne Notfälle zu beschränken, weil dieselbe durch Zurückbleiben der Körperentwicklung des Säuglings die Quelle einer größeren Mortalität und vieler dyskrasischen Leiden ist, die das Heranwachsen eines starken Nachwuchses verhindern. Die Ernährung des Säuglings durch die Mutter oder eine Amme ist nur erfolgreich, wenn man auf die Menge und Qualität der Milch und auf die Veränderungen der Frauenmilch, die während der Laktationsperiode vor sich gehen, Rücksicht nimmt. In Anbetracht, daß die Ernährung mit Frauenmilch die einzige sichere Methode ist, einen gesunden Nachwuchs heranzuziehen, ist es notwendig, diese Ernährung allen Volksklassen zugänglich und möglich zu machen, und die Ärzte müssen bei den betreffenden Behörden dahin wirken, daß Anstalten gegründet werden, bei welchen die Kinder des Volkes mit Ammenmilch genährt werden, oder durch Gründung von Prämien und Verleihung von Stipendien an stillende Frauen die Stillung eines fremden Kindes ermöglicht wird. Das Ammenwesen ist gesetzlich zu überwachen und zu regeln.

— In seinen Diätvorschriften bei Arteriosklerose berücksichtigt POWELL („The Cincinn. Lanc.-Clin.“, 1903, Nr. 4) auch die Nährpräparate. So hat er bei einer Anzahl von älteren Patienten mit Somatose Erfolge erzielt. Besonders bei Typhus und Hyperemesis gravidar., wo stickstoffhaltige Nahrung besonders von Wert ist, war Somatose von bester Wirkung. Verf. summiert die Vorteile dieses Präparates dahin, daß es leicht assimilierbar, geschmacklos und fast mit jedem Getränk zu vermischen sei, ohne daß der Patient sich irgendwie über den Geschmack zu beklagen hätte.

— Über zwei spezifisch toxische Sera, gewonnen aus der Nebenniere, berichtet DELLA VIDA („Rif. med.“, 1903, Nr. 33). Die kortikale und medulläre Substanz der Nebenniere sind zwei anatomisch und nach ihrer embryologischen Entwicklung verschiedene Körper, welche sich in einem Organe vereinigen finden. VASSALE erzielte dadurch, daß er die medulläre Substanz allein zu Extrakten verwandelte, ein spezifisches Nebennierenpräparat, welches dem Adrenalin und Suprarenin bedeutend überlegen sich erwies. DELLA VIDA stellte nun die verschiedenen spezifischen Eigenschaften der beiden Substanzen experimentell durch Impfungen fest. Nach von BORDET, METSCHNIKOFF, EHRLICH und MORGENSTERN gemachten Entdeckungen erzielt man durch Injektion des Blutserums eines Tieres mit einem heterogenen, einer anderen Tierart entnommenen Blute ein Serum, welches spezifisch-toxische Eigen-

schaften gegen die Blutkörperchen dieses heterogenen Blutes zeigt. Dasselbe Gesetz gilt nicht nur für rote Blutkörperchen, sondern auch für die Zellen der verschiedenen Körperorgane; man kann ein hepatotoxisches, ein neurotoxisches, ein spermatotoxisches Serum erzielen, je nachdem man Organsäfte oder Sperma zur Vorbehandlung des Blutserums benützt. Nach demselben Schema glaubt Verf. durch Benützung der verschiedenen Teile der Nebenniere ein medullotoxisches und ein kortikotoxisches Serum erzeugt zu haben, die ihre Wirkung als eine spezifische auf die verschiedenen beiden Teile der Nebenniere unverkennbar schon *in vitro* äußern.

— Einen Fall von Hodentuberkulose, geheilt durch **Hetol-injektionen**, hat LASSAB im „Verein für innere Medizin zu Berlin“ vorgestellt. Derselbe war nach einem Trauma aufgetreten. Vor 11 Monaten wurde die Hetolbehandlung begonnen, die der Hausarzt fortsetzte. Es wurde mit 1 mg begonnen, die Injektionen wurden durch genaue Temperaturmessungen kontrolliert; einmal wurden 38° konstatiert. Im ganzen wurden 6 g Hetol verbraucht. Nebenher bekam Pat. Kefirkuren und kräftigende Salzbäder in Frankenhausen. Der Erfolg waren Gewichtszunahme und Schließen der Fisteln; sie sind seit 5 Monaten geschlossen. Das Volumen des Organs ging zurück. Schmerzen, Unbequemlichkeiten und Sensibilitätsstörungen erloschen. Es ist also eine sehr heilsame Wirkung durch diese durch Roborantien unterstützte Behandlung eingetreten.

— Die **Verwendung des Lichtes zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhs und anderer Pharynxprozesse** erörtert STREBEL („Arch. f. Laryngol. etc.“, 1903). Es werden mittelst einer von ST. angegebenen elektrischen Bogenlichtlampe abgekühlte Lichtstrahlen, insbesondere in Blau, Violett und Ultraviolett, auf die Rachenschleimhaut geworfen und dadurch einfache Hyperämie bis zur ausgesprochenen Entzündung mit Blasenbildung, Verschorfung zur Erneuerung des ganzen Epithelüberzugs der Schleimhaut, zur Resorption anomaler Einlagerungen in die Schleimhaut (Gefäßwucherung, Granula), Resorption von Indurationen, je nach Intention des Arztes erzeugt. Im übrigen soll die Anwendung des kalten Lichtes, also dieses Apparates, nicht nur auf die Behandlung des chronischen Pharynxkatarrhs beschränkt bleiben, sondern man soll auch gewisse andere Prozesse der Mund- und Rachenhöhle (Alveolarpyorrhoe, luetische Prozesse etc.) mit diesem Agens heilend beeinflussen können. Der Versuch, kaltes Licht in den Larynx zu bringen, ist bislang nicht gelungen, doch ist die Möglichkeit dessen bei weiteren Bestrebungen gewiß nicht in Abrede zu stellen.

— Die **Anästhesinbehandlung des Erysipels** erörtert HENIUS („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 1). Das neue Anästhesinverfahren scheint uns der Alkoholtherapie weit überlegen zu sein. Es hatte immer den unverkennbaren ausgezeichneten Erfolg, die vom Erysipel befallenen Hautpartien vollständig schmerzfrei zu machen und während der ganzen Dauer der Krankheit auch schmerzfrei zu halten. Verf. wandte das Anästhesin in Form einer 10%igen Lanolin-Vaselin salbe an. In den ersten Stadien der Erkrankung wurde die Anästhesin salbe dick auf das Gesicht aufgelegt und mit einer Bindemaske bedeckt, in späteren Stadien wurde es auf die geröteten Stellen in dünner Schicht aufgetragen. Die Anästhesierung der Haut ist eine vollständige, so daß auch Berührung und Druck der entzündlichen Teile keinen Schmerz mehr auslösen. Üble Nebenwirkungen hat das Präparat nicht.

— Klinische Beobachtungen über die **Behandlung des inoperablen Karzinoms mit Formalin** veröffentlicht POWELL („Brit. med. Journ.“, 1903, Mai). Das Formalin eignet sich wegen seiner gewebshärtenden und zugleich eiweißkoagulierenden Fähigkeit sehr gut zur Behandlung inoperabler Krebsgeschwülste. Am besten wird 6stündlich ein mit 2%iger Formalinlösung getränkter Verbandmull auf die Geschwulst gelegt und dieser mit Watte bedeckt. Das Abstoßen der nekrotischen Massen erfordert 3—7 Tage und veranlaßt keinen erheblichen Schmerz. Die weitere Behandlung der Wundfläche geschieht mit milden Antiseptics (Borsäure). Narkotica oder lokale Anästhetica sind nicht erforderlich.

— Über **intraartikuläre Injektionen von sterilem Vaseline bei Arthritis sicca** berichtet DELAGNIÈRE („Gaz. d. Hôp.“, 1903, Nr. 110). Die Injektion in das Schultergelenk ist einfach, es genügt eine gewöhnliche Injektionspritze mit einer Nadel von

5—6 cm Länge. Das Hauptgewicht ist auf strenge Asepsis zu legen. Die Injektionen werden bei abduziertem Oberarm 1½ cm unterhalb des Akromions vorgenommen. Man wartet, bis die Nadel die Gelenkkapsel durchdrungen hat, und injiziert dann. Die Einstichöffnung wird mit Kollodium verschlossen. Falls der Kranke narkotisiert ist, führt man passiv alle Bewegungen im Schultergelenk durch. Für Fuß- und Kniegelenk soll erst eine spezielle Technik ausgearbeitet werden. Die Injektionen erwiesen sich als vollständig unschädlich und schmerzlos, die Pat. konnten bald darnach früher lange Zeit unmöglich gewesene Bewegungen im Schultergelenk mit Leichtigkeit ausführen. Auch das Verschwinden der Schmerzen ist bemerkenswert, vielleicht dadurch bedingt, daß das Vaseline die Reibung der Gelenkflächen aneinander beseitigt. Mit dem Verschwinden der Schmerzen kehrt die Beweglichkeit des Gelenkes zurück.

— Seine Erfahrungen über die therapeutischen **Hauptwirkungen des Magensaftes** vom Schwein auf verschiedene Symptome dyspeptischen Ursprungs hat HEPPE publiziert („Gaz. d. Hôp.“, 1903, Nr. 70). Das „Dyspeptin“ wirkt in allen Fällen von echter Magensuffizienz, in welchen die Magensekretion nach Qualität und Quantität vermindert ist, z. B. bei der Magenerweiterung mit An- oder Hyperchlorhydrie, bei den Gastritiden toxischen Ursprungs, bei der einer akuten Verdauungsstörung folgenden Hyposekretion, in der Rekonvaleszenz nach schweren Fiebern, wie Influenza und Typhus, bei der Lungentuberkulose in allen Stadien. Verf. führt 4 Fälle von totaler gastrischer Insuffizienz an, welche durch Dyspeptin geheilt wurden, und zwar handelte es sich nicht nur um eine klinische Heilung, sondern um eine wirkliche. Weiterhin berichtet er über den günstigen Einfluß in 2 Fällen von toxischer Gastritis. Auch die übrigen Indikationen belegt Verf. durch einige Beispiele.

Literarische Anzeigen.

Bibliographie der gesamten wissenschaftlichen Literatur über den Alkohol und den Alkoholismus.

Redigiert und herausgegeben von Dr. med. E. Abderhalden in Berlin. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg.

Aus verschiedenen Gründen ist gegenwärtig das Interesse für die Alkoholfrage allgemein rege, die Literatur aber nicht zu überschauen; das vorliegende Buch kommt daher sehr gelegen. Es erfüllt seinen Zweck nicht nur wegen seiner Reichhaltigkeit, sondern auch vermöge seiner Anlage. Es zerfällt in einen naturwissenschaftlich-medizinischen und einen sozialen Teil. Der erstere ist der bei weitem größere, er nimmt etwa drei Viertel des Buches ein; die einzelnen Abteilungen betreffen die Chemie, physiologische und toxikologische Wirkungen, therapeutische, pathologische, eine besondere Abteilung die psychischen Wirkungen des Alkohols und der alkoholischen Getränke, endlich die Therapie des Alkoholismus und seiner Folgekrankheiten. Der soziale Teil berücksichtigt einerseits den Alkoholismus vom volkswirtschaftlichen und hygienischen Standpunkte, seine Ursachen und sozialen Folgen, seine Verbreitung und Bekämpfung, andererseits Produktion und Konsum sowie die technische Verwendung. Diese Abteilungen sind sehr eingehend detailliert und durch Hinweis auf verwandte Gebiete vervollständigt. Einige Anhänge verzeichnen die hauptsächlichsten Gesetze, die in verschiedenen Staaten gegen den Alkoholismus erlassen worden sind (Brantweinbesteuerung, Schankgesetzgebung, Bestrafung der Trunkenheit); Lehrmittel; Historisches; schließlich auch die philologische Seite. — Es sei erwähnt, daß der Herausgeber für die einzelnen Fragen 60 — zum Teil allgemein bekannte — Mitarbeiter aus allen Ländern gewonnen hat und daß das Werk mit Unterstützung der kgl. Akademie der Wissenschaften in Berlin zustande gekommen ist. Für die Benützung ist es von Belang, daß die Ausstattung nichts zu wünschen übrig läßt.

INFELD.

Arbeiten aus dem Gebiete der klinischen Chirurgie.

Dem Andenken Hofrat Prof. Dr. KARL GUSSENBAUERS gewidmet von seinen dankbaren Schülern. Mit einem Porträt in Heliogravüre, 9 Tafeln und zahlreichen Textabbildungen. Wien und Leipzig 1903, Wilh. Braumüller.

Eine prächtige Gedenkgabe haben zwölf Jünger des uns so früh entrissenen Meisters GUSSENBAUER dessen Manen dargebracht. Die Arbeiten, die sie ihrem Lehrer an dessen 60. Geburtsfeste überreicht, sie konnten sie ihm in Buchform nicht mehr in die Hände legen. So haben sie sich denn vereint, sein frisches Grab damit zu schmücken.

Die Arbeiten behandeln die verschiedensten Abschnitte der Chirurgie. PAUL ALBRECHT berichtet über 65 hohe Blasenschnitte als Beitrag zur Frage der primären Blasennaht nach Sectio alta, K. BAYER (Prag) beschreibt in seinen „Beiträgen zur operativen Chirurgie“ zwei Fälle von Beckenchondrom, einen Fall von „hypogastrischer“ Liparokele und einen Fall, in welchem zur Heilung schwerer Unterschenkelgeschwüre die Verschmächigung der Tibia durch Ausmeißlung vorgenommen worden ist. K. BÜDINGER bespricht die tuberkulösen und pyogenen Erkrankungen der Schambeinsymphyse, E. COMMISSO erbringt statistische Daten über Oberkieferresektion, R. DEHNE berichtet über die Resultate der direkten Knochenfixation bei Pseudarthrosen, Frakturen und Kniegelenkluxationen mittelst der GUSSENBAUERSchen Klammer, A. EXNER schreibt über die spitzen Fremdkörper im Verdauungstrakte des Menschen, O. FÖDERL über Metaplasie des Peritonealepithels in Hydrokelensäcken, ferner über Caput obstipum musculare, N. HACK-

MANN über Statistik und operative Behandlung der Rektumkarzinome, A. NARATH (Utrecht) liefert eine monographische Darstellung der Therapie der Luxatio coxae congenita, in welcher er behufs Retention des Gelenkkopfes für Abduktion des Oberschenkels in einem Winkel von zumindest 90° plaidiert, D. PUPOVAC erbringt einen Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie und Genese der Hydro-meningocele sacralis anterior, H. SALZER schreibt über Wundbehandlung und L. v. SCHMARDA über Kasuistik der Unterleibsbrüche.

Die Arbeiten, welche in einem umfangreichen, prächtig ausgestatteten, mit dem Bilde des verewigten Chirurgen geschmückten Bande vereinigt sind, gereichen dem Lehrer wie dessen dankbaren Schülern durchaus zur Ehre. B.

Le Cytodiagnostio. Von Marcel Labbé. Paris, J. B. Baillière.

Das kleine Werkchen behandelt in sehr zweckmäßiger Weise — die richtige Mitte zwischen zu großer Kürze und ebensolcher Weitschweifigkeit haltend — Technik und Resultate der Untersuchung seröser pathologischer Flüssigkeiten. L. bespricht zunächst die Spektroskopie, Cryoskopie und Bakterioskopie, verweilt sodann recht ausführlich bei der Cytoskopie, die wir hauptsächlich seinen Landsleuten WIDAL und RAVANT verdanken, und wendet sich schließlich zur Besprechung der Lumbarpunktion, deren kurativen Effekt er mit Recht gering schätzt, während er den diagnostischen Wert der genauen Untersuchung des Liquor cerebrospinalis sehr hoch anschlägt. Dann beschreibt er Kautelen bei der Vornahme von Explorativpunktionen. Einige brauchbare Abbildungen erhöhen den Wert des lesenswerten Büchleins. J. S.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

I.

— Mitte Januar 1904.

Nicht nur vom politischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte ist das verflossene Jahr als verloren zu betrachten, sondern auch vom gesellschaftlichen. Namentlich wurde die Ärzteschaft und ihr soziales Interesse stark in Mitleidenschaft gezogen. Alle ihre begonnenen Aktionen sind in Stockung geraten und ein Fluch lastete auf allen ihren Bestrebungen. Es ist kein einziges positives, günstiges Resultat zu verzeichnen. Es ist wohl wahr, daß in erster Reihe die allgemeinen Zustände daran schuld sind, aber es kann durch nichts in Abrede gestellt werden, daß auch die eigenen Sünden der Ärzteschaft der Sache geschadet haben. Sie sah mit in den Schoß gelegten Händen, mit einer unbeschreiblichen Indolenz zu, wie ihr Los, ihre materiellen Interessen, ihr geringes moralisches Vermögen eine freie Beute aller gegenseitigen Bestrebungen war. Und so ist heute der Arztstand im freien Ungarn nicht einmal mehr das Aschenbrödel der Gesellschaft, sondern ein in die Rumpelkammer geworfenes altes Möbelstück, das nur in den Augen einiger Liebhaber einen Wert besitzt. Unter den ungünstigsten betäubendsten Auspizien beginnt die ungarländische Ärzteschaft, jeder Hoffnung beraubt, das neue Jahr.

In dem seit lange her wütenden Kampf, den die Budapester Bezirkskrankenkasse in der Frage der freien Ärzteswahl mit der öffentlichen Meinung aufgenommen hat, ist endlich eine Wendung eingetreten, die auf einen Sieg der guten Sache hoffen läßt. Der berufenste Faktor, der Landessenat für öffentliche Sanitätspflege, sanktionierte nämlich den Standpunkt der öffentlichen Meinung, indem er sich in dem für das Handelsministerium ausgearbeiteten Gutachten einstimmig und mit großer Begeisterung für die freie Ärzteswahl einsetzte. Wer die bisherige Tätigkeit des neuen Ministers Karl Hyeronimy kennt, wird keinen Augenblick zweifeln, daß die freie Ärzteswahl in kürzester Zeit auch praktisch durchgeführt werden wird. Seitdem die freie Ärzteswahl dem Handelsministerium zur Annahme empfohlen worden ist, herrscht bei den Krankenkassen eine fieberhafte Aufregung, da merkwürdigerweise fast alle Funktionäre der Krankenkassen offenkundige Feinde

der freien Ärzteswahl sind. Sie scheinen zu befürchten, daß dieselbe eine Schwämmerung ihres Einkommens zur Folge haben werde. Von diesem Einkommen geleitet, versuchen die Krankenkassen mit den häufigsten Argumenten ihre Nachteile zu beweisen, dabei schieben sie die Arbeiterinteressen in den Vordergrund, ohne aber die eigentliche Tendenz ihres Kampfes verheimlichen zu können. So läßt der vor einigen Tagen konstituierte Landesverein der Krankenkassenbeamten einen Vorfall in die Welt hinausposaunen, welcher seiner Ansicht nach alle Argumente für die freie Ärzteswahl über den Haufen werfen wird. Die Mitteilung über diesen Vorfall lautet: „Bis in jüngster Zeit bestand in Torda das System der freien Ärzteswahl. Die Ärzte jedoch befolgten das Prinzip, die kranken Arbeiter, bei deren Behandlung kein besonderes Einkommen in Aussicht stand, einfach ins Spital zu dirigieren. Dies (?) jedoch veranlaßte die Kasse, angestellte Ärzte mit der Versehung des Dienstes zu betrauen. Damit waren jedoch die übrigen nicht einverstanden. Sie bewirkten bei der Stadtbehörde die Annullierung des Beschlusses. Diese sistierte einfach die Tätigkeit der Kasse, saisierte deren Papiere und erstattete gegen den Kassensekretär die Kriminalanzeige. Der Staatsanwalt fand diese Anzeige für unbegründet.“ Daß diese Herren von den Krankenkassen ein derart unbedeutendes Vorkommnis für ihre Zwecke fruktifizieren, ist bezeichnend, um so mehr, als es eine erwiesene Tatsache ist, daß die Ärzte pflicht- und vorschriftsgemäß gehandelt haben.

Das unter der Leitung des Prof. HÖGYERS stehende PASTEUR-Institut hat ein neues, zweckentsprechend eingerichtetes Gebäude erhalten, das einen Belegraum von 150 Betten hat. Die Patienten werden dort auf Kosten des Landes-Krankenverpflegsfonds und der Staatskasse behandelt werden.

Die wichtigste Angelegenheit des Kinderschutzes, die unter der früheren Regierung einen solch schönen Aufschwung genommen hat, ist unter der neuen Regierung in das Stadium einer gefährlichen Stagnation getreten. Wenigstens läßt sich dies schließen aus den Berichten der Blätter, die zu melden wußten, daß die Regierung die Kosten des Kinderschutzes zu reduzieren bestrebt ist. Wir müssen anerkennen, daß Ungarn für diesen Zweck nicht so viel opfern kann, wie z. B. Frankreich, aber Tatsache ist es, daß es eines modernen Staates nicht würdig ist, auf Kosten des Arztstandes Ersparnisse zu erzielen oder die schon erreichten schönen Erfolge unserer sozialpolitischen Administration aufs Spiel zu setzen. Bl.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XV.

Abteilung für Kinderheilkunde.

Ueber die Hysterie im Kindesalter.

THIEMICH (Breslau): Referent stellt die Tatsache des häufig monosymptomatischen Auftretens der Kinderhysterie in den Vordergrund und versteht darunter das Fehlen der bekannten CHARCOTSchen Stigmata. Um ein Verständnis für dieses Verhalten anzubahnen, geht Th. den Frühformen der Kinderhysterie nach und schildert besonders einige derjenigen Krankheitsbilder, welche nicht Nervenkrankheiten, sondern Erkrankungen der vegetativen Systeme imitieren. Es handelt sich dabei öfter um sehr junge Kinder — 2.—4. Lebensjahr — und meist um die psychogene Fortsetzung bzw. Wiederholung eines früheren organischen Leidens, dessen Hauptsymptom durch Autoimitation fortgeführt wird. Neben der Autoimitation spielt die Imitation fremder Leiden — beides natürlich mehr oder minder unbewußt — eine wichtige ätiologische Rolle. Auch dies wird an Beispielen erläutert. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich die Wichtigkeit des Milieus für den Ausbruch hysterischer Erkrankungen. Dafür spricht auch die ärztliche Erfahrung, daß eine Heilung oft nur durch Entfernung des Patienten aus seiner bisherigen Umgebung gelingt. Es ist wahrscheinlich, daß das ungeeignete Verhalten nervöser Eltern, Erzieher usw. die hysterische Manifestation nicht direkt produziert, sondern nur dadurch schädlich wirkt, daß die wohl bei jedem Kinde gelegentlich zu beobachtenden, kleinen Ansätze zur Hysterie nicht unterdrückt und ausgerottet, sondern großgezogen werden.

BRUNS (Hannover): Korreferent gibt zunächst einige kurze statistische Daten nach seinem eigenen Materiale. Er hat unter 700 Fällen von Hysterie 144 bei Kindern beobachtet; also etwa auf 5 Hysterische ein Kind. Die obere Grenze des Kindesalters setzt er ins 16. Jahr. Die meisten Fälle fielen zwischen das 7. und 12. Jahr; ziemlich viele darüber bis zum 16. Jahre; im 6., 5. und 4. Jahre hat er nur noch 6 Fälle beobachtet; die jüngsten waren 2 Knaben von 3 Jahren. Er hält die Hysterie unter diesem Alter jedenfalls für äußerst selten und die Hysterie der Neugeborenen, von der besonders französische Autoren berichten, für unbewiesen. Alles in allem kamen ihm etwa doppelt so viel hysterische Mädchen als Knaben zur Beobachtung; unter 9 Jahren war aber die Zahl der Knaben fast so groß wie die der Mädchen. Mit dem höheren Kindesalter nimmt die Hysterie bei Knaben relativ ab, bei Mädchen zu. 40% seiner hysterischen Kinder waren Landkinder; bei diesen kommen ganz besonders schwere und hartnäckige Formen vor. Die Formen der Hysterie sind sehr verschiedenartige; relativ sehr häufig ist die Astasie-Abasie; hysterische Krämpfe sind häufiger, als sie B. früher annahm, besonders bei älteren Kindern. Meist fehlen die Stigmata, besonders die Hautanästhesien. B. sucht das Fehlen derselben aus Eigentümlichkeiten des kindlichen Vorstellungslebens zu erklären, ihr Fehlen bilde deshalb keinen unerklärlichen Gegensatz zu der Hysterie der Erwachsenen, es zeige vielmehr deutlich, daß auch die Stigmata der Hysterie psychisch bedingt sind.

Trotz des Fehlens der Stigmata sei die Diagnose wenigstens in Fällen mit neurologischen Symptomen bei der Kinderhysterie auch vor der Heilung oder bei Nichtgelingen derselben meist sicher. Vor allem gelte es, auch bei Kindern immer an die Möglichkeit der Hysterie zu denken, vor ihr auf der Hut zu sein. Dann halte man sich an die charakteristischen Eigentümlichkeiten der Symptome der Hysterie und ihrer Gruppierung, die B. näher ausführt, an die große psychische Beeinflussbarkeit, an das Mißverhältnis zwischen Ursache und scheinbarer Schwere der Symptome. Erschwerend für die Diagnose kann es manchmal wirken, wenn hysterische Erscheinungen als Imitationen oder Prolongationen organischen Leidens auftreten, z. B. hysterische Ankylosen nach Gelenkrheumatismus oder hysterische Chorea nach rheumatischer, oder überhaupt nach organischen Krankheiten, wie z. B. Astasie-Abasie nach Infektionskrankheiten. Die Prognose der Kinderhysterie ist sowohl für die Heilung der Symptome als für die der Gesamtkrankheit eine viel bessere, als die der Hysterie der Erwachsenen; ersteres liegt an

der größeren Suggestibilität der Kinder, letzteres daran, daß bei ihnen der hysterische Charakter noch nicht festgewurzelt ist. Für die Behandlung ist in allen hartnäckigen Fällen Aufnahme ins Krankenhaus geboten. Im speziellen empfiehlt B. für den betreffenden Einzelfall wieder die Methoden, die er früher als Überraumplungsmethode und als Methode der zielbewußten Vernachlässigung bezeichnet hat, und weist die Behauptung, daß die erstere Methode den Kindern schädlich sei, kurz zurück. Nötig sei es jedenfalls, daß die hysterischen Manifestationen möglichst rasch und möglichst gründlich ausgerottet würden; dann sei eine Dauerheilung zu hoffen.

Schlußsätze: 1. Das häufig „monosymptomatische“ Auftreten der Hysterie im Kindesalter darf als gesichert gelten und steht nicht im Widerspruche mit dem Wesen der Hysterie.

2. Zu den gewöhnlichsten — oft verkannten — Frühformen der Kinderhysterie gehören die durch Autoimitation entstandenen.

3. Die Manifestation hysterischer Erkrankungen wird oft, die Fixierung derselben fast immer durch ungeeignetes Verhalten der Umgebung des Kranken hervorgerufen; andere Ursachen für die Fixierung sind im Kindesalter selten.

4. Die Prognose der Kinderhysterie ist eine wesentlich günstigere, als die der Erwachsenen, und zwar sowohl die Prognose des Einzelsymptoms wie die des Gesamtleidens.

5. Therapeutisch kommt bei nicht ganz rasch in Heilung ausgehenden Fällen stets die Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen, besonders die Aufnahme in ein Krankenhaus in Betracht, die Behandlung des Einzelsymptoms wird je nach Art desselben verschieden sein; wichtig aber ist, daß seine Ausrottung möglichst rasch erfolgt.

Binswanger (Jena) wendet sich gegen die Auffassung des Referenten, daß die kindliche Hysterie den Charakter einer monosymptomatischen habe, es gibt nur eine Hysterie mit monosymptomatischen Symptomen. Der psychische Zustand ist nicht monosymptomatisch. Der Schmerz ist seiner Meinung nach zu wenig betont, eine große Anzahl der Lähmungen kommt nach dem Schmerz als auslösendem Moment. Er erwähnt eine diesbezügliche eigene Beobachtung. Schließlich warnt er vor der Anwendung der Hypnotherapie bei der Hysterie.

Espine (Genf) warnt gleichfalls vor der Anwendung der Hypnose und steht auch auf dem Standpunkt, daß die Eklampsie kleiner Kinder streng von der Hysterie zu trennen sei.

Ganghofner (Prag) hat bei hysterischen Kindern eine Reihe von Prüfungen auf eine eventuelle Gesichtsfeld einschränkung gemacht, und $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ seiner Fälle zeigte eine solche. Den Angaben über die Säuglingshysterie steht auch er skeptisch gegenüber, die Mehrzahl seiner Kinder befand sich im 7. bis 11. Lebensjahre. Die von dem Referenten betonte Störung der viszeralen Funktionen hält er für wichtig und beachtenswert. Eine häufige Erscheinung sei auch das hysterische Erbrechen. Die Enuresis kann nur zum Teil auf hysterischer Grundlage beruhen, in seinem Material war wenigstens die hysterische Enuresis sehr selten. Die Entstehungsweise der nervösen Enuresis bei Kindern ist eine andere als die hysterischer Erkrankungen.

Thiemich (Breslau) verteidigt seinen Standpunkt und hebt nochmals hervor, daß die somatischen Stigmata (im Sinne Charcots) bei der kindlichen Hysterie meist fehlen. Die Enuresis der Kinder an dem Material der Breslauer Klinik ist überwiegend hysterischer Natur.

Bruns (Hannover) hebt hervor, daß die Grundlage der Hysterie psychischer Natur sei, doch sei es naturgemäß bei Kindern sehr schwierig, auf diesem Gebiete Untersuchungen anzustellen. Den Versuch, eine Definition der Hysterie zu geben, hat Korreferent absichtlich, weil bisher erfolglos, unterlassen.

A u s

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein der Ärzte in Halle a. S.

ARMIN TSCHERMAK: Die neueren Anschauungen über Verdauung

Die Physiologie der Verdauung hat im letzten Dezennium eine tiefgreifende Umgestaltung in Methodik und Problemstellung erfahren, besonders durch die biologischen Ideen der Anpassung und der spezifischen oder elektiven Reizbarkeit. Die ältere Epoche ist durch den Namen HEIDENHAIN, die neuere durch den PAWLOWS gekennzeichnet. Die Verdauung ist ein Charakteristikum des tierischen Lebens gegenüber der Ernährungsweise der selbständigen Pflanze: nur parasitische und saprophytische Pilze zeigen, von den sog. insektenfressenden Pflanzen abgesehen, eine analoge Eigentümlichkeit. Die Verdauung leistet die mechanische und chemische Zerkleinerung der Nahrungsstoffe zu solchen Körpern, welche als Material für den Aufbau der spezifischen tierischen Leibessubstanz, zur Assimilation geeignet sind. Durch die Ernährung mit Trümmern anderer Organismen, mit hochkomplizierten Nahrungstoffen erscheint die tierische Assimilationsleistung sehr beschränkt. Erst die Verfolgung der Verdauungsspaltung, welche speziell für Eiweiß

viel tiefer führt als man bisher vermutet hatte (SIEGFRIED, KUTSCHER, COHNHEIM, SEEMANN, OCKER-BLOOM), enthüllt uns die imponierende Assimilationsleistung des Tieres, die Doppelnatur auch des tierischen Stoffwechsels als Assimilation und Dissimilation. Während die Pflanzen, soweit sie Chromophylle enthalten, die Sonnenenergie speichern, speichert das Tier einen Teil der bei den Verdauungsspaltungen freigemachten Wärme; speziell tut dies der erste Assimilationsposten des Körpers, das Darmepithel. Neben dieser chemisch-analytischen und energetischen Bedeutung könnte der Verdauung auch eine antitoxische Rolle zukommen: nämlich Zerstörung derjenigen Gruppen in den Nahrungskörpern, welche bei Aufnahme in den Säftestrom die Bildung von Antikörpern und damit die Verlegung der Bindung aus den Geweben in das Blut, eventuell auch das Auftreten von Präzipitinen im Blute, veranlassen würden. Die Versuche von MICHAELIS und OPPENHEIMER sprechen allerdings gegen die letztere Vermutung. Bei der Aufbereitung der Nahrungskörper zu Verdauungsstoffen spielen hydrolytische Fermente eine große Rolle, d. h. sehr zersetzliche Eiweißkörper, deren spezifische Gruppen eventuell in noch wirksamem Zustande künstlich abgespalten werden können und die als Katalysatoren den Zerfall der Nahrungskörper in den Verdauungssäften nach ganz bestimmten Richtungen hin beschleunigen. Die Absonderung bzw. Ausscheidung der Verdauungssäfte erfolgt im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme. Der nüchterne Magen sezerniert alkalischen Schleim, nur die Galle, zum Teil ein Exkret, wird auch im Hunger sezerniert und in einem Reservoir gespeichert (Karengalle). Nur ganz bestimmte Momente veranlassen die Verdauungsdrüsen zur Tätigkeit, und zwar zu ganz bestimmter Tätigkeit. Nicht jedweder „Reiz“, z. B. die mechanische Füllung des Magens, genügt, nicht jeder wirksame Reiz hat denselben Effekt. Der erste Erreger der Verdauungsekretion ist nach PAWLOW das psychische Moment, speziell das Verlangen nach Speise, der Appetit, welcher die Speicheldrüsen, den Magen, kaum mehr das Pankreas regiert. — An zweiter Stelle kommen ganz bestimmte chemische Erreger in Betracht. Abgesehen von den in den Nahrungskörpern vorhandenen oder durch den Appetitsaft oder „Zündsaff“ daraus gebildeten Erregern wirkt das Sekret des höheren Abschnittes des Darmtraktes erregend auf den tieferen, so der saure Magensaft auf die Sekretion des Pankreas, der Pankreassaft auf die Darmsaftabsonderung. Umgekehrt wirkt Fett vom Darmsaft aus hemmend auf die Sekretion des Magensaftes.

Die Sekretionsarbeit selbst erscheint bei verschiedener Nahrungsweise, speziell nach Adaptation an ein bestimmtes Regime (individuelle Verschiedenheiten!) in charakteristischer Weise abgestuft — nach Menge, Konzentration, Azidität oder Alkalinität des Sekretes, nach Konzentration und Menge der Fermente. Sind auch viele Details dieser Variation noch unverständlich und gewiß nicht alle notwendigerweise zweckmäßig (zum Teil eventuell korrelative Notwendigkeiten!), so bleibt doch eine Richtung auf Zweckmäßigkeit, also ein Anpassungscharakter unverkennbar. Als Kriterium der Anpassung hat der Vortr. bereits früher das bloße Gerichtetsein auf einen Nutzeffekt, nicht erst das Erreichen und Festhalten eines solchen bezeichnet. Schon die psychisch bedingte Sekretion des Speichels und des Magensaftes erscheint anpassungsmäßig verschieden, je nachdem das Tier mit Milch, Fleisch oder Brot geneckt oder zum Schein gefüttert wird. Noch deutlicher ist dieses Verhalten in dem zweiten, wesentlich chemisch bedingten Stadium der Sekretion, z. B. des Magensaftes, welches Stadium bezüglich der Gallenausscheidung und der Absonderung des Darmsaftes das alleinige ist.

Der Weg der psychischen Beeinflussung von Magen und Pankreas liegt nach PAWLOW'S Entdeckung im Nervus vagus, dessen Appetiterregung am Magen bei Scheinfütterung nach 5, bei Necken nach 5 bis 10, am Pankreas nach 2½ Minuten Latenz zum Beginn der Sekretion führt. Als Weg der chemischen Beeinflussung kommen das Nervensystem und die Blutbahn in Betracht. PAWLOW hat für zahlreiche Agentien die neurogene Wirkungsweise (durch Vermittlung spezifischer reizbarer Reflexapparate) erwiesen. Für manche chemische Erreger, z. B. den vom Magen rasch resorbierten Alkohol, bleibt die hämatogene Wirkungsweise, welche besonders BAGLIOS und STARLING behaupten, möglich. Vortr. schildert nun nach den Untersuchungen von PAWLOW, WALKER, sowie der anderen Schüler und Mitarbeiter PAWLOW'S das Verhalten der Speichelsekretion, u. a. die Absonderung von dicklichem Hüllspeichel und dünnflüssigem Spülspeichel, je nach Erregung von Appetit oder Ekel, sei es durch bloßes Necken oder durch Eingeben geeigneter Substanzen, ferner die Bedeutung des Trockenheitsreizes und den Hemmungsaffekt von Überreizung. Des weiteren wird die psychische und die chemische Erregung der Magensekretion, ihr Verhalten bei verschiedener Nahrungsweise, ebenso die Pankreassekretion, die mit der letzteren weitgehend parallel laufende Gallenausscheidung und die Darmsaftsekretion besprochen.

Von besonderem aktuellen Interesse erscheint die aktivierende Wirkung des Darmsaftes, bzw. der Enterokinase, auf das Trypsinogen des Pankreassaftes und damit die schrittweise Auswertung des Trypsins im Verlaufe des Darmes. Eine Analogie dazu bildet die fördernde Wirkung der Galle auf die pankreatische Spaltung der Fette, der Eiweißkörper und der Stärke, während die Galle selbst nur geringe Stärke und Eiweißverdauung leistet.

Zweifellos hat die Erkenntnis der Bedeutung der psychischen und chemischen Faktoren, der Nachweis der spezifischen Reizbarkeit und der anpassungsmäßigen Sekretionsarbeit der einzelnen Abschnitte des Verdauungskanales eine ganz neue Basis für die Physiologie und Pathologie der Verdauung geschaffen.

Notizen.

Wien, 23. Januar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Hofrat Frh. v. EISELSBERG einen 48jährigen Mann nach erfolgreicher Exstirpation eines Blasendivertikels vor. Die Operation ist mit Rücksicht auf die zweifelhafte Prognose derartiger Affektionen vorgenommen worden. — Hierauf zeigte Dr. R. KIENBÖCK eine Frau, bei welcher ein wiederholt rezidiviertes, vom Rachendache ausgehendes Sarkom unter Röntgenbestrahlung vollkommen verschwunden ist. Einen ähnlichen Fall — ein Spindelzellensarkom der knorpeligen Nasenteile betreffend — demonstrierte Prof. GROSSMANN; auch hier hat sich die Röntgentherapie als wirksam erwiesen und Rezidiven, die vorher wiederholt aufgetreten waren, unterdrückt. Dr. G. HOLZKNECHT und Dr. L. FREUND erörterten im Anschlusse an diese Demonstrationen die verschiedene Wirkungsweise der Röntgenstrahlen, welche der erstere auf spezifische Gewebsreaktionen, der letztere auf die Beschaffenheit der Röntgenröhre zurückführen möchte. — Doz. R. MATZENAUER zeigte sodann eine Frau mit *Ulcus chronicum elephantiasticum* des äußeren Genitale; er leugnete die luetische Ätiologie dieser Affektion vollkommen, während Prof. MRAČEK eine Reihe von einschlägigen Fällen trotz des Versagens der antiluetischen Therapie mit einer vorausgegangenen Syphilis in Zusammenhang brachte. — Schließlich hielt Dr. L. MOZKOVICZ seinen angekündigten Vortrag: „Die Operation der eitrigen Perityphlitis.“ In demselben stellte er an der Hand von 63 im Rudolfiner-Hause mit ausnehmend gutem Gesamtergebnisse operierten Fällen die Grundsätze auf, daß der erkrankte Appendix, dem vor drei Jahren von GERSONY ausgesprochenen Vorschlage entsprechend, in jedem Falle womöglich zu entfernen, daß die Operation ehestens vorzunehmen sei und daß auch das Bestehen akuter Erscheinungen keine Kontraindikation für einen Eingriff darstellen könne. Im Gegenteil; die Chancen der Operation werden besser, wenn man während des Anfalles operiert, ja selbst eine bestehende Peritonitis nicht scheut. Das leicht entzündete Peritoneum scheint sogar eine gewisse Immunität gegen die Gefahr der Eröffnung der freien Bauchhöhle zu verleihen. Die Diskussion über den an wertvollen Gesichtspunkten reichen Vortrag, der u. a. auf die Notwendigkeit der gleichzeitigen Eröffnung mehrfacher vorhandener Abszesse, die sich nach einem gewissen Typus zu bilden pflegen, hinwies und auch zahlreiche interessante bakteriologische Ausblicke bot, wurde auf die nächste Sitzung verschoben.

(Wiener Ärztekammer.) Die Neuwahl der Wiener Kammer hat, wie berichtet, am 15. d. M. unter ungewöhnlich großer Teilnahme der Wählerschaft stattgefunden. Alle approximativen Schätzungen weit hinter sich lassend, entspricht die Beteiligung mehr als 85% der wahlberechtigten Ärzte. Das Wahlergebnis ist noch nicht bekannt, da das Skrutinium in der n.ö. Statthalterei eben erst begonnen hat.

(Universitätsnachrichten.) An Stelle des verstorbenen Prof. PROUST ist der berühmte Hygieniker Prof. CHANTEMESSE zum Generalinspektor des französischen Sanitätsdienstes ernannt worden. — Dozent Dr. F. WEIDENREICH ist zum Extraordinarius für pathologische Anatomie zu Straßburg i. E. ernannt worden.

(Personalien.) Der Honorar-Oberphysikus des Komitates Turóc Dr. JAKOB HAAS und der Hofarzt I. Kl. Dr. EDUARD GEIGER haben das Ritterkreuz, der Leibarzt des Kaisers von Rußland Dr. BERTHUSEN hat das Großkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten.

(Militärärztliches.) Der Stabsarzt Dr. EUGEN SEEMANN ist in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse zum Oberstabsarzt II. Kl. ernannt worden.

(Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit.) Eine aus dem kaiserlichen statistischen Amte veröffentlichte Publikation MAGETS zur Statistik des Deutschen Reiches weist die erfreuliche Tatsache nach, daß die Tuberkulosesterblichkeit Deutschlands seit den Jahren 1877—1881 bis zu den Jahren 1897—1901 von 357·7 bis 218·7 auf je 10.000 Lebende abgesunken ist. In den letzten Jahren zumal hat sich der Erfolg der Tuberkulosebekämpfung in der außerordentlichen Abnahme von 255·5 auf 218·7 pro 10.000 gezeigt.

(Statistik.) Vom 10. bis inklusive 16. Januar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7674 Personen behandelt. Hiervon wurden 1589 entlassen, 164 sind gestorben (9·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 74, ägypt. Augenzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattarn —, Varizellen 114, Scharlach 16, Masern 126, Keuchhusten 55, Rotlauf 39, Wochenbettfieber 2, Röteln 7, Mumps 82, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 648 Personen gestorben (— 22 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der sehr beliebte praktische Arzt Dr. PAUL MITTLER, ein allgemein geachteter Colleague, im Alter von 70 Jahren; in Budapest Dr. PÁL ROSZA im 57. Lebensjahre; in Veszprém der dortige Honoraroberphysikus Dr. WILHELM HELTAY; in Hátszeg der Bezirksarzt Dr. STEPHAN VIRÁNYI; in Langenschwalbach der Badaerzt, San.-Rat Dr. GENTH; in Danzig der bekannte Laryngologe Dr. ZIEM; in Würzburg der Generalarzt a. D. Dr. C. GASSNER, im 70. Lebensjahre; in St. Petersburg der pathologische Anatom Dr. WASSILI AFANASJEW, im Alter von 55 Jahren; in London der bekannte Chirurg JOHN KNOWSLEY THORNTON, 58 Jahre alt.

Jahrs zus. Jod-Ferratin-Pastillen ersetzen in allen Fällen, wo der Gebrauch von Lebertran und dessen Kompositionen, Jod oder Eisen, angezeigt wäre, dieselben infolge ihrer wirksamen Bestandteile. Sie zeichnen sich durch angenehmen Geschmack, stets gleichbleibende Dosierung und Gehalt an organischem Eisen, gebunden an Jod, Duotal und phosphorsaurem Calcium aus, sind leicht verdaulich und verursachen keinerlei Magen- und Darmbeschwerden. Jahrs Jod-Ferratin-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 Getränke zu vermeiden sind.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. v. Behring und P. H. Römer, Ätiologie und ätiologische Therapie des Tetanus. Neue Mitteilungen über Rindertuberkulosebekämpfung. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- E. Castex, Electricité médicale. Paris 1903, F. R. de Rudeval.

M. Kirchner, Hygiene und Seuchenbekämpfung. Berlin 1904, Richard Schoetz. — M. 18.—
 A. v. Korányi, Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie. Moderne ärztliche Bibliothek. H. 1. Berlin 1904, Leonhard Simson. N. F. — M. 1.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 25. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. EMIL SCHWARZ: Über Akroparästhesien.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Vortragszyklus für praktische Ärzte.

Mittwoch den 27. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL im k. k. Allg. Krankenhaus.

Prof. Dr. ANTON (Graz): Neurosen und Psychosen zur Zeit der Geschlechtsreife.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 28. Januar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. OSKAR KRAUS: Der Einfluß des Korsetts auf die somatischen Verhältnisse.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Januar-Februar-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die endemische (sporadische) Influenza in epidemiologischer, klinischer und bakteriologischer Beziehung.“ Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Orthopädische Anstalt

Dr. Max Haudek, WIEN, I., Tuchlauben 6. Telefon 12.956.

Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.

Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.

Hessing'sche Corsette, Apparate und Prothesen.

Eigene Pension für auswärtige Patienten.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigenthümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogerien 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.

Theocin	Citarin harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack. Dos.: 2 gr. 3—4mal tägl. (am ersten Tage 5mal).		Helmitol neues verbessertes Blasenantiseptikum. Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie. Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoeotherapie. Dos.: 1 gr. 3—4mal täglich.	Aristochin
Agurin				Canningen
Duotal	Mesotan neuer Salizylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affektionen. — Ersatz für Gautheriaöl, nahezu geruchlos und leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzupinseln. Mesotan äußerlich, Aspirin resp. Salophen innerlich.		Protargol organisches Silberpräparat zur Gonorrhoe- und Wundbehandlung sowie für die Augentherapie. Hohe bakterizide Eigenschaften bei völliger Reizlosigkeit. Die Lösungen müssen kalt bereitet werden. Für die Gonorrhoebehandlung: Protargol äußerlich, Helmitol innerlich.	Crianol
Creosotal				Hedonal
Eisen-Somatose				Heroinhydrochlor.

Vertreter 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telefon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telefon Nr. 9104.

INHALT: Originallen und klinische Vorlesungen. Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens. Von Doz. Dr. L. Réthi in Wien, I. — Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie. Von Dr. Oskar v. Hovorka, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien. — **Aus der Praxis.** Seltene Entstehungsart eines zentralen Dammrisses. Von Dr. Richard Azwanger in Moosburg. — **Revue.** Die Behandlung der Arteriosklerose mit anorganischen (Blut-)Salzen. — **Referate.** Vulpius (Heidelberg): Die Behandlung des Klumpfußes. — Dieulafoy (Paris): Studie über das gleichzeitige Vorkommen von Cholecystitis und Appendicitis mit und ohne Peritonitis. — S. M. Gorodischtsch (St. Petersburg): Die Behandlung der Bleichsucht und der Anämie mit Eisen- und Blutpräparaten. — Boroko: Über einen Fall von Maulseuche (Aphthae epizooticae) beim Menschen. — J. Piltz (Warschau): Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen. — E. Schlechtendahl (Barmen): Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung. — Fr. Müller (Breslau): Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis. — Zweig und Calvo (Wien): Die Sahlische Mageninhaltsuntersuchung und ihre Bedeutung etc. — H. Gebele (München): Über penetrierende Bauch-Stich- und Schußwunden. — Frinschmidt (Berlin): Enthalten die tierischen Zellen ein Zucker zerstörendes Ferment? — Kolbasenko: Über Alkoholumschläge. — **Kleine Mitteilungen.** Zur Behandlung der Hämatokelen. — Syphilitische Schwangerschaft. — Theocin. — Die Kussmaulsche Methode zur Stillung von Menorrhagien. — Über gebrauchsfertige Nährklystiers. — Über den Einfluß von Nährklystieren. — Aristochin. — Die Wirkung der Radiumstrahlen auf Bakterien. — Die ambulante Bubonenbehandlung. — Albargin. — Die Säuglingsernährung. — Zur Therapie der Obstipation im Säuglingsalter. — **Literarische Anzeigen.** 12.000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht erstattet von Dr. Karl Pezzoli und Dr. Alexander Porges, Hilfsärzten des Ambulatoriums. — Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin. Von Prof. Dr. Richard Kretz. — Bis der Arzt kommt. Von Dr. Hugo Bartsch, prakt. Arzt in Heidelberg. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Orig.-Ber.) — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.** Kassel 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XVI. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originallen und klinische Vorlesungen.

Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens.

Von Doz. Dr. L. Réthi in Wien.

I.

Im folgenden sind die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen niedergelegt, die sich mit den sekretorischen Nerven des weichen Gaumens, ihrem Ursprung und peripheren Verlauf beschäftigen. Die Versuche, die sich über drei Jahre erstrecken, ungefähr 150 an der Zahl, habe ich im hiesigen physiologischen Institute unter Leitung des Herrn Hofrates Prof. S. Exner an Hunden, Kaninchen und hauptsächlich an Katzen, im ganzen an etwa 100 Versuchstieren vorgenommen, d. h. an einzelnen Tieren wurden zuweilen mehrere Versuche nacheinander durchgeführt.¹⁾

Einen Teil dieser Versuchsergebnisse, nämlich den Effekt der lokalen, der Facialis- und Sympathikusreizung, habe ich in den wesentlichen Grundzügen bereits in der morphologisch-physiologischen Gesellschaft am 18. Juni 1901 mitgeteilt.²⁾

Was vorerst die Art und Weise der Beobachtung betrifft, wie die Sekretion konstatiert wurde, so genügte die direkte Besichtigung nach vorheriger sorgfältiger Abtrocknung der Schleimhaut. Das Bestreichen mit in Kochsalzwasser ge-

tauchter Watte und Abtrocknen mit Fließpapier, wie dies namentlich von Hedon und Kokin bei ihren Untersuchungen über die Sekretion in der Trachea geübt wurde, habe ich nicht vorgenommen, sondern bei der Untersuchung den Gaumen mit trockener Watte solange betupft, bis die Schleimhaut trocken war und dann das Erscheinen der einzelnen Sekrettröpfchen direkt beobachtet. Die Tiere wurden narkotisiert und der Kopf in einer Maulsperre fixiert, welche eine bequeme Abduktion des Unterkiefers ermöglichte.

I. Örtliche Reizung des weichen Gaumens.

Verwendet man Induktionsströme, so bekommt man am weichen Gaumen an jeder Stelle, seitlich sowohl als auch in der Mittellinie, beim Aufsetzen der Doppelektrode im nächsten Umkreise derselben — oft bei gleichzeitiger Rötung der Schleimhaut — deutliche Sekretion. Bei etwa 10 cm Rollenabstand erscheinen einzelne kleine Sekrettröpfchen, die sich allmählich vergrößern und nach 20—25 Sekunden zusammenfließen. Wischt man das Sekret weg und reizt neuerdings, so kommt wieder Sekret zum Vorschein und dies kann mehreremale nacheinander, ungefähr jede Minute einmal, wiederholt werden. Nach vielfach wiederholten Reizungen wird die Sekretion etwas geringer; setzt man jedoch mit derselben für einige Minuten aus, so stellt sich bei weiterer Reizung die Sekretion bald in ursprünglicher Stärke wieder ein.

Einigemale konnte hierbei folgendes beobachtet werden: Beim Aufsetzen der Elektroden, und zwar zumeist vor der Mitte des weichen Gaumens etwa, sah man vor dem Hervorquellen des Sekretes einzelne dunkle Pünktchen, die wie Öffnungen aussahen und den Eindruck machten, als wären es

¹⁾ Ausführlich publiziert in den Sitzungsberichten der k. Akademie der Wissensch. in Wien, math.-naturw. Kl., Bd. CXII, Abt. III, Okt. 1903.

²⁾ Zentralblatt für Physiologie, 7. Heft, 6. September 1901.

erweiterte Drüsenöffnungen, vielleicht durch zähes Sekret mechanisch bedingt. Nach Bepinselung des Gaumens mit einer 1%igen Atropinlösung traten diese Punkte bei faradischer Reizung weniger deutlich hervor und ebenso war dann das Erscheinen der Sekrettröpfchen weniger prompt.

Nach Atropininjektion in den Gaumen trat auch bei stärkeren Strömen keine Sekretion auf.

Es handelte sich aber bei diesem Auftreten der Sekrettröpfchen nicht etwa um ein mechanisches Herauspressen des in den Drüsen angesammelten Sekretes durch die gleichzeitig auftretende Kontraktion der Gaumenmuskulatur. Jedenfalls spielte dieses mechanische Moment nur eine ganz untergeordnete Rolle, was schon daraus hervorging, daß mehreremale nacheinander vorgenommene Reizungen stets von dem Auftreten von Sekretperlen gefolgt waren und hauptsächlich daraus, daß bei Reizung des Ramus pharyngeus vagi, der die motorischen Fasern für den *M. Levator palati mollis* führt, wie wir später sehen werden, trotz deutlicher Kontraktion in der Regel kein Sekret erscheint. Die Ausnahmefälle finden im weiteren ihre Erklärung.

Die nächste Frage war, woher stammen diese sekretorischen Fasern und durch welche Nerven werden sie den Drüsen zugeführt? Zur Beantwortung dieser Frage mußte eine große Anzahl von Versuchen gemacht und alle Äste, die irgendwie mit den zum Gaumen verlaufenden Nerven in Verbindung stehen, daraufhin geprüft werden.

II. Nervenreizung.

1. N. trigeminus.

Reizung des Trigeminusstammes innerhalb der Schädelhöhle hatte keine Sekretion am weichen Gaumen zur Folge.

Bei der Beobachtung ist Vorsicht notwendig, weil namentlich bei nicht genügend tiefer Narkose oder bei Unruhe des Tieres auch spontan Sekretion auftritt; doch ist diese an dem symmetrischen Auftreten beiderseits von der Mittellinie zu erkennen. Auch vor zu starken Strömen muß man sich hüten, weil namentlich bei kleinen Tieren wegen der Nähe des weichen Gaumens Stromschleifen auf diesen selbst übertreten und die sekretorischen Nervenfasern schon innerhalb des weichen Gaumens treffen können.

Von den peripheren Nerven des N. trigeminus sei vorderhand nur der N. lingualis erwähnt. Reizung desselben ergibt beim Hund und bei der Katze keine Sekretion.

2. N. glosso-pharyngeus, N. accessorius, N. vagus.

Die Wurzeln der genannten Nerven wurden in der Weise bloßgelegt, daß das Groß- und Kleinhirn größtenteils abgetragen und das Tier mehr oder weniger in die Seitenlage gebracht wurde, so daß die etwas nach oben zu liegenden kommenden Nervenwurzeln gut zum Vorschein kamen. Reizung der einzelnen Wurzelbündel³⁾ hat keine Sekretion am Gaumen zur Folge, obwohl bei Reizung der Vaguswurzeln kräftige Hebung desselben erfolgt.

Periphere Reizung des N. glosso-pharyngeus außen am Halse hatte keine Sekretion zur Folge.

Tiere mit durchschnittenem N. glosso-pharyngeus beziehungsweise N. lingualis wurden auch am Leben gelassen, um das Verhalten der spontanen Sekretion zu beobachten. Doch ergab sich hierin im Laufe von mehreren Wochen keine Änderung. Die spontane Sekretion verhielt sich stets auf beiden Seiten des weichen Gaumens gleich und ebenso trat sie prompt auf bei örtlicher faradischer Reizung des Gaumens, in gleicher Weise auf der intakten wie auf der operierten Seite.

Periphere Reizung des durchschnittenen N. vagus hoch oben knapp nach dem Austritte aus der Schädelhöhle ergibt keine Sekretion; dann wurde hier sowohl wie auch weiter unten am Halse, unterhalb des Kehlkopfes

der zentrale Stumpf desselben gereizt; in den ersten Versuchen bemerkte man hierbei relativ oft Sekret auf der gereizten Seite; doch ergab eine genaue Verfolgung der Erscheinung, daß es sich um die Wirkung von Stromschleifen handelte. Isoliert man nämlich den N. vagus von den benachbarten Nerven, insbesondere vom N. sympathicus — und zwar auf Vorschlag des Hofrates Prof. S. EXNER durch Aufladen des Vagusstumpfes auf Zelluloid und Ausschaltung der unipolaren Wirkung durch Ableitung mittelst einer Metallplatte —, so bleibt die zentrale Vagusreizung stets ohne Effekt.

Periphere Reizung des Ramus pharyngeus vagi hat eine kräftige Hebung des weichen Gaumens zur Folge; zuweilen sieht man dabei an der hinteren kleineren Hälfte desselben auf der gereizten Seite allmählich etwas Sekret erscheinen, doch bildet diese Erscheinung nicht die Regel. In der vorderen größeren Hälfte des weichen Gaumens erscheint auch bei kräftigen Kontraktionen kein Sekret. Hier- von wird später ausführlich die Rede sein.

3. Der N. hypoglossus wurde einigemale innerhalb der Schädelhöhle sowohl als auch nach Austritt aus derselben und weiter peripher gereizt ohne jedweden Effekt.

4. N. facialis.

Zentrale Reizung des N. facialis innerhalb der Schädelhöhle ergibt beim Hunde, bei der Katze, beim Kaninchen und in einem Versuche beim Affen prompt Sekretion am Velum auf der gereizten Seite der ganzen Länge nach, scharf abgegrenzt in der Mittellinie gegen die andere Seite. Die Sekrettröpfchen kamen nach ein bis zwei Sekunden zum Vorschein, flossen rasch zusammen und bildeten dann eine kontinuierliche Sekretschichte. Der Sekretionsvorgang konnte bei wiederholter Reizung mehreremale hintereinander beobachtet werden. Auch mechanische Reizung des Nerven ergab Sekretion.

Periphere Reizung des N. facialis bei seinem Austritte aus dem For. stylo-mastoideum hat keine Sekretion zur Folge.

Die sekretorischen Fasern, die im Ursprung des N. facialis enthalten sind, verlassen demnach den Stamm desselben während seines Verlaufes innerhalb des Canalis facialis, was weiter unten eingehend erörtert werden wird.

5. N. sympathicus.

Wird der N. sympathicus am Halse in beliebiger Höhe durchschnitten und das Kopfende desselben durch zirka fünf Sekunden gereizt, so erfolgt nebst Pupillenerweiterung und häufig auch mehr oder minder deutlicher Rötung am weichen Gaumen prompt Sekretion auf der gereizten Seite auf. Die Sekrettröpfchen erscheinen nahezu in der ganzen Länge des weichen Gaumens, nach vorn bis zum harten Gaumen, hinten in der Regel fast bis zum freien Velumrand und nach innen genau bis zur Mittellinie, wo sich die Grenze scharf gegen die andere Seite absetzt. Die Sekretion trat bei 10—14 cm, oft auch schon bei 18 cm Rollenabstand, aber nicht wie bei Facialisreizung nach ein bis zwei, sondern in der Regel nach etwa 15 Sekunden auf und dauerte ungefähr zwei Minuten hindurch, d. h. während dieser Zeit wurden die Tröpfchen allmählich größer, sie flossen zusammen und bedeckten den Gaumen mit einer dicken Sekretlage.

Wurden die Tröpfchen, bevor sie zusammenflossen, weg- gewischt, so traten solche wieder auf und vergrößerten sich einige Zeit hindurch und bei neuerlichem Abtrocknen kamen ungefähr innerhalb zwei Minuten immer wieder neue zum Vorschein, flossen aber dann in der Regel nicht mehr zusammen.⁴⁾

⁴⁾ Die lange Nachwirkung bei Sympathikusreizung kann zu Täuschungen Anlaß geben. Wartet man nämlich das Ende derselben nicht ab und reizt man noch während dieser auch andere Nerven, so kann es zu Mißdeutungen kommen.

³⁾ Siehe L. RÉTHY, Die Nervenwurzeln der Rachen- und Gaumenmuskeln; dieselben Sitzungsberichte, Bd. CI, Abt. III, Juli 1892.

Wiederholte Reizungen hatten stets denselben Erfolg und dieser trat auch auf bei Reizung des obersten und untersten Halsganglions und bei mittelgroßen Katzen noch bei Reizung des N. sympathicus etwa $\frac{1}{2}$ cm unterhalb des letzteren. Mechanische Reizung hatte keine Sekretion zur Folge.

Vorerst muß noch die Frage beantwortet werden, ob es sich nicht etwa um einen Reflex vom N. sympathicus auf den N. facialis handelte. Es wurde daher der N. facialis beim Eintritte in den Meatus acusticus internus durchschnitten und der Halssympathicus derselben Seite gereizt. Die Sekretion trat jedoch nach wie vor unverändert auf. Durchschneidung des 8., 9. und 10. Nerven, auch des Facialisstammes auf der anderen Seite, ja sogar quere Durchtrennung der Medulla oblongata hinter dem Facialisabgang mit Ausräumung des Gehirns, sowie quere Durchschneidung unterhalb des Calamus scriptorius änderten nichts an der Sekretion bei Sympathikusreizung am Halse.

Andererseits konnte durch Facialisreizung innerhalb der Schädelhöhle das für den N. facialis charakteristische rasche Erscheinen der Sekrettröpfchen beobachtet werden, auch wenn der Sympathikus hoch oben und sämtliche Weichteile des Halses in der Höhe des ersten bis zweiten Halswirbels quer durchtrennt und auch das oberste Halsganglion ausgeschaltet wurde.

Es ergab sich demnach, daß weder die sekretorischen Fasern, die im Ursprung des N. facialis enthalten sind, dem Sympathikus angehören, noch umgekehrt die sekretorischen Fasern des N. facialis zum N. sympathicus ziehen, daß es sich also nicht um einen Reflexvorgang handelt.

Es verlaufen demnach sowohl im Halssympathikus als auch im Stamm des N. facialis echte sekretorische Fasern für die Drüsen des weichen Gaumens derselben Körperseite.

Echte sekretorische Nerven sind auch für die Drüsen der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut nachgewiesen worden. ROSSBACH und ASCHENBRANDT⁵⁾ vermuteten die sekretorischen Fasern des Kehlkopfes und der Luftröhrenschleimhaut im N. laryngeus superior oder inferior und in direkten Trachealästen des N. vagus und meinten, sie können aus dem N. vagus oder sympathicus stammen, obwohl sie bei Reizung der genannten Nerven keine Sekretion erzielen konnten und Durchschneidung derselben die Sekretion nicht hinderte. Sie nahmen schließlich an, es befänden sich in der Schleimhaut selbst Sekretion anregende Zentren.

Diese sekretorischen Fasern wurden aber dann doch einerseits für den Kehlkopf durch HEDON⁶⁾ im N. laryngeus superior nachgewiesen, der fand, daß bei kurarisierten Hunden durch Reizung des peripheren Endes des N. laryngeus superior auf der entsprechenden Seite Sekretion zur Folge hatte und andererseits wurden sie für den unteren Teil der Trachea durch KOKIN⁷⁾ sichergestellt, der bei Reizung des N. recurrens oder vielmehr von Fasern, welche vom N. laryngeus superior stammen und sich auf eine kurze Strecke dem Rekurrensstamm anlegen, Sekretion konstatieren konnte.

THÉBAULT⁸⁾ hat über die sekretorischen Nerven der Luftröhre bei Vögeln Untersuchungen vorgenommen. „L'étude physiologique que j'ai faite des nerfs, qui se rendent au larynx et au syrinx des oiseaux m'a permis de déterminer quels sont ceux sous la dépendance desquels se trouvent les glands sécrétrices de l'intérieur de la trachée. C'est le ganglion syringien qui détermine cette sécrétion.“

⁵⁾ ROSSBACH und ASCHENBRANDT, Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schleimsekretion in den Luftwegen. Vorläufige Mitteilung. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1881, Nr. 7.

⁶⁾ HEDON, Sur la présence dans le nerf laryngé supérieur des fibres vasodilatatrices et excito-sécrétrices pour la muqueuse du larynx. Compt. rend. de l'Acad. des sc. 1897, Bd. 123, 27. Juli, p. 267.

⁷⁾ KOKIN, Über die sekretorischen Nerven der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut. PFLÜGERS Archiv für die ges. Physiologie, 63. Bd., 1896, p. 622.

⁸⁾ THÉBAULT, Sur les nerfs sécrétrices de la trachée. Compt. rend. de l'Acad. des sc., Bd. 123, p. 431.

Für die Nasenschleimhaut wurden die sekretorischen Nerven von PREVOST⁹⁾ und ASCHENBRANDT¹⁰⁾ im G. sphenopalatinum nachgewiesen und von HEIDENHAIN¹¹⁾, dem die Bloßlegung des G. sphenopalatinum nie gelungen war, im zweiten Ast des N. trigeminus konstatiert. LANGLEY¹²⁾ sagt, daß sekretorische Fasern der Nasenschleimhaut — auch der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes — im Sympathikus enthalten seien; doch sind dies nicht mehr als Vermutungen, wie wir weiter unten sehen werden.

Dann wurden sekretorische Fasern für die Papilla foliata der Zunge beim Kaninchen von DRASCH¹³⁾ nachgewiesen. Elektrische Reizung des N. glosso-pharyngeus hatte an der Papilla foliata Sekretion zur Folge; doch blieb die Frage offen, ob diese Fasern ursprünglich schon in diesem Nerven enthalten sind oder ob sie ihm aus dem N. trigeminus, facialis, vagus oder aus dem karotischen Geflecht durch Anastomosen mit dem G. petrosus zugeführt werden.

Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**, Chefarzt für Orthopädie am Zander-Institute in Wien.

(Schluß.)

Dem praktischen Arzte bietet sich auch bei Fußkrankungen nicht selten die Gelegenheit, seine diagnostische Treffsicherheit zu bekunden.

Oft hört man Klagen über leichte Ermüdbarkeit nach einem länger andauernden Gehen, besonders bei schwangeren Frauen, und bei Personen, welche rasch dick geworden sind. Die Schmerzen lokalisieren sich vorzugsweise in dem einen oder dem anderen Fuße, und zwar oft auf bestimmten Stellen desselben. M. H.! Man unterlasse es in solchen Fällen nie, das innere Fußgewölbe näher zu untersuchen; man wird dann häufig finden, wie sich der Bogen des inneren Fußrandes verflacht hat und in schweren Fällen bildet der letztere im Stehen sogar eine von der Ferse bis zum Ballen fast gerade verlaufende Linie. Außerdem findet man bei einer etwas energischer ausgeführten Supinationsbewegung des Fußes bedeutende Schmerzen in demselben. Es liegt dann kein Rheumatismus, keine Gicht vor, sondern ein einfacher Plattfuß. Der Orthopäde nimmt einen Fußabdruck ab, welcher ihm über den Grad des Plattfußes orientiert; der Kranke erhält eine Einlage in den Stiefel und die Schmerzen sind in den weitesten Fällen in der kürzesten Zeit behoben.

Ich behandelte eine Dame, welche vorher jahrelang an „Rheumatismus“ behandelt und sogar von einem Bade in das andere geschickt wurde, bis ein Paar richtig geformter Einlagen ihrem Leiden ein schnelles Ende bereitete.

SCHANZ spricht sogar von einem „pathognomonischen heiteren Gesichtsausdruck“, der jedesmal zu beobachten ist, wenn der Plattfußkranke zum erstenmal auf einer richtig geformten Einlage zu gehen beginnt. Allein so einfach und leicht ist das Erkennen und die Behandlung eines Plattfußes — besonders wenn er sich im Anfangsstadium befindet — nicht.

Zu welchen diagnostischen Irrtümern die als „Plattfuß“ benannte Erkrankung des Fußgewölbes seit jeher Veranlassung

⁹⁾ PREVOST, Rech. anat. et physiolog. sur le G. speno-pal. Arch. de Physiol. norm. et patholog. 1868, I, p. 220.

¹⁰⁾ ASCHENBRANDT, Über den Einfluß der Nerven auf die Sekretion der Nasenschleimhaut. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1885, Nr. 3.

¹¹⁾ HEIDENHAIN, Über die azinösen Drüsen der Schleimhäute, insbesondere der Nasenschleimhaut. Inaugural-Diss. Breslau 1870.

¹²⁾ LANGLEY, The sympathetic and other related systems of nerves in Text Book of Physiology von SCHÄFFER, 1900, 2. Bd.

¹³⁾ DRASCH, Histologische und physiologische Studien über das Geschmackorgan. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissensch. in Wien, 1884, 88. Bd., III. Abt., p. 516.

gibt, ist aus der Literatur und aus der täglichen Erfahrung zur Genüge bekannt.

Außer den typischen Schmerzen, welche beim Plattfuß in charakteristischer Weise am Fuße auftreten, gibt es Plattfußschmerzen im Unterschenkel, besonders in den Waden, deren Bedeutung im gegebenen Falle mit Rücksicht auf die richtige Diagnosenstellung nicht zu unterschätzen ist.

Weniger ist es bekannt, daß bei Plattfuß mitunter die Schmerzen auch im Oberschenkel, ja sogar in der Leisten- und Gesäßgegend auftreten können. Der Zusammenhang zwischen dem häufig rezidivierenden Herpes praeputialis und Plattfuß, auf welchen vor etwa 12 Jahren EHRMANN aufmerksam machte, gibt uns einen Fingerzeig, wie weit entfernt voneinander bei Leiden der unteren Gliedmaßen Ursache und Wirkung liegen können. BERNHARDT beschrieb im J. 1895 unter der Bezeichnung der Sensibilitätsstörungen im Bereiche des N. cutaneus femoris ext. und bald nach ihm W. ROTH als Meralgia paraesthetica einen Symptomencomplex, welcher in einer Druckempfindlichkeit dieses Nervengebietes, also etwa entsprechend der Hüfte, besteht. Diese Beschwerden sind in manchen Fällen sehr beträchtlich und die Kranken werden oft mit kostspieligen Hilfsmitteln und noch öfter mit wenig Erfolg behandelt. Hierzu gehören Kaltwasserkuren, Heißluft, Fango, Schwefelbäder etc. PAL machte bekanntlich darauf aufmerksam, daß diese Schmerzen, welche sich mitunter zu einer wahren Ischialgie steigern können, sogar eine Ischias vorzutäuschen pflegen. Er hat in 20 Fällen seiner Beobachtung zugleich die interessante und lehrreiche Beobachtung gemacht, daß alle zugleich an Plattfuß litten, obwohl er nicht behaupten will, daß in jedem Falle von Meralgia Plattfüße bestehen müssen.

Er behandelte ein Stubenmädchen an Meralgie, welches anderwärts als hysterisch angesehen wurde und befreite sie durch die Verordnung von Plattfüßeinlagen von ihren fast unerträglichen Schmerzen. Nach einiger Zeit kehrten die Beschwerden wohl wieder zurück, doch war dies offenbar auf Rechnung der schlecht angefertigten Einlagen zu stellen.

Über eine ähnliche bemerkenswerte Erscheinung in der Regio pubica und inguinalis, welche bei Plattfüßigen unter der Form von neuralgiformen Schmerzen aufzutreten pflegt, berichtet EHRMANN. Er hat im Laufe von 15 Jahren etwa 120 solcher Fälle gesehen. Diese Schmerzen werden oft in die Lymphdrüsengegend verlegt und besonders von ängstlichen Kranken, die vorher an Gonorrhöe oder Ulcus gelitten und infolgedessen kein reines Gewissen haben, als beginnende Bubonen angesehen. Wegen der weiten Entfernung der Leisten- und Fußwurzel denkt natürlich kein Mensch an einen Zusammenhang dieser Schmerzen mit dem Plattfüße. Diese Schmerzen sind nach EHRMANN auf eine übermäßige Anspannung und Zerrung einzelner Teile des Lig. capsulare femoris, besonders seiner als Lig. ileo pubo- und ischio-femorale bezeichneten Abschnitte zurückzuführen. Die mechanische Überlastung dieser Bänder erfolgt infolge des Bestrebens des Kranken, das ganze Bein in Abduktion zu bringen, um die durch die übermäßige Pronationsstellung des Fußes entstandene Schmerzlosigkeit zu paralysieren. In 98% der Fälle EHRMANN'S, in welchen es sich um keine dauernde pathologische Veränderung der Fußwurzel handelte, wurde durch eine entsprechende orthopädische Behandlung eine vollkommene Heilung erzielt.

In welche entfernte Beziehungen mit scheinbar heterogenen Disziplinen ein rein orthopädisches Leiden treten kann, wird uns ein Beispiel aus der Dermatologie zeigen. Es waren zuerst MAURIAC und JALAGUIER, welche auf das häufige Vorkommen des Herpes progenerialis neuralgicus hingewiesen haben; sie wußten damals allerdings den Grund für dessen Entstehen nicht anzugeben. Nun ist es eine von den meisten Dermatologen heutzutage angenommene Hypothese, daß Herpes durch Nervenstörungen entstehe. In seiner jüngsten Arbeit führt EHRMANN aus, daß der Entstehungsort für den Herpes genitalis

recidivans an jener Stelle zu suchen ist, wo sich der N. pudendus communis mit dem Lig. spinoso-sacrum kreuzen muß, um unter dem M. pyriformis wieder ins Becken zu gelangen. Solche Patienten klagen häufig über Schmerzen im Gesäß und zwar etwas über und hinter dem Trochanter major. Allein gerade bei solchen Kranken konnte er in den meisten Fällen bei einer gründlichen Untersuchung das Bestehen eines mehr oder minder entwickelten Plattfußes nachweisen. Er notierte sich in seinen seit dem Jahre 1887 geführten Aufzeichnungen 362 Fälle von Plattfuß, welche seine Hilfe wegen Schmerzen in der Leistengegend in Anspruch nahmen; etwa ein vierter Teil von diesen Kranken erfuhr erst bei der Untersuchung, daß er an Plattfuß leide. Eine Erklärung für diese eigenartige Wechselwirkung sucht EHRMANN in der Weise zu finden, indem er annimmt, daß bei der starken Abduktion und Innenrotation des Beines, wie sie beim Plattfuß stattfindet, eine starke Zerrung des teils auf dem Schambein, teils an der Basis der Spina ischii sich inserierenden Teiles der Hüftgelenkskapsel platzgreift und einen dauernden Zustand von Hyperämie und Entzündung veranlaßt, welcher sich dann auf das Sig. spinoso-sacrum fortsetzt. Die übrigen Symptome erklären sich leicht von selbst, wenn man in Erwägung zieht, daß der N. pudendus communis mit seinen Verzweigungsästen N. perineus, N. scrotales post. und N. dorsalis penis das Membrum versorgt. EHRMANN hebt zum Schlusse hervor, daß der Herpes praeputialis mit Vorliebe bei Leuten auftritt, welche beleibt sind und an Körpergewicht zunehmen. Dazu muß ich bemerken, daß uns die tägliche orthopädische Erfahrung auf eine ganz analoge Wechselbeziehung zwischen der raschen Körpergewichtszunahme und Plattfuß führt.

Wenn auch der Plattfuß kein Alter, kein Geschlecht, keine Geschlechtsklasse, keine Rasse verschont, so ist es eine Reihe von Personen, die von ihm im erhöhten Maße heimgesucht werden, nicht etwa — wie es in den Lehrbüchern steht — Kellner, Briefträger usw., also Leute, die viel laufen müssen! Im Gegenteil, es sind unter unseren Kranken oft hohe Adelige, Frauen und Mädchen mit kleinen Füßen, Schauspieler, Offiziere, kurz Personen, bei welchen ein Mißverhältnis besteht zwischen ihrer rasch zunehmenden Körperfülle und den schwachen Füßen, welche dieselben zu tragen haben. Im wahrsten Sinne des Wortes kann man von Frauen im Klimakterium oder von Frauen, die zum erstenmale schwanger geworden sind, wo also das Mißverhältnis besonders prägnant zutage tritt, behaupten, daß ihr Körper auf schwachen Füßen stehe.

Dieser bisher nur wenig beobachtete Umstand ist jedoch nicht etwa das einzig veranlassende Moment für das Entstehen von Plattfüßen. Es gibt nämlich eine ganze Reihe von Erkrankungen im Bereiche des Unterschenkels, welche zwar mit dem Plattfuß nichts zu tun haben, mit der Zeit jedoch, und zwar vorzugsweise bei Leiden von chronischem Charakter, als Folgeerscheinung einen Plattfuß hinterlassen. So werden mitunter Knöchel- und Unterschenkelbrüche, „Verstauchungen“ monatelang als solche behandelt und der inzwischen langsam entstehende Plattfuß wird nicht etwa aus Nachlässigkeit, sondern aus rein äußeren Gründen übersehen. Man wundert sich dann, warum trotz täglicher Visite und sorgfältiger Behandlung die Schmerzen nicht nachlassen wollen. Dasselbe gilt von Plattfüßen, welche im Verlaufe von Ulcus cruris, Varikositäten und Arthritis deformans auftreten.

Erkranken junge Leute an Plattfuß, so pflegen die Symptome ziemlich akut, mitunter krampfartig, aufzutreten und verursachen recht unangenehme und auffällige Erscheinungen, so zwar, daß die letzteren mitunter eine Verwechslung mit Periostitis und anderen Knochenkrankungen, selbst tuberkulösen, veranlassen können. Die Möglichkeit wird erhöht, wenn sich entzündliche Anschwellungen hinzugesellen. Bei älteren Leuten ist der Muskelkrampf allerdings

weniger auffallend und die Schmerzen sind oft ganz atypisch; sie treten nach HEUSNER an der unteren Seite des Fersenbeins, der Metatarsusköpfchen, ja sogar an den Zehenspitzen auf und erfahren eine besonders unangenehme Steigerung vorzugsweise dann, wenn am Fuße zugleich tyloische Auflagerungen bestehen. Ein Umstand darf jedoch bei der Beurteilung von Plattfüßen nie übersehen werden, die Tatsache nämlich, daß ein schlechtes Schuhwerk das Entstehen eines Plattfußes direkt begünstigen kann.

Wie wir schon anfangs gesagt haben, wird der Plattfuß am häufigsten mit Rheumatismus und Gicht verwechselt; die erstere Krankheit wird in der Regel bei Armen, die letztere bei Reichen diagnostiziert. Nun haben wir kurz vorher auseinandergesetzt, das der Plattfuß nicht etwa als ein privilegiertes Leiden der arbeitenden Klasse aufzufassen sei. Die Ursache seines Entstehens ist durchaus nicht in sozialen oder anthropologischen, sondern zumeist vielmehr in rein statischen Umständen zu suchen. Der Grund, warum der Plattfuß mit diesen zwei Krankheiten häufig verwechselt wird, liegt in der Gleichartigkeit der Symptome. Da wie dort findet sich eine Rötung, Schwellung und Schmerzempfindlichkeit an den Knöcheln und am Fußrücken, besonders beim Auftreten. Sind die Schmerzen zu stark, so legt sich der Kranke zu Bette und während des Liegens kann der Plattfuß auch von dem besten Arzte leicht übersehen werden. Selbst die therapeutischen Maßnahmen, welche man sowohl bei Plattfuß als auch bei Rheumatismus ergreift, d. h. Ruhelagerung, Bäder, Schwitzkuren (Salizyl), üben denselben günstigen, schmerzlindernden Erfolg aus; bei beiden pflegen die Schmerzen wiederzukehren, sobald der Kranke wieder herumzugehen beginnt.

Wie verhängnisvoll jedoch auch eine Fehldiagnose bei Plattfuß für dessen Träger werden kann, illustriert am besten ein von SCHANZ angeführter Fall, welcher dem vorher erzählten Falle der Ischias scoliotica fast auf ein Haar ähnlich ist.

„Es wurde eines Tages ein Kavallerist vom Revierarzt ins Lazarett überwiesen zur Beobachtung auf Simulation. Der Mann gab an, Schmerzen im Fuße zu haben, welche ihn verhinderten, am Dienste teilzunehmen. Die Schmerzen lokalisierte er in die Gegend des inneren Knöchels, aber nicht an einen anatomischen Punkt. Objektiv war am Fuße nichts nachzuweisen. Dem Manne wurde Bettruhe und vierte Form verordnet. Als er nach zwei Tagen angab, keine Schmerzen mehr zu haben, war man erfreut, ihm das Simulieren so schnell ausgetrieben zu haben. Er kam zur Truppe und erschien am übernächsten Tage wieder mit den alten Angaben; die Behandlung und das Resultat war dasselbe. So gieng die Sache noch mehrfach hin und her, bis vom Lazarett aus die Einleitung einer militärgerichtlichen Untersuchung wegen Simulation gegen den Patienten angeregt wurde. Zum Glück veranlaßte das Auditoriat eine Erhebung im Heimatsdorfe des Angeschuldigten. Dabei fanden sich ein paar gutmütige Menschen, welche angaben, X. habe schon vor seiner Militärzeit zuweilen gehinkt. Das war ja wohl geschwindelt, aber es genügte doch, daß der Patient wegen chronischem Gelenksrheumatismus im Fußgelenk als dienstunbrauchbar entlassen wurde. Er wäre anderenfalls unbedingt verurteilt worden, und zwar unschuldig, denn der Mann hatte weiter nichts als einen beginnenden Plattfuß.“

SCHANZ bemerkte hierzu, daß dieser Fall durchaus kein Unikum sei; er führt noch zwei Herren an, die auch an Plattfuß leiden und die wegen chronischem Gelenkrheumatismus im Fußgelenk vom Militär entlassen wurden. Daß diese beiden nicht in Simulationsverdacht gerieten, verdanken sie wohl nur ihrer sozialen Stellung.

Die Anschauungen von SCHANZ über „Plattfußbeschwerden ohne Plattfuß“ blieben indessen, wie voraussichtlich war, nicht unwidersprochen, und HASEBROEK war einer der ersten, welcher darauf hinwies, daß nicht alle Schmerzen, welche sich im Fuße lokalisieren und wobei sich objektiv kein Plattfuß

nachweisen läßt, als Plattfußschmerzen aufgefaßt werden dürfen. Er wies darauf hin, daß es sowohl im CHOPARTSchen als auch im LISFRANCSchen Gelenk Störungen gebe, welche seine Gelenkaffektionen darstellen und in einer Versteifung der Mittelfußgelenke, sowie in einer Rigidität der Pronation und Supination des Mittelfußes bestehen.

Es gibt jedoch außerdem noch eine Reihe von Erkrankungen der Fußgelenke, deren Prognose durchaus nicht immer günstig ist und deren Behandlung große Schwierigkeiten bietet. Es sind dies die Gelenksneurosen des Fußes, welche nach MÖHRING dadurch gekennzeichnet sind, daß das erkrankte Gelenk in seiner ganzen Ausdehnung unaufhörlich schmerzt, obwohl den bedeutenden subjektiven Beschwerden ein fast negativer objektiver Befund entgegensteht. Oft ist nur ein geringfügiges Trauma vorausgegangen, nicht selten entsteht jedoch die Krankheit auf rein psychogenem Wege.

Als Beispiel wollen wir eine solche Erkrankung bei einem 20jährigen Fräulein anführen, worüber MÖHRING folgendes berichtet:

Im August 1897 verspürte Patientin, welche aus einer durchaus gesunden Familie stammt, nachdem sie etwa 10 Minuten lang gekniet hatte, plötzlich beim Auftreten Schmerzen in der Mitte und den Zehen des rechten Fußes. Der Fuß schwell an, verfärbte sich blaurot und die Schmerzen verschlimmerten sich, so daß sich Patientin legen mußte. Der Fuß wurde äußerst empfindlich schon auf die leiseste Berührung hin.

Hochlagerung und Eisumschläge linderten die Beschwerden; nach einigen Tagen schwand die Verfärbung; Schwellung und Schmerzen nahmen ab und nach 14 Tagen konnte Patientin sich wieder langsam am Stock fortbewegen, aber nur kurze Zeit hindurch. Die Schmerzen zeigten sich jetzt mehr an der Innenseite des Fußes, während anfangs besonders auch die Außenseite empfindlich war und waren bei Druck unter die Wölbung am heftigsten. Alle Mittel, Natr. salicylicum, Einlagen in die Schuhe, gymnastische Übungen und Massage, mäßige Gehversuche brachten keine Besserung, ebensowenig ein vierwöchentlicher Aufenthalt im Krankenhaus, wo ein Zupflaster auf die schmerzhafteste Stelle, darnach Eis und Jodpinselung ohne Erfolg blieben.

Im Liegen hatte Patientin jetzt gar keine Beschwerden, nur sobald der Fuß herabhing, traten heftige Schmerzen und bläuliche Verfärbung auf.

Im Februar 1898 ergab die ärztliche Untersuchung: Patientin besitzt einen langen, schmalen, schlaffen Fuß, mit beiderseitiger Plattfüßeinlage in den Schuhen. Beide Füße bläulich verfärbt. Der rechte Fuß ist sehr empfindlich, doch sind keine Druckpunkte nachzuweisen, vielmehr werden die Schmerzen bald in der Sohle, bald in die Knöchel lokalisiert. Beweglichkeit nicht behindert. Patientin hat ein sehr zartes, überaus fein reagierendes Nervensystem und Neigung zu hypochondrischen Anwandlungen.

Um wenigstens das Gehen zu ermöglichen, erhält Patientin um den rechten Fuß einen entlastenden und fixierenden Verband. Die Schmerzen nahmen sogleich ab und nach drei Wochen machte Patientin bereits einen kleinen Spaziergang.

Dieser Verband wurde fast ein Jahr getragen. Darnach erhielt Patientin Einlagen in die Schuhe, wodurch die Besserung bald eine vollständige wurde. Von Zeit zu Zeit hat Patientin noch ein unbedeutendes, bald wieder verschwindendes Schmerzgefühl. Patientin vermeidet es aber ängstlich, das Körpergewicht auf den rechten Fuß zu legen oder den Fuß in die Lage zu bringen, in der der Unfall geschah, da sie hiedurch eine Wiederverschlimmerung fürchtet.

Es waren also in diesem Falle keinerlei objektive Veränderungen des Fußgelenkes vorhanden, nur geringer Plattfuß lag vor. Doch brachte die Plattfußbehandlung keine Besserung; erst die Erziehung zum Gehen durch einen Stützverband hat die Beschwerden beseitigt, obwohl noch etwas Stauung vorhanden ist und der Plattfuß noch wie vor besteht. Die Ursache ist hier eine Verletzung, wahrscheinlich eine Überdehnung gewesen, aber hiedurch allein kann nicht der ganze Fuß so lange Zeit in Mitleidenschaft gezogen worden sein.

Der Verdacht auf Tuberkulose bestätigte sich nicht durch den Verlauf; es müßte denn doch in so langer Zeit eine Spur von Veränderungen aufgetreten sein.

MÖRRING faßt zum Schlusse diesen Krankheitsfall als einen durch ein Trauma bedingten Gelenkschmerz auf einer rein nervösen Basis auf, dessen langwierige Heilungsdauer nur durch ein äußerst schwaches resistenzloses Nervensystem erklärt werden kann.

Wir ersehen schließlich aus diesem Beispiele, daß wir auch bei Erkrankungen des Fußes nicht nur bei der Diagnosenstellung, sondern auch bei deren Behandlung streng individualisierend vorgehen müssen.

* * *

Meine Herren! Es ließe sich noch so manches lehrreiche Beispiel für den differential-diagnostischen Bedarf anführen, doch möchte ich hier nur jene Fälle und Möglichkeiten geschildert haben, welche dem praktischen Arzt am häufigsten vorkommen, mit welchen die Patienten zunächst nicht an den Spezialisten, sondern an ihren ständigen Mentor, an den Hausarzt, herantreten. Und wenn ich in diesem geschätzten Kreise mit meinen Ausführungen aus dem Gebiete der Orthopädie zur Vermeidung von diagnostischen Irrtümern auch nur im bescheidensten Maße etwas beigetragen habe, so ist für mich der Zweck dieser Ausführungen vollkommen erreicht.

Aus der Praxis.

Seltene Entstehungsart eines zentralen Dammrisses.

Von **Dr. Richard Azwanger** in Moosburg.

Zentrale Dammrupturen gehören zu den selteneren Vorkommnissen. Der im nachstehenden beschriebene Fall scheint mir durch die eigentümliche Art seiner Entstehung, für welche ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur kein Analogon finden konnte, der Mitteilung wert.

Es handelte sich um eine 22jährige, gesunde, kräftige Erstgebärende, zu der ich gerufen wurde, weil die Hebamme eine Steißlage konstatiert hatte. Am 21. Januar 1904 um zirka 12 Uhr mittags konnte ich folgenden Befund erheben: Wehen seit gestern abends 11 Uhr, Abgang des Fruchtwassers heute 6 Uhr früh; einfache Steißlage, 2. Stellung, Steiß gut ins Becken eingetreten, Muttermundsaum 2 Finger breit. Wehen mäßig kräftig, ziemlich lange Pausen. Kindliche Herztöne normal, etwas nach rechts vom Nabel. Um 1/4 Uhr nachmittags werden die Wehen kräftig, kurz aussetzend, um 4 Uhr Abgang von Mekonium und gleich darauf leichtes Auseinanderdrängen der Labien, so daß auf der Höhe der Wehe der Steiß etwas sichtbar wird. Die Gebärende wird auf das inzwischen vorbereitete Querbett gelegt, und schon bei der nächsten sehr kräftigen Wehe wird mit einem Ruck der halbe Rumpf geboren; in dem Moment, als ich den Steiß ohne Zug mäßig elevierte, sah ich in der Mitte zwischen hinterer Kommissur und Anus einen stumpfen Kegel in der Größe eines Taubeneies, der sofort als der linke Ellbogen des Kindes zu erkennen war. In der nun folgenden Wehenpause ließ sich der Ellbogen durch einen leichten Druck reponieren, und konnte der Arm auf normalem Wege entwickelt werden, ohne daß die 1 cm breite Hautbrücke zwischen hinterer Kommissur und dem vom Ellbogen gebohrten, falschen Wege einriß. Der ziemlich große Kopf des ausgetragenen, kräftigen Kindes wurde mittelst MAURICEAU-LEVBRETSchem Handgriffes entwickelt, bei welcher Gelegenheit die erwähnte Brücke einriß. Das Gewicht des lebend geborenen Kindes konnte ich leider nicht bestimmen, da es in dem ärmlichen Bauernhause an Mitteln hierzu fehlte.

Ich glaube nicht zu fehlen, wenn ich die Entstehung dieses Dammrisses in Zusammenhang bringe mit der am

Schlusse der zweiten Geburtsperiode äußerst kräftigen Wehentätigkeit, welche eine überstürzte Austreibung des Rumpfes zur Folge hatte, wobei sich der linke Oberarm des Kindes gerade in der Richtung der Druckachse befunden haben muß. Ob die Elevation des Beckenendes gegen die Symphyse zur Einbohrung des Ellbogens in das Mittelfleisch beigetragen hat, wobei der Rumpf nach Art eines Hebels gewirkt haben müßte, lasse ich dahingestellt sein, doch scheint es mir nicht wahrscheinlich, da ich den Eindruck hatte, daß die Durchbohrung des Dammes bereits vollendet war, als ich die Elevation ausführte; auch erwähne ich nochmals, daß letztere eine sehr mäßige war.

Revue.

Die Behandlung der Arteriosklerose mit anorganischen (Blut-)Salzen.

Literatur.

1. SÉE, Traité des maladies du coeur. Paris 1893. — 2. TRUNECEK, Traitement de l'artériosclérose par les injections souscutanées de serum organique. „Sem. méd.“, 1901, pag. 137. — 3. LEVY, Traitement de l'artériosclérose cérébrale par le serum inorganique. „Gaz. heb. de méd. et de chir.“, 1901, pag. 952. — 4. LEVY, Le serum de TRUNECEK. „La presse méd.“, 1902, pag. 52 u. 64. — 5. MERLEEN, Les indications du serum de TRUNECEK chez les artériosclérose. „Sem. méd.“ 1902, pag. 189. — 6. LEVY et BONNIER, „Compt. rendues des séances de la soc. de biol.“ 1901, 14. Dec. — 7. TESSIER et LEVY, Modification de la pression artérielle sous l'influence des solutions salines concentrées. Ibid. 1902, 11. Janv. — 8. GOLDSCHMIDT, „Deutsche Praxis“, 1903, Nr. 19. — 9. LEVY, „Presse méd.“, 1902, Juin.

Wir haben uns seit Jahren daran gewöhnt, an eine eigentliche Behandlung (im strengen Sinne des Wortes) einer ausgesprochenen Arteriosklerose nicht mehr heranzutreten, wir waren zufrieden, wenn durch hygienische Vorschriften in prophylaktischer Weise dem Fortschritte der Erkrankung Halt geboten werden konnte.

Da galt es zunächst, durch Regulierung der Diät, Verbot alkoholischer Getränke unter anderem, durch Verbot von Muskelaustrennungen, durch Hintanhalten geistiger Anstrengungen, Aufregungen etc. die Herzkraft zu schonen u. a. m.

Immer und immer hat sich aber die medizinische Wissenschaft mit der Frage beschäftigt: „Wie ist der erhöhte arterielle Druck zu bekämpfen, wie der schon eingetretenen Verhärtung entgegenzutreten?“

Wir wollen hier auf die therapeutischen Eingriffe, wie Massage, Kohlensäurebäder etc. nicht eingehen. Wenden wir uns den inneren Mitteln zu, so begegnen wir zunächst dem Ergotin, das besonders auch von ROSENBAACH gelobt wird. Ferner wurde das Blei, der Phosphor, Argentum und schließlich — aber in viel umfangreicherer Weise — das Jod angewandt.

Die blutdruckherabsetzende Wirkung der Jodpräparate, besonders von G. SÉE betont, kam der Behandlung der Sklerose zu Diensten. Wenn man auch nicht das Zurückgehen der anatomischen Veränderungen konstatieren konnte, so schwanden doch in manchen Fällen die plagenden Symptome der Herzangst wie des kardialen Asthmas — so daß SÉE (1) annimmt, daß das Jod regulierend auf die periphere Zirkulation einwirkt.

Es hat dann auch nicht an der Anwendung anderer Mittel, wie Amylnitrit und Trinitrit, dem Nitroglyzerin gefehlt.

In neuester Zeit hat TRUNECEK (2) nun die Frage der Behandlung der Arteriosklerose wieder aufgenommen und im Anschluß an sein Serum (Lösung von Salzen) gegen tuberkulöse Prozesse eine Salzlösung zusammengestellt wie folgt:

Rp. Natr. sulf.	0.44
Natr. chlor.	4.92
Natr. phosph.	0.15
Natr. carb.	0.21
Calc. sulf.	0.4
Aq. dest.	ad 100.0

die subkutan injiziert werden soll.

TRUNECEK ging von der Tatsache aus, daß der phosphorsaure Kalk im Blut, der bekanntlich zur Verhärtung der Arterien-

wandung viel beiträgt — wenn auch sekundär — in gewissen Verhältnissen zu den anderen Salzen stellt, unlöslich im Wasser ist, dagegen in Komposition mit anderen Salzen gelöst wird; ferner, daß es bei den Maniferen nicht vorhanden ist. TRUNECEK hebt dann ferner die Tatsache hervor, daß die in Frage kommenden Organismen meist arm an Chlornatrium sind, daß auch der Ersatz dieser Salze nicht genügen kann, weil er die Alkalinität des Blutes nicht ändert.

Besonders um die Soda zur vollständigen Geltung kommen zu lassen, d. h. nicht von der freien Salzsäure angegriffen zu sehen, führte TRUNECEK seine Salze subkutan ein.

Die klare Flüssigkeit enthält 6·12% Salze; das spezifische Gewicht beträgt 1040 (20° C.). In das Blut injiziert wird das Serum sehr rasch durch die Niere wieder ausgeschieden; um langsamere Resorption zu erzielen, gab TRUNECEK die Salze subkutan in den Vorderarm.

Vor allem weist TRUNECEK auf die großen Schwierigkeiten hin, bestimmte Symptome für die Arteriosklerose zu erhalten; da selbst ausgesprochene Veränderungen der Aorta und der großen Gefäße sich nicht immer durch Härte der zugängigen Arterienwandungen bemerkbar machen, ebensowenig durch Hypertrophie des linken Ventrikels.

TRUNECEK wandte die Blutsalze zunächst in folgenden Fällen an:

Mann von 44 Jahren, groß und stark, kachektische Schmerzen im rechten Arm; dann Paresien. Pulsierender Tumor über der rechten Klavikula. Man diagnostizierte Aneurysma, proponierte Ligatur, jedoch der Patient verweigerte jeden Eingriff.

Die Störungen mehrten sich nach und nach, es traten Dyspnoe, sehr starke Palpitationen auf, so daß das Gehen fast unmöglich war. Die oberen Extremitäten waren atrophiert und stark geschwächt. Es bestanden Paresen; die Epidermis schuppte sich ab.

TRUNECEK konstatierte Hypertrophie des linken Ventrikels, periphere Arteriosklerose, Aortenaneurysma resp. Dilatation der Aorta ascendens und Aneurysma der Subklavia rechts mit Kompression des Plexus brachialis der Carotis dextr.

Zunächst gab er nun Jod, jedoch ohne jeden Erfolg, 3 Wochen lang. — Darauf entschloß er sich zur ersten Injektion seines Serums, hergestellt aus den erwähnten Salzen; gab auch gleichzeitig Jodnatrium. — 10 Tage später wurde die Injektion erneut, und zwar 1 cm³ mehr. Einige Stunden später erklärte der Patient eine bedeutende Besserung der Sensation in der Herzgegend zu verspüren.

Objektiv war diese Besserung durch nichts nachweisbar. Nun wurden die Injektionen alle 4—5 Tage wiederholt, jeweils 1 cm³ mehr, zum Schluß 5 cm³. Jetzt zeigten sich auch Änderungen in den objektiven Symptomen; die Pulsation im zweiten Interkostalraum hatte an Intensität bedeutend verloren und nach 7 Wochen — wobei der Patient 12 cm³ Serum im ganzen injiziert erhielt, war die Pulsation verschwunden.

Die Behandlung wurde fortgesetzt und im Monat September — Anfang der Injektion 9. Mai — war der Tumor geschwunden, sämtliche Symptome waren nahezu verloren und zu Beginn des November — es waren inzwischen 120 cm³ injiziert — stellte sich auch die Epidermisabschuppung ein.

Besonders zu betonen ist, daß der Zustand anhält trotz einer durchgemachten Influenza und trotzdem 3 Monate keine Injektionen gemacht wurden. Im ganzen erhielt der Kranke 50 Injektionen mit 190 cm³ Salzlösung.

TRUNECEK gibt noch kurz die Krankengeschichten einiger ausgesprochenen Arteriosklerosen mit verschiedenartigsten Symptomen in verschiedenstem Alter und erzielte stets — oft mit kleinster Dosis — auffallende Erfolge. Dabei legte er besonders noch Wert auf die Resultate in folgendem Fall:

Alkoholiker von 59 Jahren hatte vor 5 Jahren eine Apoplexie. Anfangs konnte er noch gehen bis zum August 1899, wo eine Schwellung des Fußes und des linken Knies eintrat, gegen die jede Behandlung umsonst war. Der Patient mußte das Bett stets hüten und der Zustand verschlimmerte sich zusehends.

TRUNECEK konstatierte Arteriosklerose, Hypertrophie des linken Ventrikels, Arthritis links und eine Ankylose des linken Knies. Abschuppung der Epidermis. Urin stark sauer, bedeutender Ueberfluß an Harnsäure. Patient ab wenig und war somnolent.

Die Behandlung begann Mitte Dezember. Nach 2 Monaten — Injektion von 16 cm³ — trat Appetit ein, Schlaf kehrte wieder; die Geschwulstbildung ging zurück, Fisteln schlossen sich ohne jede lokale Behandlung. Der Gehalt des Urins an Uraten und Phosphaten war gestiegen. Nach Injektion von 58 cm³ fing der Patient, der 18 Monate das Bett gehütet, zu gehen an und der Zustand besserte sich täglich.

Vor allem erscheint TRUNECEK die Methode indiziert in Fällen, in denen das Blut an alkalischen Salzen schwach ist. (Jedoch kann der Gehalt an Chlornatrium sehr minimal sein, ohne daß sich dies auf Lackmuspapier ausprägt.) Ausdrücklich hebt TRUNECEK hervor, daß die Injektionen nur bei saurem Harn gemacht werden sollen.

Der Gehalt des Urins an Harnsäure, ebenso die Desquamation der Haut wird uns ein Zeichen sein können, die Behandlung zu beginnen oder wieder zu beginnen.

Über die Technik äußert sich TRUNECEK in folgender Weise: Er nimmt zuerst 1 cm³, dann 0·2—0·5 jedesmal mehr. Wenn er mehr als 1 cm³ injiziert, zuerst 1 cm³, dann läßt er etwas warten, während die Nadel am Platze bleibt, dann der Rest. Das Höchste war 7·5 cm³.

Nebenerscheinungen waren nie zu beobachten, außer wo auch sonst gelegentlich bei subkutanen Injektionen leichte Schwellung der Haut zu bemerken ist.

Die Wirkungsweise erklärt sich TRUNECEK in der Wirkung der Salze auf den Phosphorkalk. — Vor allem führt er das Schwinden der Dyspnoe auf das Steigen der Alkalinität des Blutes zurück; auch das Fehlen der Kohlensäure ist hier für die Wirkung anzusprechen. Durch letztere tritt nach TRUNECEK eine Ermüdung in den Geweben und Muskeln ein. Im weiteren spricht er sodann die direkte Wirkung der Natronsalze auf das Herz an, ferner die direkte Einwirkung der Kochsalze und des Sodas auf die Gewebe, speziell das Endothel der Gefäße.

Diese hervorragenden Resultate veranlaßten bald andere Autoren, die Methode nachzuprüfen, und bereits im Oktober 1901 veröffentlichte LEVY (9) seine Ergebnisse, die er an Pariser Kliniken mit der TRUNECEKschen Therapie der Anwendung der Salze bei Arteriosklerose gehabt hat. In dieser Arbeit bespricht LEVY in geistreicher Weise die Symptome und besonders aber die eventuellen Frühsymptome der Arteriosklerose des Gehirns an der Hand von drei interessanten Fällen und geht dann auf sein Hauptthema, die Behandlung über.

LEVY nahm verschiedenartigste Fälle in Behandlung und richtete zunächst seine Aufmerksamkeit besonders auf die Sensibilitätsstörungen, die sich klinisch in der mannigfachsten Weise an verschiedenen Körperstellen und in verschiedenartigem Grade zeigen.

Auch die arteriellen Störungen waren zum großen Teil ausgeprägt, sei es an den Händen oder an den Füßen. Die Reflexe waren meist erhöht.

LEVY berichtet über geradezu eklatante Fälle, welche die enorm günstige Wirkung der anorganischen Salze dartun. Es handelt sich um Fälle, in denen die Symptome sich anderweitig lokalisierten, speziell noch einen Fall mit gastro-enteritischen Erscheinungen, wobei er vollständige Heilung erzielte.

Höchst wichtig ist nun die Anwendung der Salze bei Arteriosklerotikern mit Folgeerscheinungen, so Hemiplegikern. Auch diese Frage suchte LEVY zu erledigen und trat an frische Fälle mit Salzbehandlung heran. Auch in diesem Falle weiß uns der Autor bedeutende Besserung zu berichten. — Aber nicht nur allein bei einem solchen frischen Falle wurde durch die subkutane Anwendung der TRUNECEKschen Salze Besserung erzielt, auch in einem Fall, wo die Hemiplegie 10 Monate zurücklag, konnte durch diese Therapie Besserung erreicht werden.

Wie wirken nun diese Salze? Auch auf diese Frage geht LEVY noch ein. Er teilt nicht vollständig die TRUNECEKsche Meinung, die wir an anderer Stelle wiedergegeben haben.

Um dieser Frage näher zu kommen, ließ er den Urin eine Stunde vor und eine Stunde nach der Injektion von 2 cm³ untersuchen und erhielt für 100 cm³ Urin folgendes Resultat:

1. Fall Urin 1 Stunde vor der Injektion — 0·1498 H₂ SO₄,
" 1 " nach " " — 0·1692 H₂ SO₄,
2. Fall Urin 1 Stunde vor der Injektion — 0·1843 H₂ SO₄,
" 1 " nach " " — 0·1943 H₂ SO₄,
" 2 " " " " — 0·1987 H₂ SO₄.

Auf diesem Boden möchte — und es wird dies jeder Beobachter für den einzigen richtigen Weg halten — LEVY die obige Frage erledigt sehen. — Vermutlich sind es leicht erklärbare chemische Vorgänge, die hier auf das vasomotorische System einwirken.

LEVY beobachtete jeweils $\frac{3}{4}$ Stunden bis 1 Stunde nach der Injektion bei den Patienten Erleichterung. Man könnte auch annehmen, daß die Salze als Tonikum auf die vasomotorischen Nerven wirken.

Mit diesen Beobachtungen gab sich aber LEVY nicht zufrieden. Seine Erfolge waren so schön, daß er nur noch die TRUNECEKsche Methode immer wieder anwandte. Er stellte seine Patienten in der Société médic. des Hopitaux, in der Soc. de Biologie vor und publizierte die weiteren Resultate in verschiedenen Artikeln (4). Wir können genauer hier nicht darauf eingehen, seine Resultate konnten nur aneifern, die Fragen weiter zu verfolgen. Dies geschah auch. So hat MERKLEN (5) in der Société des Hopitaux am 30. Mai einige Fälle vorgestellt, durch die er die Ergebnisse von TRUNECEK und LEVY vollauf bestätigte. Er hat die Salze bei den verschiedenartigsten arteriosklerotischen Erscheinungen stets mit Erfolg verwendet und empfiehlt die Salze nachdrücklich. Daß bei Herzsklerose nicht durchgängig dieselben Erfolge erzielt werden können, darf nach MERKLEN nicht sehr überraschend sein.

LEVY (6) hat dann noch einmal eine Reihe von Anwendungen der Salze subkutan mit bestem Erfolg publiziert und sich aber von da ab der Frage zugewendet: ist es möglich, die Salze auch auf andere Weise dem Körper wirksam einzuführen als durch Injektionen? Da konnte er bald die Erfahrung machen, daß sowohl die Einführung der Salze per anum als Lavement, besonders aber auch per os dieselbe Wirkung erzielte.

Damit war natürlich viel gewonnen. Die von LEVY an der Klinik von Professor MATHIEU wie an der v. Rothschild'schen Nervenkl. behandelten Fälle gaben wiederum auffallende Erfolge (7).

Die Anwendungsweise per os hat dann auch in Deutschland Nachahmer gefunden, um so mehr, als inzwischen die Salze in Tablettenform hergestellt wurden, und zwar als Antisklerosin, wodurch das Einnehmen bedeutend erleichtert wurde. Auch ist da den Salzen das Calc. glyc. phosph. beigegeben, ein Mittel, dessen Verwandtschaft mit dem Lecithin und dessen Wirkung auf das Nervensystem — ein bei den hier vorliegenden Erkrankungen nur wünschenswerter Faktor — bekannt ist.

Zwei Tabletten entsprechen wenigstens 15 cm³ flüssigem Serum (TRUNECEK) und dem Salzgehalt von etwa 150 cm³ Blutserum. — Man gibt analog LEVY'S Anwendung täglich 6 Tabletten, auf 2mal, kann aber je nach dem Fall die Dosis erhöhen oder aber nur eine halbe Dosis (1—2mal) verabreichen, oder auch das Mittel (stets wenigstens 2 Tabletten) nur 2mal pro die geben.

Die ersten Resultate, die über die Anwendung des Antisklerosin veröffentlicht wurden, waren die von Hofrat Dr. GOLDSCHMIDT (Reichenhall) (8). Auch diese waren günstige und können nur zur Weiteranwendung des Mittels bei Arteriosklerose veranlassen.

In einem Fall subjektive und objektive Heilung. Fall von rein peripherer Sklerose, ohne Beteiligung des Herzens.

In zwei Fällen von zentraler und peripherer Sklerose subjektive und objektive Besserung.

In fünf Fällen, die mit starken Veränderungen des Herzens einhergingen, mindestens eine subjektive Besserung.

In einem Fall von zentraler und peripherer Sklerose keinerlei Schaden, doch auch kein Vorteil.

Zwei Fälle sind als mißglückte Versuche anzusehen.

Auch GOLDSCHMIDT betont die Überlegenheit des Antisklerosin gegenüber dem Jod, dabei seine Ungiftigkeit und das Nichtauftreten von idiosynkratischen Erscheinungen. Hervorzuheben ist auch, daß dieser Autor dieselbe Beobachtung bezüglich der raschen Wirkung der Salze machen konnte, wie die französischen Kliniker. Auch er hat bei eingetretener Hemiplegie sich den Zustand bessern sehen.

Nach der Literatur zu schließen ist der Methode besonders der internen Gabe von Antisklerosin bis jetzt nicht jenes Interesse entgegengebracht worden, die eine so eingehend geprüfte Therapie bei einer derartigen, bis jetzt den meisten therapeutischen Eingriffen widerstehenden Erkrankung erheischt, und doch ist die Technik dieser Therapie eine sehr einfache, zumal gerade auch LEVY (9) durch Versuche nachgewiesen hat, daß die Darreichung per os der Injektion nicht nachsteht und wir in der Tablettenform

Rp. Tabl. Antisklerosin Nr. XXV
D. S. 3mal tägl. je 2 Tabl. zu nehmen

eine besondere Darreichungsweise besitzen.

W.

Referate.

VULPIUS (Heidelberg): Die Behandlung des Klumpfußes.

VULPIUS stellt („Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie“, 1903, Bd. 1, H. 3) für die Behandlung des angeborenen und paralytischen Klumpfußes folgende Leitsätze auf:

Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes soll bei schwächlichen Kindern im zweiten Lebensmonate, bei kräftigen Kindern noch früher beginnen. Die Behandlung besteht im zweiten und dritten Monate in täglicher Redression des Fußes und Einwickeln mit einer korrigierenden Flanellbinde für einige Stunden des Tages. Das modellierende Redressement wird im vierten Monate in einer oder mehreren Sitzungen vorgenommen. Das Resultat derselben muß durch wiederholte Gipsverbände gesichert werden. Bei Kindern, die erst nach dem dritten Lebensmonate und vor Ablauf des ersten Jahres in Behandlung kommen, ist die präliminare tägliche Vorarbeit während 14 Tagen angezeigt. In schweren Fällen und bei älteren Kindern ist es zweckmäßig, das Redressement auf mehrere Sitzungen zu verteilen. Das modellierende Redressement wird am besten nach der Methode von LORENZ vorgenommen. Nur wenn dieses versagt oder unvollständig bleibt, soll eine blutige Operation vorgenommen werden. Ein primärer blutiger Eingriff ist ein Kunstfehler, das modellierende Redressement ist nicht ganz gefahrlos. Fettembolien, Unterschenkelfrakturen und Dekubitus mit Nekrose einzelner Fußknochen sind die wichtigsten Gefahren des Redressements. In der überwiegenden Mehrzahl gelingt Redressement und Retention des Klumpfußes vollkommen. Doch bedarf es in vielen Fällen noch einer längeren und sorgfältigen Nachbehandlung.

Beim paralytischen Klumpfuß ist die therapeutische Aufgabe eine doppelte: Behandlung der Deformität und Behandlung der Lähmung. Ist die Fixierung der Deformität eine durch Weichteile bedingte oder eine ossäre, so muß diese zunächst beseitigt werden. Hierzu genügt regelmäßig das modellierende Redressement, eventuell unter Hinzufügung von Tenotomie. Ein Dauererfolg ist aber nur zu erwarten, wenn der Fuß in normaler Stellung knöchern fixiert wird und wenn kein einseitiger Muskelzug einwirkt. Die schädliche Wirkung des Muskelzuges und die dadurch bedingte Gefahr des Klumpfußrezidivs wird durch Sehentransplantation bekämpft. VULPIUS bevorzugt die sogenannte „absteigende“ Methode, welche darin besteht, daß die Sehne des kraftspendenden Muskels abgespalten und peripher an den kraftempfangenden Muskel genäht wird. Das Resultat ist um so günstiger, je weniger Muskel gelähmt sind, je functionsverwandter und benachbarter gesunde und gelähmte Muskeln sind. Wenn alle der Bewegung dienende Muskeln völlig gelähmt oder nur geringe funktionierende Reste vorhanden sind, dann bleibt nur die Arthrodes mit oder ohne Sehnenverkürzung.

Die Behandlung des Klumpfußes mittelst orthopädischer Apparate will VULPIUS nur auf jene Fälle beschränkt wissen, wenn eine operative Hilfe aus irgend welchem Grunde nicht möglich ist. Zum Schlusse betont er nochmals, daß der Klumpfuß, der angeborene wie der paralytische, eine heilbare Deformität darstellt sowohl mit Rücksicht auf die Form als auf die Funktion des Fußes mit gewissen Einschränkungen, die sich aber mehr dem nachprüfenden Anatomen und Physiologen als dem Patienten fühlbar machen.

GRÜNBAUM.

DIEULAFOY (Paris): Studie über das gleichzeitige Vorkommen von Cholecystitis und Appendicitis mit und ohne Peritonitis.

D. verfügt über zwei persönliche Beobachtungen von Cholecystitis suppurativa coincidierend mit acuter Appendicitis („La Presse médicale“, 1903, Nr. 48). Der erste betraf eine 78jährige Frau, der zweite einen 30jährigen Mann, bei dem es bereits zu Peritonitis mit hohem Fieber (über 40°) gekommen war. Beide Fälle wurden durch die Operation geheilt. D. bespricht ferner zwei von den Autoren GRANT und QUÉNU mitgetheilte Fälle, sowie jene, dreißig an der Zahl, die ADOLF BECKER zusammengestellt hat. Stets erkrankt primär die Gallenblase, während der Appendix konsekutiv ergriffen wird. Sobald letzteres aber der Fall ist, beherrschen

die Symptome der Blinddarmentzündung das Krankheitsbild. Die Symptome der Cholecystitis treten nur wenig hervor, ja sie können von allem Anfang an so unbedeutend sein, daß sie sich der Beobachtung leicht entziehen. Die Appendicitis sowohl als die Cholecystitis tritt in der mannigfachsten Form auf, sowohl akut als chronisch. Eine Aszendenz der Infektion konnte nie nachgewiesen werden, wengleich in etwa 5 Fällen von den mitgeteilten dafür, daß eine Erkrankung der Gallengänge vorausging, ebenfalls keinerlei Beweis erbracht werden konnte. D. zieht mit Recht den Schluß, daß man bei Gegenwart einer Appendicitis immer den Patienten befragen muß, ob er nicht zu irgend einer Zeit die Symptome einer Cholecystitis dargeboten habe. Pflicht des Chirurgen wird es dann sein, seine Aufmerksamkeit nicht nur auf den Appendix, sondern auch auf die Gallenblase zu richten. J. S.

S. M. GORODISCHTSCH (St. Petersburg): Die Behandlung der Bleichsucht und der Anämie mit Eisen- und Blutpräparaten.

Verf. hat mit Ferrum hydrogenio reductum, Ferratinnatrium, Sanguinol rossicum (WEINSCHENKER) und Hämoglobin (POEHL) an 22 Patienten Versuche angestellt. Die betreffenden Erkrankungen waren: Chloroanaemia 9mal, Chlorosis 10mal, Anaemia posthaemorrhagica 3mal („Russ. med. Rundschau“, 1903, Nr. VIII).

G. stellt drei Forderungen auf, die Eisenpräparate erfüllen müssen, wenn ihnen ein therapeutischer Wert zukommen soll: 1. gutes Vertragenwerden vom Darm, 2. sichtliche Einwirkung auf die Blutbeschaffenheit und auf die Blutbildung, 3. Gleichmäßigkeit der Art der Einwirkung auf die Blutbildung. In seinen Versuchen erwies sich in dieser Beziehung von den vier verwendeten Eisenpräparaten das Ferrum reductum weitaus als das beste; es wurden selbst große Dosen von ihm gut vertragen, seine Wirkung trat fast stets prompt ein, die Erythrocytenzahl kehrte früher zur Norm zurück als der Hämoglobingehalt, die Steigerung des Hämoglobingehalts und des Valeur globulaire gingen fast ununterbrochen ohne Schwankungen vor sich. Sanguinol rossicum und Ferratinnatrium erfüllten diese drei Forderungen weniger gut, jedoch war in vereinzelt Fällen auch ihre Wirkung, trotz des vergleichsweise geringeren Gehalts an metallischem Eisen, prompt. Die Versuche mit POEHL'S Hämoglobin wurden bald abgebrochen, da sich seine Wirkung als mittelmäßig erwies. Die notwendigen Dosen waren bei den organischen Eisenpräparaten naturgemäß immer höher als beim anorganischen Eisen. Das Maximum der Tagesgabe vom Ferrum reductum betrug 0.6 Grm., vom Ferratinnatrium 3.0 Grm., vom Sanguinol rossicum 20 Grm., vom POEHL'Schen Hämoglobin 2.4 Grm.

Die Einwirkung auf sekundäre anämische Zustände war auch bei Zufuhr von metallischem Eisen schwach.

Anorganisches Eisen, per os gereicht, wird somit in großen wie in kleinen Dosen resorbiert. Ebenso wird das im Hämoglobin resp. Hämatin enthaltene Eisen vom Darm aufgenommen.

Die Eliminierung aus dem Körper ist bei den komplizierten natürlichen Eisenverbindungen der Nahrung, wie beim Eisen des Hämoglobins und des Ferratins und beim metallischen Ferrum die gleiche. G.

BORKO: Über einen Fall von Maulseuche (Aphthae epizooticae) beim Menschen.

Äußerst anämische, schwächliche Patientin mit üblem Geruch aus dem Munde. Die äußeren Ränder der Zunge sind bis zur Wurzel von tiefen Geschwüren, die mit gelblichem Eiter bedeckt sind, durchwühlt. Eben solche Geschwüre befinden sich an der Zungenspitze. Die ganze Zunge ist stark geschwollen, belegt. Die Zähne sind schwarz, mit Eiter bedeckt und wackeln. Bei Berührung der Zähne schreit die Patientin vor Schmerz laut auf und aus den Alveolen entleert sich übelriechender Eiter. Zahnfleisch gelockert und von braunroter Färbung. Die Kranke klagt über heftige Schmerzen in der Hinterhauptgegend, ferner über Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, über Verstopfung und allgemeine Schwäche. Temperatur 40.1. Anamnestisch wurde festgestellt, daß die Patientin sich die Maulseuche von der Kuh ihrer Nachbarin, bei der sie ihre Milch kaufte,

zugezogen hatte. Behandlung: Täglich 2malige Bepinslung mit 3%iger Höllensteinlösung und Spülung mit Kali chloricum-Lösung aus 10.0:300.0 Pfefferminzwasser, bzw. mit Kali hypermanganicum-Lösung. Unter dieser Behandlung reinigten sich die Geschwüre, es stellten sich Granulationen ein, der üble Geruch verschwand allmählich, die Geschwüre vernarben, das Zahnfleisch wurde fester und die Eiterabsonderung aus den Alveolen hörte auf. Vollständige Heilung in 8 Tagen. („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg 1903, Nr. 12.) L—y.

J. PILTZ (Warschau): Die paradoxe Pupillenreaktion und eigene Beobachtung von Verengerung der Pupillen bei Beschattung der Augen.

Es gibt verschiedene Formen von paradoxer Reaktion der Pupillen, nämlich: 1. die paradoxe Akkommodationsreaktion bei funktionellen Krankheiten des Zentralnervensystems, Verengerung beim Fernsehen, Erweiterung beim Fixieren eines nahen Gegenstandes; 2. die scheinbar paradoxe Lichtreaktion infolge einer Läsion der Iris (ein Fall von Iridektomie); 3. die wahre paradoxe Lichtreaktion, Erweiterung bei Belichtung und Verengerung bei Beschattung, kann verschieden vorgetäuscht sein; sie ist tatsächlich nur fünfmal einwandfrei beobachtet, bei Dementia paralytica, Lues cerebri, Meningitis tuberculosa, starkem Erschöpfungs- und Aufregungszustand traumatischen Ursprungs und in dem Falle des Verf.'s („Neurol. Zentralbl.“, 1902, Nr. 22) bei einem vor mehreren Jahren syphilitisch infizierten Manne mit Atrophia nervorum opticorum, Mydriasis, Pupillendifferenz, nur spurweise angedeuteter Konvergenz- und Akkommodationsreaktion, vorhandener sympathischer Reaktion; die paradoxe Reaktion betraf die direkte und die konsensuelle Lichtreaktion. INFELD.

E. SCHLECHTENDAHL (Barmen): Über Nierenentzündung im Frühstadium der Syphilis und deren Behandlung.

Die Syphilis kann in einzelnen Fällen bei ganz gesunden Nieren eine akute Nephritis hervorrufen („Wr. kl. Rdsch.“, 1903, Nr. 32).

Eine leichte Schädigung des Nierenepithels durch die Syphilis ist ein häufiges Vorkommnis, das sich jedoch nicht durch klinische Erscheinungen bemerkbar macht. Bei der Quecksilberbehandlung läßt sich diese leichte Schädigung des Nierenepithels erkennen, da das Quecksilber die durch Syphilis veränderten Zellen für den weiteren Lebensprozeß ungeeignet macht und zur Ausscheidung bringt. Das Quecksilber ruft keine Nierenreizung bei vorher ganz gesunden Nieren hervor; es wirkt nur auf die durch Syphilis geschädigten Zellen. Bei Nephritis syphilitica ist das Quecksilber als spezifisches Heilmittel anzuwenden. B.

FR. MÜLLER (Breslau): Ein Beitrag zur Kenntnis der Hyperhidrosis universalis.

Eine bis dahin gesunde, 20jährige Krankenpflegerin erkrankte im April 1901 an profusen Schweißen, die sich anfangs nur bei Tag, dann auch bei Nacht einstellten; gleichzeitig blieben die Menses aus. Als diese sich im Mai und Juni wieder einstellten, ließ auch die Hyperhidrosis nach, um mit verstärkter Heftigkeit wieder einzusetzen, als hierauf die Menstruation dauernd sistierte. Abgesehen von einem auftretenden Ekzem magerte die Kranke rasch ab (Abnahme von 20 kg innerhalb weniger Monate), litt viel an Frösteln und Schlaflosigkeit. Die objektive Untersuchung („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 45) ergab normalen Befund bis auf eine andauernde Tachykardie mit der durch die ganze Beobachtungszeit stetigen Pulszahl von 110—120 und eine Hypoplasie des Uterus. Therapeutisch wurde nicht viel erzielt, symptomatisch am besten wirksam waren Bäder von 27° R mit nachfolgender kühler Abreibung. Von der Reichlichkeit der Schweißsekretion erhält man ein annäherndes Bild, wenn man hört, daß die Kranke

an einem Tage durchschnittlich 15—20mal die Wäsche wechseln mußte. Auffallend blieb hierbei, daß trotz der immensen Flüssigkeitsverluste die Harnmenge zwar verringert, aber immerhin noch recht hoch war. Die Patientin verließ nach mehrmonatlichem Spitalsaufenthalt die Anstalt, drei Monate später trat Exitus ein.

Die Ätiologie und Diagnose der Krankheit kann nur theoretischen Erwägungen unterzogen werden, da eine Obduktion bei der außerhalb der Anstalt verstorbenen Kranken unterblieb. Fettleibigkeit, Lungentuberkulose, Diabetes, Basedow ebenso Hysterie konnten mangels jeder Symptome ausgeschlossen werden; bleibt noch das vielgestaltige Bild der Neurasthenie. In dieser Beziehung verweist der Autor auf die sehr aufreibende und irritierende Tätigkeit als Krankenpflegerin, andererseits auf die bereits vielfach gemachte Beobachtung profuser Schweiß zur Zeit der Menopause; in dieser Richtung erscheint der erhobene Befund der Hypoplasie des Uterus, sowie das schließlich gänzliche Aussetzen der Menstruation nicht ohne Bedeutung, und der Autor neigt sich einer solchen Auslegung seines Falles zu. Allerdings lasse sich, wie der Autor selbst hervorhebt, die Diagnose Hirntumor mangels der Autopsie nicht absolut ausschließen, umso weniger, als einige Beobachtungen vorliegen, bei welchen profuse Schweißsekretion auf Grund solcher eingetreten war; bezw. in ihnen die nachträgliche Erklärung fand. DEUTSCH.

ZWEIG und CALVO (Wien): Die SAHLISCHE Mageninhaltuntersuchung und ihre Bedeutung etc.

Die Prinzipien dieser Methode sind folgende: Man bereitet sich eine Mehlsuppe, in welcher Butter in feinsten Emulsion verteilt ist, und welche eine vollkommen homogene Flüssigkeit darstellt. Von dieser Suppe nimmt der Patient in der Früh auf nüchternem Magen 300 cm³, nachdem der Fettgehalt dieser Suppe mittelst der GERBERSCHEN Azidobutyrometrie genau bestimmt worden ist. Eine Stunde nach Darreichung des Probefrühstücks exprimiert man den Mageninhalt und macht eine genaue Restbestimmung. Nun bestimmt man in dem Ausgeheberten den Fettgehalt und kann aus dem Vergleich der Fettmenge in der Suppe und in dem ausgeheberten Mageninhalt genau bestimmen, wieviel von der Suppe noch im Magen verblieben ist, resp. wieviel denselben bereits verlassen hat. Wenn man nun die Gesamtmenge des Mageninhaltes bestimmt hat, so braucht man bloß von dieser Zahl die Menge der noch im Magen befindlichen Suppe zu subtrahieren und erhält dann die Menge des Magensaftes. — Die Verf. haben gefunden („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. 9, H. 3, 1903):

Die SAHLISCHE Funktionsprüfung verspricht nur dann einwandfreie Resultate, wenn das Fett im Mageninhalt in vollkommen homogener Weise verteilt bleibt. Es gibt eine wohl charakterisierte Gruppe von Fällen, bei welchen diese Homogenität gestört erscheint. Und zwar sind dies die Fälle von chronischer Gastritis und von schwerer motorischer Inaffizienz des Magens. In den Fällen von Subazidität und fraglicher Anazidität ist die Untersuchung mittelst der SAHLISCHEN Methode nicht empfehlenswert, da der Sekretionsreiz der eingeführten Mehlsuppe ein so geringer ist, daß in manchen Fällen, wo nach EWALD-BOASSCHEM Probefrühstück freie HCl konstatierbar ist, diese nach SAHLI fehlen kann. Die Ausführung der Methode ist zu kompliziert und zeitraubend, als daß sie in der Hand des praktischen Arztes je geübt werden könnte. Die Hauptdomäne der SAHLISCHEN Untersuchungsmethode stellt die nervöse Dyspepsie dar; speziell die Unterscheidung von Atonie und alimentärer Hypersekretion läßt sich in einer bisher nicht erreichten, zahlenmäßigen Sicherheit ausdrücken. B.

H. GEBELE (München): Über penetrierende Bauch-Stich- und Schußwunden.

Im Frieden ist an der Laparotomie nach penetrierenden Bauch-Stich- und Schußwunden unter allen Umständen festzuhalten („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 33). Einer abwartenden Therapie spricht G. im Frieden jede Berechtigung ab. Im Kriege sind Blutungen

eine absolute Indikation zur Vornahme der Laparotomie. Dagegen kann und soll auf Grund der Erfahrungen, die in den letzten Jahren gemacht wurden, bei den Magendarmverletzungen im Kriege abgewartet werden. G.

FEINSCHMIDT (Berlin): Enthalten die tierischen Zellen ein Zucker zerstörendes Ferment?

Aus Pankreas, Leber und Muskeln läßt sich mit Hilfe der BUCHNERSCHEN Presse ein Saft gewinnen, welcher Zucker in intensiver Weise zu zerstören vermag. Dabei wurde sorgfältig darauf geachtet, daß die Versuche steril verlaufen sind („Fortschr. d. Med.“, 1903, Nr. 22).

Geringere Zusätze von Chloroform, resp. Toluol, lassen die Flüssigkeit steril, ohne die Glykolyse aufzuhalten. Größere Zusätze von Antiseptics hindern die Glykolyse. Unter Wasserstoffgas geht die Glykolyse stärker vor sich als bei gewöhnlicher Atmung. Bei der Glykolyse entsteht Kohlensäure, Alkohol und Säuren. Die Alkoholbildung ist in einzelnen Versuchen ziemlich groß, in anderen sehr gering gewesen. Eine sofort beginnende Gärung, wie sie STOKLASA beobachtet hat, konnte ich nur selten in meinen Versuchen konstatieren. In der Regel begann die Gärung in den Gemischen nach 3—6 Stunden, wie das Aufsteigen von Gasblasen bewies. Durch Alkohol und Äther gelang es, das Ferment aus den Preßsäften zu isolieren. Beim Vergleiche der Wirkung von einer bestimmten Menge Preßsaftes mit der von einer entsprechenden Quantität isolierten Fermentes stellt sich heraus, daß im Fermentzuckergemisch die Spaltung früher beginnt, früher zu Ende kommt und intensiver verläuft.

Aus den Untersuchungen geht somit hervor, daß in der Tat in der tierischen Zelle ein Ferment vorhanden ist, welches Zucker in intensiver Weise zerstört unter Bildung von Kohlensäure, Alkohol und Säuren. B.

KOLBASSENKO: Über Alkoholumschläge.

Ein gut angelegter SALZWEDELSCHER Alkoholverband (besser mit Wachstuch als mit Paraffinpapier) bildet ein mächtiges, schmerzstillendes Mittel, welches in den Anfangsstadien der Eiterung letztere kupiert, in den späteren Stadien unterdrückt, bzw. einschränkt. („Therap. Monatsh.“, 1903, Nr. 12.)

Die Reizwirkung des Alkohols, welche sich an von zarter Haut bedeckten Stellen, namentlich in der Nähe von Schleimhäuten, sowie auch bei offenen Wunden und an der Epidermis beraubten Stellen bemerkbar macht, kann man leicht dadurch beschränken bzw. verringern, daß man diese Stellen mit Xeroform bestreut bzw. mit Xeroformsalbe (am besten unter Zusatz von Orthoform) oder im Notfalle mit irgend einem sterilen indifferenten Fett bestreicht. Die unter dem undurchlässigen Verband entstehenden Alkoholdämpfe dringen augenscheinlich durch die Haut und können wahrscheinlich die tiefer liegenden Gewebe und Organe (beispielsweise im kleinen Becken) erreichen. Man müßte die Wirkung des SALZWEDELSCHEN Verbandes auch bei phlegmonösen Anginen und in den Anfangsstadien des Scharlachs erproben; in beiden Fällen wird der Verband auf den Hals gelegt. Der Verband wird folgendermaßen angelegt: Ein Stück weicher Gaze wird 6—8mal zusammengelegt (man kann auch nur 2 Schichten Gaze nehmen und dazwischen eine Schicht hygroskopischer Watte legen; dieser Verband reizt zwar die Haut etwas mehr, trocknet aber nicht so rasch aus) und wird mit 57—70 bis 90—95%igem Alkohol getränkt; zum 90 bzw. 95%igen Alkohol wird bisweilen Acetum aromaticum, 1:20 und darüber, hinzugefügt. Die mit Alkohol getränkte Gaze wird an die erkrankte oder überhaupt an diejenige Stelle angelegt, welche der Wirkung dieses therapeutischen Mittels ausgesetzt werden soll; oberhalb der Gaze wird eine für Alkoholdämpfe undurchlässige Schutzdecke aus Wachstuch, Wachs- oder Paraffinpapier gelegt. Es ist sehr wichtig, daß diese Decke größer ist als das Gazestück, das allseits bedeckt sein muß. L.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Behandlung der Hämatokelen** empfiehlt ZWEIFEL („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 34), so lange die Größe derselben die eines Kindskopfes nicht überschreitet, das expektative Verhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es auch nach Bildung einer Hämatocele zur Usur der Tubenwand kommen kann. Unter 9 Patientinnen mit Blutung in die freie Bauchhöhle aus den letzten $3\frac{1}{2}$ Jahren waren 4, bei denen schon eine Hämatocele bestand, ein Beweis, daß auch solche Patientinnen am besten in einer Klinik aufgehoben sind, wo sie im Notfall sofort operiert werden können. Für diese Laparotomien bei Tubenruptur betont Z. die dringende Notwendigkeit, alles Blut aus der Bauchhöhle zu entfernen, um keinen günstigen Nährboden für etwaige Bakterien zurückzulassen. Noch größer ist die Gefahr der Verjauchung bei der Kolpotomia posterior, die Z. als Methode der Wahl bei größeren Hämatokelen ausführt. Gelingt es nicht, sämtliche Blutgerinnsel, auch die in der Tube, zu entfernen oder wird die die freie Bauchhöhle abkapselnde Membran zersprengt, so wird zur Laparotomie übergegangen; unter 51 Fällen wurde dies 33mal notwendig. Unter 94 Fällen von Tubargravidität der letzten $3\frac{1}{2}$ Jahre wurden 43 expektativ behandelt. Es starb im ganzen nur eine, die sterbend eingeliefert wurde, auf dem Wege zum Operationssaal.

— In der Frage, wie man die durch eine **syphilitische Schwangerschaft** verursachte soziale Gefahr bekämpfen kann, empfiehlt WELANDER („Arch. f. Derm. u. Syph.“, Bd. 63, H. 2 u. 3) die intermittierende präventive Behandlung der syphilitischen Schwangeren und ihrer Kinder, selbst wenn dieselben frei von Syphilissymptomen geboren sind, mittelst seiner Quecksilbersäckchen. Des weiteren fordert er Aufklärung der Bevölkerung darüber, daß die syphilitische Krankheit durch Brustgeben übertragen werden kann. Schließlich wünscht er noch die Gründung von Asylen zur Aufnahme der hereditär-syphilitischen Kinder.

— Eine Reihe von günstigen Erfahrungen liegen über das **Theocin** vor. Als Diuretikum wird es von THRENGER warm empfohlen („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 30). Es hat sich ihm in 17 Fällen als schätzbares, stark wirkendes Diuretikum erwiesen; charakterisiert war die Wirkung durch ein initiales, gewaltiges Ansteigen der Diurese mit darauffolgendem raschen Abfall. Erst nach längerem Intervall tritt wieder eine deutliche Wirkung ein. Die beste Wirkung wird bei verschiedenen Stauungszuständen erzielt. Es wird, als Pulver gereicht, meist gut vertragen. Ähnliches berichtet PELRETTO („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1903, Nr. 13). Eine ausführliche Studie über die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften des Theocin verdanken wir DEVARIS („Lyon méd.“, 1903). Nach den Erfahrungen DS. beeinträchtigt das Theocin in physiologischer Dosis weder Kreislauf noch Respiration. Die Dosis beträgt 0.6—0.9 g — auf den Tag verteilt —, eine höhere Dosis wird vom Magen schlecht vertragen. Einen eklatanten Fall von Theocinwirkung hat auch HESS gesehen („Therap. Monatsh.“, 1903, Nr. 4).

— Die **Kussmaulsche Methode zur Stillung von Menorrhagien** ist ein Tamponverfahren. Es werden nach vorheriger gründlicher Darmentleerung und Vaginalausspülung Wattestreifen in warmer Borlösung sehr fest aufgerollt und hierdurch feste Tampons hergestellt. Diese Tampons, welche die Dicke und ungefähr die Länge eines Daumens haben, werden 3—4 an Zahl in die Vagina eingeführt und in querer, auf die Längsachse der Vagina senkrechter Richtung rings um die Portio verteilt und im Scheidengewölbe soweit hinaufgedrängt, als es möglich ist. Durch die hierdurch erzielte Kompression wird die Blutung wesentlich beschränkt, nach 2 Tagen werden die Tampons entfernt und wenn nötig, erneuert. Manchmal werden nach wiederholter, allmonatlicher derartiger Tamponade die Menstruationen auch ohne Tamponade wieder minder kopiös („Korr.-Bl. f. Schw. Ärzte“, 1903, Nr. 24).

— Über **gebrauchsfertige Nährklystiere** berichtet A. SCHMIDT („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 47). Die Nährflüssigkeit ist in einen Glastubus gefüllt, welcher an beiden Enden ausgezogen und mit Feilstrichen zum Abbrechen der Spitzen versehen ist. Die eine (nach oben zu haltende) Spitze dient nur zum Lufttritt, die

andere ist nach Art eines Irrigatorendes geformt. Über dieselbe wird ein Gummischlauch mit dem Mastdarmrohr gezogen und das ganze direkt als Irrigator benutzt. Zum Gebrauch hat man den Tubus nur vor dem Abbrechen der Spitzen kurze Zeit in körperwarmes Wasser zu legen. Die Gebrauchsanweisung ist übrigens jedem Tubus aufgeklebt. Die Firma v. Heyden, Radebeul, welche diese fertigen Nährklystiere herstellt, liefert sie an die Apotheken, aus denen sie jederzeit bezogen werden können. Die Nährflüssigkeit besteht aus 250 g 0.9%ige Kochsalzlösung, 20 g Nährstoff Heyden (besonders präpariert), 50 g Dextrin, zusammen etwa 287 Kalorien. Sie ist völlig klar und hält sich im sterilisierten Zustande unbegrenzte Zeit.

— Über den **Einfluß von Nährklystieren** auf Peristaltik und Sekretion im Magendarmkanale berichtet LOEWE („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 50, H. 3 u. 4). Er benutzte zur experimentellen Entscheidung dieser Frage die Methode von BRAAM-HOUCKGEEST, welcher die Versuchstiere vor der Laparotomie in ein physiologisches Bad von 38° versenkte, um so die freigelegten Därme vor Eintrocknung und Kälte zu schützen. Die an Katzen vorgenommenen Versuche führten zum Schlusse, daß, soweit die motorische Schädigung in Betracht kommt, es absolut zulässig ist, Nährklysmata bei Erkrankungen des Magens und der oberen Darmteile anzuwenden, also vor allem bei Magengeschwüren und Blutungen, Duodenalaffektionen und nach Operationen in diesen Gegenden. Bei Opiumzusatz sind auch bei Erkrankungen der mittleren Darmteile die Klysmata nicht kontraindiziert. Sie sind sogar umso dringender anzuraten, als nach NOTHNAGEL gerade in diesen obersten Regionen bei bukkaler Ernährung die stärkste Peristaltik auftritt. Absolut unzulässig sind die Klystiere bei Perityphlitis und Typhus in der Zeit der Schorflösung, da die Ileoözalgegend meist von der Gesamtmenge des Klysmas erreicht wird und hier außerdem sich der größte Teil der motorischen Erscheinungen abspielt.

— Das **Aristochin** hat DRESLER bei Bronchialasthma angewandt („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 12) und damit in 3 Fällen einen beachtenswerten, in einem Falle einen geradezu überraschenden Erfolg erzielt. In einem Falle, wo seit 3 Jahren die quälendsten Atemnotanfälle täglich auftraten, sind die Anfälle nach sechs-wöchentlicher Anwendung von 3mal täglich 0.4 g Aristochin vollständig verschwunden. Neben der Einwirkung auf die Husten- und Atemnotanfälle machte sich auch eine allgemein beruhigende Wirkung geltend. Als einzige unangenehme Nebenwirkungen traten zeitweise schnell vorübergehendes Hautjucken und leichtes Ohrensausen auf.

— Die **Wirkung der Radiumstrahlen auf Bakterien** hat HOFFMANN untersucht („Hyg. Rdsch.“, 1903, Nr. 18). Das Ergebnis seiner mit Radiumbromid ausgeführten Untersuchungen stimmte im wesentlichen mit den Versuchen der anderen Autoren überein, indem die bakterizide Wirkung der Radiumstrahlen von H. bestätigt wurde. Gegen in Bouillon aufgeschwemmte Bakterien — die Versuche wurden mit Milzbrandbazillen angestellt — scheinen die Radiumstrahlen wirkungslos zu sein.

— Die **ambulante Bubonenbehandlung** wird in der v. BERGMANNschen Klinik in der Weise geübt („Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung“, 1904, Nr. 1), daß mit einer Punktionspritze durch die noch nicht entzündlich infiltrierte Haut eingestochen und der Eiter abgesaugt, alsdann 2—3 cm³ einer Lösung: Hydrarg. benz., Natrii chlorati aa. 2.0, Aqu. destill. ad 200.0, injiziert werden. Man vermeide den Einstich in die bereits entzündete Haut, da sonst leicht eine Fistel entsteht. Auch muß der Einstich oberhalb des Bubo (ventralwärts) liegen, damit die injizierte Flüssigkeit nicht abläuft. 2—3 Injektionen in einem Zwischenraum von je 8 Tagen führten meist zur Heilung.

— Nach den Erfahrungen MALEJEWS besitzt das **Albargin** („Mil.-med. Journ.“, St. Petersburg 1903, März) folgende bemerkenswerte Eigenschaften: Es reizt nicht die Schleimhaut der Harnröhre; es besitzt gegen Gonokokken hervorragende baktericide Eigenschaften; der Verlauf der Krankheit wird durch Anwendung desselben verkürzt. Die Behandlung mit Albargin ist eine wesentlich billigere, als die mit Protargol, da das Albargin schon in sehr

verdünnten Lösungen energisch wirksam ist. Komplikationen bei Gonorrhöe können sich bei der Behandlung mit Albargin ebenso einstellen, wie bei der Behandlung der Krankheit mit anderen Mitteln.

— Die **Säuglingsernährung** im Londoner Distrikt Battersea schildert MAC LEARY („Lancet“, 1903, Okt.). Die Milch kommt von einer unter steter Aufsicht befindlichen Meierei. Sie enthält mindestens 3·25% Fett und ist frei von allen chemischen Zusätzen. Nach der Ankunft wird die Milch in drei verschiedenen Arten gemischt. Nahrung 1 enthält 1 Teil Milch und 2 Teile Wasser, Nahrung 2 enthält je 2 Teile Wasser und Milch und Nahrung 3 2 Teile Milch und 1 Teil Wasser, jeder dieser Nahrungen wird noch Rahm, Laktose und Salz zugefügt. Die so zubereitete Milch wird in Flaschen gefüllt, verkorkt und für 5 bzw. 10 Minuten in strömendem Dampf bei 212° F sterilisiert. Jede Flasche ist für eine Mahlzeit des Säuglings bestimmt. Die Flaschen kommen nach der Abkühlung in Drahtkörbe, deren jeder die ausreichende Tagesmenge für 1 Säugling enthält. Für die verschiedenen Altersstufen sind 8 verschieden große Flaschen vorgesehen, die mit einem der 3 Gemische gefüllt werden. Diese Milch wird zu einem sehr niedrigen Preise an die Mütter des Distriktes abgegeben. Jedes Kind wird eingetragen und die Mutter erhält genaue mündliche und schriftliche Anweisungen über den Gebrauch der Milch. Jeden Morgen holt sie einen frischen Korb und bringt den geleerten zurück. Zum Gebrauche wird die verschlossene Flasche in heißem Wasser gewärmt und dann der Verschuß geöffnet und durch einen vom Depot gelieferten Sauger ersetzt, so daß Saugflaschen ganz vermieden werden und die Verunreinigung der Milch fast unmöglich gemacht wird. Aufseher der Behörde besuchen von Zeit zu Zeit die einzelnen Mütter und sehen nach, ob die Milch wirklich zur Säuglingsnahrung benutzt wird und ob die Vorschriften befolgt werden. Ungefähr 400 Säuglinge erhalten täglich ihre Nahrung durch das Depot. Seit Einführung dieser Maßregeln ist die Kindersterblichkeit in Battersea deutlich geringer geworden.

— Zur Therapie der **Obstipation im Säuglingsalter** empfiehlt CLAMANN („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 44) Folgendes: Man führe einen in seinem unteren Drittel reichlich eingöhlten, nicht ganz mittelstarken NELATON-Katheter in den Mastdarm ein. Nach Überwindung des Widerstandes des Sphinkter kann man ihn 15 cm und weiter hinausschieben. Das Kind liegt in Rückenlage mit hochgehobenen Beinen. Man bewege den Katheter mehrfach hin und her. Hierdurch wird die austreibende Tätigkeit des Darmes angeregt und das Öl begünstigt das Hinausgleiten der Kotmasse. Sowie man den Katheter herauszieht, pflegt meist die Kotentleerung zu erfolgen. Manchmal muß die Prozedur mehrfach ausgeführt werden, ehe Erfolg eintritt.

Literarische Anzeigen.

12.000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Bericht aus Prof. FINGERS Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien. Erstattet von Dr. Karl Pezzoli und Dr. Alexander Porges, Hilfsärzten des Ambulatoriums. Leipzig und Wien 1903, Franz Deuticke.

Aus dem statistischen Teil des vorliegenden Berichtes sei bloß erwähnt, daß ungefähr 43% auf Hautkranke, die restliche größere Hälfte auf die venerischen Erkrankungen entfallen.

Am häufigsten kam unter den Hautkrankheiten Ekzem zur Beobachtung: in der Behandlung des Ekzems, die im allgemeinen den bekannten Grundsätzen folgt, wurde insbesondere auch das Naphthalan vielfach verwendet und bewährt befunden. In der Behandlung der Akne fanden vielfach auch Hefepreparate mit gutem Erfolge Anwendung. Die von v. HERBA empfohlene Alkoholbehandlung des Lupus erythematosus wies sehr günstige Resultate auf: auffallend ist, daß Chinin, das doch vor einiger Zeit in der Behandlung des Lupus erythematosus von sich reden machte, nicht versucht wurde. Die sonst erwähnten und auszugs-

weise geschilderten interessanten Fälle sind dem Fachmanne wohl schon aus der Literatur bekannt: FINGER, „Über Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi“, „Über Lupus follicularis disseminatus“, PEZZOLI „Ein Fall von Erythromelalgie“, „Zwei Fälle von Adenoma sebaceum“. Das Gleiche gilt von den Versuchen von PORGES „Das Tuberkulin R. bei tuberkulösen Hautaffektionen“.

Im Kapitel Syphilis findet sich die Schilderung eines interessanten Falles von Familiensyphilis, Darstellung der Präventivbehandlung und ihren Erfolgen, ein schöner Fall von Phlebitis syphilitica, der auch in der Dermatologischen Gesellschaft demonstriert wurde, endlich Bemerkungen über das Rezidiv in situ. Von Quecksilberpräparaten wurde Calomelöl und Salizylquecksilber mit Vorliebe herangezogen.

Die Blennorrhöe betreffend, ist bereits bekannt, daß FINGER seit dem Auftauchen der organischen Silberverbindungen, deren eine, Largin, aus seinem Ambulatorium hervorging, seinen früheren Standpunkt aufgab und sofort mit der Behandlung einsetzt. Dieselbe gestaltet sich ganz konform den aus seinem Buche bekannten Grundsätzen. Uns fielen nur die schlechten Resultate auf, welche die Autoren bei Anwendung des JANETSchen Verfahrens erhielten. Diese schlechten Resultate werden aber durch folgende Unwahrscheinlichkeiten wett gemacht: Es gelingt den Autoren, wie es scheint, in allen Fällen, die Gonokokken und Fäden zum Schwinden zu bringen; denn Seite 72 heißt es: „Wir setzten die lokale Behandlung stets so lange fort, bis nicht nur die Gonokokken aus den Fäden, sondern auch die Fäden überhaupt geschwunden waren.“ Sapienti sat!

Den letzten und kleinsten Abschnitt nehmen das Ulcus molle und einige nicht venerische Geschlechtskrankheiten ein, darunter insbesondere die Neurasthenia sexualis virilis.

DEUTSCH.

Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medizin. Von Prof. Dr. Richard Kretz. Wien 1903, Alfred Hölder.

Das vorliegende Büchlein, das im Rahmen der Hölderschen medizinischen Handbibliothek erschienen ist, gibt eine ganz vorzügliche, kurz gefaßte und übersichtliche Darstellung des heutigen Standes der Bakteriologie, soweit ihre Kenntnis für den Praktiker von Wichtigkeit ist. Im allgemeinen Teil bespricht Verf. in klarer und leicht faßlicher Weise das Wesen der Infektion, die Bekämpfung der Infektionsausbreitung, die Desinfektion, prophylaktische Immunisierung und vor allem die ätiologische Therapie, die ja heute bereits von so außerordentlicher Bedeutung ist. Der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend, verweilt Verf. bei diesem Kapitel länger und legt die theoretischen Grundlagen in knappen, aber doch erschöpfenden Zügen dar. Im speziellen Teile werden die einzelnen Infektionskrankheiten gesondert abgehandelt und dabei stets die Diagnose, Prophylaxe und Therapie meist ziemlich eingehend erörtert. Jedem Arzte, der sich über alle diese wichtigen und zum Teile recht schwierigen Fragen in kurzer Zeit orientieren will, sei das Büchlein bestens empfohlen; er wird reiche Belehrung aus demselben schöpfen. Dr. S.

Bis der Arzt kommt. Grundzüge der naturgemäßen Gesundheitspflege, Krankenpflege und Krankenbehandlung. Mit 19 Abbildungen im Text. Von Dr. Hugo Bartsch, prakt. Arzt in Heidelberg. Heidelberg, Otto Petters.

Das vorliegende Buch ist nicht mit einem jener alltäglichen Gesundheitsbücher, deren es leider nur zu viele gibt, zu verwechseln, es ist eine durchaus neue und eigenartige Erscheinung. Es enthält in knapper und allgemein verständlicher Form alles Wesentliche aus dem umfangreichen Gebiete medizinisch-hygienischen Wissens. Der Laie findet alles darin, was er wissen will und wissen soll, ehe er den Arzt ins Haus ruft. Das Buch bezweckt also eigentlich das Zusammenwirken von Laien und Ärzten auf hygienischem Gebiet, was man freudig begrüßen muß. E.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

A u s

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Verein für innere Medizin in Berlin.

V. BEHRING: Über Tuberkulose.

Vortr. ist sehr skeptisch gegenüber allen Mitteilungen von primärer Inhalationstuberkulose. Er vertritt auf Grund seiner Beobachtungen und Experimente eine ganz andere Auffassung. Nach dieser wird der Grund zur Schwindsucht schon im frühesten Kindesalter gelegt. Die Aufnahme von Bazillen im späteren Alter ist zwar für eine schon bestehende Schwindsucht nicht gleichgültig, für sich allein aber nicht imstande, Schwindsucht zu erzeugen. Die Infektion erfolgt im Kindesalter, und zwar gelangt das Virus zuerst in die Lymphbahnen und von da in die Blutwege und erst später von da in das Lungenparenchym. Die Anhänger der Inhalationstheorie behaupten immer, an sich genüge zwar das Hineingelangen von Tuberkelbazillen in die Luftwege noch nicht, sondern es sei eine gewisse Disposition des auf diese Weise Befallenen noch zur Entwicklung der Krankheit nötig — da müsse er aber fragen, „was ist denn diese Disposition zur Schwindsucht?“ Eine Durchsicht der Literatur zeigt, daß die Autoren unter Disposition entweder etwas Transzendentes, der Prädestination nahe stehendes, sich vorstellen, oder wie SYDENHAM, einen Einfluß der Jahreszeiten oder schließlich eine Keimvererbung.

Was man zur Erklärung der Disposition angeführt hat, ist nur eine Beschreibung von Symptomen, die ihrerseits in der infantilen Infektion ihre Ursache haben.

Nach Ansicht B.s ist jeder Mensch zur Lungenschwindsucht disponiert, ebenso wie jedes neugeborene Kalb. Mit in geeigneter Weise abgeschwächten Bazillen gelingt es, dieses bisher schwierige Resultat zu erzielen. Auch bei solchen, an Lungenschwindsucht zugrunde gegangenen Meerschweinchen kann man ebensowenig wie an ihren Nachkommen irgend etwas von Disposition wahrnehmen. Es gibt keine individuelle, sondern nur eine Artdisposition.

Auf die Phthisiogenese im Tierkörper eingehend, berichtet Vortr., daß Meerschweinchen nach Einführung von Tuberkelbazillen einer Krankheit, die gar keine Ähnlichkeit mit der Lungenschwindsucht hat, unterliegen. Eher möglich ist dies schon nach Inhalation von Bazillen. Allein es ist ein weit verbreiteter Irrtum, wenn man glaubt, daß dieser Vorgang direkt eine Lungenschwindsucht zur Folge habe. Denn ganz den gleichen Erfolg der Lungenschwindsucht erzielte Vortr. auch dann, wenn er die Bazillen in das Zungenbein injizierte, wobei also jedes Einatmen ausgeschlossen ist. Der primäre Weg, den die Bazillen von den oberen Luftwegen aus nehmen, sind eben die Lymphbahnen, dann gelangen die Bazillen in die Blutbahn und erst sekundär von hier aus in das Lungenparenchym. Bei der üblichen Verfütterung und Inhalation von Tuberkelbazillen gelingt es nicht, Kavernenbildung zu erzielen; dazu ist es nötig, die Bazillen abzuschwächen, was Vortr. mittelst Formalin erreicht. Wird so der Prozeß zu einem chronisch verlaufenden gestaltet, so zieht er sich über Monate, bei größeren Tieren selbst über mehrere Jahre hin und es kommt dann zur richtigen Kavernenbildung.

Diese experimentellen Tatsachen erklären die spontane Kavernenbildung bei Kindern. Die Lungenschwindsucht ist nur das Endstadium der im Kindesalter erfolgten intestinalen Infektion. Diese im Kindesalter erfolgte Infektion, die unter dem Bilde der Skrofulose verlaufen kann, bewirkt das, was man fälschlich Disposition nannte, z. B. kann die in der Nähe des 1. Rippenknorpels gelegene Lymphdrüse erkranken und die Rippengelenke mit in den Schrumpfungs- und Verhärtungsprozeß hineinziehen. So könne man zwar von einer spezifischen Disposition einer Lungenschwindsucht sprechen, man müsse sich aber klar darüber sein, daß diese keine von Ewigkeit her wirkende Kraft, keine auch von den Vorfahren her erworbene Qualität, sondern lediglich Ausdruck der infantilen Infektion sei; diese führe dann auf dem Umwege über die Skrofulose zur Lungenschwindsucht, welche ihrerseits in den Spitzen gewöhnlich ihre erste charakteristische Manifestation erfährt.

Was können wir nun gegen auf solchem Wege erworbene Lungenschwindsucht tun? In Konsequenz dieser Auffassung setzt Vortr. mit dem Kampfe gegen diese Krankheit beim Kinde ein. So lange wir uns nicht zur Tuberkuloseschutzimpfung entschließen können, wird es die Aufgabe sein, einerseits den Import von Tuberkelbazillen mittelst der Nahrung beim Kinde zu verhüten und andererseits die Zufuhr von

Tuberkuloseantikörpern mit der Milch zu ermöglichen. Der erste Weg ist in der Bekämpfung der Tuberkulose beim Rinde gegeben. Die Milch enthält, wie den Kinderärzten schon bekannt, bei der Entstehung nicht sogleich Kasein, sondern Serumalbumin, das erst in den Milchgängen durch fermentative Vorgänge in Kasein verwandelt wird. Langes Verweilen in den Milchsäcken oder außerhalb derselben bei mittleren Temperaturen steigert diesen Umwandlungsprozeß, wodurch aber aus dem nativen Eiweiß ein schwerer verdauliches und bei ganz jungen Säuglingen direkt giftiges Eiweiß gebildet wird, da diese in ihrer Darmwand noch nicht die Fähigkeit der Reaktivierung dieses Eiweißes besitzen. Kocht man aber andererseits die Milch ab, so werden dadurch die den Proteinresten anhaftenden Schutzkräfte gegen Koli- und Typhusbazillen, Immunkörper, in ihrer Wirksamkeit vernichtet und dadurch dem Säugling diese wichtigen Hilfsmittel vorenthalten. Diese Immunkörper werden auch durch die spontane Zersetzung der Milch bei langem Stehen vernichtet.

Die schwierige Aufgabe, den Säuglingen eine ungekochte und doch keimfreie oder keimarme und Immunkörper enthaltende Milch zu liefern, glaubt Verf. gelöst zu haben durch Zusatz geringer Mengen von Formalin (1:5—10.000). Dieser Zusatz tötet die überlebende Proteinsubstanz nicht ab und verzögert die autolytischen Vorgänge, welche sonst den Immunkörpern gefährlich werden; auch beeinträchtigt er nicht den Geschmack. Die Bakterien, welche in der Milch sind, werden dadurch nicht abgetötet, sondern nur in der Entwicklung gehindert. Es handelt sich nicht um Sterilisierung, sondern um Konservierung der Milch.

Dieses Verfahren hat sich, wie Vortr. weiterhin berichtet, in der Aufzucht von Kälbern bereits über alles Erwarten glänzend bewährt.

B. Fraenkel: Gegen die Annahme BEHRING'S von der bovinen Infektion des Menschen sprechen n. a. die neuesten Mitteilungen aus dem Reichsgesundheitsamt, wonach bovine Infektionen beim Menschen sehr selten angetroffen werden. Nach den Ausführungen B.s müßte man annehmen, daß die Säuglinge durch Milch mit boviner Tuberkulose infiziert würden, während B. selbst, namentlich durch seine Immunisierungsversuche, nachgewiesen habe, daß der menschliche Tuberkelbazillus für Rinder ungefährlich sei. Man käme also zu dem offenbaren Schluß, daß der ursprüngliche bovine Tuberkelbazillus durch eine einmalige Passage durch den menschlichen Körper für seinen ursprünglichen Nährwirt ungefährlich würde. Gegen die Ansicht BEHRING'S von der Gefährlichkeit der Kuhmilch für Säuglinge spricht auch die Zusammenstellung der amtlichen Zählkarten der Todesfälle der Säuglinge in Berlin; bei diesen finde sich jedesmal angegeben, wie die Ernährung erfolgte. Ein Vergleich dieser Zahlen hat nun ergeben, daß im ersten Lebensjahr die Sterblichkeit der Kinder an Lungenschwindsucht überhaupt eine sehr geringe ist und daß sie prozentuell annähernd die gleiche ist bei Kindern an der Mutterbrust und solchen, die mit Kuhmilch ernährt worden sind. Auf ganz so schwachen Füßen, wie BEHRING es dargestellt, steht die Inhalationstheorie doch nicht. Solange Tierversuche in dieser Richtung gemacht worden sind, sind auch positive Inhalationsresultate erzielt worden. Beim Tiere spiele die Disposition keine Rolle, und B. wolle daher auch den Begriff der Disposition für den Menschen preisgeben. Vortr. möchte daher die althergebrachte Vorstellung und die damit verbundenen prophylaktischen Maßregeln nicht aufgeben.

A. Baginsky: Es ist zu bemerken, daß Kinder in der frühesten Säuglingsperiode überhaupt selten an Tuberkulose sterben. In den wenigen Fällen, wo dies doch geschieht, findet man fast ausnahmslos tuberkulöse erkrankte Bronchialdrüsen. Auch bei sorgsamster Untersuchung findet man hingegen nur ganz selten tuberkulöse Erkrankungen des Darmtraktes und der zugehörigen Drüsen. Doch kommt es vor, daß man neben den erkrankten Bronchialdrüsen gelegentlich Affektionen der Bauchlymphdrüsen beobachten könne; aber eine Erkrankung der intestinalen Drüsen ohne Beteiligung der bronchialen ist außerordentlich selten. Auch klinische Erfahrungen sprechen gegen diese Auffassung: z. B. hat Vortr. einmal beobachtet, daß eine tuberkulöse Mutter ihr Kind einer gesunden Amme anvertraute, dasselbe also weder selbst anlegte, noch mit Kuhmilch fütterte, und daß dieses Kind trotzdem an Tuberkulose zugrunde ging. Wie sei dies anders zu erklären, als entweder durch eine ererbte Disposition oder durch Inhalation von Keimen, welche von der kranken Mutter stammten? Derartige Beispiele ließen sich in variiert Form vielfach anführen.

Gesellschaft für innere Medizin in Wien.

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

I. Außerordentliche Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 21. Januar 1904.

TH. ESCHERICH demonstriert einen Fall von Chorea mollis. Der 4jährige Knabe erkrankte 14 Tage vor Aufnahme ins Spital bei sonstigem Wohlbefinden unter dem Bilde einer an den unteren Extremitäten beginnenden und dann auf fast die gesamte willkürliche Körpermuskulatur sich ausdehnenden schlaffen Lähmung mit Sprachstörung. Die inneren und äußeren Augenmuskeln waren normal. Bei der Aufnahme lag das Kind gelähmt und regungslos im Bette, nur hier und da waren leichte Zuckungen an den kleinen Gelenken bemerkbar; es machten sich jedoch sofort deutliche choreatische Erscheinungen geltend.

wenn man vom Kinde intendierte Bewegungen verlangte. Gegenwärtig, nach 3 Wochen, ist das Bild nicht mehr so deutlich.

Das seltene Krankheitsbild der Chorea mollis ist in seiner Form charakterisiert durch das Vorausgehen einer schlaffen Lähmung der Entwicklung der eigentlichen Chorea. Der Verlauf ist dem der rheumatischen Chorea analog. Arsenbehandlung hatte bisher keinen entscheidenden Erfolg.

C. Hochsinger hat einen Fall von Chorea paralytica beobachtet, in dem ein psychisches Trauma als Ätiologie verantwortlich gemacht werden mußte.

R. Neurath sah in einem Falle von Chorea zuerst schlaffe Lähmung und dann plötzlichen Exitus eintreten, er möchte daher die Prognose dieser Form etwas schlechter stellen. An der ätiologischen Verwertbarkeit des psychischen Traumas zweifelt er.

J. Zappert hat 2 Kinder beobachtet, die wiederholt zur selben Zeit in einem der früheren Jahre an Chorea resp. Rheumatismus gelitten hatten, in eine vorübergehende psychische Verstimmung verfielen, ohne daß es zur Ausbildung choreatischer Erscheinungen kam (Chorea sine agitatione).

J. Eisenschütz macht auf die das Thema erschöpfend behandelnde Publikation von **RINDFLEISCH** im XXIII. Band der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde“ aufmerksam.

C. HOCHSINGER demonstriert ein 4wöchentliches Kind mit Erscheinungen hereditärer Lues in Form einer diffusen Infiltration der Haut an verschiedenen Körperstellen (Fußsohle, Handteller, Lippenrot) ohne solitäre Effloreszenzen. Im Bereiche beider Fersenhöcker ist an der infiltrierten Haut Drucknekrose eingetreten. Das Kind zeigt an den Extremitäten Flexionshypertonie (Trousseau'sches Faustphänomen).

Derselbe demonstriert ferner ein 2jähriges Kind mit Trommelschlägelfingern als Folge eines chronisch verlaufenden Lungenprozesses, ohne angeborenes Vitium.

FR. HAMBURGER: Biologisches zur Säuglingsernährung.

Wir sind imstande, durch verschiedene Prozeduren die Kuhmilch in ihrer prozentuellen Zusammensetzung und Bakterienfreiheit der Frauenmilch vollkommen gleich, aber doch für die Säuglingsernährung nicht gleichwertig zu machen. Schon früher hat man gewußt, daß beide Milcharten spezifische Fermente besitzen und daß es nicht gelingt, in der Kuhmilch die für die Frauenmilch charakteristischen Fermente künstlich hervorzubringen. Der Säugling hat ferner, wie **HÜBNER** durch Stoffwechseluntersuchungen nachgewiesen hat, bei der Assimilation der Kuhmilch eine größere Arbeit zu leisten als bei der Assimilation von Frauenmilch.

Ein wesentlicher Fortschritt in der Erkenntnis des Unterschiedes zwischen Kuh- und Frauenmilch liegt in der „biologischen Reaktion“. Injiziert man einem Tiere (Kaninchen) Kuh- oder Frauenmilch, so bekommt dessen Serum (Laktoserum) die Eigenschaft nur in der zur Injektion verwendeten Milchart das Kasein zu fällen. Das Kasein der Kuh- und Frauenmilch müssen also biologisch voneinander verschieden sein. Das Kuhmilch-Laktoserum fällt aber nicht nur das Kasein der Kuhmilch, es vermag auch die Blutkörperchen des Rindes zu agglutinieren und aufzulösen, dessen Spermatozoen und Flimmerepithelien zu immobilisieren (Gesetz von der Arteinheit). Bei der Ernährung des Säuglings mit Frauenmilch wird nur artgleiches, bei der künstlichen Ernährung mit Kuhmilch artfremdes Eiweiß verabreicht. Letzteres schädigt die menschlichen Verdauungszellen ebenso wie die menschlichen Körperzellen bei intravenöser Injektion. Beim Erwachsenen ist die intrastomachale Aufnahmeart fremden Eiweißes unschädlich, aber der Säugling ist entwicklungs geschichtlich für die Aufnahme von artfremdem Eiweiß nicht eingerichtet, es wirkt auf dessen Verdauungszellen als schädlicher Reiz. Experimentell ist z. B. nachgewiesen, daß bei Brustkindern eine einmalige Verabreichung von Kuhmilch Hyperleukozytose hervorruft. Antikörper im Blute des Säuglings treten jedoch dabei nicht auf, offenbar weil die spezifischen Molekülkomplexe durch die Verdauungssäfte vor Aufnahme ins Blut vernichtet werden.

Notizen.

Wien, 30. Januar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Hofr. **NEUMANN** einen in differentialdiagnostischer Hinsicht überaus bemerkenswerten Fall von Pityriasis lichenoides chronicus. — Hierauf zeigte Prof. **EHRMANN** zwei Patienten mit Neurofibromatosis, einer Krankheit, die von ephelidenartigen Pigmentationen begleitet ist,

den Spaltrichtungen der Haut folgt, mit Knochenanomalien einhergeht und embryonalen Ursprunges sein dürfte. Prof. **RIEHL** wies im Anschlusse an die demonstrierten Fälle darauf hin, daß die bei Neurofibromatosis nachweisbaren Veränderungen wahrscheinlich genetisch zusammenhängen. — Sodann stellte Dr. **M. ROTH** einen erfolgreich behandelten Fall von tabischer Ataxie vor. — Prof. **KREIBICH** (Graz) demonstrierte eine Kranke mit multipler, akuter, neurotischer Hautgangrän (hysterischer Gangrän) und beschrieb experimentelle Untersuchungen, die er an dieser Patientin ausgeführt hat. Er möchte aus denselben auf ein reflektorisches Zustandekommen der Hautveränderungen schließen. Doz. **MATZENAUER** zeigte einen analogen Fall mit intermittierendem Verlaufe. In der Diskussion sprach sich Hofrath **EXNER** auf Grund physiologischer Erwägungen gegen die Annahme eines reflektorischen Vorganges aus, Prof. **EHRMANN** wies auf Analogien hin, die zwischen hysterischer Gangrän und der Epidermolysis congenita bestehen und Prof. **RIEHL** trat den Ausführungen **KREIBICH'S** in deren histologischem Antelle bei. — Sodann wurde die Diskussion über den Vortrag von **MOSZKOWICZ** „Die Operation der eitrigen Perityphlitis“ begonnen. Reg.-Rat **GERSONY** sprach sich in längerer Auseinandersetzung nachdrücklich für die Dringlichkeit der Frühoperation aus, die dem Chirurgen durch die Unklarheit der Frühsymptome und die schwerwiegenden anatomischen Veränderungen nahegelegt wird, welche am Appendix in der Regel gefunden werden; letzterer sei daher auch in jedem Falle womöglich sofort zu entfernen. G. will die Perityphlitis als eine ausschließlich chirurgische Krankheit bezeichnet wissen. Hofrat Frh. v. **EISELSBERG** riet hingegen davon ab, jedesmal auf der sofortigen Appendixexstirpation zu bestehen, da dieselbe, z. B. bei Abszeßbildung, die Chancen der Operation verschlechtert; er bezeichnet auch Schwielenbildungen als Quellen der Gefahr für die einzeitige Entfernung des Wurmfortsatzes. Obwohl gleichfalls ein Fürsprecher der Frühoperation, hält v. E. die Intervalloperation im ganzen genommen dennoch für ungefährlicher. — Die Diskussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.

(Aus den Wiener Krankenanstalten.) Der anlässlich der neuerlichen Erhöhung der Verpfleggebühren in den Wiener k. k. Krankenhäusern vom Statthalter in Aussicht gestellte Beirat ist im Werden begriffen. Nach den in der Sitzung des „Präliminarkomitees“ für die staatlichen Spitäler seitens der Statthalterei gemachten Mitteilungen soll der zu kreierende „Beirat“ aus zwei Funktionären dieser Stelle, ferner aus je zwei Delegierten des Landesausschusses und der Krankenanstalten und zwei Verwaltern dieser Anstalten bestehen, also durchaus bürokratischen Charakter besitzen. Mit dieser Zusammensetzung wird sich niemand befreunden, dem die wahren Ziele der neuen Institution vorschweben. Man sollte vielmehr glauben — und es wurde dies auch seitens eines Teiles der Publizistik bereits betont —, daß im Beiratsrat, der nicht nur fiskalischen Interessen dienen, sondern in erster Reihe der Verpflegung und Hygiene in den Krankenanstalten sein Augenmerk zuwenden soll, auch jene Kreise Vertretung finden werden, welche bei den administrativen Verfügungen in Angelegenheit der öffentlichen Krankenanstalten direkt oder indirekt beteiligt sind, zuvörderst die Kranken, beziehungsweise ihre Vertreter. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Leitungen der großen Krankenkassen Wiens, deren Mitglieder das Gros der Spitalspfleglinge repräsentieren, genügende Legitimation zur Entsendung eines Delegierten in den „Beirat“ besitzen, nicht minder aber auch die praktischen Ärzte, die in den meisten Fällen berufen sind, die Abgabe eines Kranken in ein Spital zu veranlassen. Will man nicht eine neue Behörde schaffen, sondern eine den Bedürfnissen der Kranken entsprechende Institution ins Leben rufen, so gebe man auch Jenen Sitz und Stimme in derselben, welche diese Bedürfnisse kennen und zu vertreten bereit sind.

(Personalien.) Der Dermatologe Privatdozent Dr. **LUDWIG WAELSCHL** in Prag ist von der Wiener dermatologischen Gesellschaft zum korrespondierenden Mitgliede gewählt worden. — Der Extraordinarius für Dermatologie in Bern Dr. **JADASSOHN** ist zum ordentlichen Professor, Doz. Dr. **ADOLF POSSELT** zum Primararzte am St. Johann-Spital in Salzburg ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Prof. Dr. GUSTAV R. v. ROSZKOWSKI hat den Orden der eisernen Krone III. Kl., der praktische Arzt in Teplitz Dr. HUGO LANGSTEIN das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Militärärztliches.) Der Generalstabsarzt d. R. Doktor KARL KRAUS ist in den Adelsstand erhoben worden; Der Generalstabsarzt Dr. JOSEF BERNOLAK v. HARASZT hat den Orden der Eisernen Krone III. Kl., der Regimentsarzt Dr. KARL BIEHL das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens erhalten.

(Oberster Sanitätsrat.) In der am 23. Januar 1904 abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrates erstattete Sektionschef v. KUSY Bericht über die Verbreitung der pandemischen Infektionskrankheiten im In- und Auslande. Während in den letzten Wochen Pest und Cholera im Orient abgenommen haben, war eine Einschleppung von Blattern auf dem Schiffswege nach Triest und eine andere auf dem Landwege aus Mazedonien nach Krain (Birnbaum) und Görz-Gradiska (Tolmein) erfolgt, indem unter aus Mazedonien zugereisten Arbeitern, welche bei den Alpenbahnbauten Beschäftigung suchten, Blattern auftraten. Durch das sofortige Eingreifen der Sanitätsbehörden gelang es, die beginnenden Epidemien sowohl in Triest als in Birnbaum und Tolmein im Keime zu ersticken und die allgemeine Blatternfreiheit im Reiche wieder herzustellen. Die Bestellung zweier inspizierender Amtsärzte mit dem Charakter von Sanitätsinspektoren für das Alpenbahnbaugesbiet ist im Zuge.

(Geburtshilfliches Operateurinstitut.) Vom Dekanat der Wiener medizinischen Fakultät wird bekanntgegeben, daß Gesuche um Ernennung zum Zögling des Operateurinstituts an den geburtshilflichen Kliniken bis längstens 10. Februar beim Dekanat eingereicht werden müssen.

(Eine Ärztekammerfeier.) Zur festlichen Begehung des abgelaufenen ersten Dezenniums wird von der niederösterreichischen Ärztekammer beantragt, anschließend an den nächsten Kammertag in Wien, eine Ärztekammerfeier abzuhalten. Für diesen Tag soll auch eine Denkschrift in Form einer Broschüre verfaßt werden, in welcher eine Darstellung der historischen Entwicklung der Kammern, ihrer bisherigen Tätigkeit sowie eine freie kritische Besprechung der Schwierigkeiten, welche sich der Interessenvertretung der Ärzte bisher entgegenstellten, gegeben wird. Mit der Verfassung dieser Broschüre ist ein aus den Kammerpräsidenten PETRINA, GORHAN und BRENNER bestehendes Komitee betraut worden. Dasselbe hat seine Arbeiten bereits begonnen.

(Ärzte und Krankenkassen.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Sämtlichen Berliner Kassenärzten war von dem Vorstände des Vereines Berliner Kassenärzte ein Zirkular zugegangen, in welchem sie aufgefordert wurden, innerhalb dreimal 24 Stunden, bei Vermeidung des Verlustes ihrer Stelle im nächsten Jahre, einen Revers zu unterzeichnen, der sie auf fünf Jahre vier Kassen verpflichtet. Diese Reverse sind nun von verschiedenen Seiten als anfechtbar bezeichnet und unseren Kassenärzten geraten worden, die Reverse nicht zu unterschreiben, ihre Unterschrift zurückzuziehen oder nur bedingungsweise zu geben. Der Leipziger wirtschaftliche Verband hat sich dieser Forderung angeschlossen und den dadurch etwa geschädigten Kollegen materielle Unterstützungen zugesagt. Tatsächlich steht den Krankenkassen nach keinem Gesetze das Recht zu, langfristige Verträge abzuschließen.

(Aus Dalmatien) wird uns geschrieben: Da in Metkovic einige Fälle von Variola vorgekommen sind, wurde die zwangsweise Impfung sämtlicher Bewohner angeordnet. Obzwar dort ein Bezirksarzt und zwei praktische Ärzte ansässig sind, wurde mit der Durchführung der Impfung nebst den Ärzten auch der — Tierarzt betraut. Diese Verfügung des Herrn Landes-Sanitätsinspektors hat nicht verfehlt, bei der Bevölkerung wie bei den Ärzten gleich peinliches Befremden zu erregen.

(Verein der Ärzte des I. Bezirkes.) In der am 11. d. M. stattgehabten Plenarversammlung wurden Dr. HERMANN HERTZKA zum Obmanne, Prof. E. FINGER zum Obmannstellvertreter, Dr. O. FRANKEL und Dr. F. URBAN zu Schriftführern gewählt.

(Enzyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde.) Von diesem unter Mitwirkung hervorragender Fach-

männer von ALBERT EULENBURG herausgegebenen, im Verlage von Urban & Schwarzenberg erscheinenden Werke liegt Band XI, Neue Folge, 2. Jahrgang vor. Mit zahlreichen trefflichen Illustrationen ausgestattet und durchwegs geradezu meisterhafte Artikel enthaltend, trägt dieses Musterwerk den Fortschritten der Medizin vollkommen Rechnung. Es kann daher dem Arzte, der fernab von den allgemeinen Bildungsstätten nicht hinter seiner Wissenschaft zurückbleiben möchte, nicht warm genug empfohlen werden. Von Abhandlungen, deren jede einer Monographie des betreffenden Gegenstandes gleichkommt, seien u. a. genannt: Abdominaltyphus (FÜRBRINGER), Accouchement forcé (E. FRAENKEL), Blitzschlag und elektrische Verunglückung (KRATTEB), Diabetes (ALBU), Fissura ani (ROSEN-BACH), Gallenwege (ABEL), Gelenkrheumatismus (MENZER), Angeborene Hüftverrenkung (JOACHIMSTHAL), Influenza (RIESS), Inhalations- — Pneumatische — Therapie (LAZARUS), Malariaerkrankheiten (MARTINI), Mittelohreiterungen (VOSS), Narkosen (COSTE), Osmosologie (ROSIN), Präzipitine (UHLENHUTH), Röntgenstrahlen (SCHOLTZ), Soziale Medizin (ASCHER), Tuberkulose (ZIEGLER), Übungsbehandlung (BUM), Wasserversorgung (SCHUMBURG).

(IV. wissenschaftlicher Kongreß des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.) Der Zentralverband der Balneologen Österreichs hat in seiner letzten Plenarversammlung beschlossen, der Einladung des Kurortes Abbazia Folge zu leisten und seinen IV. wissenschaftlichen Kongreß in Abbazia Mitte Oktober l. J. abzuhalten. An den Kongreß wird sich ein mehrtägiger Schiffsausflug zur Besichtigung der wichtigsten küstländischen Kurorte und Ausflugsstationen anschließen, wie Buccari, Portoré, Cirkvenica, Lussin, Brionische Inseln, Pola, San Pelagio, ferner (über Triest) nach Grado, Sistiana, Monfalcone. Das ausführliche Programm sowie die Begünstigungen für die Kongreßteilnehmer werden im geeigneten Zeitpunkte veröffentlicht werden. Anmeldungen von Mitgliedern des Zentralverbandes sowie von anderen Teilnehmern (Herren und Damen), ferner Nominierung von wissenschaftlichen Vorträgen für den Kongreß sind zu richten an die Vereinsleitung des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs, Wien, I., Wipplingerstraße 28.

(76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.) Aus Breslau schreibt man uns: Am 9. d. M. fand hier eine Sitzung des Vorstandes der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte statt, welche in allgemeinen Zügen das Programm für die Breslauer Versammlung festsetzte. In den allgemeinen Sitzungen werden fünf Vorträge gehalten werden; als eventuelle Redner wurden genannt: v. DRIGALSKI, STODOLA (Zürich), E. MEYER (Charlottenburg), HABERLAND (Graz), ARRHENIUS (Stockholm), FLÜGGE (Breslau), v. MIKULICZ (Breslau), RUMPLER und ROUX (Halle). In einer gemeinsamen Sitzung beider Hauptgruppen wird die Frage des mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterrichts auf den höheren Schulen zur Erörterung gelangen; dabei wird Prof. FRICKE (Bremen) über den derzeitigen Stand der Frage, Geh.-Rat KLEIN (Göttingen) über die Forderungen der Hochschullehrer in Bezug auf den mathematisch-physikalischen, Prof. VERWORN (Göttingen) in Bezug auf den biologisch-naturwissenschaftlichen Unterricht an den höheren Schulen und Geh.-Rat LEUBUSCHER über Schulhygiene, Überbürdungsfrage etc. sprechen. Das zutage geförderte Material wird den Regierungen übergeben werden. In der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe werden voraussichtlich Referate über die Eiszeit in den Alpen und über die Eiszeit in den Tropen gehalten werden. Die üblichen Festgaben und Festlichkeiten werden tunlichst beschränkt sein; vorerst ist nur das Festmahl und ein Empfang der Naturforscher im Rathause vorgesehen, doch ist das Festprogramm noch nicht endgültig festgestellt.

(Statistik.) Vom 17. bis inklusive 23. Januar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7712 Personen behandelt. Hiervon wurden 1595 entlassen, 174 sind gestorben (9.8% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, ägypt. Augenzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 133, Scharlach 14, Masern 143, Keuchhusten 45, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 3, Röteln 4, Mumps 92, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 624 Personen gestorben (— 24 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. W. GOLLMANN, im Alter von 82 Jahren; in Nádudvar Dr. LEO ENDERSCH; in Budapest Dr. IGNAZ LÁSZTOSZY; der Honvedoberstabsarzt Doktor JOHANN SZENTPÉTERY in Marosvásárhely; in München der Hofstabsarzt Dr. G. MARTIUS, einer der beliebtesten Ärzte daselbst, 73 Jahre alt; in Berlin der langjährige Subdirektor der Kaiser Wilhelms-Akademie Generalarzt Dr. GRASNICK; in Amsterdam Doktor PRYPERS, der Herausgeber des „Janus“.

Zur Entfernung von Collargolflecken aus der Wäsche empfiehlt ROBERT in der „Rev. méd. de l'est“, 15, 1903, folgendes Verfahren: Man badet die befleckte Partie in folgender Lösung: Brom 5g, Wasser 500g bis zum vollständigen Verschwinden der schwarzen Flecken (2–3 Minuten genügen im allgemeinen); dann Abspülen in einer reichlichen Wassermenge. Nach dieser ersten Prozedur verschwindet der schwarze Fleck oft vollständig; mitunter hinterbleibt ein sehr blasser, gelbgrüner Fleck, bedingt durch Bromsilber. Um diesen zum Verschwinden zu bringen, taucht man die Leinwand in nachstehende Lösung: Natrium thiosulfuric. 150g (thionunterschwefelsaures Natron), Wasser 500g, das augenblicklich das gebildete Bromsilber auflöst; dann gehöriges Abspülen in Wasser.

Künstliche Mineralwässer. Von berufener Seite wurde zu wiederholten Malen die Ansicht vertreten, daß die mit Kohlensäure oder festen Zusätzen künstlich hergerichteten fremden Mineralwässer, welche sich als „natürliche“ bezeichnen, in ihrer Wirkung nicht allein unsicher sind, sondern als eigentliche Arzneimittel nicht verwendet werden sollen, da sie den kranken Organismus nachteilig beeinflussen.

Seit einer Reihe von Jahren besteht das Bestreben gewisser ausländischer Mineralwässer, sich bei uns Eingang zu verschaffen, doch stößt dieses Bestreben vorläufig noch auf beträchtliche Hindernisse, da es uns in Österreich nicht an einer erklecklichen Anzahl „natürlicher“ Säuerlinge mangelt, die „von der Quelle direkt ohne irgend einen Zusatz“ in Flaschen gefüllt werden und dadurch alle jene Eigenschaften in sich schließen, die nur den „natürlichen“ Mineralwässern eigen sind, infolgedessen als „wichtige“ Hilfsmittel unserer heutigen Arzneikunde zugezählt werden.

Eingesendet.

Wir erhalten folgende Zuschriften:

I. Löbliche Redaktion!

Als Rechtsanwalt des Verlages und der Redaktion der Monatsschrift für praktische Medizin „Die Heilkunde“ ersuche ich Sie, mit Berufung auf § 19 P. G. das in der Nummer vom 17. Januar 1904 Ihres geschätzten Blattes erschienene „Eingesendet“ von Herrn Dr. FRIEDRICH PINELES in der nächst erscheinenden Nummer Ihres geschätzten Blattes folgendermaßen richtig zu stellen.

Es ist un wahr, daß im Oktoberheft der „Heilkunde“ ein „Artikel“ unter dem Titel — „Theocin als Antistenokardikum“ — Vortrag, gehalten in der Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin vom 14. Mai 1903, von Privatdozenten Dr. PINELES, Vorstand am „Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien“, erschienen ist, wahr ist vielmehr, daß unter diesem Titel ein auf Grund eines Stenogrammes verfaßter Originalbericht der „Heilkunde“ über die gesprochenen Ausführungen des genannten Herrn in gleicher Weise wiedergegeben wurde, wie dies dem Referatenrechte der Presse über die in öffentlichen Versammlungen gehaltenen Reden entspricht.

Es ist ferner un wahr, daß diese Ausführungen des Herrn Dr. FRIEDRICH PINELES nicht als Vortrag gehalten wurden, wahr ist vielmehr, daß Herr Dr. FRIEDRICH PINELES in dem von ihm selbst verfaßten, resp. begutachteten offiziellen Protokolle sich selbst als den „Vortragenden“ bezeichnet („Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 29, 1903, pag. 865).

Es ist endlich un wahr, daß der in der „Heilkunde“ erschienene Bericht „eine teilweise veränderte Wiedergabe der Ausführungen des Redners“ darstellt, wahr ist vielmehr, daß der in der „Heilkunde“ erschienene Bericht dem Sinne nach vollständig, dem Wortlaute nach beinahe vollständig mit dem an obgenannter Stelle veröffentlichten, offiziellen Protokolle übereinstimmt.

Ich zeichne mit vorzüglicher Hochachtung

DR. ADOLF KORNI TZER.

II. Löbliche Redaktion!

Die obige Berichtigung ändert nichts an den, in meinem „Eingesendet“ vom 17. Januar d. J. vorgebrachten Tatsachen, die ich ihrem vollen Umfange nach aufrechterhalte.

Wien, den 25. Januar 1904.

In vorzüglicher Hochachtung

DR. FRIEDRICH PINELES.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Berkmann H., Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung. Berlin 1904, S. Karger. — M. 1.—
 H. Senator u. S. Kammer, Krankheiten und Ehe. 1. Abt. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 4.—
 A. Eulenburg, Enzyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde. N. F., 2. Jahrg., Bd. XI. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg. — K 18.—
 J. Fein, Das angeborene Kehlkopfdiaphragma. Berlin 1904, O. Coblentz. — M. 2.40.
 H. Lenhartz, Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 4. Aufl. Berlin 1904, J. Springer. — M. 8.—
 J. Lipowski, Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. 2. Aufl. Berlin 1904, J. Springer. — M. 4.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 1. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. Dr. L. PISKAČEK: Über Frühdiagnose der Gravidität.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Vortragszyklus für praktische Ärzte.

Mittwoch den 3. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NOTHMAGEL im k. k. Allg. Krankenhaus.

Doz. Dr. HIRSCHL: Über Syphilis des Nervensystems.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 4. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. — II. Dr. JEHLLE und Dr. LEINER: Über Ruhr und ruhrähnliche Erkrankungen im Kindesalter.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Pyramidon“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

**Bei Rheumatismus, Gicht,
Podagra,
Ischias, Lumbago, Paralysen**

badet man am besten in Bädern mit Zusatz von

Mattoni's Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend

schon nach wenigen Bädern.
MATTONI'S Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien
und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

„Meerscheinschloss“, Graz.

Allen modernen Anforderungen
entsprechend eingerichtete Privat-

Heilanstalt
für

**Nervenranke,
Erholungsbedürftige,
Mast- und Diätcuren,
Entwöhnungscuren.**

Aerzte:

Prof. Dr. Franz Müller,
Dr. Carl Mirtl.

Thermophor Stundenlange gleichmässige Wärme.

Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern
Ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos.

Telephon 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephon 7967.

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 Redaktion 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 Administ.r. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Pulsveränderung beim Schließen und Öffnen der Augen. Von Prof. Dr. M. HEITLER. — Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens. Von Doz. Dr. L. KÉRNI in Wien. II. — Siebzehn Jahre geschlafen! Von Dr. E. HERRST in Bremen. — Referate. BRAUN (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanästhesie. — TOSOLD (Berlin): Zur Kasuistik der Mittelfußknochenbrüche. — R. PETERS (St. Petersburg): Zur pathologischen Anatomie der Tetanie. Theoretisches und Experimentelles über die Genese der tetanischen Symptome. — OTTO ROMMEL (München): Ein Fall von HENOCHEscher Purpura. — K. SCHÄFFER (Budapest): Beitrag zur Lokalisation der zerebralen Hemianästhesie. — v. KÉTLY und v. TORDAY (Budapest): Über den Wert der Zytodiagnostik bei der Beurteilung der Brust- und Bauchhöhlenflüssigkeiten. — BAUER (Warschau): Ein durch seine Lokalisation seltener Fall von Anthrax. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Paris): Die vaginalen Injektionen in der Geburtshilfe, Gynäkologie und zu hygienischen Zwecken. — **Kleine Mitteilungen.** Eine rationelle Therapie der Retroflexio uteri. — Anthrasol. — Die Therapie des Ulcus cruris. — Mesotan. — Das Chloroform ist ein Gegenmittel nach Einatmung nitrosen Dampfe. — Über Bismutose und Entero-Kolitis. — Über Ätherlähmungen. — Pyramidon. — Die chirurgische Behandlung des perforierten Typhusgeschwürs. — Über Kathetersterilisation. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Geburtshilfe für Ärzte und Studierende. Von Dr. PAUL ZWEIFEL, ord. Professor und Direktor der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Leipzig. — Die Brille und ihre Geschichte. Von Dr. EMIL BÖCK. — Therapie der Harnkrankheiten. Vorlesungen für Ärzte und Studierende. Von Prof. Dr. C. POSNER in Berlin. — **Feuilleton.** Berliner Briefe. (Orig.-Korresp.) II. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XVII. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.). — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Orig.-Ber.) — Notizen. — Neue Literatur. — Eingesendet. — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — Ärztliche Stellen. — Anzeigen.

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

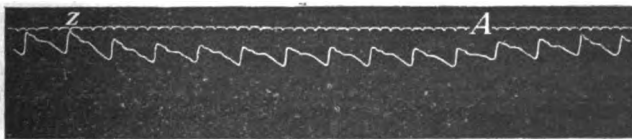
Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Pulsveränderung beim Schließen und Öffnen der Augen.

Von Prof. Dr. M. Heitler.

In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte vom 4. Dezember 1903 habe ich eine kurze Mitteilung über reflektorische Pulsdepression gemacht.¹⁾ Über die Pulsveränderung beim Schließen und Öffnen der Augen habe ich folgendes gesagt: Bei einer großen Anzahl von Individuen habe ich beim Schließen der Augen eine Größenabnahme des Pulses und beim Öffnen der Augen eine Größenzunahme des Pulses be-

Kurve A.



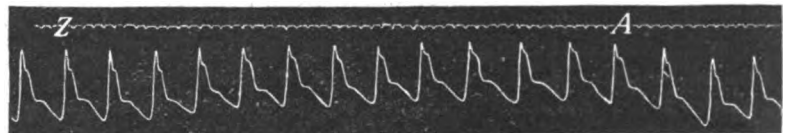
Bei Z Schließen, bei A Öffnen der Augen.

obachtet; unmittelbar nach dem Schließen der Augen fällt der Puls ab, er bleibt kleiner, so lange die Augen geschlossen sind, er wird größer beim Öffnen der Augen, und zwar sind beim Öffnen der Augen einige Schläge größer als vor dem Schließen der Augen (Kurve A). Nur sehr selten fand ich ein

¹⁾ Die ausführliche Mitteilung erschien im „Zentralblatt für innere Medizin“, Nr. 1, 1904.

Größerwerden des Pulses beim Schließen der Augen und ein Kleinerwerden des Pulses beim Öffnen der Augen (Kurve B). Die beim Schließen der Augen entstehende Pulsdepression und die beim Öffnen der Augen eintretende Pulserregung hängt mit dem Einflusse des Lichtes zusammen; der Ausfall des Lichtes bewirkt eine Depression, der Wiedereinfall des Lichtes bewirkt eine Erregung des Pulses; das beweist auch, daß die Pulsdepression bedeutender war, wenn beim Schließen der Augen ein schwarzes Tuch vor dieselben gehalten wurde. Die in seltenen Fällen eintretende Pulserregung beim Schließen der Augen — ich habe dieselbe in einer großen Anzahl von Fällen bloß zweimal beobachtet — ist durch die Reizung der

Kurve B.



Konjunktiven durch die herabgleitenden Lider bedingt. Bei meinen früheren Studien über reflektorische Pulserregung habe ich erfahren, daß auch durch Reizung der Schleimhäute der Puls größer wird, und es ist wahrscheinlich, daß bei manchen Individuen durch das Herabgleiten der Lider über den Konjunktiven eine Erregung des Pulses hervorgerufen wird; man kann annehmen, daß in den Fällen, in welchen der Puls beim Schließen der Augen größer wird, eine Beeinflussung des Pulses durch Licht nicht stattfindet, oder daß dieselbe sehr gering ist und daß nur die Pulserregung infolge

der Reizung der Konjunktiven durch die Lider in die Erscheinung tritt.

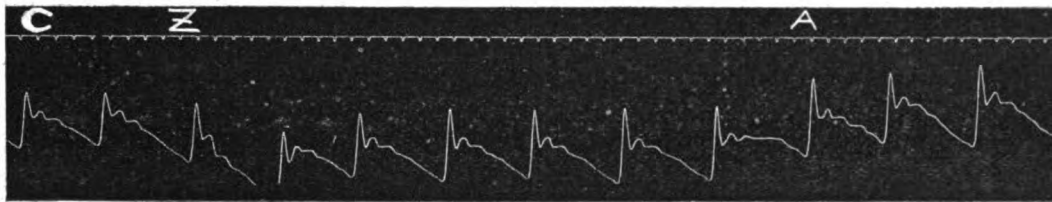
Daß durch Reizung der Konjunktiven durch die herabgleitenden Lider der Puls erregt wird, ist auch aus den Kurven ersichtlich, welche beim Schließen der Augen eine Depression des Pulses zeigen. Wenn das Individuum während des Augenschlusses die Lider ruhig hält, so ist die Pulsdepression eine gleichmäßige, wie bei Kurve A; wenn das Individuum während des Augenschlusses mit den Lidern zwinkert, so zeigt die Kurve nach dem Abfall beim Schließen der Augen, noch während die Augen geschlossen sind, ein mehr oder weniger starkes Ansteigen; dabei bleibt die Kurve meistens niedriger als vor dem Augenschlusse (Kurve C) oder manchmal wird die Kurve höher als vor dem Augenschlusse — bei einer großen Anzahl von sphygmographischen Aufnahmen nur einmal beobachtet — um beim Öffnen der Augen eine weitere Steigerung zu erfahren (Kurve D). Man kann bei Individuen,

bei älteren Individuen, doch habe ich nicht selten das Phänomen bei älteren Individuen stark und bei jüngeren Individuen schwach gefunden. Das älteste Individuum, bei welchem ich das Phänomen deutlich ausgeprägt gefunden habe, war 78 Jahre alt. Nennenswerte Unterschiede in der Pulsfrequenz waren während der Pulsdepression nicht nachweisbar.

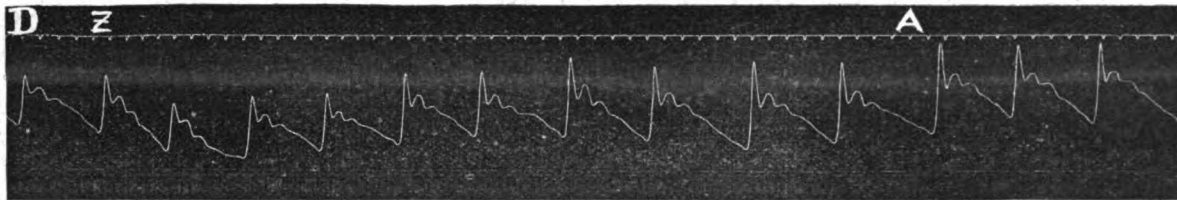
Bei Prüfung des Phänomens geht man am zweckmäßigsten in der Weise vor, daß man mit einem Finger einen sehr geringen Druck auf die Radialis ausübt, so daß die Radialis an den Finger leicht anschlägt, dabei trachtet man den Finger in der Umgebung der Arterie zu fixieren; auf diese Weise werden geringe Größenunterschiede des Pulses am besten wahrgenommen. Geeignet für die Untersuchung sind auch kleine Arterien; manchmal schwindet an diesen der Puls beim Schließen der Augen fast vollständig.

Bei einer größeren Anzahl von Individuen, bei welchen das Phänomen stärker ausgeprägt war, habe ich den Blutdruck

Kurve C.



Kurve D.



bei welchen der Puls beim Schließen der Augen kleiner und beim Öffnen der Augen größer wird, durch starkes Zwinkern mit den Lidern, ohne daß die Augen geschlossen werden, eine Größenzunahme des Pulses hervorrufen.

Auch durch Kontraktion der Muskeln wird der Puls erregt. Eine Beeinflussung des Pulses durch die Lidmuskeln ist jedoch aus der Analyse der Erscheinungen ausgeschlossen. Ich habe außerdem noch folgenden Versuch ausgeführt: Bei einem jungen Mädchen, bei welchem der Puls beim Schließen der Augen kleiner und beim Öffnen der Augen größer wurde, ließ ich mit den Fingern Beuge- und Streckbewegungen ausführen; die Größenzunahme des Pulses war sehr gering, dann ließ ich sie mit den Lidern stark zwinkern, die Größenzunahme des Pulses war eine wesentliche.

Die Pulsdepression beim Öffnen der Augen in den Fällen, in welchen beim Schließen der Augen eine Erregung des Pulses stattfindet, stimmt mit den anderen Beobachtungen überein, bei welchen auf die Erregung des Pulses eine geringe Depression folgte; wenn der Puls nach der Erregung abfällt, so sind häufig einige Schläge kleiner als vor der Erregung.

Ich habe das Augenpulsphänomen bei der größten Anzahl der untersuchten Individuen gefunden; je mehr ich mich mit dem Phänomen beschäftigte, desto geringer wurde die Anzahl der Individuen, bei welchen ich dasselbe nicht angetroffen habe. Bei manchen Individuen ist das Phänomen stark ausgeprägt, der Abfall des Pulses ist ein bedeutender, in der Mehrzahl der Fälle ist der Abfall des Pulses ein geringer, manchmal ist derselbe nur angedeutet. Bei jugendlichen Individuen ist das Phänomen stärker ausgeprägt als

vor dem Schließen der Augen und während die Augen geschlossen waren, mit dem GÄRTNERSchen Tonometer bestimmt. Die Blutdrucksenkung betrug 10%—21%. Beispiele (Rekonvaleszenten von der Abteilung des Prof. PAL im Allgemeinen Krankenhaus): St. Karl, 38 Jahre alt, Blutdruck vor dem Schließen der Augen 92 mm, während des Augenschlusses 72 mm, Abfall 20 mm. P. Emilie, 19 Jahre alt, Blutdruck vor dem Schließen der Augen 87 mm, während des Augenschlusses 70 mm, Abfall 17 mm. P. Anton, 22 Jahre alt, Blutdruck vor dem Schließen der Augen 115 mm, während des Augenschlusses 105 mm, Abfall 10 mm. F. Anna, 22 Jahre alt, Blutdruck vor dem Schließen der Augen 135 mm, während des Augenschlusses 115 mm, Abfall 20 mm. S. Tokor, 23 Jahre alt, Blutdruck vor dem Schließen der Augen 92 mm, während des Augenschlusses 80 mm, Abfall 12 mm.

Vor 22 Jahren habe ich gefunden, daß das Herz im Stadium der Kompensationsstörung der Klappenfehler, bei Chlorose, bei auf verschiedener Grundlage beruhenden Anämien, fortwährenden Volumschwankungen unterworfen sei.²⁾ Im Jahre 1889, als ich mich eingehender mit dem Studium der Arrhythmie beschäftigte, konnte ich in geeigneten Fällen, d. i. in Fällen, bei welchen große und kleine Pulse in längeren Perioden mit einander wechselten, nachweisen, daß die Schwankungen des Pulses mit Schwankungen des Herzvolums einhergehen; ich fand bei kleinem Pulse große Herzdämpfung, bei großem Pulse kleine Herzdämpfung. Es handelte sich um Fälle mit akuten Erkrankungen, Rekonvaleszenten nach ver-

²⁾ Über akute Herzerweiterung. „Wiener med. Wochenschr.“, Nr. 22 und 23, 1882.

schiedenen akuten Erkrankungen, Fälle von Anämie etc. Später habe ich in einem Falle von einer nicht näher bestimmbar Infektionskrankheit, bei welcher das Herz gleich im Beginne der Erkrankung eine schwere Schädigung zeigte und in einem Falle von Neurasthenie mit sehr labilem Herzen das Zusammentreffen von Volumschwankungen des Herzens mit Schwankungen des Pulses eingehend studiert.³⁾ Meine experimentellen Studien über Volumveränderungen des Herzens, welche ich im Laboratorium des Herrn Prof. v. BASCH an Hunden ausführte, bei welchen die Volumveränderungen aus dem mit Wasser gefüllten Perikardialsack graphisch dargestellt wurden, haben ergeben, daß zwischen Puls und Herzvolum die innigsten Beziehungen bestehen, daß die geringsten Veränderungen des Pulses mit Volumveränderungen des Herzens einhergehen oder mit anderen Worten, daß die geringsten Veränderungen des Herzvolums sich in Veränderungen des Pulses ausdrücken, daß die Beziehungen zwischen Puls und Herzvolum eine strenge Gesetzmäßigkeit zeigen. Bei Versuchen, bei welchen die Volumveränderungen am freigelegten Herzen direkt beobachtet wurden und bei Versuchen, bei welchen die Volumveränderungen graphisch dargestellt wurden, konnte man sich von dem raschen Wechsel des Herzvolums, von dem raschen, plötzlich sich vollziehenden Übergang vom kleinen Volum zum großen, vom großen Volum zum kleinen überzeugen.⁴⁾ In Übereinstimmung mit meinen früheren klinischen Erfahrungen und mit den Ergebnissen meiner experimentellen Studien habe ich entsprechend den beim Schließen und Öffnen der Augen eintretenden Pulsveränderungen Volumveränderungen des Herzens konstatiert: mit der Größenabnahme des Pulses beim Schließen der Augen wurde die Herzdämpfung größer, mit der Größenzunahme des Pulses beim Öffnen der Augen wurde die Herzdämpfung kleiner. Die große Herzdämpfung persistierte in den meisten Fällen während der ganzen Dauer des Augenschlusses, in manchen Fällen nahm die große Herzdämpfung noch während der weiteren Dauer des Augenschlusses ab.

Beispiele: K. Georg, 18 Jahre alt. Größe der Herzdämpfung vor dem Augenschlusse 6 cm; Beginn der Dämpfung 2·5 cm von der Medianlinie nach links. Größe der Herzdämpfung während des Augenschlusses 12·5 cm; Beginn der Dämpfung 2·4 cm rechts von der Medianlinie. Zunahme der Dämpfung nach links oben 2 cm. Ch. Georg, 19 Jahre alt. Größe der Herzdämpfung vor dem Augenschlusse 9 cm; Beginn der Dämpfung 1·7 cm von der Medianlinie nach links. Größe der Herzdämpfung während des Augenschlusses 15 cm; Beginn der Dämpfung 3 cm rechts von der Medianlinie. Zunahme der Dämpfung nach links oben 2·3 cm.

LOUIS COUTY und AUGUSTIN CHARPENTIER haben im Jahre 1877 im Laboratorium für experimentelle Pathologie in Paris Versuche an Hunden gemacht, um die Wirkung des Lichtes auf das kardio-vaskuläre System zu studieren (Archiv. de physiol., II. Ser., 4. Bd., 1877). Die Hunde wurden vollständig oder unvollständig kurarisiert, — künstliche oder natürliche Atmung. Die Augen wurden durch mehrere Minuten geschlossen gehalten, dann wurden sie geöffnet und dem diffusen Tageslicht ausgesetzt oder es wurde eine starke Gaslampe vor dieselben gehalten, manchmal wurde die Gaslampe vor die Augen gehalten, ohne daß die Augen vorher geschlossen waren. COUTY und CHARPENTIER fassen die Resultate ihrer Versuche in folgendem zusammen: „Abgesehen von den Versuchen, welche ein negatives Resultat ergeben haben, finden wir, daß die Erregung des Gesichtssinnes durch das Licht von Seite des Herzens bald Beschleunigung, bald Verlangsamung, bald Beschleunigung gefolgt von Verlangsamung oder Verlangsamung gefolgt von Beschleunigung hervorgerufen

hat. Also, eine wesentlich wechselnde Herzreaktion. Die Veränderungen des Druckes sind gering gewesen und stellen fast immer eine Erhöhung dar. Die Erhöhung ist zusammengefallen mit Beschleunigung, manchmal sogar mit Verlangsamung der Herzaktion; diese Veränderungen des Herzens konnten übrigens sehr ausgeprägt sein, ohne irgend welche Störung der Spannung.“

Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens.

Von Doz. Dr. L. Réthi in Wien.

II.

Der periphere Verlauf der sekretorischen Gaumnerven.

Es handelte sich nun darum, den weiteren Verlauf der sekretorischen Gaumendrüsennerven festzustellen und die Bahnen aufzusuchen, auf welchen einerseits die sympathischen und andererseits die im Ursprung des N. facialis enthaltenen sekretorischen Fasern zum Gaumen gelangen. Diese Versuche habe ich fast ausschließlich an der Katze vorgenommen, insbesondere auch wegen der längeren Erregbarkeit der Nerven bei diesen Tieren, die bei Eröffnung des Schädels sehr in Betracht kam.

1. Der periphere Verlauf der sekretorischen Sympathikusfasern.

In weiterer Verfolgung der vom G. cervicale supremum abgehenden sympathischen Fasern wurde die Bulla eröffnet und es zeigte sich, daß Entfernung der im Falz nach innen vom Foramen rotundum gelegenen Schleimhaut samt den hier in derselben enthaltenen feinen Nervenfasern den sekretorischen Effekt sowohl, als auch die Erweiterung der Pupille bei Reizung des Halsympathikus aufhebt.¹⁴⁾ Diese im Falz liegenden Fasern können nach Absprengung der deckenden Knochenlamelle weiter kopfwärts bis in die Paukenhöhle verfolgt werden. Analog wie beim Menschen begleiten auch bei der Katze die sympathischen Fasern die Carotis oder vielmehr das Rudiment derselben. TANDLER¹⁵⁾ hat nämlich gezeigt, daß die A. carotis int. der Katze rudimentär ist. „An einer Reihe von Exemplaren“ . . . „war die Carotis int. fast gar nicht oder bloß in ihrem proximalen Abschnitte gefüllt. Es waren dies alte Tiere. An jungen Exemplaren füllt sich die Carotis int. etwas besser.“ „Sofort nach ihrem Entstehen zieht die Karotis kranialwärts, gesellt sich zum Sympathikus und erreicht mit diesem die mediale Seite der mächtigen Bulla.“ „Die Karotis verläuft nun, in der medialen Bullawand eingebettet, anfangs schief nach aufwärts und vorne, biegt dann sanft lateralwärts um und gelangt hierdurch, noch immer in der Bullawand gelegen, an die ventrale, vordere Seite der Schneck. Nun biegt das Gefäß aufwärts und kommt unter die Spitze der Schläfenbeinpyramide zu liegen. Von hier zieht die Arterie schief kranial- und medialwärts von oben her durch die Spitze der Schläfenbeinpyramide gedeckt. Nun betritt die Carotis das Schädelkavum.“

Als Fortsetzung dieser im Falz der Bulla gelegenen Fasern kann man in der Paukenhöhle zwei, zumeist jedoch drei Fäden unterscheiden, die sich am Promontorium nahezu fächerförmig dorsal, d. h. aufwärts ausbreiten. Wird das Bündel hier gereizt, so bekommt man prompt Pupillenerweiterung und Sekretion. Es zeigte sich nun, daß der kaudal gelegene Faden, beziehungsweise die zwei kaudalen Fäden die Fasern für die Pupillenerweiterung führen. Nach Durch-

³⁾ Volumschwankungen des Herzens mit Schwankungen des Pulses etc. „Wiener med. Wochenschr.“, Nr. 13, 1896, und „Über den Einfluß mechanischer Erregung der Leber auf das Herz.“ „Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 52, 1899.

⁴⁾ Experimentelle Studien über Volumveränderungen des Herzens. Vorfänge Mitteilung. („Zentralbl. f. innere Medizin, Nr. 26, 1903.)

¹⁴⁾ Die Pupille wurde stets zur Kontrolle der Erregbarkeit des N. sympathicus mit beobachtet.

¹⁵⁾ TANDLER, Zur vergleichenden Anatomie der Kopfarterien bei den Mammalia. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissensch. in Wien, 107. B¹, 14. Juli 1898.

reiung dieses, beziehungsweise dieser Fäden hatte Reizung des Halssympathikus wohl Sekretion, jedoch keine Pupillenerweiterung zur Folge. Der kopfwärts gelegene Faden dagegen führt die sekretorischen Fasern des Gaumens, da nach Durchreiung desselben Reizung des Halssympathikus keine Sekretion mehr ergibt. Dann treten diese Fäden in den Knochen durch feine Kanälchen ein, wovon weiter unten die Rede sein wird.

2. Der periphere Verlauf der sekretorischen Facialisfasern.

Wir sahen, daß die sekretorischen Fasern des Facialisstammes im N. facialis beim Austritt aus dem For. stylo-mastoideum nicht mehr enthalten sind; innerhalb des Canalis facialis können sie den N. facialis verlassen: 1. auf dem Wege der Chorda tympani, 2. der JACOBSONSchen Anastomose und 3. des N. petrosus superficialis major.

Die Chorda tympani legt sich bekanntlich peripher dem N. lingualis an. Die JACOBSONSche Anastomose verbindet den N. facialis einerseits mit dem dritten Trigeminusast oder vielmehr mit dem G. oticum durch den N. petrosus superficialis minor und andererseits mit dem N. glosso-pharyngeus durch den N. tympanicus; und der N. petrosus superficialis major verbindet den N. facialis mit dem G. sphenopalatinum durch den N. vidianus.

Wurde nun nach Abtragung des Trommelfells die Chorda tympani durchrisen, so änderte sich nichts in der Sekretion am weichen Gaumen. Reizung des Facialisstammes innerhalb der Schädelhöhle ergab unverändert Sekretion; auch fiel ja, wie wir sahen, die Reizung des N. lingualis negativ aus.

Auch in der JACOBSONSchen Anastomose sind die sekretorischen Facialisfasern nicht enthalten, denn Reizung des N. glosso-pharyngeus ergab, wie wir sahen, keine Sekretion. Dies konnte auch dadurch mit voller Sicherheit festgestellt werden, daß nach vollständiger Ausräumung der Paukenhhlenschleimhaut die zentrale Facialisreizung prompt Sekretion zur Folge hatte.

Schon per exclusionem wiesen diese Versuche auf den N. petrosus superficialis major hin; und daß die sekretorischen Facialisfasern in diesem enthalten sind, konnte dadurch sichergestellt werden, daß nach Durchmeielung der Kante der Felsenbeinpyramide, in welcher der N. petrosus superficialis major verläuft, Reizung des Facialisursprunges negativ ausfiel.

WARRENTRAPP¹⁶⁾, CLOQUET¹⁷⁾ und HIRZEL¹⁸⁾ konnten vom N. petrosus superficialis major durch das G. geniculatum nur peripherwärts in den N. facialis Fasern verfolgen; BIDDER¹⁹⁾ und LONGET²⁰⁾ konnten solche nur zentralwärts verfolgen, während BECK²¹⁾, ARNOLD²²⁾ und FRHWALD²³⁾ direkten Faserverlauf vom N. petr. superf. major sowohl peripher als zentral im N. facialis nachweisen konnten. Jedenfalls waren die zentralwärts verfolgten Fäden, zum Teil wenigstens, die sekretorischen Facialisfasern für den weichen Gaumen.

Die sekretorischen Fasern des Sympathikus und des Facialis haben demnach in der Paukenhhlenregion einen getrennten Verlauf. Die sympathischen Fasern treten innerhalb der Paukenhöhle in feine Knochenkanle ein und die des Facialis verlaufen im Knochenkanal des N. petrosus superficialis major.

¹⁶⁾ WARRENTRAPP, *Observationes anatomicae de parte cephalica nervi sympathici ejusque conjunctionibus cum nervibus cerebralibus*. Frankfurt 1831.

¹⁷⁾ CLOQUET, *Traité d'anatomie descript.* Paris 1832.

¹⁸⁾ HIRZEL, *Journ. complém. du Dictionnaire des sc. méd.* XXII.

¹⁹⁾ BIDDER, *Neurologische Beobachtungen*. Dorpat 1836, p. 34.

²⁰⁾ LONGET, *Traité de Physiologie*.

²¹⁾ BECK, *Untersuchungen über einzelne Teile des VII. und IX. Hirnnerven*. Paris 1847.

²²⁾ ARNOLD, *Handbuch der Anatomie des Menschen*. 1850.

²³⁾ FRÜHWALD, *ber die Verbindung des N. petrosus superficialis major mit dem Genu nervi facialis*. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissensch. in Wien. 1876, Bd. 74.

Die weitere Frage war nun, wie gelangen sie von hier zum Velum und haben sie auch weiterhin einen getrennten Verlauf? Es zeigte sich, daß sie von nun ab gemeinsam verlaufen.

3. Gemeinsamer Verlauf der sekretorischen Sympathikus- und Facialisfasern.

Diese Versuche waren ganz besonders mühsam und auch hier ging mir Herr Prof. A. KRAUDEL, dem ich für seine werktätige Mithilfe besten Dank sage, mit großer Liebenswürdigkeit an die Hand. Es wurde der aufsteigende Ast des Unterkiefers und der Jochbogen abgetragen und dann vorsichtig bis zur Schädelbasis vorgedrungen, die Trigeminusäste an ihrer Austrittsstelle bloßgelegt und gereizt. Reizung des 1. und 3. Astes ergibt keine Sekretion; dagegen erfolgt sie, wenn der 2. Ast gereizt wird. Doch tritt dieser Effekt nur auf, wenn der Ast in einiger Entfernung von der Austrittsstelle und nicht knapp am Knochen gereizt wird. Wurde derselbe knapp an der Austrittsstelle durchschnitten, so trat bei Reizung des Halssympathikus sowohl, als auch des Facialisstammes innerhalb der Schädelhöhle Sekretion auf, dagegen blieb sie aus, wenn einige Fäden, die in der Umgebung der Austrittsstelle des 2. Trigeminusastes aus dem Knochen treten, um sich in das G. sphenopalatinum einzusenken, durchschnitten wurden. Dieses Ganglion befindet sich wie beim Menschen nicht beim Austritt des 2. Trigeminusastes, sondern in einiger Entfernung von dieser Stelle. Hier sind also im 2. Trigeminusaste die sekretorischen Facialis- und Sympathikusfasern bereits vereinigt. Nach getrenntem Verlauf in der Paukenhhlengegend innerhalb feiner Knochenkanälchen treten sie gemeinsam in das G. sphenopalat. ein; die lange Wurzel dieses Ganglions bildet der N. vidianus und dieser setzt sich bekanntlich aus dem N. petrosus superficialis major und dem N. petrosus profundus major zusammen.

LANGLEY²⁴⁾ sagt, der VII. und IX. Nerv enthalten sekretorische Fasern für die Parotis, die Lippen, die Zunge usw. und auch für den weichen Gaumen und meint, daß sie ihren Weg durch Äste des N. trigeminus, das G. oticum und G. sphenopalatinum nehmen. Was speziell den weichen Gaumen betrifft, so sagt er²⁵⁾: „we should conclude that the sphenopalatine ganglion sends“ „secretory fibres to the mucous membrans of the nose, tonsils, soft palate“ etc.²⁶⁾

Wie bereits erwähnt, ist es sichergestellt, daß vom N. petrosus superficialis major insbesondere auch zentralwärts zum Stamm des N. facialis Fasern verlaufen und diese hielt man lange Zeit hindurch für motorische Nerven; im Zusammenhang damit meint HENLE²⁷⁾: „Der Übergang motorischer Fasern aus dem N. facialis in den N. petrosus superficialis major ist durch pathologische und physiologische Tatsachen wahrscheinlich gemacht. Die Schrägstellung der Uvula bei einseitigen Lähmungen des Facialis, sofern die Ursache der Lähmung im Zentralorgan oder im Schlfebein liegt, spricht dafür, daß die Gaumenmuskeln ihre Nerven zum Teil vom N. facialis empfangen und weiter, da dies nur auf dem Wege vom Knie des letztgenannten Nerven durch den N. petrosus superficialis major, das G. nasale und die Nn. palatini möglich ist, daß der N. petrosus superficialis major motorische Fasern führt, die vom G. geniculatum zum G. sphenopalatinum ziehen.“

Daß es sich dabei aber nicht um motorische Nerven handelt, die vom N. facialis stammen und für den weichen

²⁴⁾ L. c.

²⁵⁾ LANGLEY, pag. 660 u. ff.

²⁶⁾ Da ich aus dem Texte nicht ersehen konnte, ob diese Angabe auf eigene Versuche basiert ist, wandte ich mich brieflich an Herrn Professor LANGLEY, der mir in liebenswürdiger Weise die Auskunft gab, daß er nur wenige Versuche in dieser Richtung gemacht habe und wie er sich ausdrückt: „the secretion obtained varied greatly and in parts of the mouth was very doubtful.“

²⁷⁾ HENLE, l. c. pag. 450.

Gaumen bestimmt sind, habe ich in einer früheren Arbeit²⁸⁾ erweisen können, aus der hervorgeht, daß der Facialis mit der motorischen Innervation des weichen Gaumens nichts zu tun hat, und daß der motorische Nerv des *M. levator veli palatini* vom *N. vagus* stammt. Diese hier in Rede stehenden Fasern, die vom Facialisstamm direkt in den *Petrosus superficialis major* übergehen, sind demnach nicht motorischer, sondern sekretorischer Natur und in den *Nn. palatini* sind in der Tat die sekretorischen Fasern des *N. facialis* sowohl als auch des Sympathikus enthalten.

Nun ist noch hervorzuheben, daß die Sekretion am Gaumen nicht bei allen Versuchstieren in gleicher Weise auftrat, wenn der Halssympathikus nach Durchschneidung der Paukenhöhlenäste oder des zweiten Trigeminusastes gereizt wurde; es kam hierbei vor, daß am Gaumen hinten noch Sekretion auftrat, während in anderen Fällen auch an dieser Stelle kein Sekret mehr zum Vorschein kam. Zuweilen ergab Reizung des zweiten Trigeminusastes Sekretion bloß in den vorderen Anteilen des weichen Gaumens, während in anderen Fällen in der ganzen Länge des Velums Sekret auftrat. In den letzteren Fällen erschien dann nach Durchschneidung des zweiten Trigeminusastes bei Sympathikusreizung nirgends mehr Sekretion, d. h. der Paukenhöhlenast und weiterhin der zweite Trigeminusast führt in allen Fällen die sekretorischen Fasern des vorderen, größeren Anteiles des weichen Gaumens. Die hinteren Partien desselben jedoch bekommen ihre sympathischen Sekretionsfasern zuweilen auf anderen Wegen zugeführt.

Ich habe eingangs erwähnt, daß Reizung des *R. pharyngeus vagi* mit stärkeren Strömen zuweilen hinten am Gaumen auch Sekretion ergibt. Wurde dann bei durchschnittenem *R. pharyngeus vagi* der Halssympathikus gereizt, so trat Sekretion nur im vorderen größeren Abschnitt des weichen Gaumens auf und nach Durchschneidung des entsprechenden Paukenhöhlenastes zeigte sich am Gaumen weder vorn noch hinten Sekret. Die Art der Sekretion, wenn solche bei Reizung des *R. pharyngeus vagi* auftrat, trug ganz den Charakter der Sympathikussekretion an sich. Sie zeigte sich immer erst nach Ablauf mehrerer Sekunden; es waren Ströme von 10 bis 15 cm Rollenabstand notwendig und das Sekret kam mehrermale nacheinander bei jeder Reizung zum Vorschein. Diese Momente sprechen, wie schon erwähnt, dafür, daß es sich nicht um ein mechanisches Herauspressen von bereits vorhandenem Sekret handle, abgesehen davon, daß bei manchen Tieren trotz starker Ströme und kräftiger Kontraktion kein Sekret zum Vorschein kam.

Dieser Befund ist also inkonstant und es verlaufen nicht immer alle sekretorischen Sympathikusfasern durch die *Bulla* im Paukenhöhlenast und durch das *G. sphenopalatinum*, sondern in manchen Fällen benützten die sekretorischen Sympathikusfasern für den hinteren Teil des Velums die Bahn des *R. pharyngeus vagi*.

Ich habe ferner erwähnt, daß bei Sympathikusreizung zuweilen mehr oder weniger deutliche Rötung des weichen Gaumens auf der gereizten Seite beobachtet werden konnte. Die Vasodilatoren des weichen Gaumens haben also oft denselben Verlauf wie die sekretorischen Fasern desselben. Dies würde den Angaben von *DASTRE* und *MORAT*²⁹⁾ entsprechen, welche nachgewiesen haben, daß der *N. sympathicus* Vasokonstriktoren und Vasodilatoren enthalte; die ersteren kommen mit dem 2.—5. Dorsalnerven aus dem Rückenmark und gehen durch die *Rami communicantes* zum Grenzstrang des Sympathikus; in diesem verlaufen sie bis zum *G. cervicale supremum* und senken sich — wie auch *LANGLEY*³⁰⁾ angibt — durch Vermittlung des *Plexus caroticus* und *intercarotideus* in

den *N. trigeminus* ein, während die Dilatoren der Zunge und der *Glandula submaxillaris* (Fasern der *Chorda*) dem *N. vagus* und *glossopharyngeus* beigelegt sind. Wie *HEDON*³¹⁾ gezeigt hat, sind die Vasodilatoren des Kehlkopfes im *N. laryngeus superior* enthalten.

Allerdings hat *VULPIAN*³²⁾ nachgewiesen, daß der *N. trigeminus* schon bei seinem Ursprung, bereits vor Eintritt in das *G. Gasseri*, Vasodilatoren enthalte, weil nach Durchschneidung des *N. trigeminus* bei kurarisierten Hunden Reizung desselben, Rötung der Lippen, der Wange, des Zahnfleisches und der Nasenschleimhaut der entsprechenden Seite zur Folge hatte.

Auch sonst wurde ja nachgewiesen, daß die Hirnnerven von Haus aus vasomotorische Nerven enthalten, daß die vasomotorischen Nerven der Hirnhaut nicht ausschließlich aus dem Sympathikus stammen, und daß einzelne Hirnnerven nach elektrischer Reizung Kongestivzustände derselben bewirken (*NOTHNAGEL*³³⁾).

Die im Halssympathikus schon unterhalb des unteren Halsganglions enthaltenen, für die Drüsen des weichen Gaumens bestimmten Fasern durchsetzen demnach das oberste Halsganglion, treten mit den Erweiterern der Pupille in die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium, hier bereits von diesen getrennt, weiter und senken sich in das *G. sphenopalatinum* ein; in manchen Fällen gehen die sekretorischen Fasern für die hinteren Partien des weichen Gaumens in den *R. pharyngeus* über und in diesem zugleich mit den motorischen Fasern für den *M. levator palati molli* zu ihrem Endziele. Die im Stamm des *N. facialis* enthaltenen sekretorischen Fasern dagegen ziehen durch das Knie desselben und den *N. petrosus superficialis major* ebenfalls zum *G. sphenopalatinum* und von hier, vereint mit den sympathischen Fasern, in die *Nn. palatini*, welche sie zum weichen Gaumen geleiten.

Daß diese hauptsächlich von den Untersuchungen an der Katze gewonnenen Ergebnisse sich auch auf den Menschen übertragen lassen, ist mehr als wahrscheinlich. Verschiedene klinische Beobachtungen sprechen dafür, daß es sich namentlich, was den Facialis betrifft, beim Menschen analog verhält und daß sekretorische Fasern auch beim Menschen vom Facialis zum weichen Gaumen ziehen.

Wir wissen, daß die Kranken bei Facialislähmung zuweilen über Trockenheit im Munde klagen; wir wissen aber andererseits auch, daß die *Parotis* ihre sekretorischen Nerven ebenfalls vom Facialis, und zwar durch die *Chorda tympani* bezieht, welche den Facialisstamm innerhalb des *Canalis Fallopii* verläßt, durch die Paukenhöhle verläuft und sich dann an den *Nerv. lingualis* anlegt. Es wird also bei Lähmung des Facialisstammes zentralwärts vom Abgang der *Chorda tympani* die *Parotis*sekretion versiegen.

Doch ist das subjektive Gefühl der Trockenheit nicht immer auf eine Funktionseinstellung der Speicheldrüsen zurückzuführen. Es sind Fälle bekannt, in denen trotz ungestörter Speichelsekretion — zum mindesten auf einer Seite — dennoch ein Gefühl von Trockenheit im Munde vorhanden war.

So beschreibt *KÖSTER*³⁴⁾ einen Fall, in dem die Lähmung ihren Sitz im transversalen Abschnitte des *Canalis Fallopii* zwischen *Porus acusticus* und *Ganglion geniculi* hatte und bei dem der Kranke über Trockenheit im Munde klagte, trotzdem auf der anderen Seite Speichelabsonderung vorhanden war. Er beschreibt ferner³⁵⁾ eine Kranke, welche eine linksseitige Facialislähmung hatte und über starke Trockenheit klagte, während in der Speichelabsonderung eine

³¹⁾ HEDON, l. c.

³²⁾ VULPIAN, Recherches prouvant que le nerf trijumeau contient des fibres vaso-dilatatrices dès son origine. C. r. des. de l'acad. des sc. 1855, pag. 931.

³³⁾ Zitiert bei ASCHENBRANDT, l. c.

³⁴⁾ KÖSTER, Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre der Lähmung des *N. facialis*. S.-A. aus dem Deutschen Arch. f. klin. Med., pag. 354.

³⁵⁾ KÖSTER, l. c. pag. 361.

²⁸⁾ RETHI, Die Nervenwurzeln der Gaumen- und Rachenmuskeln. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissensch. in Wien, Juli 1902.

²⁹⁾ DASTRE und MORAT, Le système grand sympathique. Bull. scient. du Dép. du Nord. 2. Serie, 1880, Nr. 7.

³⁰⁾ LANGLEY, l. c.

Differenz zwischen beiden Seiten nicht festgestellt werden konnte.

Einen ähnlichen Fall beschreibt **ERB**³⁶⁾, in dem infolge von rechtsseitiger Facialislähmung Trockenheit der rechten Gaumenhälfte vorhanden war.

Zur Feststellung des Sitzes der Läsion im Verlaufe des Facialis wurde bekanntlich ein Schema entworfen: Befindet sich die Lähmungsursache an der Austrittsstelle des Facialis aus dem For. stylomastoideum, so ist Lähmung der Gesichtsmuskeln vorhanden und in dem Maße, als die Läsion zentralwärts fortschreitet oder auftritt, stellen sich nach Maßgabe der einbezogenen Nerven auch Störungen in den von denselben abhängigen Gebieten ein. **ERB**³⁷⁾ sagt: „Wir sind jetzt durch unsere bisherigen Erfahrungen in den Stand gesetzt, sowohl in der peripheren Bahn des Facialis, wie in seiner zentralen mehrere Unterabteilungen zu unterscheiden, die wir aus den vorhandenen Symptomen mit einiger Sicherheit voneinander trennen können. Die dazu dienlichen Anhaltspunkte geben die von dem peripheren Facialis abgehenden Äste. . . . Störungen des Geschmacks und Gaumensegelparese bedeutet Läsion in der Gegend des G. geniculatum. . . .“ etc. Ich habe aber, wie oben erwähnt, gezeigt, daß der Facialis mit der motorischen Innervation des Velum nichts zu tun habe; man könnte demnach mit mehr Berechtigung in diesem Schema der Facialislähmung an Stelle der Gaumensegelparese die Lähmung der sekretorischen Nerven des Gaumens setzen.

Allerdings bekommen die Gaumendrüsen, wie wir sahen, auch vom Sympathikus sekretorische Nerven. In klinischer Beziehung ist auch hier nichts bekannt und ich konnte nirgends eine Andeutung eines Zusammenhanges zwischen Sympathikus-erkrankung und Gaumensekretion finden. Sehr wahrscheinlich gehört aber ein Fall hierher, den ich vor ungefähr 10 Jahren sah, als ich mich mit den Motilitätsstörungen des weichen Gaumens eingehend beschäftigte.

Ein Mann von etwa 30 Jahren holte wegen einer akuten Laryngitis catarrhalis ärztlichen Rat ein. Auf den ersten Blick fiel die engere Pupille, zum Teil auch Lidspalte links auf und als Nebenbefund erhob ich folgendes: Außen am Halse links von der Mittellinie knapp über dem Manubrium sterni in der Tiefe ein zirka haselnußgroßer, derber, wenig beweglicher Tumor; Pulsbeschleunigung, Rekurrens frei, keinerlei Störung in der Bewegung der Stimmbänder. Die Bewegungen des Velum, dem ich damals stets ganz besondere Aufmerksamkeit schenkte, normal; doch fiel mir in Bezug auf die Sekretion eine Differenz zwischen beiden Velumhälften auf. Auf der rechten Seite traten der ganzen Länge nach, in der Mittellinie scharf gegen die andere Gaumenhälfte abgegrenzt, nach mehreren Sekunden Sekretperlen auf, was links nicht einmal andeutungsweise der Fall war.

Es wird sich wohl in diesem Falle nicht nur um eine Kompression des Vagus, sondern gleichzeitig um eine Drucklähmung des Sympathikus gehandelt haben, worauf ja schon die Differenz in der Pupille und Lidspalte hinwies; die sekretorischen Erscheinungen stimmen mit den experimentellen Ergebnissen gut überein. Rechts auf der intakten Seite traten Sekretperlen ähnlich wie bei der experimentellen Sympathikusreizung nach mehreren Sekunden auf, geradeso wie man dies in der Regel am ganzen weichen Gaumen spontan auftreten sieht und was auf Sympathikuswirkung zurückzuführen ist. Auf der linken Seite dagegen war keine Gaumensekretion zu konstatieren. Es muß demnach links eine Lähmung des Sympathikus und Vagus vorhanden gewesen sein und der Tumor bereits beide Nerven lädiert haben. Nach dem Sitz des Tumors und den anatomischen Verhältnissen ist wohl die Sympathikuslähmung älteren Datums gewesen als die Vaguslähmung, denn der Tumor wuchs anscheinend aus der Tiefe hervor und dann kann ja der Vagus eher vor dem ihn bedrängenden

Tumor ausweichen als der Sympathikus, der fest geheftet ist (**HEILIGENTHAL**³⁸⁾).

Von den bei Sympathikuslähmung auftretenden und als konstant angegebenen Erscheinungen sind auch hier die okulopupillären Symptome vorhanden gewesen, während die anderen inkonstanten Erscheinungen: Das Zurückweichen des Bulbus, Gefäßerweiterung der Gesichts- und Kopfhaut, Anidrosis und Abmagerung der entsprechenden Gesichtseite zum mindesten nicht auffallend waren.

Noch schwieriger als die Beurteilung der motorischen ist demnach die der Sekretionserscheinungen am weichen Gaumen, weil die Drüsen desselben ihre sekretorischen Nerven von zwei Seiten her zugeleitet bekommen; jedenfalls werden sehr zahlreiche Beobachtungen notwendig sein, um die sekretorischen Symptome auch klinisch festzulegen.

Siebzehn Jahre geschlafen!

Von **Dr. E. Herbst** in Bremen.*)

Gesine Mayer ist 44 Jahre alt, sie hat ohne Unterbrechung 17 Jahre geschlafen. Die davor liegenden 6 Jahre war sie völlig gesund, klagte nur in den letzten Tagen vor dem Einschlafen, daß sie ein ganz eigentümliches Kopfweh fühle, nichts behalten könne und nicht lesen möchte. Während dieser wenigen Wochen vor dem 17jährigen Schlafe ist sie häufig sehr müde gewesen und hat öfters ganze oder halbe Tage geschlafen, bis sie im Januar 1886 gänzlich einschlief. Vor den oben erwähnten 6 Jahren hat sie bereits einmal 30 Wochen geschlafen.

Die Nahrungsaufnahme war dabei ungestört, sie aß und trank, was die Familie genoß, nur mußten ihr die Speisen gehörig zerkleinert und erweicht werden. Wenn sie Durst hatte, schmackte sie mit dem Munde so lange, bis ihr Flüssigkeit gereicht wurde, wurde auch unruhig, sobald die regelmäßige Mahlzeit nicht genau eingehalten wurde. Beim Essen wurde sie aufrecht hingesezt und mit dem Arm im Rücken gestützt.

Sie war während ihres Schlafes häufig erkältet, hatte einmal Influenza, brach die Speisen aus, die sie nicht vertragen konnte, wobei sie häufig stark transpirierte, wurde also gewissermaßen genau wie ein Wachender von keinem der alltäglichen Leiden verschont. Wenn sie ihre Notdurft verrichten mußte, machte sie sich durch Stöhnen bemerkbar, so daß sie in dieser Weise nie eine unangenehme Patientin war. Die Augen waren immer geschlossen, die Bewegungsfähigkeit ungehindert, sie wälzte sich im Schlafe von der rechten auf die linke Seite, bewegte alle ihre Glieder, kurz gesagt, sie benahm sich wie jeder normal schlafende Mensch. Als sie erwachte, hatte sie das Gefühl, als ob sie nur eine Nacht geschlafen hätte, rief ihrer Schwester zu, es wäre Zeit zum Aufstehen, und wunderte sich, daß ihr Bruder, der vor 17 Jahren Soldat war, seine Uniform nicht trug. Ihrem Vater gegenüber äußerte sie: „Vater, mein Kopf ist jetzt klar,“ so daß Ärzte und Familie annehmen, daß der Schlaf nicht wieder eintritt. Ihr Gedächtnis ist vollkommen ungetrübt, so daß sie sich jeder Einzelheit, die sie vor 17 Jahren erlebte, genau so erinnert, als wenn dieselbe am Tage vorher passiert wäre. Die Augen scheinen etwas kurzsichtig geworden zu sein, doch kann sie alles erkennen. Körperlich hat sie stark zugenommen, so daß sie aussieht wie eine Frau im gleichen Alter; auffällig an ihr ist nur, daß die Ossa parietalia stark vorgewölbt sind, so daß die Schädelform etwas eigenartig rundes hat. Auf meine Frage, ob sie während dieser Zeit geträumt hätte, antwortete sie mit „Nein“. Ihr Benehmen ist ungefähr so, wie man es bei einer 17 Jahre jüngeren Person erwarten dürfte. Das Sprechen fiel ihr anfangs etwas schwer, vielleicht wegen der in der Zeit des Schlafens ausgefallenen Zähne. Die Bewegungsfähigkeit ist an allen Gliedern vorhanden; nur das Gehen fällt ihr sehr schwer, sie scheint aber sehr schnelle Fortschritte darin zu machen. In der Jugend war sie eine gute Schülerin, half Freunden und Geschwistern häufig bei der Arbeit.

³⁶⁾ **ERN.** Zur Pathologie und pathologischen Anatomie peripherer Paralyse. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1886, pag. 540.

³⁷⁾ **ERN.** Im Handbuch der speziellen Pathol. u. Ther. von **ZIEGLER**.

³⁸⁾ Cit. bei **OPPENHEIM**, Lehrb. d. Nervenkrankh., Berlin 1902, pag. 1134.

*) Der Redaktion übergeben am 30. November 1903.

Ich habe diesen Fall, für welchen ich in Gegenwart der Patientin mir an Ort und Stelle gleich Notizen gemacht habe, sofort niedergeschrieben, um dies wichtige Dokument der Wissenschaft zu erhalten. Gesine Meyer ist, wie schon erwähnt, 44 Jahre alt, lebt in Grambke bei Bremen und ist während eines in der Nähe ihrer Wohnung stattgehabten großen Brandes beim Läuten der Glocken erwacht. Die Angehörigen glaubten allerdings nicht, daß die helle Erleuchtung (infolge des Feuers) der Stube oder der Lärm der Glocken am Erwachen schuld sein könnten, denn, sie sagen ganz richtig, die Glocken hätten oft schon geläutet, und schwere Gewitter, die sie als Kind so sehr fürchtete, hätten mindestens den gleichen Eindruck auf sie hervorbringen müssen.

Was für mich besonders interessant war, war der Zustand des Gebisses. In meiner Luftdrucktheorie¹⁾ hatte ich behauptet, daß Zähne bei fehlenden Antagonisten infolge des in der Mundhöhle befindlichen negativen Druckes, der durch den Saugakt häufig sehr verstärkt wird, länger werden; daß also diejenigen Zähne, welche nicht dem Kauakt unterworfen sind, Gelegenheit finden, dem negativen Drucke zu weichen. Ich sagte mir nun, da die Gesine Meyer während dieser 17 Jahre selbst bei der festen Nahrungsaufnahme, die ihr doch in kleinen Stücken eingeweicht gereicht werden mußte, keinen genügenden Kauakt ausgeübt hat, daß infolgedessen ihre sämtlichen Zähne — die nach ihrer Erinnerung bis auf einen oder zwei vor 17 Jahren noch vorhanden waren (sie hatte sich nur einmal bei einem Zahntechniker zwei Zähne ausziehen lassen) — entweder sehr lang geworden oder aber bereits ausgefallen wären, und fand meine Vermutung vollauf bestätigt. Der Mund war mit Ausnahme von drei Zähnen und einer Wurzel völlig zahlos (ihr Vater mit 68 Jahren besitzt noch mehrere festsitzende Zähne, ihre Mutter ist vor 3 Jahren gestorben), von diesen drei Zähnen sind zwei derartig locker, daß sie mit dem Finger entfernt werden können, außerdem stark mit Zahnstein inkrustiert, nur im Oberkiefer befindet sich noch ein ziemlich fester Weisheitszahn. Ich möchte noch bemerken, daß die herausgefallenen Zähne wahrscheinlich teils verschluckt worden sind, teils aber auch auf dem Kopfkissen liegend gefunden wurden, sämtlich stark mit Zahnstein inkrustiert.

Referate.

BRAUN (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanästhesie.

Auf Grund von zahlreichen Experimenten ist Verf. zu der Überzeugung gelangt, daß die Leitungsanästhesie in vielen Fällen die Allgemeinnarkose ersetzen kann, indem man mit Hilfe derselben nicht nur Operationen an den Fingern und Zehen, sondern auch an anderen wichtigen Körpergegenden (Extremitäten, Hals etc.) schmerzlos auszuführen vermag.

Unter Leitungsanästhesie versteht man bekanntlich die Unterbrechung der Leitungsfähigkeit eines sensiblen Nerven. Am ehesten gelingt diese Unterbrechung durch chemische Mittel (Kokain, Tropakokain etc.), und zwar entweder dadurch, daß man die Flüssigkeit direkt in den Nerven (endoneurale Injektion) oder in nächste Nähe desselben (perineurale Injektion) injiziert. Da bei der Leitungsanästhesie das gesamte von diesem Nerven versorgte Gebiet unempfindlich wird, wird an Stellen, die von verschiedenen Nerven versorgt werden, die Anästhesierung eines Nerven nicht genügen, sondern es müssen alle Nerven in ihrer Leitungsfähigkeit zeitlich geschädigt werden, um eine Querschnittsanästhesie zu erzeugen. Wenn man, wie es OBERST angab, je $\frac{1}{4}$ cm³ einer 2%igen Kokainlösung in die Gegend der vier von der Hand auf den Finger übertretenden Nervenstämmen injiziert, wird nach einigen Minuten

¹⁾ Vergl. „Wiener Med. Presse“.

der Finger in seinem ganzen Querschnitt unempfindlich und man kann Operationen am ganzen Finger schmerzlos ausführen. Die Unterbrechung der Zirkulation durch Abschnürung beschleunigt den Eintritt der Empfindungslosigkeit. Diesen Erfolg hat auch Adrenalinlösung, welche in Mengen von 1—2 Tropfen (der käuflichen Lösung von 1:1000) auf 1 cm³ anästhetisierender Flüssigkeit zugesetzt wird. Dieser Zusatz bewirkt auch, daß die Anästhesie eine vollständige ist und lange Zeit anhält (beim Finger 2 bis 5 Stunden lang).

Verf. gibt weiters genaue Vorschriften über die Stellen, an welchen die Injektionen gemacht werden sollen, um bestimmte Bezirke anästhetisch zu machen („LANGENBECKS Archiv“, Bd. 71, H. 1) und weist darauf hin, daß man mittelst eines queren subkutanen Injektionsstreifens je nach der Verteilung der betreffenden Hautnerven einen größeren oder geringeren, peripher von dem Injektionsstreifen gelegenen Bezirk der Haut anästhetisch machen kann, während die Anästhesie zentralwärts von dem Injektionsstreifen sich nur $\frac{1}{2}$ —1 cm weit ausbreitet. Bei größeren Operationen (Amputation der Hand, Phlegmone des Vorderarmes etc.) ist noch eine direkte Anästhesierung der die betreffende Partie versorgenden größeren Nervenstämmen nötig. Zur Anlegung von Injektionsstreifen an der Extremität, wobei gewöhnlich größere Mengen Flüssigkeit gebraucht werden, hat Verf. $\frac{1}{2}$ %ige Eukainlösung mit Adrenalinzusatz (1 Tropfen auf 10 cm³), die in Mengen von 25—30 cm³ sicher unschädlich ist, benützt.

Die genaue Technik sowie die Angabe der Stellen, an welchen die Injektionen gemacht werden sollen, muß in der mit großer Genauigkeit durchgeführten Originalarbeit nachgelesen werden. Es sei noch bemerkt, daß der Operateur die Anästhesierung größerer Nervenstämmen durch perineurale Injektion nicht am Operationstisch vornehmen und mit dem Messer in der Hand auf den Eintritt der Anästhesie warten soll, da man manchmal 30 Minuten warten muß und sich durch Ungeduld leicht verleiten läßt, die Operation anzufangen, bevor die Anästhesie eine vollständige ist. Auf diese Weise kommen die sogenannten schlechten Erfolge der Methode zustande.

Hingegen gelingt es durch endoneurale Injektion von $\frac{1}{4}$ bis 1%ige Kokainlösung, die Anästhesie des entsprechenden Nervenbezirktes sofort zu erzeugen. Leider eignen sich nur einzelne, direkt unter der Haut gelegene Nerven dazu; aber bei Operationen, bei welchen größere Schnitte gemacht und große Nervenstämmen bloßgelegt werden, ist es manchmal von Vorteil, die bloßgelegten Nerven momentan anästhetisch zu machen. In dieser Kombination kommt die endoneurale Injektion zur Geltung.

Trotz der großen Verwendbarkeit der Leitungsanästhesie darf man sich aber nicht verleiten lassen, die Methode in allen Fällen als Ersatz der Allgemeinanästhesie zu benutzen, sondern muß auch auf das seelische Verhalten des Patienten Rücksicht nehmen, dem die Angst vor der bei vollem Bewußtsein auszuführenden Operation manchmal mehr schaden kann als die Chloroformnarkose.

ERDHEIM.

TOBOLD (Berlin): Zur Kasuistik der Mittelfußknochenbrüche.

Verf. berichtet („Deutsche militärärztl. Ztschr.“, 1903, H. 9) über seine Erfahrungen bei den in den letzten 5 Jahren auf der Röntgenstation des ersten Berliner Garnisonslazarettes zur Beobachtung gekommenen 1500 Fällen von Fußgeschwulst bei Soldaten. Als Ursache derselben fanden sich in 67% der Fälle krankhafte Veränderungen an den Mittelfußknochen (Frakturen und Infraktionen oder Periostitiden); bei 37% war der Röntgenbefund negativ. Am häufigsten betroffen war der 2. Mittelfußknochen, der linke etwas häufiger als der rechte, diesen zunächst der 3., erheblich seltener der 1., 4. und 5. Metatarsus. Der Sitz des Bruches findet sich in der überwiegenden Mehrzahl an der vorderen Hälfte der Mittelfußknochen, mitunter dicht an dem Köpfchen. In den meisten Fällen handelt es sich um einfache Querbrüche, selten Schräg- oder Splitterbrüche. TOBOLD hebt es ausdrücklich hervor, daß es wie auch bei anderen Frakturen nicht in allen Fällen möglich ist,

selbst mittelst Röntgenstrahlen unmittelbar nach der Verletzung einen Bruch zu diagnostizieren. Es empfiehlt sich daher in den Fällen von Fußgeschwulst, in denen der begründete Verdacht (lokaler Druckempfindlichkeit, Schmerzhaftigkeit etc.) besteht, daß es sich um eine Verletzung der Mittelfußknochen handelt, die Röntgenuntersuchung in 8—10 Tagen zu wiederholen, da dieselbe dann oft Bruchlinien und Bruchkallus in deutlich erkennbarer Weise zeigt. Um sich das Auffinden der auf krankhafte Veränderungen verdächtigen Stelle zu erleichtern, kann man den durch senkrechten Druck festgestellten Schmerzpunkt auf dem Fußrücken mittelst Dermatographen markieren und den Abstand dieses Punktes von der entsprechenden Zehenspitze messen. Diese Distanz gibt dann einen Anhaltspunkt für das Auffinden feinsten Knochenveränderungen auf der Negativplatte. Jede plötzliche oder ungewöhnliche Belastung der Mittelfußknochen kann die Entstehungsursache der Verletzung abgeben; doch konnte bei 14% der Untersuchten trotz eingehenden Befragens eine bestimmte Gelegenheitsursache nicht ermittelt werden. Die Fußgeschwulst tritt bei Soldaten am häufigsten auf zur Zeit der ersten Exerzierübungen der Neueingestellten und zur Zeit der großen sommerlichen Manöver und Marschierübungen.

Die im Berliner Garnisonslazarette übliche Therapie der Mittelfußknochenbrüche besteht in Bettruhe, Hochlagerung des Fußes nach Anlegung eines festen, das Fußgelenk richtigstellenden Stärke- oder Gipsverbandes auf die Dauer von 14 Tagen, danach mäßig kräftige Massage und Bewegungen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 25—26 Tage. Die Prognose ist eine günstige. Bleibende Invalidität resultiert nur in den seltensten Fällen. Durch möglichste Schonung der Mannschaft beim Exerzieren, besonders der neuen Rekruten, durch erhöhte Aufmerksamkeit, namentlich beim Marschieren auf unebenem Boden, werden sich gewiß viele Fälle von Mittelfußknochenbrüchen verhüten lassen. GRÜNBAUM.

R. PETERS (St. Petersburg): Zur pathologischen Anatomie der Tetanie. Theoretisches und Experimentelles über die Genese der tetanischen Symptome.

Die Tetanie ist kein funktionelles, sondern ein organisches Leiden; ihr pathologisch-anatomisches Substrat ist eine Entzündung des extraduralen Gewebes, d. h. des trockenen, teilweise fetthaltigen Gewebes, welches den Duralsack umgibt und sich in die Intervertebralaräume hineinzieht, daselbst die Wurzeln und Ganglien einhüllend. Diese Entzündung — Pachymeningitis externa — zieht die vom betreffenden Gewebe eingeschlossenen Nervenwurzeln und Ganglien in Mitleidenschaft, in ersteren eine interstitielle Entzündung anregend — Neuritis interstitialis —, in letzteren Veränderungen veranlassend, die P. der Kürze wegen „Gangliitis“ nennt. („Deutsche Arch. f. kl. Med.“, Bd. 77, H. 1 u. 2.)

Diese Pachymeningitis externa besteht entweder aus kleinzelligen Infiltrationen mit Hämorrhagien oder aus fibrinösen Auflagerungen oder aus gallertartigen Infiltrationen ins epidurale Gewebe und tritt in disseminierten Plaques auf. Die Hämorrhagien finden nicht in ein gesundes, sondern in ein entzündlich infiltrierte Gewebe hinein statt, und nicht aus gesunden, sondern aus kranken Gefäßen mit veränderten Wänden, so daß sie nicht die Folge der Krämpfe sind, sondern eher denselben vorangehen. Die Blutungen finden mit Vorliebe aus den Gefäßen statt, welche in den Intervertebralanenschwellungen, zwischen Ganglion und vorderer Wurzel, liegen. Die pachymeningitischen Veränderungen nehmen mit Vorliebe die Gegend der Wurzel ein, kommen aber auch an anderen Stellen vor. Namentlich häufig leiden die 7. und 8. Zervikal- und die unteren Lumbal- und oberen Sakralwurzeln. Die Neuritis interstitialis findet sich sowohl in den motorischen wie in den sensiblen Wurzeln. Sie beschränkt sich ausschließlich auf den extraduralen Teil der Wurzeln; die peripheren Nerven sind frei. Der intradurale und intramedulläre Teil der Wurzeln ist ebenfalls meist frei; nur bisweilen finden sich in ihm leichte Degenerationen der Nervenfasern. Die „Gangliitis“ tritt auf: 1. als Proliferation der intrakapsulären Endothelien mit randständiger Vakuolisierung, 2. als Infiltration von Rundzellen und Leukozyten ins Stroma des Ganglion

zwischen die Nervenzellen hinein, letztere zerstörend, und 3. als Degeneration des Protoplasmas der Nervenzellen (Karyolyse, Zerstäubung, Koagulationsnekrose. Die Gangliitis, als endotheliale Proliferation und Protoplasma degeneration sich äußernd, ist nicht etwas der Tetanie allein eigentümliches; sie kommt auch bei anderen Krankheiten vor, die ohne Kontraktionen verlaufen. Wohl aber ist sie in ihrem Auftreten als interstitielles Infiltrat für Tetanie charakteristisch. Je stärker die Pachymeningitis, desto stärker die Muskelkontraktionen, desto kürzer die Pausen, so daß es in den schwersten Fällen zu permanenten tetanischen Zuständen in den betreffenden Gliedern kommen kann. BR.

Otto ROMMEL (München); Ein Fall von HENOCHScher Purpura.

Das Krankheitsbild der HENOCHSchen Purpura ist dadurch charakterisiert, daß zu einer Purpura mit Gelenkschwellungen noch heftige Abdominalerscheinungen treten mit Erbrechen, Darmblutung, Kolik und Tenesmen, welche die Szene beherrschen, und daß die Krankheit mit Exazerbationen und Remissionen verläuft. Es kommt zu mehrtägigen, wöchentlichen, ja, wie es scheint, selbst einjährigen Intervallen, worauf ein zweiter, dritter usw. Anfall unter Fieber einsetzt, so daß die Fieberkurve an eine „Intermittens“ erinnert, nur quasi auseinandergezogen, weniger regelmäßig. Die Beobachtung von R. ließ durch die Prägnanz der Symptome keinen Zweifel, daß es sich um HENOCHSche Purpura handle („Berl. kl. Wschr.“, 1903, Nr. 33). Die von HENOCH und anderen beschriebenen Fälle betrafen mit Ausnahme eines Falles ältere Kinder oder Erwachsene, bei welchen letzteren die Erkrankung meist schwerer, auch tödlich verlief. Für die Infektiosität der Erkrankung spricht im Falle R., daß wenige Wochen nach der Krankheit des Kindes die Mutter des Kindes, welche die Pflege in Händen hatte, an der gleichen Affektion erkrankte. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes, welche wiederholt vor und im Anfall vorgenommen wurde, fiel negativ aus und konnten die von LETZNERICH beschriebenen kurzen Stäbchen nicht nachgewiesen werden. Auffallend erscheint, daß bei der infektiös-rheumatoiden Natur der Erkrankung auch im vorliegenden Falle wie in den übrigen das Herz keinen pathologischen Befund erkennen ließ, was bei der bekannten Disposition des kindlichen Endokards für bazilläre Infektionen um so mehr auffallen muß und den Infektionsmodus vielleicht doch als einen auf intestinalem Wege zustande kommenden vermuten läßt. Die Therapie ist ausschließlich symptomatisch. G.

K. SCHAFFER (Budapest): Beitrag zur Lokalisation der zerebralen Hemianästhesie.

SCHAFFER kommt aus den Ergebnissen der DÉJÉRINE-LONGSchen Forschungen zu dem Schlusse („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 21), daß man im Gegensatz zur CHARCOTSchen Lehre von einem distinkten sensiblen Bündel im hintersten (retrolentikulären) Anteile der inneren Kapsel eine Vermengung der sensiblen Fasern mit der motorischen Bahn im hinteren Schenkel der inneren Kapsel annehmen muß, und belegt dies mit einer einschlägigen Erfahrung. In einem Falle dauernder, mit spastischer Hemiparese verbundenen Hemianästhesie und Hemianalgesie fand sich gerade der hintere Teil des hinteren Schenkels frei, während ein Herd außer dem vorderen Schenkel und dem Knie der inneren Kapsel noch etwa die vordere Hälfte des hinteren Kapselschenkels, aber nur den motorischen Teil der inneren Kapsel vernichtete. Der Sehhügel war direkt nicht betroffen; Herde, welche außerhalb des Sehhügels liegen, jedoch die Verbindung zwischen Thalamus und Hirnrinde zerstören, vermögen also auch konstante Hemianästhesien zu bewirken. INFELD.

V. KÉTLY und V. TORDAY (Budapest): Über den Wert der Zytodiagnostik bei der Beurteilung der Brust- und Bauchhöhlenflüssigkeiten.

Bei primären Pleuritiden tuberkulösen Ursprungs finden sich im Exsudate während des ganzen Verlaufes kleine zusammen-

fließende Lymphozyten in großer Anzahl, welchen sich mehr oder weniger rote Blutkörperchen beimischen. Endothelzellen sind in Exsudaten dieses Charakters nur in geringer Anzahl anzutreffen („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 1 u. 2). Bei sekundären, akuten, tuberkulösen Pleuritiden stimmt das Bild mit jenem, bei den primären, tuberkulösen Pleuritiden beschriebenen überein. Es kommt vor, daß in den ersten Tagen der Exsudatbildung die polynukleären Zellen im Übergewichte sind und man auch einige Endothelzellen sieht. In einigen Tagen verschwinden aber die Leukozyten und das Gesichtsfeld wird von Lymphozyten überschwemmt. Die chronische, tuberkulöse Pleuritis kann von den während des BRIGTSchen Übels und Herzerkrankungen auftretenden chronischen Prozessen in der Mehrzahl der Fälle kaum unterschieden werden, zumal dort neben Lymphozyten auch polynukleäre Leukozyten und Endothelzellen zu sehen sind; in den meisten Zellen ist das Bild so verwischt, daß die Formelemente voneinander kaum zu unterscheiden sind. In den im Verlaufe des BRIGTSchen Übels und der Herzerkrankungen auftretenden Brusthöhlenflüssigkeiten sind viele Endothelzellen, später auch Lymphozyten wahrnehmbar. Bei diesen Fällen ist es nur aus der großen Zahl der Endothelzellen möglich, auf den transsudativen Charakter der Flüssigkeit zu schließen.

Das Bild der während des BRIGTSchen Übels und der Herzerkrankungen auftretenden Wassersucht kann später mit den bei chronischer, sekundärer, tuberkulöser Pleuritis auftretenden Veränderungen übereinstimmen.

Bei den durch Pneumokokken verursachten Pleuritiden finden wir polynukleäre Leukozyten und Endothelzellen in großer Anzahl.

Bei Bauchflüssigkeitsansammlungen beliebigen Charakters findet man Lymphozyten und Endothelzellen oft in größerer Anzahl, weswegen die Zuständigkeit des Falles nur schwer beurteilt werden kann. Hier kann jener Fall vorkommen, daß bei tuberkulöser Peritonitis polynukleäre Leukozyten in überwiegender Zahl auftreten; deswegen wird, wenn man den Fall nicht wiederholt untersucht, eine Fehldiagnose gestellt. Bei solchen Fällen wird gerade die Zytodiagnose unsere Aufmerksamkeit auf eine Komplikation hinlenken. Die Zytodiagnose ist zum Nachweise des tuberkulösen Ursprungs der primären Pleuritiden verwendbar. Die hochgradige Lymphozytose der mit akuten Symptomen einhergehenden Fälle beweist den tuberkulösen Charakter des Leidens. Lymphozyten können bei Pleuralwassersucht anderen Ursprunges auch auftreten im späteren Stadium der Krankheit; da dienen aber dann anderen in der Flüssigkeit auffindbaren Formelemente und die die klinische Beobachtung als genügende Wegweiser.

Obzwar die Verf. die Lymphozytose für kein spezifisches Merkmal der Tuberkulose betrachten, behaupten sie doch den Standpunkt, daß jene Fälle der akuten Pleuritiden, bei welchen in der Flüssigkeitsansammlung während der ersten Tage viele Lymphozyten zu finden und keine, auf eine andere Erkrankung deutenden Symptome zu bemerken sind, für tuberkulös erklärt werden müssen.

Die Zytodiagnose ist für die Beurteilung der primären Pleuritiden im Anfangsstadium vom Standpunkte der Prognose aus von großer Wichtigkeit und besitzt als solche praktischen Wert.

BR.

BAUER (Warschau): Ein durch seine Lokalisation seltener Fall von Anthrax.

Es handelt sich um einen 20jährigen Patienten, der am 4. Dezember 1900 wegen Erkrankung des Penis in die Klinik kam. Anamnese: Am 3. November will der Patient am unteren Teile des Penis, hinter dem Präputium, in der Nähe der Peniswurzel, ein kleines Pickelchen bemerkt haben, worauf der Penis, dann aber auch der Hodensack zu schwellen begannen und eine die Norm um das 3fache übersteigende Größe erreicht haben. Der Arzt, an den sich der Patient gewandt hatte, diagnostizierte Pustula maligna, machte eine Karbolsäureinjektion und verordnete Umschläge zur Nachbehandlung. Die Geschwulst sowie die heftigen Schmerzen, welche den Kranken fürchterlich peinigten, begannen nachzulassen,

die Haut des Hodensacks und des Penis wurde aber brandig, so daß die Testes selbst, wie der Patient versicherte, vollständig frei lagen. — Im Krankenhause lag der Patient ca. 1 Monat. Sämtliche nekrotischen Teile haben sich in dieser Zeit abgestoßen. Der Patient verließ das Krankenhaus und begab sich nach dem städtischen Krankenhause. Es sei hervorgehoben, daß im Laufe des Sommers im Gehöft des Patienten 5 Stück Rindvieh gefallen sind, wobei die umgestandenen Tiere abgehäutet und die Felle im Stall aufgehängt wurden. Status bei der Aufnahme in das Krankenhaus: Penishaut in einer Entfernung von 0.5 cm vom Präputium erhalten, dann kommt in einer Ausdehnung von zwei Querfingerbreiten in Form eines breiten Ringes eine rein granulierende Fläche. Am Hodensack befindet sich in der Mittellinie gleichfalls eine 1.5 Querfinger breite granulierende Fläche. Nach mehrfachen Applikationen von Höllenstein wurde am 11. Dezember die Hauttransplantation nach THIERSCH vorgenommen, allerdings wegen der Lokalisation der granulierenden Oberfläche mit geringer Aussicht auf Erfolg. Narkose: Bromäthyl tropfenweise und Chloroform. Auskratzung der Granulationen. Stillung der Blutung mittelst in Chloroformlösung getränkten Tampons. Es wurden drei Lappen vom Oberscheekel transplantiert. Am 15. Dezember Verband. Sämtliche Lappen gut angeheilt. Am 9. Januar waren sämtliche Borken bereits abgefallen. Am 12. Januar hatte der Patient eine Erektion, wobei er im Penis keine Schmerzen fühlte, nur eine geringe Spannung der Haut. Der Penis ist vollständig gerade und ganz mit Haut bedeckt. Am Hodensack, wo die Höllensteinbehandlung noch fortgesetzt wird, ist ein kaum bemerkbarer Streifen granulierender Oberfläche zurückgeblieben. Am 13. Januar konnte der Patient, mit dem Ausgang der Operation vollständig zufrieden, entlassen werden („Chirurgia“, Bd. 12, Nr. 72). L—y.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Paris): Die vaginalen Injektionen in der Geburtshilfe, Gynäkologie und zu hygienischen Zwecken.

Verf. tritt der allzu häufigen Anwendung der vaginalen Injektionen entgegen („Presse med.“, 1903, Nr. 42).

Nach der Entbindung können durch dieselben Verletzungen an der Cervix usw. entstehen; hier ist es das beste, die Reinigung mit einer geringen Menge eines wirksamen Antiseptikums vorzunehmen, und zwar wählt CH. hierzu nur sehr konzentrierte Karbollösung (Acid. carbol. concentr., Glycerin aa. 55.0 auf 1 l Wasser). Injektionen geben Gelegenheit, in die inneren Geschlechtsorgane septische Massen einzuführen, auch kann das Injektionsmittel nicht nur keine nützliche, sondern eine schädliche Wirkung haben. Ganz zu verwerfen sind die Injektionen, welche nur aus hygienischen Gründen verordnet werden und welche die allerhäufigste Ursache der Sterilität (und der Entvölkerung Frankreichs) sind; die einfachste und scheinbar unschädlichste Injektion ist ein gewichtiges Hindernis der Befruchtung und, wenn sich dieselbe trotzdem einstellt, so versucht sie häufig und frühzeitig Abortus. Wenn der einfache Fluor albus sehr abundant, übelriechend wird, so hält CH. die einfach alkalischen Injektionen für viel besser, als alle Antiseptika, da sie die oft sehr saure Absouderung der Vaginalschleimhaut neutralisieren und auch die Befruchtung mehr begünstigen als verhindern. Abgekochtes Wasser, 10 g Natr. bicarbon. oder auch Natr. carbon. enthaltend, ist ein wirksames Mittel; ist die Vaginalschleimhaut geschwellt, gerötet, so kann man ein leichtes Adstringens wählen: Kamillen, Eichenrinden oder Eichenblätterabkochung, auch Tannin, für sich (1—3 g pro Liter) oder mit Natr. borac. (Tannin 3.0, Natr. borac. 10.0 auf 1 l Wasser). Im allgemeinen sind diese Adstringentien viel wirksamer als die schwachen Antiseptika, als 0.1—0.2%iges Kaliumpermanganat usw.; die Quecksilbersalze und besonders das Sublimat verwirft CH. Von hoher Wichtigkeit ist die Temperatur der Injektionen, welche gerade die des Körpers sein sollte. Für die wirklich septischen Affektionen der Gebärmutter ist direktes Eingreifen des Arztes notwendig; die Injektionen lenken von einer zweckdienlichen Therapie ab, täuschen eine solche vor und verzögern oder verhindern eine wirksame Behandlung. G.

Kleine Mitteilungen.

— Eine rationelle **Therapie der Retroflexio uteri** erfordert nach WINTERNITZ („Therap. Monatsh.“, 1903, Nr. 8) folgende Gruppierung: 1. Virgines oder sterile verheiratete Frauen mit kleinem, beweglichem retroflektierten Uterus. Ihre Beschwerden beziehen sich nicht nur auf den Unterleib und das Kreuz, sondern man hört von ihnen eine große Anzahl Beschwerden, die aber nicht reflektorisch durch die Retroflexio bedingt sind, sondern neurasthenischer, resp. hysterischer Natur sein dürften. Bei diesen Patientinnen muß jede lokale Behandlung unterbleiben, alle Maßnahmen auf Stärkung des Nervensystems gerichtet sein. Die zweite Gruppe umfaßt Patientinnen, die geboren haben und bei denen man bei erhaltenem Beckenboden einen vergrößerten retroflektierten Uterus findet. Durch Korrektur der Lage — sei es durch Pessar oder Operation — werden hier die in Kreuz- und Rückenschmerzen bestehenden Beschwerden beseitigt. Bei der dritten Gruppe ist infolge eines Dammrisses die Retroflexio mit Descensus vaginae verbunden; letzterer verursacht die subjektiven Beschwerden, das Gefühl des Drängens nach unten. Beseitigung des Descensus durch einen runden Zelluloidring oder durch Operation ohne Berücksichtigung der Retroflexio bringt die Beschwerden zum Verschwinden. Die letzte Gruppe umfaßt die Fälle von Retroflexio, die kompliziert sind mit Endometritis, Pelveoperitonitis, Adnexerkrankungen usw. Hier sind diese Komplikationen maßgebend für die subjektiven Symptome und die Therapie, die meist eine operative sein dürfte.

— In einem auf dem Dermatologen-Kongreß in Sarajewo gehaltenen Vortrage berichtet SACK über seine therapeutischen Erfahrungen mit dem neuen gereinigten, farblosen Teer **Anthrasol**. Damit liegen zum erstenmale chemisch-therapeutische Studien über die wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers vor. Das Anthrasol ist ein hellgelbes, dünnflüssiges Öl von hohem Durchdringungsvermögen für die Haut, welches stärker therapeutisch wirksam ist als der gewöhnliche Teer und auch die Wäsche in keiner Weise beschmutzt. S. hat über 100 Fälle mit Anthrasol behandelt. Bei allgemeinem Pruritus wird Anthrasol am besten in 10% alkoholischer Lösung appliziert, bei Pruritus ani, Lichen ruber usw. kann man stärkere Konzentrationen, u. zw. 20—30%, wählen. Bei Kopfkopfschmerzen, Seborrhoea, Pityriasis, Defluvium reichen 1—5% vollkommen. Bei Ekzemen — ganz akute Reizekzeme bilden natürlich eine Kontraindikation — wirkt eine Anthrasolzinkpaste oder -Glycerin-salbe vorzüglich. S. empfiehlt besonders:

Rp. Anthrasol (KNOLL)	5·0
Lanolin	5·0
Ungu. glycerin.	ad 50·0

Diese Salbe wirkt auch eminent juckstillend.

— Die **Therapie des Ulcus cruris** an der v. BERGMANN-schen Klinik ist folgende: Bei geringeren Stauungen genügt die Flanellbinde, welche in aufsteigenden Touren von den Zehen bis zum Knie angelegt wird. Bei stärkerer Stauung kommen drei Verbände in Betracht: 1. Kambrikbinde, darüber Stärkebinde; oder 2. Verband mit Barchentbinde, deren Innenseite mit dem von v. OETTINGEN zur Klumpfußbehandlung angegebenen Mastix (Terebint. 15·0, Mastix 12·0, Coloph. 28·0, Spir. cin. (90%ig) 180·0, Äther 20·0) befeuchtet ist, wodurch ein harter komprimierender Verband entsteht; oder 3. Zinkleimverband. An der Stelle des Geschwürs macht man im Verbands ein Fenster und behandelt das Geschwür bei starker Sekretion mit Jodoformpulver, später mit Hebrasalbe. Wird einer der drei letzteren Verbände angewandt, so läßt man zwischen jedem Verbandwechsel 8 Tage verstreichen. Die Heilung erfolgt trotz ambulanter Behandlung meist in 3 bis 4 Wochen; bei großen hartnäckigen Geschwüren ist entsprechend längere Zeit erforderlich. Für die bessere Praxis ist zu komprimierenden Verbänden die allerdings etwas teure Pasta peptonata SCHLEICH empfehlenswert.

— Die schnelle Wirkung des **Mesotan** bei akutem und chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus und bei verwandten Affektionen hebt DOMKE hervor („Medico“, 1903, Nr. 38). Verf. hat besonderen Wert darauf gelegt, hartnäckige, schwere Fälle mit dem Mittel zu behandeln, um hieraus den etwaigen Vorzug des Mesotans vor den anderen Mitteln zu erkennen. Die Erfah-

rungen, die er hierbei gesammelt hat, sind im ganzen gute. Ungünstige Nebenwirkungen, wie Ekzeme, hat D. in keinem Falle beobachtet. Der Preis des Mesotans ist noch etwas hoch. Dennoch ist in allen schwereren Fällen ein Versuch mit Mesotan zu machen.

— Das **Chloroform** ist ein **Gegenmittel nach Einatmung nitroser Dämpfe** („Ärztl. Sachverst.-Ztg.“, 1904, Nr. 1). Nach dem Einatmen salpetrigsaure Dämpfe, wie es in Salpetersäurefabriken leicht vorkommt, können sich trotz anfänglich ungestörten Wohlbefindens tödliche Krämpfe einstellen. Diese sollen durch Gebrauch von 3—5 Tropfen Chloroform, innerlich angewandt, beseitigt werden können. Die Rheinisch-Westfälische Sprengstoff Aktiengesellschaft zu Troisdorf hat demgemäß eine Unfallverhütungsvorschrift erlassen, wonach im Nitrierhause drei plombierte Tropfgläschen mit je 0·5 g Chloroform vorrätig sein sollen, von deren Inhalt vorkommendenfalls entsprechend Gebrauch gemacht werden soll.

— Über **Bismutose und Entero-Kolitis** berichtet BIEDERT („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 9). Verf. hat in einem Falle von Wurstvergiftung mit der bekannten starken allgemeinen Abgeschlagenheit und einer angeschlossenen heftigen Enteritis 2 oder 3 Tage Bismutose zu dreimal täglich 5 g mit promptem Erfolge gegeben. Durch Kamilleneinläufe läßt sich gegebenenfalls die stopfende Bismutosewirkung beseitigen. Bei Säuglingen kann man sich entsprechend dem Wismutgehalt auf die 3- (höchstens 5-)fache Dose gegenüber den Wismutsalzen, also etwa auf 1 g Bismutose statt 0·3 Bismut. subnit. mehrmals täglich, beschränken. Ein bequemes Verabreichungsverfahren ist: Man setzt zu der Bismutoseportion erst einen Tropfen Flüssigkeit und verreibt ihn, dann wieder einen und so weiter, bis die ganze Pulvermenge benetzt und endlich ein dicker Brei geworden ist, der sich dann beliebig weiter mit Flüssigkeit mischen läßt.

— Über **Ätherlähmungen** schreibt SCHULZ („Deutsche milit. Zeitschr.“, 1903, Nr. 6). Nach Injektion von 1 g Äther unter die Haut an der Streckseite des rechten Unterarms hatte ein 29jähriger Pat. schon am nächsten Morgen eine Lähmung der rechten Daumenstrecker und des Streckers des kleinen Fingers an derselben Seite dargeboten. Die elektrische Erregbarkeit der genannten Muskeln war erloschen, es bestand Entartungsreaktion. Interessant ist, daß der gemeinschaftliche Fingerstrecker hier nicht beteiligt war. Nach Verf. ist, da in diesem Falle die Kapsel zwischen Haut und Muskelhaut geblieben und eine Durchstechung der letzteren nicht erfolgt war, das Zustandekommen einer Lähmung auch ohne Verletzung der Fascie möglich. Ist das der Fall, so scheinen nur wenig ausgedehnte Lähmungen zu entstehen. Jedenfalls mache man die Einspritzung vorn auf der Brust oder an der seitlichen Rumpfwand. Muß sie am Unterarm gemacht werden, so wähle man die untere Hälfte der Streckseite.

— Über die systematische antifebrile Behandlung des Unterleibstypus mit **Pyramidon** hat VALENTINI Versuche angestellt („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 16). Er fand: Man kann durch fortgesetzte, Tag und Nacht in zweistündlichen Zwischenräumen gereichte Dosen von Pyramidon bei allen Fällen von Typhus abdominalis die Temperatur auf die Norm oder fast auf die Norm herabdrücken. Dadurch wird auch der Puls und das Sensorium sehr günstig beeinflusst, die Pflege hervorragend erleichtert. Ungünstige Wirkungen des Mittels kommen nicht zur Beobachtung. Eine spezifische Wirkung auf den Unterleibstypus scheint nicht zu bestehen, jedoch haben wir den Eindruck, daß der ganze Krankheitsverlauf sehr günstig beeinflusst wird. Die Auswahl der richtigen Dosis erfordert wie bei jeder medikamentösen Behandlung eine gewisse Übung. Die richtige Dosis ist jene, bei welcher der Kranke dauernd fieberfrei ist. Bei Kindern genügen dazu 0·1—0·2 g zweistündlich, bei Erwachsenen 0·3—0·4 g, je nach der Schwere des Falles. Man gebe anfangs dreist größere Dosen, da auch ein starkes Sinken der Temperatur (35·0) keinen Schaden bringt. Ist der Kranke einige Tage fieberfrei, so kann man die Dosis ermäßigen. Wenn man annehmen darf, daß die Fieberperiode abgelaufen ist, so kann man das Medikament ein- bis zweimal probeweise aussetzen; man läßt es aber erst dauernd fort, wenn der Kranke fieberfrei bleibt.

— Die **chirurgische Behandlung des perforierten Typhusgeschwürs** diskutiert ARMOUR („Lancet“, 1903, Nr. 38). Die meisten

Perforationen kommen in der 3. Woche vor. Meist sitzt die Perforation im untersten Teile des Ileum, seltener in der Flexura sigmoidea, noch seltener im Blinddarm oder im Wurm. Die Perforation ist gewöhnlich einzeln und klein, doch ist die Umgebung häufig sehr verdünnt. Da die Symptome der erfolgten Perforation oft recht unklar sind, so muß jede Veränderung genau beobachtet werden; von großer Wichtigkeit ist die Zählung der Leukozyten; um aber ein klares Urteil zu gewinnen, sollte diese Zählung vom Beginn der Erkrankung an regelmäßig vorgenommen werden, da nur so eine plötzliche Vermehrung der Leukozyten sofort entdeckt und richtig gewürdigt werden kann. Die einzige Behandlung besteht in der möglichst frühzeitig vorzunehmenden Laparotomie. Bei Verdacht auf Perforation mache man lieber eine vergebliche Probepaprotomie unter Lokalanästhesie; ein solcher Eingriff bringt keinen Schaden; wartet man dagegen auf Zeichen von Peritonitis, so ist ein Eingriff meist aussichtslos. Bei frühzeitiger Diagnose und Eingriff kann man auf 40—50% Erfolge rechnen.

— Über **Kathetersterilisation** schreibt KUTNER („Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane“, 1903, Nr. 2): Der Apparat K.s stellt eine Flasche dar, deren Hals, wie die Touristentrinkbecher, zusammenschiebbar ist; unten befinden sich eine Spirituslampe mit hermetisch schließendem Deckel und zusammenklappbare Beine. Um den Apparat in Funktion zu setzen, zieht man den Flaschenhals aus, gießt in die obere Öffnung zirka $\frac{1}{4}$ Liter Wasser, wartet nach Entzünden der Flamme, bis die Dampfentwicklung voll im Gang ist, und hängt an dem Stopfen den Katheter hinein. Der Dampf steigt nun, die Außenseite des Katheters sterilisierend, nach oben, findet den Apparat verschlossen und kann ihn nur durch das Auge und durch das Innere des Katheters — dieses gleichzeitig sterilisierend — bzw. durch den durchbohrten Stopfen verlassen. In 7 Minuten ist der Katheter dann sicher steril und gebrauchsfertig.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Geburtshilfe für Ärzte und Studierende. Von Dr. Paul Zweifel, ord. Professor und Direktor der geburts-hilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Leipzig. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 237 teils farbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1903, Ferd. Enke.

Das ZWEIFELsche Lehrbuch erfreut sich einer nicht geringen Beliebtheit, Beweis dessen, daß seine fünfte Auflage soeben erschienen ist. Der Lehrstoff ist in demselben, entsprechend den Kreisen, für die er bestimmt ist, gut bearbeitet und diesem Umstande verdankt es auch die Verbreitung, die es gefunden. Der Fachmann allerdings wird in diesem Lehrbuch manches vermissen und

mit manchem nicht ganz einverstanden sein. Auffallend ist es beispielsweise, daß Verf. die Schädelgeburten, bei denen den ganzen Geburtsakt hindurch die große Fontanelle den tieferstehenden Punkt bildet, nicht erwähnt. Dies wäre schließlich nebensächlicher, wichtiger aber ist der Umstand, daß er das subpyämische Fieber im Puerperium vollständig übergeht, so daß der Leser nichts davon erfährt, daß es im Puerperium auch fieberhafte Zustände gibt, die nicht auf Infektion, sondern auf einer Intoxikation beruhen. Auch in der Operationslehre findet sich manches, mit dem nicht jeder übereinstimmen wird, so z. B. die Wiederaufnahme der seinerzeit von LANGE und SCANZONI empfohlenen Drehungen des Kopfes mit der Zange bei Querstellung derselben und die Anwendung des Hebels. Abstrahiert man von diesen hier und da zu machenden Aussetzungen, so kann man immerhin dieses Lehrbuch zu den guten und brauchbaren zählen.

KLEINWÄCHTER.

Die Brille und ihre Geschichte. Von Dr. Emil Bock. Wien 1903, Josef Šafář.

„Wenn man in unserer Zeit eine größere Menge von Menschen betrachtet, findet man darunter nicht wenige, welche sich eines Glases bedienen, um in der Nähe oder in die Ferne besser zu sehen.“ Es fällt uns gar nicht mehr auf und nur die wenigsten denken daran, daß auch die Brille ihre Geschichte hat, daß auch sie sich aus dürftigen Anfängen durch die Arbeit der Wissenschaft und der gewerblichen Kunst zu ihrer jetzigen Vollendung hat entwickeln müssen. Diese Geschichte hat nun BOCK geschrieben, und zwar in recht fesselnder, anregender Weise. Es ist seiner Sache sehr förderlich, daß er ein Verzeichnis von bildlichen Darstellungen, auf denen die Brille vorkommt, zusammengestellt und in den Text seines Büchleins 32 Abbildungen eingefügt hat, durchwegs gute Reproduktionen berühmter Bildwerke und für die Geschichte der Brille von Bedeutung. Wir finden darunter Raphaels Papst Leo X., den hl. Hieronymus von Ghirlandajo u. a. m. Die Ausstattung des kleinen Werkes ist vortrefflich.

Br.

Therapie der Harnkrankheiten. Vorlesungen für Ärzte und Studierende. Von Prof. Dr. C. Posner in Berlin. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Das vorliegende Buch umfaßt in 14 Kapiteln die wichtigsten Prinzipien der Therapie der Harnkrankheiten, die es in einer den Bedürfnissen des Praktikers sorgfältig Rechnung tragenden Weise darlegt und erörtert. Der Verf. hat auch die neuesten Errungenschaften, zumal in der Erkennung und Behandlung der Nierenkrankheiten, seinem kleinen Werke einverleibt und dasselbe schon dadurch weit über das Maß der so häufig auftauchenden Kompendien in usum practici erhoben.

Gl.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

II.

— Anfangs Februar 1904.

Der Januar des neuen Jahres brachte unseren ärztlichen Kreisen ein wissenschaftliches Ereignis von Bedeutung, nämlich einen Vortrag Sr. Exzellenz des Wirklichen Geheimen Rates Prof. v. BEHRING aus Marburg im Verein für innere Medizin „Über Tuberkulose“, über dessen wesentlichen Inhalt ich bereits berichtet habe. Der Abend des 18. Januar gestaltete sich zu einer Festsitzung. Eine ungemein zahlreiche Versammlung von Ärzten und von den angesehensten Persönlichkeiten der Ministerien, der Stadt, des Staates hatte sich in dem für diese Gelegenheit gewählten großen Saale des LANGENBECK-Hauses eingefunden. Viele waren dem Gaste zu Ehren in Gesellschaftstoilette erschienen.

Die Frage der Tuberkulose ist seit dem Londoner Vortrage ROB. KOCHs wieder in Fluß gekommen und von BEHRING mit großem Eifer studiert, in vielen wissenschaftlichen und populären

Veröffentlichungen behandelt, auch auf dem Kasseler Naturforschertage besprochen worden. So war es denn erklärlich, daß dem hiesigen Vortrage des Marburger Forschers mit größter Spannung entgegengesehen wurde, und dies um so mehr, als BEHRING zugleich in der „Berliner klinischen Wochenschrift“ durch eine Reihe von „Thesen“ sein wissenschaftliches Glaubensbekenntnis über die Tuberkulosefrage festlegte.

BEHRING nimmt in dieser Frage, auf Grund seiner systematischen Untersuchungen über die Gewinnung von Tuberkulose-Antitoxin und von Immunkörpern eine ganz eigenartige, durchwegs originelle Stellung ein, die zum Teil in diametralem Gegensatz zu den gegenwärtig herrschenden Anschauungen steht. Um sich über BEHRINGs Ansichten einigermaßen ein Urteil zu bilden, muß man einen kurzen Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung der Tuberkuloselehre im Laufe der letzten 21 Jahre werfen.

Als im Jahre 1882 ROBERT KOCH (gleichzeitig mit ihm auch PAUL v. BAUMGARTEN) den Tuberkelbazillus entdeckt und an die Stelle des bis dahin supponierten „Virus“ gesetzt hatte, wurde diese bakteriologische Errungenschaft sofort zu einem bedeutungsvollen Wendepunkt. Sie leitete eine neue Epoche ein. Die hygienische Seite der Frage hat KOCH, dem wir die Kultur- und Färbverfahren sowie die Entdeckung des Tuberkulin verdanken, energisch

ausgebaut. Praktisch wichtig für Ärzte und Bevölkerung war, daß er die Bazillen der Menschen- und der Rindertuberkulose (Perlsucht) damals für identisch erklärte und auf die Möglichkeit intestinaler Infektion durch virulente, in Fleisch und Milch befindliche Bazillen großes Gewicht legte. Die Folge davon war eine Umwälzung in der öffentlichen Gesundheitspflege und in der Gewinnung sowie Konservierung von Kindermilch. Die Medizinalpolizei regelte den Verkehr mit Marktmilch und die Hygieniker wiesen eindringlich auf die Notwendigkeit einer Abtötung der Bazillen in der Milch hin. SOXHLET führte die Sterilisation im streng bakteriologischen Sinne ein, die lange Jahre als *Conditio sine qua non* galt, bis das kumulierte Auftreten von BARLowscher Krankheit Bedenken gegen sterilisierte Milch rege machte. Man ging dann vor einigen Jahren auf die Behandlung der Milch mit geringeren Wärmegraden (Pasteurisieren) zurück und auch das alte „Aufkochen“ kam wieder in Gebrauch. Andererseits wurde aber, besonders von BIEDERT, betont, das erstrebenswerteste Ziel sei eigentlich die Gewinnung einer von Haus aus keimfreien Milch.

Nach und nach trat die Furcht vor intestinaler Infektion (Fütterungstuberkulose) angesichts der Seltenheit primärer Darmtuberkulose in den Hintergrund, dafür aber fand die Inhalationstuberkulose, entstehend durch Einatmung zerstäubter, bazillenhaltiger Sputa etc., allgemeine Annahme. Mit der Voraussetzung dieser Pathogenese für weitaus die meisten Infektionen durch Tuberkulosebakterien war auch die Richtung für die Prophylaxe gegeben. Alle sanitären Maßregeln, alle Wohlfahrtseinrichtungen und alle Schöpfungen auf dem Gebiete der Volkshelstätten beruhen auf dem Kampfe gegen die direkte, respiratorische Infektion.

Da kam ganz unerwartet KOCHs Erklärung, daß auf Grund seiner mit SCHÜTZ ausgeführten Untersuchungen die Bazillen der menschlichen Tuberkulose beim gesunden Rind nicht haften und daß umgekehrt die Bazillen der Rindertuberkulose auf den Menschen nicht übertragbar seien. Diese dem ersten Standpunkte KOCHs diametral entgegengesetzte Ansicht von der Unschädlichkeit bazillenhaltiger Kuhmilch mußte als logische Konsequenz die Aufhebung aller milchhygienischen Schutzmaßregeln ergeben, da diese nunmehr überflüssig sein mußten. Vorläufig hat man aber an den erst mit vielen Mühen und Kosten eingeführten prophylaktischen Anordnungen bezüglich des Molkereiwesens zum Glück nichts geändert.

Dennoch war unverkennbar das Publikum, waren die Ärzte und die Milchproduzenten in der ihnen bisher mühsam anezogenen Vorsicht gegenüber roher Kuhmilch irre geworden. Diese Verwirrung hat sich nunmehr noch gesteigert, seitdem BEHRING erklärt hat, daß die Tuberkulose nicht durch Inhalation von spezifischen Bazillen auf den Menschen übertragen wird, sondern in der ersten Epoche des Säuglingsalters durch den Genuß bazillenhaltiger Milch. In dieser Zeit entbehrt nach BEHRING die Darmschleimhaut noch der sie später vor parasitären Einwanderung schützenden Schicht. Die Infektion erfolgt also, wie er meint, in der frühesten Lebensperiode. Dispositionen gibt es nicht, vielmehr ist jedes Kind gleich empfänglich. Sind aber einmal Bazillen mit der Nahrung in den Körper gelangt, so können sie Jahre, selbst jahrzehntelang, latent und virulent verbleiben, bis sie, auf dem Wege der Zirkulation verschleppt, Lungenphthise oder allgemeine Miliartuberkulose erregen.

Es konnte nicht verwundern, daß diese Aussprüche BEHRINGs Befremden und Opposition hervorriefen. In der Diskussion zu seinem Vortrag gaben B. FRÄNKEL und A. BAGINSKY ihrer Meinung Ausdruck, daß die Übertragung auf dem Wege der Atmung die erste Stelle unter den ätiologischen Momenten einnimmt und daß gerade auf der Abwehr nach dieser Richtung hin die bereits erfolgte Besserung der Tuberkulosemortalität und die günstigen Einflüsse der Heilstätten zu erklären seien. Es würde zu bedauern sein, wenn diese Abwehr erlahmte.

Allerdings ist ja auch nicht zu leugnen, daß BEHRINGs Einwurf, eine inhalatorische Übertragung sei nicht erwiesen, wohl zu weit geht und daß andererseits auch seine Theorie von der intestinalen Übertragung, die ja nur auf Untersuchungen an jungen Tieren gestützt ist, ebenfalls für den Menschen

erst zu beweisen wäre. Hypothese steht hier eben gegen Hypothese und weitere Erfahrung muß erst lehren, welche richtig ist, ebenso wie die Behauptung KOCHs, bazilläre Kuhmilch könne keine Tuberkuloseinfektion des Menschen bewirken, erst noch der Nachprüfung bedarf. Auf jeden Fall ist die Frage noch eine offene; ja sie ist durch KOCH und BEHRING, noch viel komplizierter geworden als sie bisher war.

Soweit sich aus den Äußerungen über BEHRINGs Theorie ein Urteil über die Ansicht der meist aus Praktikern bestehenden Zuhörerschaft erkennen ließ, so stand diese der neuen Lehre ziemlich skeptisch gegenüber und es dürfte wohl auch für die weiteren Schlüsse des Vortragenden, betreffend die Herstellung von „Immumilch“, das Abwarten weiterer Erfahrungen gerathen sein. Aus seinen Tierversuchen glaubt BEHRING den Schluß ziehen zu dürfen, daß die in der Rohmilch enthaltenen Antikörper, die Vermittler natürlicher fermentativer Prozesse, durch Erhitzen der Milch zerstört werden. Sie geht dann ihrer Schutzkraft, der Antitoxine, verloren. Um diese zu konservieren, will er sich nur eines durch Geschmack und Geruch sich nicht verratenden chemischen Mittels (Formalin 1:5 bis 10.000) bedienen, welches die Milch bis zu acht Tagen unverändert erhält. Wie sich Ärzte, Landwirte und Publikum zu dieser Formalinmilch stellen werden, muß die Zukunft lehren. Ebenso zu BEHRINGs Behauptung, daß die Lungentuberkulose nicht auf aërogenem Wege, wie man es z. B. als die Regel annimmt, sondern nach alimentärer Infektion, auf hämatogenem Wege, entsteht. Immerhin waren die Auseinandersetzungen des berühmten Forschers, der sich zur Zeit, um ab ovo zu beginnen, der Rinderimmunisierung widmet, von höchstem Interesse. Sie werden viel Anregung bieten.

Eine andere „Allgemeine Ärzerversammlung“, die am 28. Januar unter dem Vorsitze Sr. Exzellenz des Geheimen Rates v. BERGMANN, des hochverdienten Verfechters unserer idealen und materiellen Interessen, stattfand, galt der Krankenkassenfrage. Es handelte sich nicht etwa um einen Ausstand, um einen Lohnkampf gegen die Kassen, sondern um einen Kampf von Ärzten gegen Ärzte; der Verein „Freie Arztwahl“ der seit Jahren das Prinzip der Gleichberechtigung aller Kollegen bei Behandlung von Kassenkranken vertritt, war gegen den „Verein Berliner Kassenärzte“ aufgetreten, an dessen Kassen ausschließlich festangestellte Ärzte fungieren, der also keine freie, sondern nur beschränkte Arztwahl besitzt. Selbstverständlich stemmt sich dieser Verein, der sich seinen sicheren Besitz nicht nehmen lassen will, gegen die „freie Arztwahl“ und, um diese von sich fern zu halten, hatte der Vorstand allen Ärzten seines Vereines die Aufforderung zugehen lassen, sich auf 5 Jahre zu binden. Wer binnen kurzer Frist diesen Revers nicht unterzeichnet, sollte als ausgeschieden betrachtet werden. Nur einige 60 Ärzte hatten diesen Revers unterzeichnet. Dennoch faßte der Verein „Freie Arztwahl“ schon diese Aufforderung als eine Art Pression auf, die vom ethischen und kollegialen Standpunkt aus zu mißbilligen sei. Sehr scharf prallten die Gegensätze aufeinander und hell beleuchteten mit schlagender Dialektik besonders San.-Rat Dr. KÄHLER und Reichstagsabgeordneter Dr. MUGDAN die Situation. An demselben Tage hatte schon die Berlin-Brandenburgische Ärztekammer in ihrer Sitzung, in welcher sie beschlossen hatte, daß jeder Arzt etwaige Verträge mit Kassen zuvor der Vertragskommission der Ärztekammer zur Prüfung und eventuellen Genehmigung vorzulegen habe, seine Mißbilligung über das Vorgehen des Vereines der Kassenärzte ausgesprochen. Diese Mißbilligung fand nun auch in der ziemlich stürmischen Ärztersammlung entschiedenen Ausdruck. Doch Dank der würdevollen und sachlichen Leitung durch v. BERGMANN glätteten sich die empörten Wogen, vom Geist der anzustrebenden Aussöhnung vorhandener Gegensätze glaubte man einen Hauch zu verspüren und dahin zielt auch die zum Entgegenkommen mahnende Resolution. Die Versammlung verlangte insbesondere, daß die Reverse annulliert und die Ärzte nicht über 1905 hinaus vinkuliert würden. Dampf grollend verzog sich das Gewitter und — siehe da, am folgenden Tage glänzt schon der Regenbogen, das Symbol des Friedens am Himmel unserer Ärzteschaft. Der Vorstand des Vereines Berliner Kassenärzte hatte in einer außer-

ordentlichen Generalversammlung die Erklärung abgegeben, daß er die Unterschriften der Verträge für ungültig erklären und zurückziehen werde, damit seine Mitglieder freie Hand behalten und eine Einigung nicht erschwert werde. Dieser Beschluß ist sehr ehrenvoll, kollegial und, man muß hinzufügen, von anerkannter Selbstlosigkeit. Wie ein Alp wird es vielen von der Brust genommen sein, daß auf diese Weise ein interkollegialer Konflikt vermieden und das Prinzip der „Freien Arztwahl“ sich in nicht zu ferner Zeit als das einigende Band um alle hiesigen Ärzte schlingen wird.

2

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XVI.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

NENADOVICS (Franzensbad): Geschlechtliche Unempfindlichkeit der Frauen (Anaesthesia sexualis).

Über das geschlechtliche Leben der Frauen finden wir in den Lehrbüchern der Gynäkologie soviel wie gar nichts. Es scheint, daß die Gynäkologen die Anaesthesia sexualis des Weibes in das Gebiet der Psychiatrie und der Neurologie versetzen.

Nach Vorausschickung der anatomischen Grundlage und der Psychophysiologie des Geschlechtslebens geht N. auf den eigentlichen Gegenstand seines Vortrages über. Er versteht unter Anaesthesia sexualis sowohl eine herabgesetzte oder gänzlich fehlende Funktion aller nervösen Bahnen und Zentren, als auch jener Muskelgruppe des Genitalapparates, welche an dem Koitus Anteil nimmt, ohne Rücksicht auf den Grad und die Herkunft derselben. Der von KRAFFT-EBING unter demselben Namen beschriebene Zustand stellt nur eine Unterart dessen dar, was Votr. unter Anaesthesia sexualis versteht. Er unterscheidet 8 verschiedene Unterarten (Formen) der Anaesthesia sexualis.

Jede dieser Unterarten ist von N. ausführlich beschrieben und gekennzeichnet worden. Das Fehlen des Wollustgefühles beim Koitus (Anaphrodisie, KRAFFT-EBING) ist nur ein gemeinschaftliches Symptom für alle Formen der Anaesthesia sexualis. ROHLFEDER und KIRSCH fassen dieses Symptom als eine Krankheit sui generis auf, und geben besondere Merkmale derselben an. Diese Merkmale sind von N. einer Kritik unterzogen worden. — Weiter werden die Folgezustände der Anaesthesia sexualis besprochen. Diese Folgezustände charakterisiert KRAFFT-EBING mit folgenden Worten: „Die Bedeutung des Wollustgefühls beim sexuellen Akt ist für das physische, psychische und soziale Wohl der Individuen keine geringe.“

Die Diagnose soll sich nie mit der Konstatierung der Anaphrodisie begnügen, sondern in jedem Falle entscheiden, mit welcher der Unterarten man es zu tun hat. Nach der sorgfältig aufgenommenen Anamnese schreite man zur Untersuchung der Genitalien und des Nervensystems. Der Umstand, daß man in jedem Falle auch die Untersuchung der Geschlechtsorgane vornehmen muß, beweist am trefflichsten, daß die Anaesthesia sexualis des Weibes mehr in das Gebiet der Gynäkologen als in das der Psychiater gehört. Für die Prognose haben die ätiologischen Momente und die Dauer der krankhaften Erscheinung große Bedeutung.

Die Behandlung muß stets eine kausale und symptomatische sein. Allgemeine Kräftigung, sexuelle Hygiene und psychisch pädagogische Beeinflussung sind in jedem Falle am Platze. Alle Lokalerkrankungen müssen nach speziellen Regeln behandelt werden. In gewissen Fällen ist es notwendig, das Nervensystem, und speziell die sexuelle Sphäre, zu beruhigen, in anderen Fällen wieder sie zu exzitieren. Es ist die Zeit gekommen, wo es für den Gynäkologen unumgänglich notwendig geworden ist, sich mit den diätetisch-physikalischen Methoden der allgemeinen Behandlung vertraut zu machen, ebenso wie er auch die Methoden kennen muß, um den Zustand des Nervensystems zu untersuchen. Nur in entsprechenden Kurorten finden solche Kranke die erforderlichen Heilbedingungen beisammen. Franzensbad bietet auch für die Behandlung der Anaesthesia sexualis alle erforderlichen Heilmittel

in Fülle. Diese gestatten die Behandlung jedem Falle entsprechend anzupassen und dieselbe abwechslungsreich zu gestalten. Den Moorbädern, Stahlbädern und besonders auch den Kohlesäuregasbädern verdankt N. die guten Erfolge, welche er hauptsächlich bei Anaesthesia sexualis physiologica protracta und bei Anaesthesia sexualis acquisita functionalis erzielt hat.

TUSZKAI (Budapest): Physikalische Behandlung in der Frauenheilkunde.

Die Biersche Methode, durch Stauung chronische Krankheiten zu heilen, führte in der Gynäkologie dazu, um durch Hyperämie die tieferen Gewebeschichten zu beeinflussen, trockene Heißluft therapeutisch zu verwerten. Diese Behandlung ist nicht der Anwendung des heißen Wassers zu vergleichen. Bei heißer Luft ist nämlich die Hautatmung eine sehr große. In den ersten Minuten entsteht zwar zuerst Schweiß, derselbe verdunstet aber sehr schnell und bewirkt dadurch große Wärmeabgabe. Wir können durch die Anwendung des Heißluftapparates günstig auf die Resorption von Beckenexsudaten einwirken. Experimente bestätigen, daß in der Tat die Tiefenwirkung bei der Einwirkung hoher Temperaturen vorhanden ist. Die Experimente wurden an Hunden ausgeführt, denen Thermometer unter die Haut oder durch den Mastdarm in das Becken eingeführt wurden. Der zu verwendende Apparat muß sehr hohe Temperaturen auf einem beschränkten Raum in gleichmäßiger Weise anzuwenden gestatten. Dieses erreicht der HILZINGERSCHE Zirkulations-Heißluftapparat, welchen Votr. demonstrierte. Verschiedene Disposition der Haut gegen hohe Temperaturen macht es jedoch erforderlich, allmählich mit den Temperaturen zu steigen, hierdurch kann man ohne Verbrennung die Einwirkung von Wärmegraden von 80—90° vertragen. Eine objektive Veränderung der Exsudate konnte Votr. jedoch nie konstatieren, hingegen schwanden die Schmerzen vollständig und die Kranken fühlten sich wohl und wurden arbeitsfähig. Vielleicht beschleunigt der Apparat das Chronischwerden der Exsudate. Auf die Darmfunktion wirken die hohen Temperaturen äußerst günstig ein. Das Körpergewicht nimmt unter der Behandlung bedeutend ab.

Heinsius berichtet über günstige Erfolge mit dem BIRASCHEN Heißluftkasten. Temperaturen bis über 100° wurden vertragen. Infiltrate lassen sich daher zur Resorption bringen, größere Exsudate naturgemäß nicht.

Schücking betont, daß das lebende Protoplasma keine Temperatur höher als 45° verträgt.

Fellner glaubt die Hauptursache der Besserung auf die Bettruhe zurückzuführen zu müssen. Der vorgeführte Apparat garantiert nicht genügende Trockenheit der Luft.

FELLNER (Wien-Franzensbad): Zur Frage der Divertikeleinbettung in der Tube. (Vorläufige Mitteilung.)

Auf Grundlage von drei (2—3 Wochen alten, in lückenlosen Serien geschnittenen Tubeneiern aus dem Laboratorium des Professors WERTHEIM in Wien, deren Befunde sich zum Teil mit denen von MICHOLOTSCH aus dem gleichen Institute decken, kommt F. zu folgenden Ansichten: Die Divertikeleinbettung ist nicht etwas Zufälliges, sondern der Tubargravidität Eigentümliches. Wenn dies von den Autoren nicht immer gefunden wurde, so liegt dies daran, daß keine lückenlosen Serien gemacht wurden.

Nur lückenlose Serien können nachweisen, wo ehemals das Haupttubenschleimhautrohr verlief. Den von WERT hervorgehobenen Unterschied in der Art der Einbettung bei isthmischer und ampullärer Gravidität führt F. auf die Verschiedenheit der Tiefe der Divertikel in den beiden Abschnitten zurück. Der Autor weist dann zunächst nach, daß die Divertikel ihrer Größe und Lage nach wohl geeignet sind, ein Ei aufzunehmen. Sie wären aber auch imstande, ein Ei festzuhalten. Nach F.'s Ansicht ist nämlich der Flimmerstrom gegen das blinde Ende gerichtet und die Entleerung des Sekretes erfolgt durch Kontraktion der spärlichen eigenen Muskulatur oder jener der Haupttube. Die Kontraktion der Muskulatur könnte ein einmal hineingeratenes Ei wohl nicht mehr entfernen, sondern müßte es im Gegenteil festhalten. Erklärt die Divertikeleinbettung den tiefen Sitz des Eies, ohne erst die dem Autor sehr unglaublich erscheinende Theorie der Malignität eines normalen Eies zu Hilfe nehmen zu müssen, so ergeben sich auch alle anderen Besonderheiten der tubaren Einbettung, vor allem die divergierenden Befunde und Anschauungen über Deziduabildung als logische Folgerungen. Die Dezidua fehlte nicht bei jungen Eiern, weil die Tube nicht imstande ist, gerade diesmal dezidual zu reagieren, sondern das Ei ist zugrundegegangen, weil sich eben die Divertikelschleimhaut nicht dazu eignet, Dezidua zu bilden und infolge der Tiefe des Divertikels die Schleimhaut der Haupttube zur Deziduabildung nicht herangezogen werden konnte, weshalb eben das Ei zugrunde ging. Ältere Eier zeigen nicht deshalb Deziduabildung, weil die Schleimhaut der Haupttube erst später dezidual zu reagieren begann, sondern das Ei war von vornherein in einem so kurzen Divertikel eingebettet, daß die

Schleimhaut der Haupttube zur Deziduabildung herangezogen werden konnte, weshalb der Fortbestand des Eies eine Zeitlang gesichert war. Der in letzterer Zeit so häufig auch von F. erhobene Befund von Divertikelepithel am Eiboden, dem nackten nicht gewucherten Zottenepithel gegenüber, kann wohl schon wegen seiner Häufigkeit nicht als ein zufälliges Hineinwachsen gedeutet werden, ganz abgesehen davon, daß die Bilder der Durchwachsung von auch nur kleinen Muskelschichten ein toto coelo verschiedenes Bild geben. Echte Capsularis könne sich nur dort finden, wo das Ei ganz nahe der Haupttube sich inseriere, während sonst die Divertikelwand eine Pseudocapsularis vortäusche.

Ob das Ei sich auch in die Divertikelwand einresse, ähnlich wie dies vom uterinen Ei derzeit allgemein angenommen wird, erscheint F. nicht erwiesen. Vielleicht handelt es sich um eine Art Atavismus, vielleicht geht den von Graf SPREE beschriebenen Einbettungsstadien noch ein Stadium voraus, bei welchem sich eine Grube zur Aufnahme des Eies bildet. Diesen vorgebildeten Gruben würde das Divertikel entsprechen. F. weist weiter nach, daß die Divertikeleinbettung nicht allein greifbare Anhaltspunkte für die Ätiologie abgibt, sondern auch die negativen Ergebnisse der Tierexperimente erklärt.

Veit: Man kann nicht aus hochgradig pathologisch veränderten Eiern, wie das die durchbluteten, abgestorbenen Eier sind, auf normale Einbettung schließen. Die Schlüsse, welche aber FELLNER aus seiner Untersuchung zieht, stützen sich auf derartig veränderte Eier. Nur lebende, oder nur ganz frische tote Eier könnten uns zwingende Beweise geben. Die Einbettung in Divertikel ist also durch die Untersuchungen nicht bewiesen.

Heinicus: Die Möglichkeit, daß ein Ei in der Tube sich in einem Divertikel ansiedelt, ist sicher, daß es aber notwendig sich in einem Divertikel ansiedeln muß, ist keineswegs erwiesen. Hiergegen sprechen die Befunde in normalen Tuben, die vielfach diese Schlangelungen und Divertikelbildungen zeigen, trotzdem waren die Frauen stets intrauterin gravide. Von der Einbettung des Eies durch Einfressen in die Muskulatur ist H. zurückgekommen, zweifellos ist das mütterliche Gewebe aktiv bei der Einbettung beteiligt.

Fellner betont, daß die Eier keineswegs pathologisch verändert waren, so daß die Beweiskraft seiner Versuche nicht abgeschwächt ist. Auch er will jedoch nicht behaupten, daß die Divertikelbildung die einzige Ursache für die Entstehung der Tubargravidität sei.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société de Chirurgie.

POTHERAL: Behandlung der Gallensteine.

P. berichtet über einen Fall, bei dem die in der Gallenblase und im Ductus choledochus befindlichen Steine einen derartigen Druck auf den Pylorus ausübten, daß alle Symptome einer Pylorusstenose entstanden und an ein obturierendes Neoplasma gedacht werden mußte. Bei der Operation wurde die wahre Sachlage erkannt und durch Entfernung der Steine Heilung erzielt. In einem anderen Falle boten Steine der Gallenblase den Symptomenkomplex einer Appendicitis dar.

Leguen hat in einem Falle von Obliteration des Ductus choledochus, der durch Steine bedingt schien, zuvor in der Gallenblase Steine gefunden, andererseits aber eine Verhärtung am Ende des Ductus choledochus entdeckt. In der Meinung, die Obliteration sei durch ein Pankreas-Karzinom bedingt, legte L. eine Gallenfistel an und stellte eine entsprechend ungünstige Prognose. Aber die Fistel schloß sich rasch und die Patientin ist seit vier Jahren völlig gesund. Die Annahme eines Karzinoms war also irrig, indem es sich vermutlich nur um eine entzündliche Induration gehandelt haben dürfte. Was die Naht nach der Choledochotomie betrifft, so ist diese in den meisten Fällen unnütz.

Queen ist der Meinung, daß in den nicht seltenen Fällen, wo die Diagnose zwischen Neoplasma oder Stein schwankt, eine Inzision die Entscheidung bringt. Er selbst ging in einem Falle so vor und stieß auf eine breite Masse, deren mikroskopische Untersuchung Karzinom ergab.

Schwartz inzidierte einmal der Diagnose halber das Pankreas, erzielte aber eine so starke Blutung, daß er dieses diagnostische Hilfsmittel nicht mehr anzuwenden wagt.

Schwartz: Über Gastrotomie bei Pharynxulzerationen.

S. beobachtete einen Fall, bei dem von MARION eine Gastrotomie gemacht wurde, um das Gaumensegel, das an tuberkulösen Ulzerationen erkrankt war, in Ruhe zu setzen. Dank diesem Verfahren genügten einige Kauterisationen, um die Geschwüre zur Heilung zu bringen. S. glaubt aber, daß, trotzdem MARION Tuberkelbazillen am Grunde der Ulzerationen entdeckte, immerhin die Möglichkeit besteht, daß es sich um syphilitische Geschwüre gehandelt habe. Er hält es für angezeigt, in Fällen dieser Art die Ernährung mittelst einer Verweil-Ösophagussonde zu versuchen, und erst wenn dieses Experiment versagt, die Gastrotomie zu machen.

Sebleau meint, daß die Schnelligkeit der Heilung der Geschwüre einen Zweifel an der tuberkulösen Natur zuläßt. Er selbst glaubt eher an denluetischen Charakter derselben. Andersseits erscheint die Anwendung der Verweilsonde viel einfacher als die Gastrotomie.

TUFFIER: Tuberkelbazillen bei sogenannten einfachen Hydrokelen.

Bei zwei Kranken, welche an typischer Hydrokele litten, ergab die von JOUSSEU vorgenommene Untersuchung der gelblichen Hydrokelenflüssigkeit trotz der Abwesenheit jeglicher Anzeichen von lokaler oder allgemeiner Phthise die Anwesenheit von Kochschen Bazillen. In einem Falle, bei welchem etwa 100 g untersucht wurden, war die Anzahl der Bakterien gering, reichlich dagegen war sie in dem zweiten, obgleich nur 40 g untersucht wurden. Die Anwesenheit von Tuberkelbazillen in klinisch einfachen Hydrokelen läßt die Frage zu, ob nicht viele Fälle von tuberkulöser Erkrankung der Tunica vaginalis unter dem Bilde der Hydrokele communis verlaufen.

MARTIN: Über eine seltene Form der Appendicitis.

Eine 23jährige Patientin hatte zweimal eine Blinddarmentzündung überstanden. Gelegentlich einer dritten Attacke wurde sie operiert. Der Wurmfortsatz war in seiner ganzen Ausdehnung adhärent, stark verdickt und man fühlte in demselben zwei Steine. Als man den Wurmfortsatz resezierte, bemerkte man zwei Glieder von Taenia saginata, welche durch lebhaftes Bewegungen ihre Vitalität bewiesen. Außerdem enthielt der Appendix drei Exemplare von Oxyuris vermicularis und zwei Koprolithen, die bereits durch Palpation wahrgenommen worden waren. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Wenige Tage später gelang es, durch entsprechende Medikation die Taenia saginata abzutreiben. In der französischen Literatur ist kein zweiter Fall verzeichnet, wo andere Eingeweidewürmer als Nematoden im Processus vermiformis gefunden worden wären.

Société de Dermatologie.

WICKHAM: Pruritus und Prurigo als Frühsymptome der Abdominalkarzinose.

Votr. berichtet über vier Kranke, die bloß über Jucken klagten und bei denen er dreimal einen Magenkrebs und einmal ein Neoplasma der Milzgegend konstatieren konnte. Die Hautaffektion bot verschiedene Bilder: Pruritus simplex in zwei Fällen, Pruritus mit Ekzem in einem Fall, Prurigo ferox bei dem vierten Patienten. Schon BESNIER hat in seinen Bemerkungen zum Werke KAPOSI auf den Zusammenhang zwischen Pruritus und Krebs hingewiesen. Doch findet sich in den Werken der internen Pathologie kein weiterer Hinweis. Wenn auch die Koinzidenz der beiden Affektionen nicht sehr häufig ist, so verdient sie gleichwohl unsere Aufmerksamkeit, da die kutanen Störungen lange Zeit den ersten Manifestationen des Krebses vorauseilen und so ein diagnostisch sehr wertbares Frühsymptom abgeben können. Man kann also neben einem Pruritus hepaticus, diabeticus, alcoholicus und senilis auch von einem Pruritus cancerosus sprechen.

DANLOS: Über Antipyrinexantheme.

DANLOS stellt einen Mann vor, bei dem nach der Einnahme von Antipyrin ein bullöses Erythem an der Dorsalseite der Hände und Handgelenke, am Skrotum, an den Lippen und auf der Zunge auftrat. Das Erythem zeigte alle Charaktere und die Lokalisation eines polymorphen Erythems.

BARTHELEMY hat ein ähnliches Erythem nach Antipyringebrauch beobachtet, das sich in der Umgegend der Analöffnung lokalisierte.

FOURNIER hebt hervor, daß unter dem Einfluß von Antipyrin Exantheme entstehen, die die Eigenschaft haben, in gleicher Form und gleicher Lokalisation bei Antipyringebrauch stets wiederzukehren. Ein Kranker hatte 15mal durch Antipyrin bedingte herpesartige Effloreszenzen am Penis. Bei anderen zeigte sich ein Herpes der Lippen. In einem Falle beobachtete F. zu wiederholten Malen eine Art von Psoriasis palmaris.

DARIER meint, daß diese Eruptionen sich von den eigentlichen Antipyrinexanthenen, die stets längere Zeit hindurch bestehende Pigmentationen hinterlassen, wesentlich unterscheiden. Auch das Erythem des Patienten von DANLOS habe keinen spezifischen Charakter und könnte ganz wohl durch eine Intoxikation anderer Natur bedingt sein.

BEAUDOIN betont, daß er drei Kranke beobachtete, die mit identischen Effloreszenzen auf Antipyrin, wie auch auf Bromkali und Bromnatrium reagierten. Es dürfe also nicht jedes nach Antipyringebrauch auftauchende Erythem als spezifisches Antipyrinexanthem bezeichnet werden.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 28. Januar 1904.

W. PAULI demonstriert einen Fall von ungewöhnlicher Entwicklung eines Kollateralkreislaufs. Der 58jährige Pat. hat vor 34 Jahren Typhus durchgemacht. Nach 3 Monaten mußte er sich wegen Schwellung beider Beine in Spitalpflege begeben. An dem rechten Beine ging die Schwellung bald, am linken erst im Verlaufe von 2 Jahren unter Ausbildung von Kollateralen zurück. Gegenwärtig besteht offenbar ein Verschuß der linken Vena femoralis, dafür sind die sonst unbedeutenden Venen an der Rückseite des Oberschenkels mit den Dammvenen in Verbindung getreten und durch die Sakralvenen mit der V. pudenda communis. Das von den Venen der Bauchhaut in die linke Vena saphena zugeführte Blut fließt in einer durch Umkehrung der Stromrichtung entstandenen Kollateralbahn in die Venen des rechten Oberschenkels ab.

M. OPPENHEIM demonstriert einen Fall von ausgebreiteter Fettgewebnekrose. Eine 55jährige Pat. hatte in ihrem 26. Lebensjahr ein Ulcus rotundum ventriculi, von dem Beschwerden zurückblieben, die jedoch im Laufe der Jahre an Intensität abnahmen. Kurze Zeit vor dem an Inanition erfolgten Tode traten wieder für eine schwere Magenaffektion sprechende Symptome ein. Der Magenbefund sprach gegen Karzinom, doch fanden sich in der Haut der Bauchdecken zahlreiche, kreisförmig um den Nabel angeordnete kleine Tumoren, die für Hautmetastasen eines intraabdominellen Karzinoms gehalten wurden. Bei der Obduktion fand sich Fettgewebnekrose des Pankreas, der anderen Bauchorgane und einzelner Fettläppchen in der Bauchhaut.

O. LÖWY demonstriert mikroskopische Präparate eines Polypen, in dessen drüsigen Hohlräumen sich Gebilde finden, die den KURSCHMANN'Schen Spiralen des Sputum ganz gleich sind und nach Ansicht des Vortr. den gleichen Entstehungsmodus haben dürften: Bestimmt gerichtete Bewegungen des Polypen bei In- und Expiration und beim Schwanken der Turgeszenz infolge vasomotorischer Vorgänge.

K. REITER jun. stellt eine Pat. mit Ulcus ventriculi vor, welche das erst seit einem Jahre bekannte Phänomen darbietet, daß sich im Epigastrium bei Ulkus ein kreisförmiger Bezirk herausperkutieren läßt, innerhalb dessen selbst leise Berührung Schmerz verursacht. Eine zirkumskripte Druckschmerzhaftigkeit am Abdomen findet sich auch bei anderen Affektionen nicht selten, aber nie in Kreisform. Besonders wichtig ist dieses Phänomen für die Verfolgung der Therapie; mit fortschreitender Besserung verengert sich der empfindliche Kreis auf einen Punkt, um schließlich zu verschwinden oder bei Rezidiven des Ulkus wiederzukehren.

OSKAR KRAUS (Karlsbad): Der Einfluß des Korsetts auf die somatischen Verhältnisse.

Daß eine Reihe von Affektionen der Brust- und Bauchorgane mit dem Korsettragen in ursächlichem Zusammenhange steht, ist seit jeher bekannt, aber der Mechanismus, der dies bewirkt, war bisher nicht geklärt, sonst wäre es unmöglich, daß ein Teil der Ärzte das Korsettragen unbedingt und in jeder Form verwirft, ein anderer Teil dagegen es unter gewissen Bedingungen und Formen als zulässig erklärt, ja sogar befürwortet. Vortr. hat es unternommen, mit Zuhilfenahme der Radiographie die Veränderungen zu studieren, welche das Tragen des Mieders unmittelbar veranlaßt. Zu diesem Zwecke wurde die Topographie der Brust- und Bauchorgane und des Thoraxskeletts bei jungen weiblichen Personen vor und nach Anlegen eines Mieders studiert. Es fällt dabei auf, daß Mädchen, die noch nie ein Mieder getragen haben, überhaupt keine Taille haben. Die Taille ist die durch das Korsettragen künstlich hervorgerufene Verjüngung des Thorax von der Schulterbreite nach abwärts bis handbreit unter das Sternum und die Wiederverbreiterung bis zu den Hüften. Die Verkürzung betrifft aber nicht nur den queren frontalen, sondern auch den sagittalen Durchmesser. Dafür rückt die Taillenlinie um fast die Breite eines Wirbels tiefer unter Bildung einer verstärkten Lordose. Das Zwerchfell wird hinaufgedrängt, rechts mehr als links. Das Herz wird gehoben und in seinen Dimensionen verändert. Die Herzspitze wird nach außen gedreht, ähnliche Veränderungen müssen auch die großen Gefäße betreffen. Die Lunge erfährt eine Kompression, was sich durch Verminderung der Helligkeit im Röntgenbilde kundgibt. Dagegen wird eine bestehende Skoliose für die Dauer des Miedertragens ausgeglichen. Bei dauerndem Miedertragen nimmt der Thorax die bekannte Faßform an, dadurch, daß sich die freien Enden der unteren Rippen einander nähern. Die Lordose der Lendenwirbelsäule wird infolge Zunehmens der Beckenneigung vermehrt. Damit im Zusammenhange steht, daß bei unverborgener Konfiguration des Abdomens nur eine kleine Kuppe der

Bauchdecken vor die vertikale Körperachse fällt, die durch die Verbindungslinie der beiden Hüftgelenke hindurchgeht, während durch das Miedertragen die Körperachse nach vorn rückt und damit auch ein Teil der Bauchorgane vor die Schwerlinie, also außerhalb des Bereiches der Unterstützung durch das Becken, fällt, eine Ursache für die Entstehung und Verschlimmerung der Enteroptose und des Hängebauches nach Erschlaffung der Bauchdecken. Vortr. verwirft daher das Miedertragen ohne jede Einschränkung, befürwortet dagegen die Pflege der weiblichen Brust durch das Tragen eines entsprechenden Suspensorium mammae.

Notizen.

Wien, 6. Februar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung zeigte zunächst Prof. KREIDL einen Hund, dem er unterhalb des Duodenum an einem 1 m langen Darmstücke Serosa und Muskularis vollkommen abgetragen hat. Freßlust und Defäkation des Versuchstieres sind ganz normal geblieben. Es ist wahrscheinlich, daß die Muscularis mucosae die peristaltische Funktion der entfernten Muskulatur übernommen hat. — Hierauf demonstrierte Dr. S. KOLLER einen 17jährigen Patienten mit einem in der Unterbauchgegend sich nach außen vorwölbenden Blasendivertikel. — Dr. MOSZKOWICZ führte ein Kind vor, das eine Perityphlitisoperation am 8. Erkrankungstage überstanden hat. An der kleinen Patientin mußten nachher noch vier (retrozökal, in der Fossa iliaca und an der Außenseite des Colon descendens gelegene) Abszesse operativ behandelt werden. — Sodann wurde die Diskussion über die Operation der eitrigen Perityphlitis fortgesetzt. Primarius SCHNITZLER meinte, es sei bloß in jenen Fällen sofort einzugreifen, wo man schon in den ersten 24 Stunden eine Appendicitis vermuten könne, denn nur in diesem Stadium seien die Resultate so günstig wie bei der Intervalloperation. In späteren Stadien operiert er nur dann, wenn kein zirkumskripter Tumor zu finden ist; läßt sich ein solcher nachweisen, so kann man warten oder eingreifen, den Appendix soll man aber bloß dann entfernen, wenn es leicht geht. Aus der Größe und Beschaffenheit des peritonealen Exsudates läßt sich kein Schluß auf die anatomischen Veränderungen am Appendix ableiten. Dr. F. SPIELER trat an der Hand des FRAENKEL'schen Materials im Karolinen-Kinderspitale für die Vorschläge von MOSZKOWICZ ein; zur Versorgung des Warmfortsatzstumpfes verwendet FRAENKEL die CHASSAIGNAC'sche Quetschmethode. — Dr. A. FOGES erörterte die Beziehungen zwischen Appendicitis und weiblichem Genitale, Prim. LOTHEISEN vertrat den Standpunkt, der Appendix sei womöglich zu entfernen und in geeigneten Fällen der LENNANDER'sche pararektale Schnitt zu üben; Doz. E. ULLMANN wies auf die Schwierigkeiten hin, die sich der Diagnose einer multiplen Abszeßbildung so häufig entgegenstellen. Schließlich besprach Prof. HOCHENEGG die Erfahrungen, die er an ausschließlich selbst operierten Fällen im Laufe der letzten Jahre gesammelt hat. Auch er empfiehlt, wie GERSUNY, die Radikaloperation, wo immer dieselbe überhaupt möglich ist. Abszesse eröffnet er auf dem kürzesten Wege, bei multiplen Abszessen vermeidet er das Herumsuchen mit den Fingern und beschränkt sich auf Drainage; den Appendix entfernt Vortr. nur dann, wenn derselbe in die Abszeßhöhle hineinragt. Für den typischen Douglasabszeß eignet sich nach seiner Erfahrung die parasakrale Methode am besten. — Das Schlußwort von MOSZKOWICZ wird in der nächsten Sitzung erfolgen.

(Sektionschef Dr. v. KUSY.) Der Leiter des Sanitätsdepartements im österreichischen Ministerium des Innern vollendet demnächst sein 60. Lebensjahr. Ein ausgezeichnete Hygieniker und aufopferungsvoller Beamter, ist v. KUSY der Reorganisator der österreichischen Sanitätsverwaltung zu nennen, dessen Initiative und administrativem Talent unser Vaterland zu bleibendem Dank verpflichtet ist. Mit seinem Namen ist für alle Zeiten die Einführung des Gemeindesanitätsdienstes in der überwiegenden Zahl der österreichischen Kronländer und die zielbewußte Ausgestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege in Österreich verknüpft. Seine Lebensaufgabe hat v. KUSY in meisterhafter Weise erfüllt; möchte es ihm noch

lange Jahre vergönnt sein, sich der Früchte seiner unermüdeten Tätigkeit im Dienste der Menschheit zu erfreuen!

(Die Besetzung der II. Lehrkanzel für Chirurgie) an der Wiener Universität ist nunmehr erfolgt. Zum Nachfolger GUSSENBAUERS wurde ALBERTS Schüler Prof. JULIUS HOCHENEGG ernannt. Am 2. August 1859 zu Wien geboren, 1884 daselbst promoviert, wirkte HOCHENEGG durch 7 Jahre als Assistent an der Klinik ALBERT, habilitierte sich 1889 für Chirurgie und wurde 1891 Abteilungsvorstand an der allgemeinen Poliklinik. 1894 zum Extraordinarius ernannt, wurde ihm 1901 der Titel und Charakter eines ordentlichen Professors verliehen. Über ein großes Krankennmaterial verfügend, arbeitete HOCHENEGG bisher zumal auf dem Gebiete der Abdominalchirurgie und publizierte u. a. über: Ileus durch Stieltorsion, Leberchirurgie, sakrale Methoden der Rektumextirpation, sakrale Methode in der Gynäkologie, Chirurgie des Rektums und der Beckenorgane, Nierenchirurgie, Zökalerkrankungen, Mesenterialzysten, sakrale Hernien, kombinierten Ileus, Gallenblasenperforation, Sanduhrmagen, ferner über Aktinomykose beim Menschen, symmetrische Gangrän und lokale Asphyxie, Hoden- und Nebenhodenzysten, Fremdkörper im Ösophagus.

(Die mährische Ärztekammer) hat vor kurzem die Eingabe eines Arztes, in welcher sich derselbe darüber beschwerte, daß der k. k. Bezirksarzt in jedem Falle als Gerichtsarzt beigezogen zu werden verlange, in Verhandlung gezogen und in folgender Weise beantwortet: „Nach dem Gesetze vom 30. April 1870 sind die k. k. Bezirksärzte verpflichtet, sich als Gerichtssachverständige gegen Bezug der normalmäßigen Gebühren verwenden zu lassen; durch die Vorbedingung der Physikatprüfung für ihre Anstellung haben sie besondere Kenntnisse in gerichtsarztlicher Beziehung nachzuweisen. Aus diesen beiden Gründen deduzieren sie für sich das Recht, als Gerichtssachverständige in jedem Falle berufen zu werden. Eine ausdrückliche Gesetzesbestimmung hierüber existiert aber nicht und es bleibt nach der Strafprozeßordnung immer dem Richter überlassen, die Wahl der Sachverständigen nach freiem Ermessen zu treffen.“

(Statistik.) Vom 24. bis inklusive 30. Januar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7680 Personen behandelt. Hiervon wurden 1561 entlassen, 146 sind gestorben (8,5% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 64, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 133, Scharlach 21, Masern 192, Keuchhusten 66, Rotlauf 33, Wochenbettfieber 3, Röteln 7, Mumps 90, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrosppin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 590 Personen gestorben (— 34 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Erlangen der berühmte Physiologe Dr. ISIDOR ROSENTHAL, ein Schüler DU BOIS-REYMONDS, 68 Jahre alt; in Halle a. S. der bekannte Kinderarzt und Hygieniker Dr. C. ALEXANDER SCHMID-MONNARD.

Natürliche Mineralwässer. Angesichts der Tatsache, das künstliche Mineralwässer den kranken Organismus ungünstig beeinflussen, erscheint die steigende Verwendung natürlicher Säuerlinge gerechtfertigt. Wegen seiner anerkannten beruhigenden und schleimlösenden Wirkung hat sich der

als reinsten und am leichtesten verdaulich geltende Mattonische Gießhübler bei den Katarrhen der Respirationsorgane, bei Husten und Heiserkeit (in letzteren Fällen mit Milch) glänzend bewährt. Insbesondere bei Dyspepsie, Catarrhus ventriculi, Nieren- und Blasenleiden, Morbus Brightii findet der, vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltende Gießhübler eine ausgedehnte Verwendung.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Ärztlicher Taschenkalender für das Jahr 1904. Leipzig, Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Otto Regel. — M. 2.— in Ledertasche M. 4.—.
- O. Rosenbach, Energetik und Medizin. Berlin 1904, A. Hirschwald. 2. Aufl.
- A. Bum, Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege. III. Abteilung. Schluß des Werkes. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg. — M. 6.—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 8. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaal des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prim. Doz. Dr. SCHNITZLER: Über freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 11. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL.

I. Demonstrationen. — II. Dr. K. LEINER: Über epidemische Dysenterie, speziell im Kindesalter. — III. Dr. FERD. KORNFELD: Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Am 4. Februar starb nach längerem Leiden unser langjähriger Administrator i. P., Herr

Paul Vogt,

der die Geschäfte dieses Blattes vom Jahre 1874 bis 1. März 1899 leitete. Mit ihm schied ein braver Mann aus dem Leben, der sich durch treue Hingabe im Beruf und strengste Pflichterfüllung ausgezeichnet hat.

Wir bewahren ihm ein ehrendes Andenken.

Urban & Schwarzenberg,

Verleger der „Wiener Medizinischen Presse.“

Mit dieser Nummer versenden wir eine Preisliste des Glastechnischen Institutes von Karl Gust. Hildebrandt in Eger in Böhmen. Wir empfehlen diese der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Helmitol	Mesotan äußerlich. Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleicher Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzupinseln.	Salizylpräparate zur Behandlung rheumatischer Affektionen.	Aspirin innerlich. Bester Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 0,5—1 g. 3—5mal tägl. zu nehmen.	Aristochin
Duotal				Salophen
Creosotal	Theocin synthetisch dargestelltes Teealkalo'id. Dos.: 0,2—0,4 g. 3—4mal tägl., gelöst, nach den Mahlzeiten.		Mächtige Diuretica bei den meisten hydropischen Erscheinungen. Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit Theocin energisch anzuregen und dann mit Agurin möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.	Agurin essigsäures Theobrominnatrium. Dos.: 1 g. 3—4mal täglich.
Protargol				Heroin- hydrochlor.
Somatose				

Vertreter für Österreich-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 Redaktion 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. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Technik der Dekapitation. Von Dr. GUSTAV WOYER in Wien. — Aus der chirurg. Abteilung (Primarius Dr. STÖHR) im Kaiser Franz Josef-Krankenhaus in St. Pölten. Eine Vorrichtung in der Magensonde zur Feststellung der unteren Magengrenze und einzelne Resultate dieser Methode. Von Dr. FRANZ WEITLANER, Sekundararzt. — Aus der II. Abteilung für Dermatologie und Syphilis des Kaiser Franz Josef-Ambulatoriums in Wien (Vorstand Prof. Dr. M. v. ZEISSL). Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis. Von Cand. med. KARL GROSZ. — **Referate.** WERNITZ (Odessa): Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis. — weil. K. MAYDL (Prag): Über den angeborenen Hochstand des Schulterblattes. — E. SOMMER (Winterthur): Über die unmittelbare und die Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlen auf die Hauttemperatur. — MEYER (Bernstadt): Das Wesen und die Behandlung der Gallensteinkrankheit. — THORL (Nürnberg): Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis. — BRAUER (Heidelberg): Die Kardiolyse und ihre Indikationen. — SEMBRITZKI (Königsberg i. Pr.): Der Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea“. — A. GUBANOW: Über eine gefährliche Komplikation der Zahnextraktion. — MELTZER und SALANT (New-York): Über das Verhalten der Resorption nach Nephrektomie. — **Kleine Mitteilungen.** Der Einfluß der Wohnung auf die Erkrankung an Tuberkulose. — Über neuere Thyminpräparate. — Heizmittel für den Paquelin. — Über die Resorption des Sanatogens. — Ein neues Operationsverfahren bei Hämorrhoiden. — Über Aspirin in der augenärztlichen Praxis. — Wert der Frauenmilch. — Veronal. — Abortivbehandlung der Gonorrhöe. — Das Terpentin in der Pneumonietherapie. — Die Vorzüge des neuen Harndesinfizienz Helmitol. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Geburtshilfe. In drei Bänden herausgegeben von F. v. WINCKEL in München. Bearbeitet von R. v. BRAUN-FERNWALD. — Laienwelt und Geistesranke. Von Dr. MAX FISCHER, Oberarzt in Illenau. — Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. Von Dr. ERNST SCHREIBER, Privatdozent an der Universität Göttingen. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus englischen Gesellschaften (Orig.-Ber.). — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — Akademische Fragen. Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister. Von Professor Dr. MORIZ BENEDIKT. VI. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 Technik der Dekapitation.

Von Dr. Gustav Woyer in Wien.

Die verschleppten Querlagen stellen eine Geburtskompli- kation dar, welche vom Arzte ebensoviel theoretisches Wissen als praktisches Können erfordern, um die damit verbundenen Gefahren glücklich abzuwenden. Die hierbei in Betracht kommenden entbindenden Operationen, die Dekapitation und die Embryotomie, sind meines Erachtens neben der Perforation, besonders der des lebenden Kindes, derartige, daß sie das Empfinden des Geburtshelfers peinlich berühren, zumal ihnen trotz der fortgeschrittensten Technik immerhin etwas Altertümliches und mehr weniger Brutales anhaftet.

Glücklicherweise sind verschleppte Querlagen doch relativ seltene Ereignisse, da mit dem Fortschreiten der Aufklärung des Laienpublikums in medizinischen Dingen die Gefahr der Querlagen als solcher ziemlich allgemein bekannt geworden ist, und, sobald nur die Diagnose gestellt ist, wird sich durch rechtzeitiges ärztliches Eingreifen diese Komplikation in den meisten Fällen hintanhalten lassen.

Leider muß diese so wichtige Diagnose der vorhandenen fehlerhaften Fruchtlage auch bei uns noch meist von Hebammen gestellt werden, da es auch in aufgeklärteren und besser situirten Kreisen noch immer nicht üblich geworden ist, zu jeder Entbindung sich spezialärztlicher oder überhaupt ärztlicher Hilfe zu bedienen.

Auf dem Lande, wo die räumlichen Entfernungen vom nächsten Arzte oft dessen rechtzeitiges Eintreffen verhindern, mögen vielleicht derartige Zufälle häufiger vorkommen als

in größeren Städten, in welchen ärztliche Hilfe leichter zu beschaffen ist. Es wäre auch noch zu erwähnen, daß die auch öfters bei Ärzten zu treffende Ansicht, man könne auch bei diagnostizierter Querlage vor der völligen Erweiterung des Muttermundes auch in Fällen, in welchen der Wasserabfluß bereits erfolgte, doch nichts unternehmen, mit zur Entwicklung derartiger Komplikationen beitragen kann.

Die Entwicklung verschleppter Querlagen ist wohl in den meisten Fällen durch besondere Zufälle bedingt.

Um einen raschen Überblick über die Frequenz verschleppter Querlagen zu gewinnen, möchte ich kurz erwähnen, daß die Statistiken von

PAWLIK (Wiener Klinik) eine Dekapitation auf 2630 Geburten,

POTOCKI (Paris) eine Dekapitation auf 2750 Geburten,

ARENS (Dresden) eine Dekapitation auf 1278 Geburten,

Geburtsklinik (St. Petersburg) eine Dekapitation auf 2000 Geburten angeben.

Diese Ziffern illustrieren deutlich die Behauptung, welche über die Seltenheit derartiger Eingriffe aufgestellt wurde; bemerkt doch auch ZWEIFEL, daß es sicher zahlreiche Ärzte geben wird, welche niemals in ihrem Leben eine derartige Operation ausgeführt, ja, wie ich hinzufügen möchte, nicht einmal Gelegenheit hatten, diesen Eingriff an der Lebenden ausgeführt zu sehen.

In den letzten Jahren wurde nun besonders die technische Seite der Dekapitationsfrage wieder aufs neue aufgerollt, seit ZWEIFEL im Jahre 1895 in seiner Arbeit über die Dekapitation und die Grundsätze der Wendung bei dorso-posterioren Querlagen („Zentralbl. f. Gyn.“, 1895, Nr. 20) diese Frage wieder zur Diskussion der Geburtshelfer stellte.

ZWEIFEL ging in dieser Publikation, eine weitere einschlägige folgte im Jahre 1900, von der Ansicht aus, daß das zur Dekapitation gebräuchlichste Instrument, der Schlüsselhaken von KARL v. BRAUN, ein Idealinstrument nicht darstelle, und schlug nach Zusammenfassung der von ihm über die Nachteile dieses Instrumentes gemachten Erfahrungen, den von ihm konstruierten „Trachelorrhakter“ als Dekapitationsinstrument vor.

Schon nach dem Erscheinen der ersten Arbeit ZWEIFELS hat KARL A. HERZFELD („Zentralbl. f. Gyn.“, 1897, Nr. 28) erwidert, daß die von ZWEIFEL gegen den BRAUNschen Haken erhobenen Vorwürfe nur darauf zurückzuführen seien, daß man sich bei Vornahme der Operation nicht strikte an die von BRAUN angegebenen Vorschriften gehalten habe, bei deren genauester Befolgung der Haken ein ausgezeichnetes und ungefährliches Instrument sei.

Im Jahre 1900 erschien aus der Klinik ZWEIFEL eine Arbeit von FÜTH, welche über günstige Erfahrungen mit dem unterdessen modifizierten Trachelorrhakter berichtet. Diese Arbeit hatte die Erwidern von RICHARD v. BRAUN und K. A. HERZFELD zur Folge, denen wiederum Entgegnungen von ZWEIFEL und FÜTH sich anschlossen.

FÜTH bespricht in seiner Arbeit die Entgegnungen von HERZFELD und RICHARD v. BRAUN und kommt zu den Schlußsätzen, daß der Trachelorrhakter die Mängel des Schlüsselhakens nicht besitze und die Dekapitation damit eine ungefährliche Operation sei.

FÜTH gründet seine Anschauungen und Indikationsstellung auf die günstigen Ergebnisse in 17 mit dem Trachelorrhakter operierten Fällen. Er betont in seiner Publikation, daß von sämtlichen Autoren, welche den BRAUNschen Schlüsselhaken anwenden, angegeben werde, daß während der Durchtrennung der Wirbelsäule gleichzeitig ein Zug nach abwärts notwendig sei, um Mitdrehungen des Kindes, welche für das gedehnte untere Uterinsegment äußerst gefährlich sein können, zu vermeiden.

Dieser Zug nach abwärts wird von HERZFELD und PAWLK als mäßig bezeichnet; HERZFELD meint auch, daß durch einen Zug nach abwärts keine Ruptur erzeugt werden könne, wogegen FRITSCH die Ansicht vertritt, daß durch einen Zug nach abwärts Quetschungen entstehen können, welche ein Auseinanderweichen der überdehnten Cervixmuskulatur bedingen können. BIEDER, FEHLING, KALTENBACH und AHLFELD sprechen ausdrücklich von einem starken Zug nach abwärts während der Durchtrennung der Wirbelsäule und FÜTH weist darauf hin, daß eben in der Schwierigkeit der Dosierung der Stärke dieses Zuges ein Moment gelegen sei, welches gegen den Schlüsselhaken spreche.

Meiner Ansicht nach ist nun bei der Durchtrennung der Wirbelsäule mit Ausnahme des geringen Zuges am Haken, welcher nötig ist, um denselben um den Hals umzulegen, überhaupt kein weiterer Zug nach abwärts erforderlich.

Bei korrekter Handhabung des Instrumentes findet auch ohne Zug nach abwärts kein Mitdrehen statt, ich erinnere mich dabei stets des drastischen Beweises hierfür, den Hofrat SCHAUTA bei Demonstration dieser Operation im Kollegium erbrachte. Er führte dabei die Dekapitation mit dem Schlüsselhaken am frei in der Luft gehaltenen Kinde aus, ohne daß je ein Mitdrehen hätte beobachtet werden können.

Auch ARENS in seiner Arbeit über 18 mit dem Schlüsselhaken ausgeführte Operationen kommt zu der Bemerkung, daß das Instrument ein vorzügliches sei, und daß er bei genauerer Beobachtung der Vorschriften C. v. BRAUNS, wie sie durch die exakte Formulierung HERZFELDS neuerlich bekannt gegeben wurden, niemals ein Mitdrehen beobachten konnte, welcher Umstand auch von RICHARD v. BRAUN in seiner diesbezüglichen Arbeit betont wird.

Was die vorgeschlagene Fixation des Kopfes von außen anlangt, so bemerkt hierzu ARENS, daß dieselbe wegen der

starken Spannung des unteren Uterinsegmentes nur selten in entsprechender Weise möglich sein dürfte.

Dieser Ansicht bin ich ebenfalls, wobei auch nicht außer Acht zu lassen ist, daß zu einer exakten Fixation sicher ein kräftiger Druck nötig ist, der für das überdehnte untere Uterinsegment gefahrbringend sein kann, indem er zu Quetschungen führen und eventuelle Kontinuitätstrennungen produzieren kann.

Ich habe selbst als Assistent an der Klinik SCHAUTA Gelegenheit gehabt, mit dem Schlüsselhaken zu dekapitieren, und kann mich auf Grund dieser meiner persönlichen Erfahrung den Ausführungen von ARENS, K. A. HERZFELD und RICHARD v. BRAUN anschließen.

Ich habe zwar selbst nicht Gelegenheit gehabt, mich des ZWEIFELschen Instrumentes zu bedienen, es mangelt mir daher darüber jede persönliche Erfahrung, theoretisch aber glaube ich nicht, daß es eine Verbesserung oder gar Vereinfachung des BRAUNschen Verfahrens darstellt.

Wenn ich nun auch persönlich nie Anlaß fand, bei der Vornahme der Dekapitation mit dem BRAUNschen Haken irgend welche Nachteile zu empfinden, so konnte ich mich doch nicht des Eindruckes erwehren, daß nur bei ganz korrekter technischer Ausführung, strikte nach der Vorschrift, dieses Instrument alle seine Vorzüge entfaltet, das heißt, daß es nur in der Hand des Geübten tatsächlich ein Idealinstrument darstellt.

Wenn man zufällig beobachten konnte, wie ganz tüchtige Ärzte in der Aufregung und Verwirrung plötzlich während der Operation (es muß das gerade nicht eine Dekapitation sein, ich sah es bei einer Kraniotomie) die deckende und fixierende Hand entfernen und ohne genügenden Weichteilschutz weitermanipulieren, so ist es klar, daß auch mit einem so stumpfen Instrumente, wie der Schlüsselhaken es ist, schwere Schädigungen der weichen Geburtswege gemacht werden können.

Besonders eindringlich wurde mir diese Möglichkeit vor Augen geführt, als ich ziemlich rasch hintereinander zwei Frauen mit schweren Blasenscheiden- und Rektovaginalfisteln zur Untersuchung bzw. Operation bekam, bei denen, nach anamnestischen Mitteilungen von Seiten des Arztes wegen verschleppter Querlage (beide Fälle stammen aus der Landpraxis) die Dekapitation mit dem BRAUNschen Schlüsselhaken vorgenommen worden war.

Ich habe deshalb schon vor einigen Jahren den Gedanken verfolgt, ob es denn nicht eine Methode der Dekapitation gebe, welche einerseits das Decken der Weichteile durch die eingeführte Hand überflüssig mache und andererseits so einfach in der Technik sei, daß sie von geburtshilflich nicht geschulten Ärzten ohne wesentliche Gefährdung der Gebärenden ausgeführt werden könne. Ich betone ausdrücklich: von nicht geschulten Ärzten, denn leider sind ja so viele der Kollegen gezwungen, teils sofort nach Erlangung des Doktorgrades, teils sogar nach längerer Spitalszeit irgendwohin auf das Land in die Praxis zu gehen, ohne daß ihnen Gelegenheit gegeben gewesen wäre, sich in der so wichtigen geburtshilflichen Disziplin einigermaßen auszubilden — ein Mißstand, der bereits wiederholt von kompetenter Seite schwer gerügt wurde. Der Landarzt, gleichgültig, ob er nun in der Lage war, sich die notwendigen praktischen Kenntnisse zu verschaffen oder nicht, ist aber relativ häufig gezwungen, diesen operativen Eingriff als einen für die Gebärende direkt lebensrettenden auszuführen.

Nun handelt es sich ja in denjenigen Fällen, welche die Dekapitation indizieren, um Fälle von verschleppter Querlage mit in der Regel mehr weniger hochgradigen Dehnungserscheinungen des unteren Uterinsegmentes, also um Fälle, in welchen bis zur Ankunft eines entsprechend geschulten Konsiliararztes die todbringende Uterusruptur längst eingetreten sein kann. In derartigen Fällen muß der Arzt, ohne Rücksicht auf mehr oder minder vorhandene Aus-

bildung in der operativen Geburtshilfe und Beherrschung der Technik der in Rede stehenden Operation, fast immer einzig und allein gestützt auf theoretisches Wissen und bildliche Darstellung oder längst vergessene einmalige Phantomübung der Dekapitation, eingreifen — sonst wird er verurteilt; er muß also eingreifen, wenn ihm auch die entsprechenden Kenntnisse fehlen. Greift er nun ein und es mißlingt die Dekapitation, so wird er wieder verurteilt. Es ist dies ein Circulus vitiosus, aus dem der Arzt in solchen verzweifelten Fällen leider nicht herauskommt.

Nochmals will ich betonen: ich will mit dieser Arbeit nicht etwa dem BRAUNschen Schlüsselhaken irgendwelche Nachteile nachsagen, die er tatsächlich nicht hat, sondern nur ein Verfahren schildern, welches mir bei wiederholter Anwendung einfacher erschien als die Dekapitation mit dem BRAUNschen Schlüsselhaken und welches nur insofern absolut ungefährlich erschien, als ich mir nicht gut vorstellen kann, daß man — auch bei noch so geringer spezialärztlicher Schulung — den gebärenden Frauen damit Schaden zufügen könnte.

Wenn wir die in der letzten Zeit erschienenen Publikationen über die Dekapitation durchgehen, so finden wir darin außer den oben erwähnten auch noch eine Veröffentlichung von H. CLEMENS (Über Embryotomie mit dem Sichelmesser von B. S. SCHULTZE, „Zentralbl. f. Gyn.“, 1897, Nr. 41), welcher in 9 Fällen mit dem Sichelmesser dekapitierte, und eine Mitteilung von GABOR v. ENGEL (Über Dekapitation, „Ungarische Med. Presse“, 1897, Nr. 40 u. 41), der die Dekapitation in seinen letzten Fällen mit der SIEBOLDschen Schere so ausführte, daß er den Hals mit dem BRAUNschen Haken fixierte, die Durchschneidung der Knochen und Weichteile mit der SIEBOLDschen Schere vornahm.

G. v. ENGEL verlangt von der idealen Dekapitation: „Das Instrument, welches dazu verwendet würde, müßte die einfachste Konstruktion und die leichteste Anwendung zeigen, es müsse für die Weichteile vollkommen gefahrlos sein und den Hals glatt durchschneiden“. Nun, weder das Sichelmesser noch die von ENGEL empfohlene SIEBOLDsche Schere scheinen mir diesen Anforderungen zu genügen. Das Sichelmesser wurde ja bekanntlich schon zu wiederholten Malen von verschiedenen Autoren propagiert und immer wieder als ungeeignet und gefährlich verworfen, und dem abfälligen Urteile über dieses Instrument schließe ich mich, zwar ohne praktische Erfahrungen damit, aber auf Grund theoretischer Erwägungen vollinhaltlich an. Das Sichelmesser verlangt, um bei seiner Verwendung der Gebärenden keine Verletzung zuzufügen, tatsächlich die Hand eines Virtuosen; abgesehen davon muß ich mir die Anwendung desselben, wie dies auch bereits von anderer Seite hervorgehoben wurde, als direkt gefährlich für den operierenden Arzt vorstellen.

Dieselben Bedenken — wenn auch in geringerem Grade — muß ich auch gegen die Verwendung der SIEBOLDschen Schere bei der Dekapitation geltend machen. Auch hier wird, wenn auch unter Deckung der eingeführten Hand, mit einem scharfen Instrument im Dunklen operiert, und bei aller Kunst bleibt die Möglichkeit einer Weichteilverletzung mit einem scharfen Instrumente im allgemeinen weit größer als mit einem stumpfen.

Recht oft wurde in wissenschaftlichen Vereinigungen das Gebiet der Dekapitation zum Gegenstande der Besprechung gewählt und über die mannigfachsten Instrumente, die im Laufe der Zeit zur Vornahme der Dekapitation empfohlen wurden, diskutiert. Es kann nicht im Rahmen dieser Arbeit liegen, hier in Details einzugehen, eine große Zahl Autoren, die zu dieser Frage Stellung nahmen, zu nennen und deren Ansichten zu besprechen, und ich möchte hier nur auf eine Diskussion in der Niederländischen geburtshilflichen Gesellschaft hinweisen (vide „Zentralbl. f. Gyn.“, 1898, pag. 753).

HALBERTSMA bemerkte daselbst, daß er zur Dekapitation am liebsten die Kettensäge verwende, weil diese ungefährlich

sei. TREUB gab in derselben Debatte an, daß er ebenfalls die Säge gebrauche, sowie daß er bereits zu wiederholten Malen mit einer Schnur dekapitiert habe. ABN DER MAY erwähnte die Dekapitation mit den Darmsaiten.

GIGLI, welcher die Drahtsäge zur Vornahme der Dekapitation benützt, hat zur Einführung derselben einen eigenen Haken konstruiert. Es ist dies ein stumpfer, mit runder Krümmung versehener Haken, der in seiner Mitte eine Rinne besitzt. In diese der Längsachse des Hakens entsprechenden Rinne wird die Drahtsäge nach Art des Mandrins einer BELLOQschen Röhre eingeführt, und der so armierte Haken in derselben Weise wie der BRAUNsche Schlüsselhaken um den Hals des Kindes herumgelegt. Die Einführung der Drahtsäge in den Haken bewerkstelligt GIGLI mit Hilfe eines dünnen Fischbeins, an welches er die Drahtsäge anbindet.

Das Instrumentarium zur Dekapitation besteht nach ihm aus einem kleinen Fischbein, der Drahtsäge und dem von ihm angegebenen Haken, ein, wie er meint, sicher außerordentlich einfaches Instrumentarium.

Ist die Drahtsäge entsprechend um den Hals des Kindes gelegt, so drückt sie sich an denselben an, bzw. in seine Weichteile ein, und es kommt der um den kindlichen Hals liegende Teil des Instrumentes nicht in Kontakt mit den mütterlichen Weichteilen. Die Durchschneidung des Halses erfolgt mit einigen Sägezügen.

Den Schutz der mütterlichen Weichteile besorgt bei ihm die Platte seines Hakens.

Seine Technik „vermeidet alle Schwierigkeiten, welche ZWEIFEL bei der Dekapitation mit anderen Instrumenten, speziell dem BRAUNschen Schlüsselhaken, betont, und ist daher die sicherste, unschädlichste und rascheste“:

GIGLI sagt noch weiters: „Tutto questo non presenta difficoltà nè il più piccolo pericolo per la donna, anche in mano di un medico che debba per la prima volta eseguirla e come prima operazione ostetrica (pag. 918)“.

Auch ZWEIFEL erwähnt in seinen Publikationen die Dekapitation mit dem Draht oder mit der Säge, erledigt dieselbe aber mit den folgenden Bemerkungen:

„Am verlockendsten durch seine Einfachheit ist der Vorschlag von PAJOT, mittelst einer Blei- oder Wachskugel eine Seidenschnur um den Hals des querliegenden Kindes zu legen und denselben damit zu durchtrennen. Wir haben dies nie an der Lebenden versucht, unzählige Male aber am Phantom und mit frisch toten Kindern geübt. Wenn der starke Seidenfaden eine Zwischenwirbelscheibe trifft, so geht die Durchtrennung des Halses glatt vor sich, wenn aber der Zufall nicht günstig ist — was in $\frac{1}{10}$ der Fälle zutrifft — so reißt ein Faden nach dem anderen entzwei.“

„Besser und sicherer in ihrer Wirkung ist die Drahtsäge von GIGLI, die wir ebenfalls oft am Phantom versucht und jedesmal zum Durchtrennen bewährt gefunden haben.“

„Bei der seidenen Schnur, der Drahtsäge, der Kettensäge, der Ekraseurkette und dem Stahldraht (Klaviersaiten), die schon benützt wurden, ist das Herumführen um den Hals schon schwierig, an der Lebenden gewiß der Mehrzahl der Ärzte ohne einen Schlingenträger unmöglich. Wenn man aber erst einen Schlingenträger braucht, ist dies wieder ein Instrument, welches lebenslang das geburtshilfliche Besteck eines Arztes beschweren kann, ohne je etwas zu nützen, und ist erst die Schlinge, Drahtsäge oder Kettensäge um den Hals gebracht, so müssen unbedingt die mütterlichen Weichteile am Beckenausgang mit Scheidenspiegeln oder dergleichen Schutzmitteln gedeckt werden. Also wieder neue Instrumente! Wie verwickelt und unzweckmäßig gestalten sich diese Notbehelfe gegen ein Instrument, welches vorkommenden Falles sicher wirkt und welches nebenbei gesagt, durch Zwischenklemmen einer Schlinge auch als Schlingenträger dienen kann.“

„Der Ekraseur ist das einzige Instrument, welches ohne Deckung zu verwenden ist.“

Im Lehrbuche von KEHRER (Lehrbuch der operativen Geburtshilfe, 1891) finden wir über die Dekapitation mit sägenden bzw. sägenden Instrumenten folgendes erwähnt:

„1. Das Durchtrennen mit dem Faden.

Ein dicker Faden wird über den Hals geführt, worauf man die beiden Enden in entgegengesetztem Sinne hin und her bewegt. Nach Versuchen an frischen Kindesleichen kann dadurch der Hals unschwer durchschnitten werden. Doch schneidet der Faden leicht in die mütterlichen Weichteile, so daß man diese jedenfalls durch einen Mutterspiegel schützen müßte.“

„MÜNSTER hat 1825 zuerst Leichenversuche derart erfolgreich angestellt, später HOFFMANN-BRERIG mit Klaviersaite, dann HEYERDAHL (1856). PAJOT (1862) benutzte zum Überführen um den Hals einen stumpfen Haken, BERGER eine Rebschnur mit Ring, der durch ein Rohr zum Hals geleitet wurde, TARNIER Peitschenschnur und eine BELLOQSche Röhre.“

„2. Das Durchtrennen mit Stahldraht,

dessen Enden zu Ösen umgebogen und in die Haken eines gewöhnlichen oder MAYER-MELTZERSchen Ekraseurs eingesetzt wurden, ist von MANN, DEPIERRIS, MEADOW, KEZMARSKY empfohlen worden.“

„3. Das Durchtrennen mit der Ekraseurkette.

Die Kette wurde mit Haken oder Führungsstäben um den Hals gelegt. Sie ist zur Dekapitation als ganz geeignet befunden worden von STIEBEL, HEYERDAHL, KIERULF, KOHL, TARNIER, PAJOT, KILIAN, FAYE, RIBEMONT, ZWEIFEL u. a. Auch JAQUEMIERS aus Gliedern bestehendes, hakenförmiges Embryotom gehört hierher.“

Das Abschneiden des Halses mit der Schere, einem Messer oder einer Guillotine werden von KEHRER mit Recht längst verlassene Methoden genannt, die Dekapitation mit dem Sichelmesser lebhaft empfohlen, aber nicht einbürgerungsfähig beschrieben. In seiner Schlußbemerkung spricht sich KEHRER für den BRAUNschen Schlüsselhaken, der — wenigstens vorläufig — am meisten gebraucht worden ist und auch die besten Ergebnisse gehabt, als zweckmäßigstes Instrument zur Dekapitation aus.

MERMANN (Zur Behandlung verschleppter Querlagen („Zentralbl. f. Gyn.“, 1895, Nr. 36, pag. 963) hat bei fünf verschleppten Querlagen ausschließlich die Eviszeration vorgenommen. Es handelte sich um Fälle mit tief eingekeilter Schulter, die Kinder waren abgestorben, Wendungsversuche waren von Seiten der Kollegen, die ihn gerufen, stets früher ausgeführt worden. MERMANN macht die Operation mit der SIEBOLDSchen Schere unter Leitung der Hand. Die Eviszeration schafft nach seiner Erfahrung Verhältnisse, in denen die Extraktion dann auffallend leicht gelingt. Er schlägt zwei Wege zur Extraktion ein: Manchmal gelingt es, auf Zug am Arme oder Einhaken eines Fingers in den Thoraxraum den entleerten Körper *conduplicato corpore* leicht herauszuziehen, in anderen Fällen kann man mit der Hand am fötalen Bauche zum Steiß gehen, denselben tiefer drücken und dadurch die Schulter höher bringen und in der Schenkelbeuge oder am Fuß extrahieren. Wenn beide Manipulationen versagen, läßt sich nach in die Höheschieben der Schulter ein Fuß erreichen, die Wendung auf denselben machen und daran die Extraktion leicht anschließen.

In solchen Fällen, in denen wegen Hochstandes des Halses das Erreichen desselben unmöglich oder nur auf Kosten noch stärkerer Belastung des unteren Uterinsegmentes ausführbar ist, halte ich ebenfalls die von LATZKO („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.“, 1901, pag. 730 und „Wiener med. Wochenschr.“, 1901) angegebene Methode, ein Morzellement der Frucht, zweifellos für schonender als das von MERMANN vorgeschlagene Vorgehen.

Das von LATZKO angegebene Kletterverfahren bringt sicher keinerlei Gefahr für das untere Uterinsegment mit

sich, und möchte ich mich seinem Vorschlage anschließen dieses Verfahren in allen denjenigen Fällen als Operation der Wahl anzuwenden, in welcher die einfache Dekapitation gefährlich oder unausführbar ist.

Ich möchte MERMANN gegenüber hervorheben, daß ich die Eviszeration doch nur für solche Fälle von verschleppter Querlage vorbehalten möchte, in denen wegen exquisiten Hochstandes des Halses das Umlegen des Instrumentes um den Hals unmöglich wird, und es gibt ja leider solche Fälle. Diese Unmöglichkeit wird im gegebenen Falle ohne Schwierigkeiten festzustellen sein, und man wird nicht, wie MERMANN meint, durch lang dauernde Dekapitationsversuche unnötig lange in der Frau und in dem so wie so gefährdeten Uterus herummanipulieren, sondern sofort die Eviszeration ausführen.

Im allgemeinen möchte ich doch nicht regelmäßig für jede verschleppte Querlage diese Operation empfehlen, da abgesehen von ihrer längeren Dauer die Entfernung des eviszerierten Kindeskörpers nicht immer leicht *conduplicato corpore* möglich ist und nur das Herabdrücken des Steißes oder gar die Wendung der eviszerierten Frucht bei solchen Fällen, in denen es sich ja doch ausnahmslos um höhergradige Dehnungszustände des unteren Uterinsegmentes handelt, durchaus nicht gleichgültig erscheint. Daß die Eviszeration eine für das Gefühl des Operateurs widerlichere Operation sei wie die Dekapitation, kommt wohl nicht in Betracht. Es handelt sich ja in erster Linie darum, festzustellen, welches Verfahren der Entbindung für die Frau am schonendsten ist. Eine Perforation eines lebenden Kindes zum Beispiel ist doch sicherlich für den Operateur eine noch viel widerlichere Operation, und dennoch ist er gezwungen, in einzelnen Fällen dieselbe auszuführen.

Auch SCHNEIDER (Kasuistischer Beitrag zur Anwendung des SCHULTZESchen Sichelmessers. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1897, Nr. 20) tritt wie CLEMENS, warm für das Sichelmesser ein. Er hat 25 Fälle zusammengestellt, von denen nur einer tödlich verlief. Es sei also die Verwerfung des Sichelmessers nicht gerechtfertigt, zumal es wiederholt noch dann zum Ziele führt, wo der BRAUNsche Schlüsselhaken versagt oder überhaupt nicht anwendbar ist.

K. A. HERZFELD (Nochmals „der KARL BRAUNsche Schlüsselhaken“, Erwiderung gegen H. CLEMENS, „Zentralblatt für Gynäkol.“, 1897, Nr. 44) tritt, wie schon 2 Jahre vorher gegen ZWEIFEL, so auch jetzt gegen CLEMENS und implicite gegen SCHNEIDER für den BRAUNschen Dekapitationshaken ein. Daß andere Instrumente ebenfalls ihre Dienste tun, soll ihnen nicht abgesprochen werden, man dürfe aber einer so bewährten Methode wie der Dekapitation mit dem Schlüsselhaken nicht Fehler andichten, die sie nicht besitzt.

Ich habe nun versucht, wie ich im folgenden genauer ausführen werde, die Technik der Dekapitation mit der GIGLischen Drahtsäge in der Weise zu vereinfachen, daß erstens zum Einführen und Umden-Halslegen der Säge komplizierte Instrumente nicht erforderlich werden und derart dieser Akt sich möglichst einfach und mühelos gestalten, andererseits aber auch Maßnahmen zu treffen, welche den Schutz der mütterlichen Weichteile in genügender Weise besorgen sollten, ohne die Technik der Operation zu komplizieren und das Besteck des Geburtshelfers irgendwie zu beschweren. Nach wiederholten Versuchen am Phantom und wiederholter Anwendung bei Gebärenden hat sich mir nunmehr als relativ einfachstes und, wie ich annehmen darf, an Einfachheit schwer zu übertreffendes Verfahren eine Art der Anwendung der Drahtsäge herausgestellt:

Ich habe merkwürdigerweise in den letzten 6 Jahren Gelegenheit gehabt, fünfmal die Dekapitation mit der GIGLischen Drahtsäge auszuführen. Die Technik hat sich mir dabei von Fall zu Fall vervollkommen, so daß ich glaube, das Maximum an Einfachheit der Ausführung erreicht zu haben.

Ich will erst die Krankengeschichten der betreffenden Fälle in extenso bringen, denn aus ihnen ergeben sich die

Veränderungen in der Ausführung der Operation, welche schließlich genau geschildert werden soll.

Das Verfahren scheint mir so einfach, daß es nunmehr auch dem praktischen Arzte, speziell in der Landpraxis, wo er oft ganz allein auf sich selbst angewiesen arbeiten muß, da die Assistenz, welche diverse Landhebammen ihm bieten, oft nur schädlich und hinderlich ist, möglich gemacht ist, diesen wichtigen geburtshilflichen Eingriff ohne Schwierigkeiten und ohne die Gebärende zu gefährden, auszuführen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurg. Abteilung (Primarius Dr. Stöhr) im Kaiser Franz Josef-Krankenhaus in St. Pölten.

Eine Vorrichtung in der Magensonde

zur

Feststellung der untern Magengrenze und einzelne Resultate dieser Methode.

Von **Dr. Franz Weitlaner**, Sekundararzt.

Wie schwierig in vielen Fällen und auch zweifelhaft die Konturierung der unteren Magengrenze längs der *Curvatura major* trotz der verschiedenen bisherigen wissenschaftlichen Behelfe sowohl für den untersuchenden Kliniker als auch Physiologen ist, kann wohl nicht bestritten werden. Schon der Umstand, daß wir ja ohneweiters die verschiedenen Füllungsverhältnisse des Colon transversum mit Gasen oder Ingestis absolut nicht beeinflussen können, läßt die Resultate der Magenperkussion häufig unsicher erscheinen. Man ist außerdem schwer imstande, den Magen total auszuhebern, ein gewisser Rest wird fast immer zurückbleiben, und wenn man den Magen mit Kohlensäure oder Luft aufbläht, so weiß man wieder nicht, wann die bestehende physiologische oder pathologische Ausdehnung durch die Expansion des Gases erreicht oder überschritten wird. Dazu kommt noch die die Genauigkeit der Untersuchung störende Dicke der Bauchdecken und dann und wann auch Abnormitäten in der Peritonealhöhle selbst, wie Aufschürzung des großen Netzes, alte peritonitische Prozesse usf. Deshalb wird z. B. auch die Magenptose fast mehr durch den Aspekt der Formation des Abdomens, die Magendilatation durch ein vorhandenes Plätschergeräusch diagnostiziert, eine Diagnose, die damit allerdings auf recht schwachen Füßen steht.

Das Streben dürfte darum nicht zwecklos gewesen sein, einen neuen Behelf zu suchen.

Bei Einführung einer ziemlich weichen und gut biegsamen Magensonde wäre es gewiß wünschenswert, zu wissen, wo sich der eingeführte Endpunkt derselben befindet und wo man sich ihn auf die äußere Bauchwand projiziert zu denken hat. Man wird dabei außerdem kaum fehlgehen, wenn man annimmt, daß die eingeführte Kuppe, sofern die Sonde langsam und reichlich genug nachgeschoben wurde, tatsächlich den tiefsten Punkt der *Curvatura major* bei stehender Versuchsperson einnimmt. Manchmal, bei sehr dünnen Bauchdecken und kräftigem Palpationsdruck ist man imstande, das im Magen liegende Sondenende wirklich zu tasten; doch gelingt dies wohl recht selten. So war also mein Streben darauf gerichtet, auf eine andere Weise und mit anderen physikalischen Hilfsmitteln diesen tiefsten Standpunkt der Sonde ermitteln zu können. Unter den physikalischen Kraftwirkungen, die einerseits an einem gewissen Punkte konzentriert werden können, andererseits Fernwirkung haben, kamen da nur die elektrische und magnetische Kraft in Betracht. Ich wählte zu den folgenden Versuchen die letztere. Es handelte sich mir, kurz gesagt, darum, einen kleinen Stahlmagneten, der an der Kuppe des Innenhohlraumes einer ösenlosen Magensonde untergebracht war, mit der Sonde in den Magen einzuführen. Da dieser Stahlmagnet eine gewisse Dicke und Länge

absolut nicht überschreiten durfte, um für den Hin- als auch Rückweg kein Passagehindernis zu bilden, so war dazu eine Reihe von Vorversuchen und Studien notwendig. Die Frage gestaltete sich: „Wie kurz darf der Magnet sein, um noch genügend Fernwirkung zu entfalten, so daß seine genaue Lokalisierung durch die Bauchdecken hindurch noch deutlich möglich ist und andererseits, wie lang darf er sein, um noch leicht die schwierigen Passagelstellen im ersten Teile des Verdauungstraktes, also hauptsächlich den winkligen Übergang von der Mundhöhle in den Ösophagus und ferner die Kardia beim Einführen und Zurückziehen der Sonde überwinden zu können. Gewiß mag hierbei manches von der Geschicklichkeit des Operierenden abhängen. Ich meinsten habe gefunden, daß der Magnet schon bei einer Länge von 4–5 cm, auch wenn man gleichzeitig die zwei Finger der linken Hand zum Niederdrücken der Zunge und Dirigieren der Sondenkuppe verwendet, die Sonde auf die entsprechende Länge unbiegsam macht, so daß sie schwer und nicht ohne eine gewisse Furcht zu erregen passiert. Glücklicherweise haben dagegen die Versuche der Fernwirkung das Ergebnis geliefert, daß der Magnet keineswegs so lang zu sein braucht. Was die Dicke des Magnetes anbelangt, so kommt dieselbe überhaupt nicht in Betracht, weil bei einer Länge von 4 cm der Magnet nur 3 mm im Durchmesser zu haben braucht, um ein Maximum von Magnetismus annehmen zu können, das durch einen größeren Durchmesser auch nicht mehr gesteigert werden kann.

Zur Prüfung, auf eine wie große Entfernung ein Magnet eine deutliche Wirkung äußert, gibt es nun außerordentlich empfindliche, physikalische Instrumente, die selbst wieder kleine Magnete in Form von Scheibchen oder Magnetnadeln sind und eine sehr leichte, drehbare, fast widerstands- und reibungslose Suspension oder Befestigung durch Kokon- oder feinste Quarzfäden haben. Allein solche Apparate, die zwar auf eine ganz staunenswerte Entfernung das Vorhandensein einer magnetischen Kraft anzeigen und lokalisieren, sind zu umständlich, unbequem und auch zu teuer. Ich habe deshalb zur Untersuchung der Fernwirkung des in der Sonde einzuführenden Magneten zunächst einen ganz gewöhnlichen, kleinen, aber guten Kompaß genommen und gesehen, daß man auch damit schon recht befriedigend auskommt.

Was das Materiale des Sondenmagneten betrifft, so gibt es dazu mehrerlei Stahlarten, welche von Firmen als besonders geeignet geliefert werden; jedoch genügt im Notfalle ein entsprechendes rundes Stäbchen gewöhnlichen Tiegelgußstahles. Noch besser nimmt man ein Bündel von 20 guten, dünnen, englischen Stahlnadeln, kürzt sie auf die gewünschte Länge, in unserem Falle 2.8 cm, und magnetisiert sie einzeln in der Induktionsrolle durch das Durchleiten eines kräftigen Stromes und gleichzeitiges leichtes Erschüttern.

Wiederholtes Ausglühen und Neumagnetisieren erhöht die Beständigkeit des angenommenen Magnetismus. Zum Schlusse werden die magnetisierten Nadeln mit gleichgelegten gleichnamigen Polen wieder zu einem (zirka 2.5 mm dicken) Bündel zusammengebunden und in den Hohlraum der Sonde an deren Kuppe versenkt. Ich heiße weiterhin den Magnet in der Sonde deshalb einfach den Sondenmagnet und eine mit ihm ausgestattete Sonde eine Magnetsonde. Daß der Sondenmagnet übrigens für seine Länge möglichst kräftig sein soll, ist selbstredend. Demgemäß lasse ich hier einige Daten folgen, die ungefähr zeigen, wieviel vom Materiale des Sondenmagneten und auch von dessen vorausgegangener Magnetisierungsart abhängt. Es zeigte sich nämlich noch eine deutliche Wirkung auf dem fix auf einem Tisch ruhenden Kompaß, wenn tangential vorbeigeführt wurde: 1. ein Sondenmagnet 2.5 cm lang, bestehend aus 20 einzeln elektrisch magnetisierten Nadeln auf eine Entfernung von 16.5 cm, 2. der gleiche Nadelbündelmagnet, wenn jedoch das ganze Nadelbündel auf einmal elektrisch magnetisiert wurde, auf 15 cm, 3. ein 2.5 cm langer Stabmagnet, elektrisch magneti-

siert auf 10 cm und 4. der gleiche Stabmagnet, wenn er nur durch Streichen magnetisiert worden war, bloß auf 6.5 cm.

Umgekehrt zeigte der tangential vorbeigeführte Kompaß noch eine merkliche Reaktion, wenn diesmal der Sondenmagnet fix auf dem Tisch ruhte bei 1 auf 7.5 cm, bei 2 auf 6 cm, bei 3 auf 4 cm und bei 4 gar bloß auf 3 cm.

Aber auch ein (in unserem Falle 1.5 cm im Durchmesser haltender) Kompaß ist kein sehr taugliches Instrument, um die Fernwirkung des Sondenmagneten zu prüfen und ihn gut zu lokalisieren, weil auf ihn außer dem Sondenmagnet auch noch der Erdmagnetismus Einfluß hat und so zur Verwirrung Veranlassung gibt. Aus diesem Grunde habe ich an Stelle des Kompasses eine folgendermaßen konstruierte, horizontale astatische Nadel (besser gesagt, astatisches Nadelpaar) verwendet.

Auf einer kreisrunden, dünnen Kartonscheibe (25 mm Durchmesser) sind auf der oberen Fläche zwei gleich lange Stückchen (16 mm lang) einer kräftig magnetisierten Nähnadel, einander parallel als Segmentlinien der Kartonscheibe, die gleichnamigen Pole entgegengesetzt gerichtet, aufgeklebt, desgleichen zur Verstärkung genau zwei ebenso lange, magnetisierte Stückchen auf der Unterfläche der Kartonscheibe, die Pole eines jeden so gerichtet, wie das unmittelbar oberhalb gelegene Stückchen, an dessen Stelle es genau unterhalb liegt. In der Mitte der Kartonscheibe befindet sich ein Balanzierhütchen genau wie bei einer Kompaßnadel. So bildet das ganze, ruhend auf der Balanzierspitze in einer kleinen Messingdose, vollständig ähnlich einem Kompaß, eine horizontal schwebende astatische Nadel (siehe Fig. 1 u. 2).



Fig. 1.

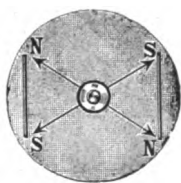


Fig. 2.

Auf ein solches astatisches System wirkt nun zwar nicht der Erdmagnetismus, wohl aber ein in die Nähe gebrachter Magnet, in unserem Falle der Sondenmagnet, weil in solcher Nähe der Unterschied der Entfernung zwischen beiden (das astatische System bildenden) Kartonscheibenmagnetchen und dem zu prüfenden oder suchenden Sondenmagnet in Wirkung tritt. Der Sondenmagnet wird den näherliegenden Pol des astatischen Systems viel stärker anziehen, als er den ferner liegenden und entgegenwirkenden Pol abstößt, eben wegen der Entfernung und umgekehrt, und so resultiert eine Bewegung der astatischen Kartonscheibe. Es wird stets die Verbindungslinie des angezogenen Poles mit seinem gleichnamigen, diagonalen, anderseitigen genau in die Richtung des attrahierenden Sondenmagnetpoles weisen oder letzteren mit anderen Worten lokalisieren. Die genauere Lokalisation erfolgt noch ferner damit, daß man den Punkt der stärksten Attraktion aufsucht, wo man infolgedessen dem Sondenmagnetpol am nächsten ist, und dann daß man den Ort des zweiten Poles des Sondenmagnetes bestimmt.

So waren also definitiv meine Instrumente zur Bestimmung der unteren Magengrenze, speziell des tiefsten Punktes derselben, einerseits die Magnetsonde, andererseits das vorhin beschriebene, astatische schwebende System, das ich der Vereinfachung wegen „astatischen Kompaß“ nennen will.

Die Magnetsonde (Durchschnitt Fig. 3) war eine gewöhnliche, aus rotem, biegsamen Kautschuk verfertigte Magen- sonde, sowie man sie zum Aushebern desselben verwendet, innen hohl bis zur Kuppe, jedoch ohne Öse an derselben. Dort lag der Sondenmagnet *M*. Derselbe bestand aus einem Bündel von 20 einzeln magnetisierten, auf 2.8 cm gekürzten, dünnen Nähnadeln. Da er die Quere des Sonden-

hohlraumes bei weitem nicht ausfüllte, wurde er noch vorher mit dünnem Bleidraht umwickelt, um so das Sondenende möglichst schwer zu machen und dann erst in den Hohlraum der Sonde bis zur Kuppe hineingestoßen. Der Sondenmagnet übte auf den vorhin beschriebenen astatischen Kompaß bis auf 10 cm eine ihn selbst lokalisierende Wirkung aus. Bei 40 cm, 60 cm und 70 cm kann man sich an der Sonde recht zweckmäßig Markierungsstriche mit einem Lapisstift anbringen.

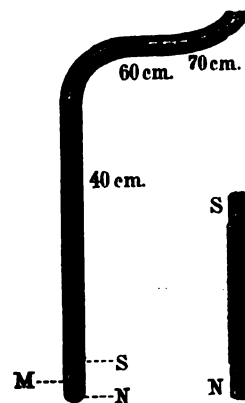


Fig. 3.

Der Vorgang bei der Untersuchung ist einfach und dieselbe wird bei stehender, sitzender, rücklings oder seitlich liegender Versuchsperson vorgenommen. Gewöhnlich jedoch läßt man sie sitzen und nach eingeführter Sonde aufstehen. Bei 40 cm (Zahreihe bis Ösophagusbeginn 15 cm; Ösophaguslänge 25 cm) kann man sagen, daß die Sonde mit ihrer Spitze die Kardia überwunden hat, bei 60–70 cm ist durchschnittlich,

wenn kein Hindernis sie aufgehalten hat, die Sonden- spitze mit dem Sondenmagneten am tiefsten Punkte der Curvatura major angelangt. Hindernisse könnten im Magen z. B. Divertikelbildungen oder Wülste von Neubildungen bilden, an welchen sich die Sondenspitze fängt oder ferner die Sanduhrform des Magens usf. Doch sind dies recht seltene Vorkommnisse. In einem solchen Falle empfiehlt es sich eventuell, eine steifere Magnetsonde (etwa so steif wie die Ösophagussonden) zu verwenden. Darauf sucht man außen an der Bauchwand mit dem astatischen Kompaß die Lage der beiden Sondenmagnetpole auf.

Es leuchtet ein, daß man die besten Resultate, die auch ganz leicht zu gewinnen sind, bei mageren Personen — und dies sind häufig die Magenkranken — erzielen wird. Mehr Geduld muß man anwenden und vor allem systematisch vorgehen, wenn ein hochgradiger Abdominalpannikulus vorhanden ist. In Fällen, wo das Colon transversum gebläht und bis zum Rippenbogen und Scrobiculus cordis hinaufgedrängt ist, wie bei Hydrops ascites und Peritonitis, wird der Abstand zwischen Magen und äußerer Bauchdecke noch größer. Da wird viel von der Güte der beiden Bestimmungsfaktoren, Magnetsonde und astatischem Kompaß, abhängen. Nicht überflüssig zu betonen scheint mir noch, daß man jedenfalls darauf achte, daß die Sondenkuppe und auch das darangrenzende Drittel der Sonde auch spezifisch schwerer sei als der dickflüssige Mageninhalt. Dies kann man leicht damit erreichen, daß man Schrotkörner in den Hohlraum der Sonde gibt, bis der Zweck erreicht ist.

Obwohl ich bereits vor 4 Jahren mit den Untersuchungen mit der Magnetmagensonde begann, so hatte ich leider doch relativ recht wenig Gelegenheit, sie anzuwenden, und zwar deshalb, weil viele eine Sondenuntersuchung überhaupt nicht gestatten. Es ergibt sich von selbst eine dreifache Unterscheidung, nämlich: Untersuchungen an Gesunden zur Konstatierung physiologischer Magenverhältnisse, an Magenkranken und an der Leiche.

An Gesunden bot sich nur ein einzigesmal die Gelegenheit, Untersuchungen anzustellen. Ich fand eine halbe Stunde nach einer sättigenden Mahlzeit bei dem betreffenden Individuum den tiefsterreichbaren Punkt der Sonde zwei Querfinger oberhalb des Nabels in der linken Parasternallinie und sechs Stunden nach derselben Mahlzeit wies der astatische Kompaß die Sondenspitze in der Axillarlinie nach im achten Interkostalraum. Zu diesen zwei Untersuchungen verwendete ich damals unter gleichzeitiger Kokainisierung des Rachens eine steife Magnetsonde. Auch seien sie nur der Vollständigkeit halber erwähnt; denn um sichere Ergebnisse zu gewinnen, hätte wohl eine weiche Sonde auch herangezogen werden

und die Untersuchungen öfter, vielleicht stündlich, gemacht werden müssen. Reicher an Ausbeute waren dagegen die Untersuchungen an Kranken.

Patientin P., 32 Jahre alt und seit $\frac{1}{2}$ Jahr magenleidend, stand im November 1899 an der Innsbrucker medizinischen Klinik in Behandlung. Deutlicher derber Tumor in der Pylorusgegend und hochgradige Abmagerung. Die weiche Magnetsonde wurde bis zu 75 cm eingeschoben und ihre Spitze wurde mit dem astatischen Kompaß außen auf der Abdominalhaut unmittelbar neben der Spina iliaca anterior superior sinistra nachgewiesen. Zu zweckentsprechender Operation wurde Patientin dann auf die chirurgische Klinik überführt.

Frau G., 43 Jahre alt, war schon seit Jahren magenleidend. Angeblich 4 Jahre vor meiner Untersuchung diagnostizierte eine Fachautorität Magenkarzinom und Erweiterung. Ich machte ihr im Jahre 1899, im Sommer, den Vorschlag, ihre Magenerweiterung gleichfalls untersuchen zu wollen, auf welchen sie einging. Die Untersuchung mit der Magnetsonde ergab abends nach einer mäßigen Mahlzeit den tiefsten Punkt der großen Krümmung einen Finger breit links oberhalb des Nabels, am nächsten Tage morgens bei nüchternem Magen merkwürdiger Weise die gleiche Stelle.

Frau Antonie L. stand im November 1902 im St. Pöltner Spital an der chirurgischen Abtheilung (Primarius Dr. STÖHR) in Behandlung. Sie leidet schon seit $\frac{3}{4}$ Jahren an Magenbeschwerden und peiniger, chronischer Obstipation. Ihr behandelnder Arzt konstatierte Magentumor. Während ihres Spitalsaufenthaltes schien für die Palpation die Anwesenheit eines Tumors wechselnd, bald positiv, bald negativ. Patientin verlangte selbst operiert zu werden. Ich untersuchte sie vorher mit der Magnetmagensonde. Die Untersuchung, welche ich zirka 2 Stunden nach ihrer Nachmittagsjause machte, vollzog ich folgendermaßen. Nach Einführung der Sonde ließ ich Patientin sich auf ihre rechte Seite auf den Operationstisch legen und schob in dieser Stellung die Sonde bis auf 70 cm nach, um ihre Spitze möglichst gegen den Pylorus zu bringen. Dann prüfte ich außen an der Bauchdecke mit dem astatischen Kompaß den Stand des Sondenmagneten und hiermit die Sonden spitze, indem ich sowohl langsam die Patientin sich erheben ließ als auch die Sonde sukzessive etwas herauszog. So konnte ich den Weg der Sonden spitze verfolgen und mit dem Anilinstift an der Haut direkt markieren. Diese Linie verlief auf einer Strecke von 11 cm in flachem Bogen $2\frac{1}{2}$ Querfinger unterhalb des Nabels vorbei. Die später gemachte Probelaparotomie rechtfertigte diesen Befund als Tiefstand der Curvatura major und ergab die Abwesenheit irgend eines Tumors, dagegen das Vorhandensein einer ausgesprochenen Gastroenteroptose.

Ich möchte mir erlauben, reserviert anzudeuten, daß man die Gastroptose, die man als eine Dilatatio in longitudinem auffassen könnte, hauptsächlich als eine Pylorussenkung auffassen kann. Das Suspensionsgewebe im entsprechenden Anteil des Omentum minus und das peripankreatische Stützgewebe scheint dem Zuge des Magens, Colon transversum usw. nicht genügend widerstehen zu können. Ein Zeichen von Gastroptose dürfte es darum sein, wenn die Sonden spitze leicht auf die rechte Seite der Linea alba zu bringen und dort nachzuweisen (wie im obigen Falle) ist.

Um jedoch die Brauchbarkeit der beschriebenen Methode direkter feststellen zu können, machte ich Untersuchungen damit an der Leiche, wo durch die darauffolgende Sektion die Ergebnisse unmittelbar kontrolliert werden konnten. Von den 3 Sektionen, die alle die Methode als zufriedenstellend erwiesen, führe ich folgende an:

Obduktion am 12. Dezember 1902: Frau, 48 Jahre alt. Mit Hilfe der Magnetsonde und dem astatischen Kompaß konturierte ich mit dem Anilinstift an der Bauchhaut einen großen Teil der Curvatura major, welche in ihrem tiefsten Punkte unterhalb der Nabelhorizontale zu liegen kommt.

Die Kontrolle durch die Obduktion bestätigte adäquat die beschriebene Linie und zeigte auch, warum die Sonde nur bis auf 2 Querfinger an die Linea alba von links her heranzubringen war; es saß nämlich dort ein fast doppelt Hand-

teller großes blumenkohlartiges Karzinom. Ich beobachtete ferner an diesem Falle noch den Eintritt der Sonden spitze durch die Kardie am aufgeschlitzten und in situ im Körper befindlichen Magen. Die Sonde tritt nicht in der Vertikalen in den Magen ein, sondern weicht um zirka 30° von derselben gegen den linken Rippenbogen in der Axillarlinie ab. Die linke Zwerchfellkuppe stand infolge der Ausdehnung des Magens höher als die rechte. Es gelang mir ferner, sogar die Magnetpole in verschiedenen Stellungen im Ösophagus beim Herausziehen der Sonde am Rücken mit dem astatischen Kompaß zu lokalisieren. Ob man auch imstande wäre, die kleine Krümmung durch verschiedene Manipulationen mit der Sonde als auch durch Stellungen der Untersuchungsperson ähnlich wie die große zu bestimmen, habe ich nicht versucht.

Obwohl nun nach dem Standpunkte der maßgebenden Autoren die Kenntnis der Magenausdehnung mehr theoretisches als praktisches Interesse hat und das Hauptgewicht auf seine motorische und sekretorische Funktion gelegt wird, so ist es auch schon das theoretische Interesse viel berechtigter, wenn es auf einfache Weise gelingt, genaue Daten zu gewinnen. Aber auch der praktische Gesichtspunkt fehlt nicht vollkommen, da man z. B. durch stündliche Messungen nach einer Mahlzeit mit der Magnetsonde die allmähliche Verkleinerung der Magenausdehnung und hiermit dessen motorische Funktion direkt anschaulich wird machen können. Vorausgehende Kokainisierung des Rachens wird freilich, um nicht zu störende Brechbewegungen zu haben, notwendig sein. An dieser Stelle danke ich auch dem Herrn Professor für Physik an der k. k. Universität Innsbruck, Dr. PAUL CZERMAK, für dessen freundliche Ratschläge und lebenswürdiges Entgegenkommen sowie auch Herrn Dr. HERMANN STÖHR, Primarius der chirurgischen Abteilung im Kaiser Franz Josef-Krankenhaus in St. Pölten, an dessen Anstalt mir die Gelegenheit geboten war, den Hauptteil der Untersuchungen zu machen und zu vollenden.

Aus der II. Abteilung für Dermatologie und Syphilis des Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien (Vorstand Prof. Dr. M. v. Zeissl).

Ein Fall von gleichzeitig gummöser und papulöser Syphilis.

Von **Cand. med. Karl Grosz.**

Während VIRCHOW und H. v. ZEISSL seinerzeit die Einteilung der Syphilis in eine primäre, sekundäre und tertiäre verwarfen, haben andere Autoren diese Anordnung beibehalten und wollten, dem alten Lehrsatze RICORDS folgend, der sogenannten tertiären, d. i. der gummösen Syphilis, die Infektiosität und Vererbbarkeit absprechen. Es ist nun ein Verdienst M. v. ZEISSLS, daß er seit Jahren dafür eintrat, die Produkte des gummösen Stadiums, welche RICORD als „tertiäre“ Syphilis zu bezeichnen gewohnt war, nicht von denen des papulösen („sekundären“) zu trennen und die Ansicht zu vertreten, daß alle Formen der Syphilis, mögen es nun Flecke, Papeln oder aus solchen hervorgegangene Pusteln oder Gummien sein, durch den Mikroorganismus der Syphilis bedingt werden. Diese seine Anschauung stützte sich hauptsächlich auf die reichlich in der Literatur verzeichneten Fälle, in denen unmittelbar nach dem Primäraffekt gummöse Erscheinungen zutage traten, welchen, nachdem sie, sei es spontan, sei es durch die Therapie geschwunden waren, papulöse Erscheinungen der Syphilis folgten. Neue Beweise für die Richtigkeit dieser Anschauung ergab die vorjährige Diskussion in der Gesellschaft der Ärzte über die hereditäre Syphilis, in der sich auch PALTAUF und RIEHL für ZEISSLS Anschauung aussprachen. RIEHL erwähnte in dieser Diskussion, daß er Gelegenheit hatte, in einer großen Anzahl von Fällen bei hereditär-syphilitischen Kindern Erscheinungen des gummösen Stadiums an den Müttern nachzuweisen. „Seit dem

Jahre 1890, seitdem LANDOUZY und viele andere die Infektion durch das Gumma auch nach jahrelangem Bestande der Syphilis erwiesen haben, sind alle Erwägungen der Gegner der Infektiosität des Gumma in das Reich der Träume, wie ZEISSL sagt, zu verweisen.“ Betreffs der diesbezüglichen Literatur verweise ich auf die Abhandlung M. v. ZEISSLS: „Über das Syphiliskontagium und die Virulenz der verschiedenen Syphilisprodukte“ (Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts).

Da ein in unserem Ambulatorium zur Beobachtung gekommener Fall eine neue Illustration dieser noch nicht genug gewürdigten Anschauung liefert, will ich über denselben hier ausführlich berichten.

O. M., Gemeindediener, suchte am 20. Oktober 1903 das erstmal unsere Abteilung auf und gab folgende Anamnese an: Anfang April 1903 habe er einen außerehelichen Beischlaf ausgeübt und gegen Ende desselben Monats ein Geschwür am Penis bemerkt. Wegen desselben suchte er ein Ambulatorium des k. k. allgemeinen Krankenhauses auf. Da er nach wenigen Tagen der rationell eingeleiteten Behandlung keine Besserung sah, entzog er sich der Behandlung und kam erst an dem früher erwähnten Tage in unser Ambulatorium. Bei der Untersuchung des Kranken fand sich am Penis nach beiden Seiten des Frenulums fast bis an die Corona glandis ein hartes, überhäutetes Infiltrat und in den Leistenbeugen multiple, indolente Lymphdrüenschwellungen; beides zusammengenommen konnte mit Sicherheit als Primäraffekt aufgefaßt werden. An beiden Armen, namentlich an den Streckseiten, sowie an den Streckseiten der unteren Extremitäten, wo dieselben am stärksten behaart sind, fand man impetiginöse Pusteln, welche den gewöhnlichen Verlauf genommen hatten, d. h. es war zuerst eine Papel entstanden, diese Papel war zu einer Pustel zerfallen, die sich mit einer grünlichen Borke bedeckte. Diese Borke fiel ab und es erfolgte Überhäutung und unter der überhäuteten Pustel bildete sich neuerlich ein größeres papulöses Infiltrat. Diese Effloreszenzen sollen nach Angabe des Patienten seit Juni 1903 unverändert bestanden haben. Zu diesen dem papulösen, oder wie andere Autoren unrichtig sagen, dem sekundären Stadium angehörigen Erscheinungen gesellten sich eine Reihe von deutlichen Gummen, welche in Gruppen angeordnet, vom Unterhautzellgewebe ausgehend, teils an der Beuge- und Streckseite der oberen Extremität, teils an der Haut oberhalb der Fossa supraspinata und an der Haut über dem Sternum saßen. Eines dieser über dem Manubrium sterni sitzenden Infiltrate zeigte deutlich Fluktuation. Da der Kranke hochgradig anämisch und schlecht genährt war, mußte die erste Sorge sein, seine Ernährung zu heben. Es wurden daher dem Kranken, bei dem sich gleichzeitig impetiginöse Pusteln, id est nach H. ZEISSLS Nomenklatur ein dem papulösen Stadium angehöriges Infiltrat und Gummen am Rücken und den Beugeseiten der Arme voranden, zunächst Jodeisen, und zwar täglich 2g auf 20 Syrup. Moror. verabreicht. Unter dieser Behandlung besserte sich der Ernährungszustand wesentlich, so daß man, zumal das Gumma über dem Manubrium sterni durchzubrechen drohte, es wagen konnte, eine Quecksilberkur einzuleiten. Außerdem wurde dem Kranken, um mit einem Schlage eine große Infektionsquelle zu entfernen, die schon in Involution begriffene syphilitische Initialsklerose exzediert; der ganze Hautschnitt, der ungefähr 3½ cm lang war, heilte vollständig per primam. Außerdem wurden dem Pat. jeden 8. Tag das auf unserer Abteilung in der Regel verwendete Hg succin., und zwar 0.05, mit 0.03 Kokain auf 1g Aq. dest. injiziert. Nach 5 Injektionen, also innerhalb 5 Wochen, hatten sich sowohl die impetiginösen Pusteln als auch die gummösen Erscheinungen fast vollständig zurückgebildet. Nun kam aber ein neues Bild: Es entwickelten sich sowohl an den Beugeseiten der oberen Extremitäten als an der Haut über der Fossa infrascapularis, sowie an beiden Seiten der Brust zahlreiche großmakulöse Effloreszenzen. Unter fortgesetzter Hg-Behandlung und gleichzeitiger Verabreichung von Jodeisen erfolgte langsam die Heilung des Pat., der auch an Körpergewicht zunahm.

Wir sahen also an diesem Kranken: erstens den syphilitischen Primäraffekt, dem nach 3 Monaten ein

pustulöses Syphilid folgte, an welches sich ein gummöses Syphilid anschloß, und als diese Erscheinungen in Rückbildung waren, traten an demselben Kranken neuerlich Erscheinungen eines großmakulösen Syphilids zutage. Über den Kranken ist noch zu berichten, daß er heute, also nach 14 Injektionen und 100g Jodeisensirup innerlich, fast gar keine Erscheinungen mehr zeigt.

Ich glaube, der Fall erweist zur Genüge, daß alle Effloreszenzen, sie mögen syphilitischer Primäraffekt, Roseolaflecke, Papeln, Pusteln oder Gummen sein, durch den bisher leider noch nicht bekannten Syphilisbazillus hervorgerufen werden, daß die Einteilung der Syphilis in eine primäre, sekundäre und tertiäre nicht zu Recht besteht, daß es nur eine einzige Syphilis gibt, welche mit einem Primäraffekt beginnt, der in der Regel von irgend einer der konsekutiven Erscheinungen gefolgt wird. Daß allerdings das unmittelbare Auftreten von Gummen nach einem syphilitischen Primäraffekt relativ selten ist, braucht nicht besonders betont zu werden.

Referate.

WERNITZ (Odessa): Ein Vorschlag und Versuch zur Heilung der akuten Sepsis.

Verf. hat die Überzeugung gewonnen, daß bei der akuten septischen Infektion die spezifische Wirkung der Kokken in den Hintergrund tritt und daß die primäre Giftwirkung der Fermente, die von den Kokken gebildet werden, das Feld beherrscht. Die Wirkung der Toxine tritt so schnell auf, daß der Organismus keine Zeit hat, Antitoxine zu bilden, er wehrt sich aber auf andere Weise, indem er, wie bei pflanzlichen und chemischen Giften, dieselben mit den natürlichen Sekreten ausscheidet.

Jede Maßregel, die die Ausscheidung der Toxine vermehrt, schwächt also die Infektion; da aber Schwitzkuren eine bedrohliche Verarmung des Organismus an Flüssigkeit erzeugen, weiters große Mengen Flüssigkeit durch den Mund nicht zugeführt werden können, weil der Magen mit Erbrechen darauf reagiert, da weiters die subkutanen und intravenösen Injektionen von Kochsalz das ohnedies durch die Toxine geschwächte Herz in ungebührlicher, schädlicher Weise überlasten, schlägt Verf. vor, die Zufuhr von Flüssigkeiten auf einem anderen unschädlichen Wege zu bewerkstelligen („Samml. klin. Vorträge“, Nr. 352). Ein Mastdarmrohr wird in den Darm eingeführt und mit einem, mit 1%iger Kochsalzlösung gefüllten Irrigator verbunden. Durch Heben und Senken des Irrigators wird vor allem der Mastdarm ausgespült und nach Erneuerung der Lösung wird sehr langsam unter geringem Druck ein Einlauf gemacht, und zwar so, daß im Laufe einer Stunde allmählich 1 Liter Kochsalzlösung eingegossen wird. Nach einer Pause von einer Stunde wird wieder durch eine Stunde lang der Einlauf gemacht usw. durch mehrere Stunden.

Unter der Wirkung dieser protrahierten Einläufe beruhigen sich die Patienten, die Schleimhäute werden feucht, der Durst hört auf, die verfallenen Gesichtszüge beleben sich. Nach dem zweiten bis dritten Einlauf stellt sich reichliche Urinsekretion ein. Die Temperatur wird im Anfang weniger, später aber sehr leicht durch die Einläufe beeinflußt. Die Patienten geraten in Schweiß, werden aber wegen der dauernden Flüssigkeitszufuhr durch denselben nicht geschwächt.

In 5 schweren Fällen von Sepsis gelang es dem Verf., das jedesmalige Verschwinden der bedrohlichen Symptome herbeizuführen und schließlich Heilung zu erzielen.

Verf. schlägt ferner vor, die Eingießungen prophylaktisch nach jeder größeren Operation in der Bauchhöhle auszuführen, um den durch den Blutverlust, das Erbrechen und die verhinderte Flüssigkeitsaufnahme an Flüssigkeit verarmten Organismus wieder zu beleben.

ERDHEIM.

weil. K. MAYDL (Prag): Über den angeborenen Hochstand des Schulterblattes.

Anf Grund zweier von dem Verf. beobachteter und operierter Fälle glaubt derselbe behaupten zu können: Die Benennung „der angeborene Hochstand des Schulterblattes“ wurde bisher Krankheiten und sekundären Symptomen, die zwar sehr ähnlich, aber verschiedenen Ursprungs waren, zugeschrieben; demnach waren auch die therapeutischen Indikationen ganz verschieden. Deswegen ist es auch nötig, ein System in dieses Kapitel der Pathologie einzuführen („Sbornik klinický“, Bd. V, H. 2).

Eine der wichtigsten und wahrscheinlich der größten Gruppen ist jene, welcher Verf.'s Fälle und vielleicht auch jene von M. EULENBURG und M. SPRENGEL angehören, wirklich angeborene Difformitäten, deren charakteristisches Merkmal darin besteht, daß das Schulterblatt mittelst eines knöchernen oder knorpeligen Bandes, das sich von einem Halswirbel bis zum oberen Rande des Schulterblattes zieht und hier gelenkartig endet, fixiert ist.

Daneben werden sekundäre Erscheinungen, die von der Existenz, der Formation und der Größe des Bandes abhängen, beobachtet (Umgestaltung des Schulterblattes, Skoliose, beschränkte Funktion der Extremitäten, Muskelläsionen, wie Kontrakturen, Atrophien, Lähmungen), so daß diese Difformität nicht mit Difformitäten anderer Regionen verwechselt werden kann. Die Behandlung dieser Fälle besteht lediglich in der Entfernung des knöchernen Bandes (vollständige Exstirpation, Resektion oder einfache Diszission), der eine orthopädische und gymnastische Behandlung zu folgen hat.

In allen Fällen von Hochstand des Schulterblattes ist es nötig, nach einem ähnlichen Bande zwischen dem Schulterblatte und der Wirbelsäule zu suchen, um seiner An- oder Abwesenheit gemäß den Fall klassifizieren zu können. STOCK.

E. SOMMER (Winterthur): Über die unmittelbare und die Dauerwirkung der Licht- und Wärmestrahlen auf die Hauttemperatur.

Die Temperatur der Haut über chronisch erkrankten Gelenken ist niedriger als auf der gesunden Seite, wenn nicht eine akute Exazerbation des Prozesses vorliegt, in welchem Fall das Verhältnis umgekehrt ist („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 40).

Unter der Einwirkung der Wärme- und Lichtstrahlung steigt die Temperatur der bestrahlten Seite gegenüber der nicht beeinflussten Seite immer; jedoch gibt es Fälle, bei denen nach der Bestrahlung die Temperatur auf beiden Seiten niedriger ist als vorher. Die Licht- und Wärmestrahlung löst auf der kollateralen Seite eine Reaktion im Sinne einer Abkühlung nicht mit jener Regelmäßigkeit aus, wie dies bei der Wärme- und Kalteapplikation anderer Art der Fall ist. Die unmittelbar erwärmende Wirkung der kurzwelligen Strahlen hält länger an als die der langwelligen. Nach 2—4 Stunden kehrt sich das Verhältnis zwischen beiden Seiten um, d. h. die bestrahlte Seite erscheint kälter als die andere, ein Umstand, der durch einen reaktiven Anstieg auf der nicht bestrahlten Seite hervorgerufen zu sein scheint. L.

MEYER (Bernstadt): Das Wesen und die Behandlung der Gallensteinkrankheit.

Die Gallensteinkrankheit wird bedingt und unterhalten durch eine Verhinderung und Verlangsamung des Ausströmens der Galle in den Darm, verursacht durch Rückstauung der Ingesta bei gewissen Formen der Darmträgheit.

Als Folge hiervon zeigt sich eine Stagnation und als weitere Folge eine Zersetzung der das Cholestearin in Lösung haltenden gallensauren Salze. Das hierbei ausgeschiedene Cholestearin bildet den Hauptbestandteil der Gallensteine („Allgem. med. Zentral-Ztg.“, 1904, Nr. 2).

Die Rückstauung der Galle bleibt nicht ohne Einfluß auf das Leberparenchym, dessen Chemismus dadurch günstig beeinflusst wird. Das Haupterfordernis einer erfolgreichen Behandlung bildet die schonende Anregung der Darmtätigkeit und in zweiter Linie eine umstimmende Behandlung der sekretorischen Funktion der Leberzellen. Beiden Indikationen werden milde pflanzliche Abführ-

mittel (Podophyllin) sowie das Kalomel gerecht. Als zur Zeit beste Form der Verbindung dieser beiden Stoffe, zugleich mit einer leichten Reizmilderung durch Karminativa (nicht Opiate), hat sich das Chologen bewährt.

Zu einer erfolgreichen Kur ist ein länger währender, je nach dem Befinden dauernder Gebrauch des Chologens angezeigt.

Bei allem Wert für die Indicatio causalis ist das Chologen nicht imstande, in allen Fällen der Indicatio symptomata beim allerersten Eintritt in die Behandlung und bei unerträglichen Schmerzen vollauf zu genügen, sondern man muß hierbei zeitweise die Morphiuminjektion gelten lassen. Das Gleiche gilt für die — glücklicherweise seltenen, leider schwer diagnostizierbaren — verzweifelten Fälle von drohender Gangrän etc., wo die chirurgische Behandlung in ihre Rechte tritt. Das Chologen wird in Pastillenform angefertigt als Nr. I, II und III; die stärkste abführende Wirkung besitzt Nr. I. Man gibt dreimal täglich je 1 Tablette und steigt bis auf dreimal täglich 2 Tabletten. L.

THOREL (Nürnberg): Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis.

Die Heilung der Nephritis wird nicht erst, wie bisher angenommen wurde, nach Sistierung aller eine Zellneubildung alterierenden Schädlichkeiten eingeleitet, es treten vielmehr schon während der Erkrankung, und speziell schon während des Verlaufes gewisser, noch progredienter, chronischer, parenchymatöser und schon in Schrumpfung übergehender Nephritiden, trotz aller Schädlichkeiten histologische Veränderungen in Erscheinung, die, nach den Karyokinesen in den kranken Zellbesätzen und den FRIEDLÄNDERSCHEN Kanälchen zu schließen, als Heiltendenzen zu betrachten sind („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 72, H. 5 u. 6).

Ob sich auch beim Menschen nach erfolgter Heilung von akuten schweren Nephritiden ein nennenswerter Überschuß von Kernen und Epithelien durch systematische Zählungen und Zugrundelegen eines durch Untersuchung vieler normaler Nieren festzustellenden Durchschnittswertes konstatieren läßt, können erst weitere Untersuchungen lehren. BR.

BRAUER (Heidelberg): Die Kardiolyse und ihre Indikationen.

Die äußeren Perikardialadhäsionen, welche als Folgen von Pleuritiden und Mediastinitiden Herz, Perikard und die großen Gefäße an die Nachbarorgane (Sternum, Lunge, Zwerchfell) fixieren, behindern, wenn sie straff sind, die Herzaktion und führen schließlich zur Herzinsuffizienz mit Ödemen, Stauungen und Leberzirrhose. Das Herz muß nämlich bei jedem Herzstoß die ganze starre Thoraxwand mitbewegen und erlahmt infolge Überanstrengung.

Um diese übermäßige und unnütze Arbeit des Herzens zu verhindern, hat Verf. vorgeschlagen, den knöchernen Ring, der das Herz umgibt, zu durchbrechen und dem Herzen statt der starren Bekleidung eine weiche, nachgiebige Wand zu verschaffen. Dieser Vorschlag wurde auf der chirurgischen Klinik bereits 3mal ausgeführt, indem von den das Herz deckenden Rippen (3.—5.) größere Stücke reseziert wurden; die Adhäsionen wurden entgegen dem Vorschlag von DELORME unberührt gelassen.

Die Erfolge, die vom Verf. mitgeteilt wurden („Archiv für klin. Chir.“, Bd. 71, H. 1), sind recht aufmunternd. Die Ödeme gingen zurück, der Aszites verschwand, die Herzkraft blieb dauernd gut, die Patienten wurden zum Teil wieder arbeitsfähig. Das Herz, das jetzt nur seine nachgiebige Bedeckung mitzog, hatte keine so schwere Arbeit zu leisten und erholte sich zusehends.

Verf. empfiehlt die Kardiolyse für diejenigen Formen der perikardialen Verwachsungen, welche eine systolische Einziehung breiter Thoraxpartien bedingen. So lange noch kräftige Thoraxbewegungen nachzuweisen sind, ist ein guter Erfolg zu erwarten. Werden die Thoraxbewegungen infolge des Nachlassens der Herzkraft schwächer, so ist noch immer die Kardiolyse zu versuchen. Der Erfolg wird aber nicht mehr so sicher sein. ERDHEIM.

SEMBRITZKI (Königsberg i. Pr.): **Der Nutzen der Formalin-Lampe „Hygiea“.**

Das Formalin (Formaldehydum solutum) ist ein außerordentlich kräftig wirkendes Desinfektionsmittel. Wie wertvoll es ist, das beweisen seine verschiedenen chemischen Verbindungen, deren jede sich bewährt hat, zum Beispiel das Lysoform, eine Verseifung des Formaldehyds, ferner das Tannoform, eine Formaldehydverbindung des Tannins, und das Urotropin oder Hexamethylentetramin, ein Formaldehydammoniak.

Besonders stark pilztötend wirkt das Formaldehyd bei seiner Vergasung, weshalb es in dieser Form auch von vielen Behörden als offizielles Desinfektionsmittel bei verseuchten Wohnungen benutzt wird. Zu dieser Vergasung werden bekanntlich Lampen verwendet. Die Fabrik (Chemische Fabrik auf Aktien vormals E. Schering, Berlin) hat nun eine kleine Formalin-Lampe, genannt „Hygiea“, hergestellt, welche allen ärztlichen Anforderungen durchaus genügt.

Die Einwirkung der Formalindämpfe auf die Schleimbäute, welche bei einer Generaldesinfektion vermittelt großer Lampen unangenehm empfunden wird, macht sich bei dem Vergasen durch die kleine Hygiealampe sehr wenig bemerkbar, vorausgesetzt, daß man die Dämpfe sich langsam und allmählich entwickeln läßt, also nur mit kleiner Flamme und mit wenigen Pastillen. Man kann z. B. während der Nacht im Schlafzimmer eine Pastille vergasen lassen, ohne daß der Schlafende irgend etwas Belästigendes empfindet. So hat sich die Hygiealampe als schätzenswertes Hilfsmittel bei verschiedenen Krankheiten erwiesen, und zwar nicht nur bei den Infektionskrankheiten, sondern auch bei den Erkrankungen der Atmungsorgane. Gut bewährt hat sich die Hygiealampe dem Verf. zumal beim Keuchhusten. Er läßt sie hierbei derart verwenden, daß man sie dauernd, mit 2 bis 3 Pastillen gefüllt, bei ganz klein gestellter Flamme brennen läßt. Meistens befindet sie sich in dem Zimmer, das dem Kranken zum Aufenthalt dient; falls sich die Dämpfe sehr bemerkbar machen, wird sie ins Nebenzimmer gestellt. Nachts läßt er 1 Pastille im Schlafzimmer langsam vergasen. G.

A. GUBANOW: **Über eine gefährliche Komplikation der Zahnextraktion.**

Es handelte sich um eine 27jährige, kräftige Patientin, bei der im Anschluß an eine allerdings ungeschickte Zahnextraktion (Fraktur der Alveole und Ruptur der Weichteile) sich so bedrohliche Erscheinungen von Herzschwäche eingestellt haben, daß man jeden Augenblick den Eintritt einer Herzparalyse befürchten mußte. Nur unter energischster Anwendung von Exzitantiën, die glücklicherweise bei der Hand waren, gelang es, die Patientin zu retten.

In der Epikrise spricht Verf., da andere Momente nicht vorgelegen haben, die durchaus zu billiger Vermutung aus („Feldscher“, Organ d. russ. Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg 1903, Nr. 18), daß es sich um einen Shock gehandelt habe.

L—y.

MELTZER und SALANT (New-York): **Über das Verhalten der Resorption nach Nephrektomie.**

Um die Resorption nach doppelter Nephrektomie zu studieren, haben die Verff. Kaninchen durch eine feine Öffnung Salzlösungen verschiedener Konzentration intraperitoneal injiziert und die Resorption derselben an nephrektomierten Kaninchen im Vergleich mit normalen Kontrolltieren studiert („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathologische Anatomie, Bd. 14, pag. 45). Das Ergebnis dieser Versuche war, daß nach Nephrektomie die Resorption aus der Bauchhöhle viel günstiger sich gestaltet, als im normalen Zustande. Auf diese Weise erklärt sich nach Angabe der Verff. die auffallende Erscheinung, daß man bei einfach nephrektomierten Tieren niemals Ödeme auftreten sah, vor allem aber das klinisch wichtige Phänomen, daß akute Anurien tagelang bestehen können, ohne zur Entstehung von Ödemen zu führen. Die nächste Folge einer akuten Anurie ist aber nicht eine vermehrte Transsudation, sondern im Gegenteil eine verbesserte Resorption, wahrscheinlich infolge des erhöhten osmotischen Druckes des Blutes.

Dr. S.—

Kleine Mitteilungen.

— Den Einfluß der Wohnung auf die Erkrankung an Tuberkulose haben ROMBERG und HADICKE untersucht („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 76). Sie fanden, daß in 33·6% der von der ärmsten Bevölkerung Marburgs bewohnten Häuser 59·2% aller Tuberkuloseerkrankungen dieser Volksklasse vorkamen. Im ganzen leben etwa 34% aller Tuberkulösen in 2·6% der 1503 Wohnhäuser Marburgs. Es ließ sich aber ein maßgebender Einfluß von Lage, Bauart und Einwohnerzahl der Häuser auf die Häufigkeit der Tuberkulose in ihnen nicht nachweisen. Sie fand sich aber nie in reinlichen Häusern und in sauberen Wohnungen. Die große Tuberkulosemorbidity der armen Bevölkerung und die Häufung von Tuberkulosefällen in bestimmten Häusern ist darauf zurückzuführen, daß bei der Kleinheit der Räume die Möglichkeit wiederholter Infektion eine so große ist, und es kann wohl als sichergestellt gelten, daß eine einmalige Infektion mit Tuberkelbazillen nur selten zu manifester Tuberkulose führt, während der wiederholten Infektion eine hervorragende Rolle in dieser Beziehung zukommt. Die Tuberkulose ist also eine Wohnungskrankheit.

— Über neuere Thymianpräparate berichtet E. FISCHER („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 51). Er nimmt gegen die Angaben Stellung, die das Pertussin zu den bromhaltigen Präparaten zählen. Der Hersteller des Pertussin behauptet dem gegenüber, Pertussin sei bromfrei. Um alle Zweifel zu beseitigen, gab F. sowohl Pertussin als KERNS Extractum thymi an GUTBLIER in Erlangen zur Untersuchung, welcher beide Präparate vollkommen bromfrei fand. Das KERNSche Extrakt nimmt hinsichtlich der Konzentration die erste Stelle ein.

— Als Heizmittel für den Paquelin empfiehlt BECKER Diatomea („Zentralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 48). Dasselbe ist eine leichte und poröse, rehbraun gefärbte, klumpige Masse, welche unter dem Mikroskop Diatomeen erkennen läßt. Diese Masse füllt man in die Benzinflasche des Paquelin, begießt sie mit soviel Benzin, als aufgesaugt wird, und schüttet das Darüberstehende fort. Die Explosionsgefahr ist infolgedessen ausgeschlossen und die Benzinersparnis bedeutend, 40—50%. Die Masse erfüllt den Zweck der Watte, welche man in den Benzinbehälter gibt und mit Benzin befeuchtet.

— Über die Resorption des Sanatogens beim Typhus abdominalis hat C. A. EWALD Versuche angestellt, nachdem er bei zahlreichen Stoffwechselstörungen damit gute Erfolge gesehen hatte („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.“, Bd. 7, H. 10). Er fand, daß die Resorption im Typhusfieberstadium prompt vorstatten geht und sich nicht wesentlich von der eines Gesunden unterscheidet. Nach diesen Versuchen dürfte sich also das Sanatogen, wie überhaupt in chronischen Schwachzuständen so auch in akuten fieberhaften Krankheiten und speziell im Typhus, zur Anreicherung der Diät wegen seiner guten Resorbierbarkeit und Reizlosigkeit empfehlen.

— Ein neues Operationsverfahren bei Hämorrhoiden empfiehlt LANDSTRÖM („Zentralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 47). Dasselbe besteht darin, durch eine für diesen Zweck modifizierte Quetschzange einen so kräftigen Druck auszuüben, daß man ohne Stur oder Ligatur die Hämorrhoidalknoten entfernen kann. Das Instrument ist eine Klemmzange, deren Branchen durch eine Schraube geschlossen werden. Die Knoten werden nach Dilatation des Sphinkters mit der Balkenzange gefaßt, dann wird an ihrer Basis die Zange angelegt und fest geschlossen. Der abgeklemmte Teil wird dann unmittelbar an der Zange abgeschnitten. Man kann dann sofort die Klemme abnehmen. Eine Blutung ist bei 25 Fällen nie beobachtet worden. Schmerzen treten nach der Operation nicht auf. Nach 5—6 Tagen Stuhlgang.

— Über Aspirin in der augenärztlichen Praxis berichtet O. NEUSTÄTTER („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 42). Das Aspirin findet bei Behandlung von Augenkrankheiten hauptsächlich in drei Eigenschaften Verwendung: als schweißtreibendes, als spezifisches und als schmerzlinderndes Mittel. Seine Fähigkeit, die Temperatur zu erniedrigen, wird hier nur selten in Betracht kommen. Als schweißtreibendes Mittel bei allen akut und chronisch entzündlichen Affektionen des Augeninnern verwendet N. je nach der Leichtigkeit, mit der die betreffenden Patienten zum Schwitzen gebracht

werden können, 0·5—1·5 g, selten 2·0 g. Die mehr spezifische Wirkung des Aspirins erstreckt sich auf die Augenleiden rheumatischen und gonorrhöischen Ursprungs, selten wird es bei Konjunktivitis anzuwenden sein. Die schmerzlindernde Fähigkeit des Aspirins, die auch von anderen Autoren (WEIL, WITTHAUEB, DENGEL, VALENTIN, GOLDBERG) hervorgehoben wird, spielt in der stets günstigen subjektiven Beeinflussung der Fälle obiger Kategorie eine bedeutsame Rolle. Die temperaturherabsetzende Wirkung des Aspirin hat Verf. nur einmal beobachten können. Es ist also im ganzen genommen ein treffliches Präparat, das die Heilwirkungen des salzylsauren Natron besitzt, diesem aber zumeist durch den Mangel an Nebenwirkungen und den angenehmeren Geschmack überlegen ist.

— Den Wert der Frauenmilch in der Therapie des akuten Dünndarmkatarrhs hat SALGE geprüft („Jahrb. f. Kinderheilk.“, 1903, Okt.). Es kann nach seinen Erfahrungen nicht zweifelhaft erscheinen, daß in den mitgeteilten Fällen von Enterokatarth die Frauenmilch einen entschieden ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf ausgeübt hat und er führt dies zurück auf den hohen Fettgehalt der Frauenmilch. Man darf deshalb bei akutem Dünndarmkatarrh nicht eher die Anwendung der Frauenmilch empfehlen, bis alle Symptome von Seiten des Darmes verschwunden sind.

— Auf Grund seiner bisherigen klinischen Erfahrungen nennt SPIELMEYER („Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.“, 1903, Nr. 163) das Veronal ein fast unschädliches und harmloses Hypnotikum. Seine Vorzüge — zu denen sich hoffentlich bei stärkerem Absatz noch eine Preisverringerung gesellt — überwiegen die geringen Mängel bedeutend. Das Veronal ist ein gutes Beruhigungsmittel und vor allem eines der empfehlenswertesten Schlafmittel. Sp. möchte auf seine Anwendung bei psychiatrischem Krankenmateriale nicht verzichten. Die Dosierung betrug 0·5 g, seltener 0·3 g; nur sehr selten mußte bis auf 1·5 und 2·0 g gestiegen werden. Im wesentlichen das Gleiche berichtet auch ARONHEIM über Veronal („D. med. Wschr.“, 1903, Nr. 31).

— Eine neue Methode der Abortivbehandlung der Gonorrhöe empfiehlt ENGELBRETH („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 36, Nr. 10): Ihr Feld ist zunächst die rein epitheliale Gonorrhöe, deren Theorie die methodische, schichtweise Destruktion von Epithel und Gonokokken, das Mittel dazu Argentum nitricum, und die Weise für deren Verwendung die großen Ausspülungen nach JANETS Methode. Die epitheliale Gonorrhöe ist durch fehlende Inflammation des Orifizium am 1.—3. Tage der Gonorrhöe charakterisiert. Abortive Behandlung kann nur gegen epitheliale Gonorrhöe angewandt werden. Die beste Abortivbehandlung ist die mit $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ iger Argentum nitricum-Lösung gemachte Ausspülung der Pars anterior, wodurch die epitheliale Gonorrhöe in 9 von 10 Fällen in 2 Tagen geheilt wird.

— Das Terpentin in der Pneumonietherapie empfiehlt THOMAS („Brit. med. Journ.“, 1903, Nr. 27), vor allem für die Fälle von Pneumonie, welche die Influenza komplizieren. Nach seinen Erfahrungen hält er das Mittel geradezu für ein Spezifikum. Selbst die schwersten Erkrankungen werden gebessert und selten bleibt die Wirkung aus. Es muß allerdings andauernd und in gleichmäßigen Gaben gereicht werden, und zwar empfiehlt Verf. eine Mixtur, in welcher Form das Mittel sogar von Kindern ohne Widerwillen genommen wird. Die Zunge wird rein und feucht, der Appetit hebt sich und die Stuhlentleerung wird unterstützt. Zweimal konnte Verf. Harnzwang und einmal Diarrhöe beobachten. Der Wert des Mittels liegt wahrscheinlich in seiner antiseptischen Eigenschaft und in der leichten Resorbierbarkeit. Es wirkt als Stimulans.

— Die Vorzüge des neuen Harndesinfiziens Helmitol bestehen (SIEBERT, „Deutsche Praxis“, 1904, Nr. 2) in seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden desinfizierenden Wirkung auf den Urin, welche diejenige des Urotropins um das Vier- bis Sechsfache übertrifft, seiner Ungiftigkeit, seinem angenehmen Geschmack. Die Anwendung des Helmitols erfolgt a) per os, in Wasser gelöst, zu 3—4 (bis 8) g pro die in acht- bis sechsstündigen Intervallen; b) direkt in loco in Form 1 bis 2% iger wässriger Lösungen, 100—200 cm³ in die Blase injiziert.

Helmitol ist ein weißes, kristallinisches Pulver, in Wasser zu 7% löslich. Der Geschmack ist angenehm säuerlich. Mit etwas Zucker schmeckt es wie eine Zitronenlimonade. S. gibt im allgemeinen 4 g täglich. Unangenehme Nebenwirkungen wurden niemals wahrgenommen. Helmitol ist angezeigt überall dort, wo wir Bakterien in den Harnwegen mit Ausnahme der Gonokokken bekämpfen wollen, also Pyelitis, Zystitis, Bakteriurie usw., bei akuter Gonorrhöe als Prophylaktikum eines weiteren Fortschreitens, und bei chronischen Urethritiden, endlich in den Fällen, bei denen eine Erkrankung der Harnorgane mit Alkaleszenz des Harns kompliziert ist. Ein Vorzug des Helmitols ist schließlich sein billiger Preis.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Geburtshilfe. In drei Bänden herausgegeben von F. v. Winckel in München. Bearbeitet von R. v. Braun-Fernwald etc. I. Band, 1. Hälfte. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf Tafeln. Wiesbaden 1903, J. F. Bergmann.

Es war ein glücklicher Gedanke VON WINCKELS, dieses Sammelwerk in das Leben zu rufen. Seit dem Erscheinen des MÜLLERschen Handbuches sind nahezu 15 Jahre verflossen, ein genug langer Zeitraum, den Wert dieses, wenn auch ausgezeichneten Werkes heute auf den nur literarhistorischen herabzusetzen, so daß sich bereits die Lücke bemerkbar macht, es fehle ein Handbuch der Geburtshilfe, das den heutigen Stand dieser Disziplin wiedergibt. Wie aus der eben erschienenen 1. Hälfte des I. Bandes zu entnehmen, wird das VON WINCKELSche Handbuch diese Lücke gewiß vollständig ausfüllen. Die Mitarbeiter der erwähnten eben erschienenen Bandhälfte, die sich sämtlich eines guten wissenschaftlichen Namens erfreuen, haben den Stoff so gründlich und eingehend bearbeitet, die Literatur dabei nach allen Richtungen hin verwertend, daß diese Bandhälfte erwarten läßt, es werde das Sammelwerk ein ungemein wertvolles Handbuch darstellen, das kein Fachmann wird vermissen können. Es wird ein Nachschlagewerk bilden, unentbehrlich für den Gelehrten wie für den Praktiker. Die vorliegende Bandhälfte behandelt nur die Physiologie der Schwangerschaft, die durch einen kurzen historischen Rückblick aus der Feder VON WINCKELS eingeleitet wird. Beteiligt haben sich an der Mitarbeiterschaft bisher außer dem Herausgeber STRASSMANN, PFANNENSTIEL, GOENNER und VON ROSTHORN. K.

Laienwelt und Geistesranke. Von Dr. Max Fischer, Oberarzt in Illenau. Stuttgart 1903, Enke.

Der unermüdliche Kämpfer auf dem Gebiete der sozialen Beziehungen der Geisteskranken verbreitet sich in Form von Vorträgen in umfassender Weise über sein Thema. Mit einer geschichtlichen Darstellung der praktischen Irrenheilkunde beginnend, die in ein Lob der häuslichen Pflege ausklingt, bespricht er das schiefe Verhältnis des Publikums (Ärzte inbegriffen) zu den Irrenanstalten und zu den Geisteskranken vor, während und nach ihrer Internierung. Seine persönliche Erfahrung befähigt ihn hierzu und er verhehlt sich auch nicht die auf Seite der Anstalten tatsächlich bestehenden Mängel. Zur Besserung soll das Publikum in ausgedehntem Maße herangezogen werden, „Recht und Pflicht der Allgemeinheit zur Mitarbeit in der Irrenfürsorge“ ist der bezeichnende Titel dieses Abschnittes; Verf. ermangelt nicht, ein ihm besonders geläufiges Thema, eingehend die „Wege der Abhilfe“ zu zeigen, wie sie sich der Tätigkeit des einzelnen und entsprechender Vereine darbieten. — Es gibt hierin gewiß für viele nichts Neues zu erfahren, die alte Wärme verjüngt aber den alten Stoff wenigstens in der Darstellung, und so mag FISCHERS Schwiegervater und Direktor, der alte SCHÜLE in Illenau, von dieser Widmung zu seinem vierzigjährigen Dienstjubiläum eine wirkliche Freude gehabt haben. INFELD.

Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. Für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Ernst Schreiber**, Privatdozent an der Universität Göttingen. Würzburg 1902, A. Stubers Verlag.

Ob für dieses „Nachschlagebuch“ auf dem Büchermarkte gerade ein Bedürfnis vorhanden war, oder ob eine Lücke der zu Gebote stehenden Literatur auszufüllen war, ist füglich zu bezweifeln. Trotzdem wird es mit Rücksicht auf die klare Diktion und Vollständigkeit seines Inhaltes Anklang finden. Das Buch bringt nichts Neues, doch so ziemlich wenigstens alles, was für den Praktiker und den Studierenden, betreffend die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kinde, wissenswert ist. Ein Mangel des Buches ist das Fehlen eines Abschnittes über die physiologischen Eigentümlichkeiten der Verdauung beim Kinde und über die Ernährung des gesunden Kindes. Dies muß jeder Autor einsehen, der über die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter etwas zu sagen hat.

NEUBATH.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus englischen Gesellschaften.

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

British Medical Association.

Mc. VAIL: Spinalpunktion bei Urämie.

Ödeme bei akuten Niereneffektionen entwickeln sich oft plötzlich, besonders im Bindegewebe der verschiedenen Organe. Hierher gehört auch das Bindegewebe des Gehirns und bei der Unnachgiebigkeit der knöchernen Schädeldecke ist vermehrter intrakranieller Druck die notwendige Folge des Ödems. Begleitet ist es stets durch Kopfschmerzen, deren Intensität von der Schnelligkeit der Entwicklung der Drucksteigerung abhängig ist. Weitere Folgeerscheinungen sind außerdem Konvulsionen, Bewußtlosigkeit, Respirationslähmung, Koma und endlich Exitus letalis. Der Autor sieht in der durch das Ödem bedingten Drucksteigerung innerhalb des Schädels die Ursache der urämischen Erscheinungen, nicht in toxischen Wirkungen, und kam dabei zur Überzeugung, daß eine Herabsetzung des Druckes durch Punktion des Spinalkanals und Abschluß von Liquor cerebrospinalis die Urämie günstig beeinflussen müsse.

Mc VAIL erprobte diese Theorie an zwei Fällen. In dem einen handelte es sich um langanhaltende Konvulsionen, Amaurosis und Koma bei einem akuten Falle von Nephritis. Da sich die üblichen Mittel als wirkungslos erwiesen, wurde die Spinalpunktion vorgenommen. Nach Abfluß einer größeren Menge von Liquor cerebrospinalis schwanden die schweren Erscheinungen im Laufe weniger Stunden und nach längerem Schlafen erwachte der Patient vollkommen schmerzfrei, bei vollem Bewußtsein und ohne jegliche Sehstörung. Für die Dauer des urämischen Kommas bestand Amnesie. Nach kurzer Zeit schwanden alle übrigen Symptome der Nephritis und der Patient verließ vollkommen geheilt das Spital.

In einem zweiten, ähnlichen Falle wurde derselbe Eingriff vorgenommen. Der Verlauf war ebenso günstig wie beim ersten. Auch hier bestand für die Zeitperiode von der ersten Trübung des Bewußtseins bis zum vollständigen Erwachen aus dem Koma komplette Amnesie.

Nach Ansicht des Autors beweist der in diesen beiden Fällen erzielte rasche und vollkommene Erfolg, daß in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen von urämischem Koma die Kopfschmerzen, die Konvulsionen und Bewußtlosigkeit auf intrakranielle Drucksteigerung zurückzuführen sind und der sonst tödliche Verlauf durch Spinalpunktion günstig beeinflusst werden kann.

Medical Society of London.

DOUGLAS POWELL: Zur Therapie der Herzschwäche.

Der Autor behandelt das Thema der akuten, zum plötzlichen Exitus letalis führenden Formen von Herzschwäche bei den verschiedenen Herzaffektionen und ihre Therapie. Bei Aorteninsuffizienz erfolgt der Tod durch Stillstand der Zirkulation in den Hirngefäßen oder in einem Anfall von Angina pectoris. Bei letzterer handelt es sich um einen Kontraktionszustand der peripheren Arterien und hier eignen sich vor allem Mittel, die zu einer Dilatation der Blutgefäße führen, wie die Nitrite und andere, wie das Morphin und das Strychnin, die

die Herztätigkeit stimulieren und die Schmerzen besänftigen. Anders verhält es sich bei jenen Fällen von Mitralstenose, wo durch Blutstauung eine plötzliche Dilatation des rechten Herzventrikels bedingt wurde. Hier sind prophylaktisch Diät, Abführmittel und in erster Reihe der Aderlaß zur Entlastung der Zirkulation indiziert. Analog liegen die Verhältnisse bei der akuten Herzschwäche im Gefolge der Pneumonia crouposa, wo es sich vor allem um eine Stauung im Venensystem mit konsekutiver Dilatation des rechten Ventrikels und anderen Stauungserscheinungen in der Peripherie handelt. Auch hier ist das Hauptaugenmerk auf eine Beschränkung der Nahrungszufuhr zu richten und vor reichlicher Ernährung zu warnen. Außerdem Laxantia, Strychnin, Zufuhr von Sauerstoff. Das Strychnin bewährt sich stets als ein energisches, die Herztätigkeit anregendes Heilmittel, während die Digitalis sich für jene Fälle eignet, wo eine unregelmäßige Herzaktion besteht. Koffein eignet sich besonders als Unterstützungsmittel und Ersatz des Strychnins.

Für jene Fälle von Herzschwäche, die sich bei schweren Blutverlusten, beim Morbus Addisonii, bei Kollaps im Anschlusse an Traumen und in anderen Fällen einstellt, wo der Blutdruck plötzlich in bedrohlicher Weise zu sinken beginnt, sind vor allem das Ergotin, der Nierenextrakt und außerdem Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung geboten, alles Mittel, die geeignet sind, den Blutdruck in den Arterien zu steigern. Hier ist die Digitalis gewöhnlich kontraindiziert, das Strychnin aber wiederum als Stimulans anwendbar. Das Opium findet sein Anwendungsgebiet bei arhythmischer, retardierter oder accelerierter, schmerzhafter Herzaktion, so, in Fällen von Schokerscheinungen bei der Mitralinsuffizienz. Als geradezu einziges Mittel erweisen sich subkutane Injektionen des Morphiums bei drohendem Hydrops des Perikards, der sich durch anhaltende Dyspnoe und außerordentlich erregte Herzaktion zu erkennen gibt.

F. H.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 4. Februar 1904.

TH. ESCHERICH eröffnet die erste gemeinsame Sitzung der vereinigten Gesellschaft für innere Medizin und der Sektion für Kinderheilkunde mit einer feierlichen Ansprache, in welcher er die Entwicklung der Pädiatrie in Wien schildert und den Nutzen, den der Austausch der klinischen Erfahrungen am Erwachsenen und am in Entwicklung begriffenen Organismus des Kindes gewährt, hervorhebt.

E. MORO beschreibt Versuche über die Verwertbarkeit des BEHRING'schen Milchkonservierungsverfahrens mittelst Formalinzusatz.

Bei den BEHRING'schen Versuchen handelt es sich zunächst darum, Tuberkulose-Immumilch haltbar zu machen, d. h. sie durch längere Zeit vor der Entwicklung von Bakterien und deren Toxinen zu schützen, ohne daß durch das Konservierungsverfahren die spezifischen Immunkörper beeinträchtigt oder Geschmack und Geruch verändert werden. Diese Bedingungen werden durch Zusatz von Formalin zur Milch erfüllt. Es hat sich gezeigt, daß selbst ein 2%iger Zusatz von Formalin unschädlich ist, daß aber der so konservierten Milch der widerliche Formalingeruch anhaftet. Letzterer Übelstand entfällt vollkommen bei Zusatz von 0.1%igem Formalin, der zur Konservierung vollkommen hinreicht. In den herungereichten Proben war die mit Formalin konservierte Milch nach 6 Tagen bei Aufbewahrung im Dunkeln bei Zimmertemperatur ungeronnen, nicht sauer, von natürlichem Geschmack und Geruch, während die Kontrollmilch fest geronnen war. Es wird sich nun in der Praxis zeigen müssen, ob die langdauernde Aufnahme kleiner Formalinmengen den kindlichen Organismus, namentlich die Nieren, nicht schädigt. Jedenfalls bedeutet diese Konservierungsmethode einen Wendepunkt in der künstlichen Säuglingsernährung und in der Milchhygiene überhaupt, denn sie erhöht „die Chancen eines natürlichen Modus der unnatürlichen Kinderernährung, derjenigen mit genuiner Rohmilch“. BEHRING und seine Schüler wollen auch gefunden haben, daß die Fermente der Rohmilch bakterizid auf die Darmbakterien, und namentlich das Bact. coli commune wirken, gegen welche der wehrlose Darm des Kindes eines besonderen Schutzes bedürfe. Diese Lehre steht im Widerspruche mit den bisherigen Erfahrungen, nach denen der Darm des Kindes der Unterstützung seiner normalen Bakterienflora bei der Verdauungsarbeit bedarf.

D. GALATTI demonstriert ein neugeborenes Kind mit multiplen Defekten der Muskulatur der oberen und unteren Extremität und des Schultergürtels. Das Kind ist eine Frühgeburt im 9. Lunarmonate. Die 43jährige Mutter hatte bis jetzt 4 normale Geburten, 3 Abortus, 1 Frühgeburt und 1 Mole.

R. KÖNIGSTEIN demonstriert einen Fall von *Haematoma septarium abscedens* bei einem Knaben, im Anschluß an ein Trauma und Nasenbluten entstanden. Bei der Rhinoscopia anterior sieht man beiderseits je einen, dem Septum cartilagineum aufsitzenden, die vordere Nasenhöhle ausfüllenden Tumor, der bei Inzision stark blutet. Histologisch zeigt der Tumor die Schleimhaut, besonders die Drüsen hypertrophiert, das Bindegewebe ziemlich verbreitert, in das Bindegewebe zahlreiche Knorpelinseln eingelagert, reichliche Entwicklung erweiterter Blutgefäße, deren Berstung zur Entstehung des Hämatoms Veranlassung gab. In einem ähnlichen Falle sah Vortr. nach radikaler Exstirpation Heilung.

W. Roth bemerkt, daß die Affektion keine seltene rhinologische Affektion ist. Charakteristisch ist das doppelseitige Aufbrechen und das häufige Kommunizieren der beiderseitigen Hämatome resp. der durch sekundäre Infektion aus ihnen entstehenden Abszesse durch, wie man annimmt, vorgebildete Canaliculi. Zur Therapie reichen daher häufig eine einseitige ausgiebige Schlitzung und Jodoformgazetamponade aus. In Fällen, in denen durch Reizung des Perichondriums Knorpelbildung im Hämatom aufgetreten ist, ist radikale Entfernung angezeigt.

L. JEHLÉ: Über Ruhr und ruhrähnliche Erkrankungen im Kindesalter.

Ätiologisch kann diese durchaus nicht einheitliche Erkrankung durch eine der Spielarten des Dysenteriebazillus (SHIGA-, KRUSE- und FLENNER-Stamm) bewirkt werden, welche sich gegen Immunsrum verschieden verhalten. Einen Unterschied zwischen echten und Pseudodysenteriebazillen aufzustellen, ist daher unzulässig. Morphologisch dem Dysenteriebazillus nahestehende Stämme finden sich auch bei einfacher Diarrhöe und bei normalen Stühlen. Die Agglutination des Blutes Dysenteriekranker kann sich auf einen der Dysenteriebazillenstämme beschränken, z. B. auf seinen eigenen Stamm; daher ist bei Dysenterie die spezifische Agglutination nicht mit einem beliebigen Stamme zu prüfen, wie etwa beim Typhusbazillus. Die Infektion kann, wie L. JEHLÉ an sich selbst erfahren hat, mit mehreren Stämmen gleichzeitig erfolgen.

Akademische Fragen.

Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister.

Von **Professor Dr. Moriz Benedikt.**

VI.

Die Entwertung der medizinischen Doktordiplome.

Es gab eine Zeit, in der ein Wiener medizinisches Doktordiplom ein Freibrief für die ganze Welt war. Nicht die Autorität der Lehrer allein war die Ursache, sondern die allwärts anerkannte Tüchtigkeit der Schüler. Warum ist diese Tüchtigkeit heruntergesunken, und ist es zu Hebung nötig, die Spezialdiplome einzuführen?

Ich habe letztere Frage in einem früheren Briefe verneint und ich will hier noch einmal auf die Ursache der Bewegung zurückkommen. Eure Exzellenz wollen diesen Brief als Separatvotum beachten, da Sie aus den offiziellen Aktenstücken kaum hinter die Wahrheit kommen dürften.

Die Bewegung ging von den Zahnärzten aus folgendem Grunde aus: Diese liegen im ewigen Hader mit den „Zahn-technikern“, denen eine wichtige Rolle bei der Anfertigung von Prothesen obliegt. Häufig ist die Geschicklichkeit des Technikers der Hauptgrund für das Blühen eines zahnärztlichen Ateliers. Es ist selbstverständlich, daß dies öfters in der Klientel ruchbar wird, und daß der Techniker es versucht, selbständig zu werden. Um mit dem Gesetze nicht zu kollidieren, engagiert er einen ärztlichen „Strohmann“, der gewöhnlich gar kein Spezialist ist, aber als Med.-Univ. Doktor das Recht auf zahnärztliche Praxis hat. Nun glauben die Zahnärzte, wenn jeder Zahnarzt ein Spezialdiplom zur Praxis nötig haben wird, so werde sich keiner dazu hergeben, Strohmann zu sein — eine Rechnung, die ohne zwei Wirte gemacht ist. Erstens wird mancher arme Teufel ohne Klientel sich für einige Zeit doch zum Strohmann hergeben. Der zweite Wirt, der in der Rechnung fehlt, sind Eure Exzellenz! Es fällt Eurer Exzellenz doch nicht ein, das gesetzlich garantierte Recht jedes Arztes zu schädigen, auch als „Zahnarzt“ zu praktizieren oder zu figurieren. Die Schaffung der Spezialdiplome ändert daher an der Sache nichts. Die Herren

kitzeln sich nur mit der Agitation, ohne daß sie in Wirklichkeit etwas zum Lachen erreichen werden. Die Hilfe gegen die Techniker kann nur eine Selbsthilfe sein. Die Herren müssen suchen, für die Anfertigung der Prothesen junge Ärzte anzuspornen. Dann droht freilich eine gefährlichere Konkurrenz, als heute besteht! Et dehinc illae lacrimae! Es gereicht mir zur Befriedigung, Eurer Exzellenz mitteilen zu können, daß in einer ärztlichen Vereinsversammlung auch die anwesenden Zahnärzte sich nach heftigem Widerstreben, endlich überzeugt, der Resolution gegen die Erteilung von Spezialdiplomen angeschlossen haben.

Der Wunsch der Zahnärzte, daß an der Universität die volle technische Ausbildung der Ärzte auch zum kompletten Zahntechniker ermöglicht werde, was bisher nicht der Fall war, ist ein loyaler und ein zu erfüllender. Der ganzen Bewegung liegt in gewissen Kreisen ein geheimer Hintergedanke zugrunde und der angebliche Schutz des Publikums ist nur ein geheuchelter Deckmantel. Man will eine privilegierte Ärztklasse aus Günstlingen schaffen und man treibt Spiegelfechtere mit der Humanität!

Die ganze Bewegung ist ein ungeheuerlicher Schlag gegen die Ehre und die Existenzbedingungen der großen Majorität des ärztlichen Standes!

Ich komme nun zur zweiten Frage, wieso heute das Diplom an Wert für die Berufsfähigkeit des Arztes gesunken ist.

Der Hauptgrund liegt im Rigorosumszwang während der Studien und in der Art der Prüfung. In der Zeit der patriarchalischen Bevormundung der Studentenschaft verlas man den Präsenzkatalog und hatte Semestralprüfungen, um sich zu versichern, daß die Studenten keine Allotria treiben. Nur der Fleißzettel und die „Prämien“ fehlten zur Krönung des Systems!

Da kam nach der Revolution von 1848 ein Kreis großer, wenn auch konservativer Staatsmänner ans Ruder, und der bedeutendste und konservativste unter ihnen, LEO THUN, als Staatsmann mit dem Schwunge patriotischen Ehr- und Rechtsgefühls, proklamierte die volle Lehr- und Lernfreiheit! Er hatte die wichtige Eigenschaft eines großen Staatsmannes, die geeignetsten Persönlichkeiten als Berater zu wählen. BONITZ und EXNER sind allgemein bekannt; ein nicht minder bedeutender Helfer für das medizinische Studienwesen war IGNAZ v. NADHERNI, den der Minister von Prag mitnahm. Ich werde bei anderer Gelegenheit darlegen, daß es ohne LEO THUN und NADHERNI nie die große medizinische Schule im 3. Viertel des vorigen Jahrhunderts gegeben hätte. Hier will ich nur von der Studienordnung sprechen. Die genannten beiden Staatsmänner überließen es dem gesunden Sinne der Studentenschaft und dem freien Einflusse der Lehrer, sich ihre Studienordnung selbst zu schaffen, und die Rigorosen wurden ans Ende der Studienjahre verlegt.

Die Studenten verfahren vernünftig und sie kamen harmonisch ausgebildet zur Prüfung. Schon im 5. Semester traten sie an die rein ärztliche Ausbildung und ereiferten sich an den klinischen Aufgaben. Täglich und stündlich wurden sie von den Lehrern und den Themen in die bereits durchlaufenen Wege der Anatomie, der Physiologie und Chemie zurückgeführt, und sie nahmen die pathologische Anatomie in den Vorlesungen und Demonstrationen in dieser Disziplin gleichzeitig mit der Belehrung, Anwendung derselben am Krankenbette und in den Demonstrationen bei den klinischen Sektionen in sich auf. Die theoretischen Fächer wurden ihnen wert und geläufig. Die Lehrer der theoretischen Fächer aber waren sich vollständig bewußt, daß sie künftige Ärzte zu prüfen hatten und keine Fachspezialitäten.

Wie sieht es heute aus? Wegen des Rigorosenzwanges „büffelt“ der Student in der Zeit, in der er sich mit vollem Eifer einer Disziplin widmen soll, die bereits durchlaufenen nicht mit Belehrungseifer, sondern mit Prüfungsjorgen behaftet.

Mit vom Büffeln geschwächtem Gehirne setzt er dann ermüdet seine klinischen Studien fort. Das, was er in den praktischen Jahren voll verdauen soll, liegt ihm unverdaut und unverföchten im geistigen Magen. Man hat ganz vergessen, daß der Professor bei den Rigorosen nicht als Lehrer, sondern als Regierungskommissär prüft, und daß ein solcher nur die nötige Ausbildung zum Arzte zu konstatieren hat. Vortragen kann und soll er die Wissenschaft in voller Ausdehnung; der Prüfungsmaßstab für Arzte darf nur der obige sein.

Der ermüdete Student von heute ist aus den angeführten Gründen inferior in seiner klinischen Ausbildung gegen den früheren, und wenn die Prüfenden bei den klinischen Disziplinen so strenge wären, als sie es eigentlich wollten und sollten, so gäbe es wenig Promotionen. Es ist aber nicht bloß der junge Arzt im Nachteile gegen den früheren. Ich werde an anderem Orte zeigen, daß der Kliniker von heute an vielen Schulen inferiorer ist als der frühere, weil die Basis seiner Karriere heute im Widerspruch steht mit den spezifischen Elementen des Seins und der Entwicklung eines großen Klinikers. Der „Buch- und der Laboratoriums-Kliniker“ schlägt den genialen Diagnostiker und Therapeuten und unvoreingenommenen Beobachter und Deuter. Durch die dogmatische Brille liest er die Schrift im Buche der Natur verzerrt, ohne es zu merken.

Beim Lehrer wie beim Schüler ist das geistige Gleichgewicht nach der Richtung der Theoreme, die fast nie eine vollständige Grundlage für volle wissenschaftliche Bearbeitung klinischer Probleme sind, verschoben. Das hat die Studentenschaft früher als die Lehrer und die Unterrichtsverwaltung erkannt.

Fragen wir uns nun, wie es gekommen, daß der große staatsmännische Geist LEO THUNS so erbärmlich verballhornt und niedergedrungen wurde?

Die Kontinuität der staatsmännischen Weisheit des Ministers wurde durch NADHERNI und ROKITANSKY bis zur Epoche HASNERS hergestellt. Mit dem Rücktritte HASNERS und dem Eintritte KARL LANGERS ins Referat kam wieder die Bevormundung eines kleinlichen, bürokratischen, unterrichts-polizeilichen Geistes zur Blüte. Man zwängte die Studenten ganz unnötig in spanische Studierstiefel, und damit sie sich nicht „verbummeln“, wurde ihnen der „Rigorosumszwang“ während der Studien aufgebürdet.

Man weiß, wie fleißig und lernbegierig im allgemeinen die Mediziner sind. Aus Leichtsinne „verbummeln“ sich wenige und nur jene Ärmsten, welche den größten Teil des Tages im Frohndienste des Sicherheitsstandes stehen, kommen oft nicht zu Ende. Um das Verkommen Einzelner zu verhindern, demoralisierte man den Intellekt aller! Man konnte es doch den Eltern überlassen, von nicht verlässlichen Söhnchen zu verlangen, daß sie Kolloquien über einige wichtige Kollegien ausweisen, und man konnte doch mittelst eines anständigen Taxameters die Prüfenden entschädigen. Man brauchte diese Prüfungsbürde nicht einmal den Ordinarien voll aufzubürden, da diese ohnehin durch die Prüfungslast so häufig ihre wissenschaftliche Arbeitslust und Arbeitskraft einbüßen. Man konnte ja auch Extraordinarii, Dozenten und Assistenten mit den Kolloquien betrauen.

Vor der psychologisch naheliegenden Übertriebenheit der Theoretiker in Bezug auf ihre Anforderungen und vor Einseitigkeit der Prüfung überhaupt wird man auch für die medizinischen Rigorosen zum vollen Staatsprüfungssystem gelangen müssen. Die heutige Kontrolle ist eine Rente für einzelne medizinische Beamte, aber keine Sicherung des Zweckes.

Eure Exzellenz würden sich großen Dank verdienen, wenn Sie veranlaßten, daß wir wieder zur großen Anschauung der THUN, HASNER, NADHERNI und ROKITANSKY zurückkehrten.

Rigorosumfreiheit während der Studien kann aufrecht erhalten werden und diese kann für die Entwicklung nützlich sein; der Rigorosenzwang ist ein fressendes Geschwür im

Gehirne der Studenten und die Bevölkerung leidet mit an dem Übel.

Ein anderer wichtiger Grund für die schlechtere Ausbildung der heutigen Jugend liegt im klinischen Unterricht, besonders der technischen Fächer. Die Studenten erhalten eine Art von Buchausbildung, keine eigentlich klinische. Der operative Unterricht wird eigentlich für eine kleine Zahl von Assistenten und Operationszöglingen erteilt, und ein Student, der kein Opernglas mitbringt, sieht überhaupt nichts vom Operieren, und der optisch bewaffnete, nur soweit der Stab des Operateurs durchsichtig ist. Dazu hat die Wohltat der modernen Hygiene für die Kranken — die Asepsis — die Annäherung der Studenten an den Operationstisch sehr beschränkt.

Gegen diese Übelstände sind die Abhilfen der Idee nach bereits gegeben; sie brauchen nur ins Werk gesetzt zu werden.

Vor fast drei Dezennien habe ich auf die Notwendigkeit der Dezentralisation des klinischen Unterrichts aufmerksam gemacht. Die zahlreichen Spitalsabteilungen, an denen Extraordinarii und Dozenten tätig sind, können für die Ausbildung der Studenten herangezogen werden und dabei wird auch besonders die Ausbildung in der pathologischen Anatomie gefördert. Man sehe sich nur einmal die Überlegenheit des Pariser Studenten besonders im Können an, der als Student, als „Interne“ der verschiedenen Lehrabteilungen der verschiedenen Spitäler fungiert. Wenn man als Prinzip ansieht, daß der Ordinarius ein überlegener Meister ist, so kann man von den Studenten immerhin fordern, daß sie je einen zweier Semester die Klinik besuchen.

Um aber das Prinzip der Dezentralisation des Unterrichts wirklich durchzuführen, ist es nötig, das Prinzip der Staatsprüfungen durch gemischte Kommissionen anzunehmen und ins Werk zu setzen.

Auch das zweite Mittel der Abhilfe ist gegeben, wenn der Gedanke SCHAUTAS beim Neubau der Kliniken durchgeführt wird, auf den operativen und zugreifenden Kliniken Internate zu errichten, um ohne Gefahr für die Kranken tüchtige Ärzte zu erziehen.

Nach den vielen falschen Wegen, die bereits begangen wurden, und den noch falscheren, die zur Abhilfe vorge schlagen werden, und zu letzteren gehört die Einführung von Spezialdiplomen, muß die Unterrichtsverwaltung freilich einen gewaltigen Anlauf nehmen, um in die richtige Fährte einzubiegen und sie zu verfolgen.

Eine große führende ärztliche Schule ist nicht nur eine Ehrensache für ein Land, sie ist auch ein Segen für die Bevölkerung und eine Quelle des Wohlstands für Stadt und Reich.

Notizen.

Wien, 13. Februar 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. HEIM einen Fall von merkwürdiger Bildungshemmung; derselbe betraf eine Frau, welcher wegen eines Panaritium vor 21 Jahren der rechte Mittelfinger nebst einem Stücke des dritten Metakarpus extirpiert worden ist und die einige Jahre darauf ein Kind mit einem Defekte am nämlichen Metakarpus geboren hat. Ferner zeigte H. das anatomische Präparat eines Ileus, der durch Verlagerung der Flexura sigmoidea in die rechte Fossa iliaca zustande gekommen war. — Hierauf erörterte Prof. SAGO (Japan) eine Verbesserung der Technik der Enteronastomose durch Anätzung der Serosen mit Lapis; die Kommunikation entsteht durch Nekrose der Scheidewände. Hofrat v. EISELSBERG trat für die besprochene technische Änderung ein. — Sodann zeigte Dr. G. KAPSAMMER ein operativ erhaltenes Präparat von Nierenbeckentuberkulose, die er durch Ureteren-Katheterismus diagnostiziert hatte. — Professor

RIEHL demonstrierte mehrere Fälle von universeller Hautentzündung, die als konsekutive Affektionen nach verschiedenartigen Grundleiden aufzufassen sind, ferner eine Patientin mit Hauttumoren leukämischen Charakters und eosinophiler Leukozytose. Prof. PALTAUF erörterte im Anschlusse daran die Differentialdiagnose der echten Eosinophilie und jener des vorgestellten Falles. — Prof. SPIEGLER stellte zwei Patienten mit Lichen ruber acuminatus vor, einer Krankheit, die zu schwerer Kachexie führen kann, die jedoch auf Arsenmedikation günstig zu reagieren pflegt. — Hofrat v. EISELSBERG zeigte einen Patienten, der nach beiderseitiger Unterschenkelamputation mit passenden Prothesen recht gut zu gehen vermag; der Kranke tritt direkt auf die Amputationsstümpfe auf, deren Empfindlichkeit ausgeblieben ist, weil der Operateur das Periost höher oben durchschnitten und dadurch die periostale, die Empfindlichkeit bedingende Kallusbildung vermieden hat. — Schließlich wurde die Diskussion über die „Operation der eitrigen Perityphlitis“ fortgesetzt. Prof. A. FRAENKEL vermißt die Anteilnahme der Internisten an der Diskussion und die Gegenüberstellung der chirurgischen und internen Statistik. Er selbst führt die Verschiedenheit der Appendicitisfälle hauptsächlich auf die verschiedene Virulenz der sie verursachenden Infektionserreger zurück und findet zahlreiche Analogien zwischen penetrierenden Bauchwunden und Skolikoiditiden; in beiden Fällen habe der Chirurg ehestens einzugreifen. Abszesse seien auf dem kürzesten Wege anzugehen, bei hochgradiger Schwielenbildung könnte eine Beseitigung der Schwielen durch Thiosinamininjektionen versucht werden. — Die Diskussion wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.

(Wiener Ärztekammer.) Nach dreiwöchentlicher Frist hat die n.-ö. Statthalterei das Skrutinium der Wahlen in die Wiener Kammer beendet. Das Resultat derselben ist folgendes: Gewählt wurden die Kandidaten des „Verbandes der Ärzte Wiens“, die wir in Nr. 1 d. Bl. nominiert haben, u. zw. die Kammermitglieder mit 1071—1153, die Stellvertreter mit 1008—1146 Stimmen. Abgegeben wurden 1889 Stimmen, von welchen 16 ungültig erklärt worden sind. — Aus diesen Daten geht zur Evidenz hervor, daß diesmal eine für ärztliche Verhältnisse unerhörte Wahlagitation getrieben wurde, indem mehr als 89% der Wahlberechtigten sich an der Wahl beteiligten, und daß es in Wien derzeit rund 700 Ärzte gibt, die Jenen Gefolgschaft leisten, welche den Racenhaß in die Reihen der Ärzteschaft getragen und welchen diese es zunächst zu danken hat, wenn alle Bestrebungen im Sinne wirtschaftlicher Interessenförderung durch die Uneinigkeit der Ärzte selbst vereitelt werden.

(Die Frage der spezialärztlichen Titel) war Gegenstand der Beratung der am 25. Januar d. J. abgehaltenen Plenarversammlung des „Vereins der Ärzte des I. Bezirkes Wiens“. Das Resultat der eingehenden Diskussion, an welcher sich Vertreter zahlreicher Spezialfächer beteiligten, war die einstimmige Annahme folgender Resolution: „Bei dem Umstande, daß der Zweck, welcher durch Spezialdiplome zu erreichen ist, durch ganz einfache Mittel erlangt werden kann, daß aber andererseits durch jene nicht zu verhindern ist, daß das Gesetz umgangen wird; bei dem weiteren Umstande, daß hierdurch eine zum Teile unberechtigte, privilegierte Kaste unter den Ärzten geschaffen wird, erklärt der Verein der Ärzte des I. Bezirkes in Wien, daß die Einführung von spezialärztlichen Diplomen unterbleiben möge und hält es für notwendig, daß den Ärzten durch Dotierung entsprechender Lehranstalten Gelegenheit gegeben werde, sich in spezialärztlichen Fächern, insbesondere in der Geburtshilfe und Zahnheilkunde, auszubilden“. Diese Resolution steht in vollständigem Einklange mit den Beschlüssen anderer ärztlicher Vereine Wiens, mit der von uns dieser Frage gegenüber von Beginn an präzisierten Stellungnahme sowie mit den Anschauungen, die in dem in vorliegender Nummer publizierten „Offenen Briefe an den Unterrichtsminister“ zum Ausdruck gelangen.

(Zahnärzte und Zahntechniker.) Der österreichische Verwaltungsgerichtshof hat die Verordnung des Handelsministeriums vom 20. März 1891, durch welche das Zahntechnikergewerbe, wenn es „in Verbindung mit der Zahnarztneikunde von den hierzu

Berechtigten geübt wird“, unter die freien, für alle anderen Staatsbürger aber unter die konzessionspflichtigen Gewerbe eingereiht wurde, als im Gesetze nicht begründet aufgehoben und erklärt, daß das Zahntechnikergewerbe nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen ein freies Gewerbe bilde. Nach dem Hofkanzleidekret sei die Zahntechnik eine von der Zahnheilkunde getrennte Disziplin.

(Universitätsnachrichten.) Dr. SIEGMUND v. SCHUHMACHER hat sich als Privatdozent für Anatomie an der Wiener Universität habilitiert. — Hofrat Prof. KRAEPELIN in München hat eine Reise nach Holländisch-Indien angetreten, um an den dortigen Naturvölkern das Vorkommen der Geisteskrankheiten zu studieren.

(Personalien.) Hofrat Dr. FRANZ AUCHENTHALER ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse die Allerhöchste Anerkennung bekanntgegeben, der Leibarzt Dr. AUGUST BIELKA v. KARLTREU ist anlässlich seiner Versetzung in den Ruhestand zum Hofrate ernannt worden. — Der Reichsratsabgeordnete Ob.-San.-Rat Dr. J. DVOŘAK hat sein Mandat niedergelegt. — Prof. EINHORN in New-York ist zum konsultierenden Arzt des Deutschen Hospitals daselbst ernannt worden. — Die königl. sächsische Akademie der Wissenschaften hat den Zoologen OTTO ZUR STRASSEN zu ihrem a. o. Mitgliede ernannt. — Der Malariaforscher Professor GRASSI hat von der Turiner Akademie der Wissenschaften den Vallauripreis von 30.000 Lire erhalten.

(Pharmazoutisches.) Das Ministerium des Innern hat der steiermärkischen Statthalterei mit Erlaß vom 13. Januar d. J. folgendes eröffnet: „Ärzte, welche essigsaure Tonerde in einer anderen Zubereitung als die österreichische Pharmakopöe (Ed. VII) für das officinelle Präparat Aluminium aceticum solutum vorschreibt, verordnen, sind verpflichtet, dieselbe jederzeit magistraliter zu verschreiben, während Apotheker in allen Fällen, in welchen essigsaure Tonerde ohne magistrale Verschreibung von Ärzten verordnet oder von Parteien im Handverkaufe verlangt wird, stets das officinelle pharmazeutische Präparat Aluminium aceticum solutum zu verabfolgen haben.“

(Das passive Wahlrecht des Gemeindec arztes in den Gemeindeausschuß.) Die Wahl des städtischen Arztes Dr. S. in T. in den Gemeindeausschuß war von der politischen Behörde annulliert worden. Aus diesem Grunde hat sich der genannte Kollege an die mährische Ärztekammer gewandt und bezüglich des von ihm gegen diese Entscheidung beabsichtigten Rekurses um Rat ersucht. Die Kammer hat nun, obgleich der Ansicht, daß ein solcher Rekurs nach mehrfachen, von den Oberinstanzen gefällten Entscheidungen bezüglich des passiven Wahlrechtes der von einer Gemeinde angestellten Ärzte völlig aussichtslos sei, dem Kollegen zu dem Rekurse geraten, damit eine neue Entscheidung darüber provoziert werde und damit dem Landtage, respektive dem Landesausschusse, die Ausmerzung der Bestimmung im Landessanitätsgesetze, daß der Gemeinde- und Distriktsarzt ein Besteller der Gemeinde sei, als unumgänglich notwendig erwiesen werden könne.

(Der Ärztestreik in Köln), den wir vor mehreren Monaten gemeldet haben, ist endlich, u. zw. zugunsten der Ärzteschaft, entschieden worden. Es wurde ein fünfjähriger Vertrag abgeschlossen und die Hauptforderung der freien Arztwahl seitens der Aufsichtsbehörde zugestanden. Die neubernommenen Ärzte werden von der Kölner Ärzteschaft abgefunden.

(Der III. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie) findet am Tage vor der Zusammenkunft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, am 5. April d. J., im LANGENBECK-Hause statt. v. MIKULICZ und LUDLOFF (Breslau) sowie GOCHT (Halle) werden über das Thema „Pathologie und Therapie der Gelenkkontrakturen“ referieren.

(Der 25. Balneologen-Congreß), der bekanntlich vom 3.—7. März d. J. in Aachen tagen wird, hat u. a. folgende Verhandlungsgegenstände in Aussicht genommen: BURWINKEL (Nauheim): „Über den akuten Gelenkrheumatismus“, WICK (Wien): „Über die chronisch rheumatische Hüftgelenksversteifung“, GRUBE (Neuenahr): „Über den Einfluß der Diät auf die Eiweißausscheidung

bei der chronischen Nierenentzündung“, KISCH (Marienbad): „Zur Gynäkotherapie in den Kurorten“, ROTHSCHILD (Soden): „Herzstörungen im Klimakterium“, KÖRPE (Gießen): „Das Gesetz des osmotischen Gleichgewichts im Organismus“.

(Organisation der Spezialärzte.) Die Spezialisten Groß-Berlins haben einen Verein zur Wahrung gemeinsamer Interessen begründet.

(Statistik.) Vom 31. Januar bis inkl. 6. Februar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7794 Personen behandelt. Hiervon wurden 1555 entlassen, 163 sind gestorben (9,4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 80, ägypt. Augentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 151, Scharlach 29, Masern 284, Keuchhusten 37, Rotlauf 32, Wochenbettfieber 5, Röteln 9, Mumps 100, Influenza —, Botz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 624 Personen gestorben (+ 34 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. OTTO PQLLAK; in Sternberg der ehemalige Primarius der Brünner Landeskrankenanstalt Dr. RICHARD v. ENGEL.

Dr. HERMANN HERTZKA wohnt jetzt I., Habsburgergasse 6 (Ecke Graben), Ordination 3—4 Uhr nachmittags. Telephon 7173.

Benesol, ein neues Lokalanästhetikum. Das von Dr. BENEDIKT in Madrid unter dem Namen Benesol¹⁾ in den Handel gebrachte, wie Kokain zu gebrauchende Anästhetikum ist von außerordentlicher betäubender Wirkung, ruft keine Vergiftungserscheinungen hervor und hat sich in kurzer Zeit bei vielen Zahnärzten und in der Praxis bei kleinen Operationen Eingang verschafft. Die „Zeitschrift für Stomatologie“ schreibt in ihrem Januarheft 1904 hierüber:

„Außerordentlich zufrieden ist VIERTHALER mit dem Benesol.

Die Technik der Einspritzung unterscheidet sich in keiner Weise von der beim Kokain gefübten. Es genügt meistens zirka ein Drittel einer eingammigen Spritze, also 3—4 Teiltriche, um ein bis zwei nebeneinanderstehende Zähne oder Wurzelreste schmerzlos zu entfernen. Die Einspritzung selbst ist nicht schmerzhafter als die Einspritzung von Kokain. Sofort nach der Einspritzung bemerkt man im Bereiche der eingedrungenen Flüssigkeit die auch für Kokain charakteristische anämische Zone, welche jedoch recht bald wieder verschwindet. Der Angabe nach soll die Extraktion zirka fünf Minuten nach der Einspritzung erfolgen, woraufhin der Eingriff schmerzlos vor sich geht. Bemerkenswert ist, daß die Anästhesie von relativ langer Dauer ist. VIERTHALER kann über einen Fall berichten, wo er nach einer höchst ungünstigen Fraktur der Zahnkrone eines Prämolaren die im Kiefer stecken gebliebene Wurzel operativ entfernen konnte, ohne daß er genötigt gewesen wäre, die Injektion zu wiederholen. Die Operationsdauer betrug damals über 20 Minuten.

Üble Zufälle, und zwar insbesondere Vergiftungserscheinungen, habe er nie beobachtet.

Wenn man den Effekt der Benesolinjektion und die Indikation zu derselben in Kürze zusammenfaßt, so müsse man sagen, daß dieselbe bei allen Zahn- und Wurzelextraktionen anzuwenden sein wird, die voraussichtlich glatt und ohne Komplikationen vor sich gehen werden; und dies wegen der tatsächlich vorzüglichen anästhesierenden Wirkung des Mittels.

Das Benesol besteht aus Eukain β , Kokainsaccharat, Phenol, Menthol, Eukalyptol und Amylnitrit, in sterilem, destilliertem Wasser gelöst. Der Hauptkoeffizient scheint Eukain β zu sein. Das Phenol, Menthol und Eukalyptol scheinen nur antiseptische und antifermentative Wirkung zu haben. Dem Amylnitrit scheint eine antidotische Wirkung zugeordnet zu sein.

Es ist wahrscheinlich, daß der jedenfalls außerordentlich geringe Amylnitritzusatz im Benesol eine höhere Konzentration des Eukain gestattet, wodurch vielleicht die rein anästhesierende Komponente desselben vermehrt und der ungleich gefährlichere Gefäßkrampf paralytisch wird.

Dr. WUNSCHHEIM bestätigt die Beobachtungen Dr. VIERTHALERS bezüglich des Benesols und hält dasselbe für eine weitvolle Bereicherung des Arzneischatzes. Üble Zufälle kann es ebenfalls nicht vermeiden. Dr. ORNSTEIN berichtet über die Versuche, die mit Benesol auf der Poliklinik gemacht worden sind, und zwar alle mit sehr gutem Erfolge. ORNSTEIN glaubt die lange Dauer (in einem Falle über 1 Stunde) der Benesolwirkung besonders hervorheben zu müssen. Jedoch habe er immer nur kleine Mengen, nie bis zu einer ganzen Spritze injiziert.

¹⁾ Zu beziehen durch das Dental-Depot Ph. Kornitzer, Wien, I., Graben 11.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Fr. Frank, Die Errichtung geburtshilflicher Polikliniken an Hebammenschulen. Berlin 1904, S. Karger. — M. 1.—
K. F. Wenckebach, Die Arrhythmie als Ausdruck bestimmter Funktionsstörungen. Leipzig 1903, W. Engelmann. — M. 11.—
Menge, Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane. Leipzig 1904, Georg Thieme. — M. —80.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 15. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. M. WEIL: Über Nasen- und Rachenblutungen.

Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Vortragsszyklus für praktische Ärzte.

Mittwoch den 17. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL im k. k. Allg. Krankenhaus.

Prof. Dr. REDLICH: Fortschritte in der allgemeinen Diagnostik der Hirnkrankheiten.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 18. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. — II. Diskussion zum Vortrage von Dr. HAMBURGER: Biologisches zur Säuglingsernährung. — III. Dr. SPERK: Über Buttermilch.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Helmitol“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.



MATTONI'S
GIESSHÜBLER
natürlicher
alkalischer
SAUERBRUNN

Kur- und Wasserheil-
Anstalt
Gießhübl Sauerbrunn
bei Karlsbad.

Bestes diätetisches
und Erfrischungsgetränk,

bewährt in allen Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane,
bei Gicht, Magen- und Blasenkatarrh.
Vorzüglich für Kinder und Rekonvaleszenten.

Heinrich Mattoni
kais. u. königl. österr. Hof- und Kammerlieferant.

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin 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.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme.

Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern
Ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos.
Telephon 7967. * **THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9.** * Telephon 7967.

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 Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Appendicitis. Von Doz. Dr. E. ULLMANN in Wien, I. — Zur Technik der Dekapitation. Von Dr. GUSTAV WOYER in Wien. — **Referate.** C. v. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Über Haferkuren bei schwerem Diabetes mellitus. — OSKAR SCHULZ und L. R. MÜLLER (Erlangen): Klinische, physiologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen an einem Fall von hochgradigem Ascites bei Pfortaderthrombose. — JORDAN (Heidelberg): Die Exstirpation der Milz, ihre Indikation und Resultate (an der Hand von 6 erfolgreichen Splenektomien). — EHRNBROTH (Helsingfors): Trauma als beförderndes Moment bei den durch einige Bakterien (resp. ihre Toxine) hervorgerufenen Veränderungen im Gehirn. — ERICH FABRIN (Rostock): Echte Blutgerinnsel als Ausgüsse der Trachea und der Bronchien etc., zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Bronchialgerinnseln. — L. GLÖCK und R. WODYNSKI (Sarajewo): Die Lepra der Ovarien. — J. DANIELJANS: Über einen Fall von Strychninvergiftung. — L. G. STRELZOW: Ein Beitrag zur Kasuistik der postoperativen Psychosen. — LAQUERRIÈRE (Paris): Die Behandlung der Anal fissuren mit Elektrizität. — HENRY MARCUS (Stockholm): Psychose bei perniziöser Anämie. — ROTHZIGEL (Paris): Behandlung der Krankheiten der Atmungsorgane mit Strophantin. — J. J. GRAHAM BROWN (Edinburgh): Über die Bestimmung des Tastsinns vermittelt eines neuen Ästhesiometers. — **Kleine Mitteilungen.** Über Gefäßnaht und Gefäßtransplantationen. — Anästhesin. — Die Gelatinetherapie der Hämoptoe. — Über Eumydrin, ein neues Mydriaticum. — Diätetik der Nierenkrankheiten. — Über Duotal. — Die Indikation und Technik des Steißhakens. — „Liquor Sanguinalis Krewel“. — Zur Behandlung der Hämatokelen. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Hygiene. Von Dr. LUDWIG HEIM, o. ö. Professor, Direktor des hygienisch-bakteriologischen Institutes der königl. Universität Erlangen, Oberstabsarzt à la Suite des königl. bayr. Sanitätskorps. — Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege für praktische Ärzte. Unter Mitwirkung hervorragender Fachgen. herausgegeben von Dr. ANTON BUM. — Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Von Prof. Dr. HERMANN LENHARTZ. — **Feuilleton.** Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit. IV. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel, 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XVII. — **Aus italienischen Gesellschaften.** (Orig.-Ber.) — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** KARL ROKITANSKY. — **Neue Literatur.** — **Eingesendet.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über Appendicitis.

Von Doz. Dr. E. Ullmann in Wien. *)

I.

M. H.! Indem ich der ehrenden Aufforderung Ihres Vorstandes, in diesen Räumen einen Vortrag zu halten, gerne nachkomme, wähle ich zum Gegenstand dieser Erörterung eine Erkrankung, welche Internisten und Chirurgen gleichmäßig interessiert und gleichsam ein Grenzgebiet der Chirurgie und der internen Medizin darstellt. Wenn ich, das praktische Interesse im Auge haltend, mich vorwiegend mit der Symptomatologie und mit der Therapie beschäftigen werde, kann ich doch nicht umhin, auch die Ätiologie und die pathologische Anatomie der Erkrankung näher zu erörtern, weil ja das so oft variierende, klinische Bild seine Erklärung nur auf Grund der Befunde erhält, welche durch die Nekroskopie, resp. durch den Augenschein bei der Operation sich ergeben.

In unseren Anschauungen über die Erkrankung selbst, welche wir nun mit den Namen Perityphlitis, Appendicitis, Skolikoiditis bezeichnen, ist in den letzten 10 Jahren eine bedeutende Wandlung eingetreten. Während früher die Krankheit als eine Entzündung des Blinddarms aufgefaßt wurde, haben namentlich die frühzeitigen Operationen deutlich gezeigt, daß in den seltensten Fällen wirklich der Blinddarm erkrankt ist, daß in diesen Fällen die Erkrankung eine

sekundäre ist, und daß die primäre Erkrankung stets in dem Wurmfortsatz ihren Sitz hat. So habe ich in der Reihe von Perityphlitisfällen, die ich operiert habe, nur einen Fall, bei welchem die Erkrankung primär vom Blinddarm ausgegangen ist, in welchem es sich also um eine wirkliche Typhlitis gehandelt hat. Es wäre auch ganz merkwürdig, daß bei Typhus und Dysenterie so selten Perforationen des Blinddarmes erfolgen, während durch Kotballen die Blinddarmschleimhaut so stark gereizt werden könnte, daß es zu Gangrän und Perforation kommt. Auch hat man den obturierenden Kotpfropf, von welchem in früherer Zeit die Erkrankung abgeleitet wurde, niemals in Wirklichkeit gesehen. Auch die Tatsache, daß die Krankheit stets als Entzündung des Zökums und niemals des Colon transversum oder des Colon descendens auftritt, wies darauf hin, daß man mit irgend einem Faktor in der Umgebung des Zökums zu rechnen habe, nicht aber mit einem Kotpfropf. Als dann die frühzeitigen Operationen häufiger wurden, erkannte man, daß die Krankheit ihren Ausgang beinahe immer vom Wurmfortsatze nimmt. Dieser stellt beim Menschen wie bei manchen Affen das rudimentäre Überbleibsel des verlängerten Blinddarms dar. Seine normale Länge ist 5—8 cm, doch finden sich auch 16—23 cm lange Appendices, namentlich scheint die Länge von der Rasse abhängig zu sein. So haben die Russen kurze, weite, die Anglosachsen lange, dünne Appendices, womit auch die so häufige Erkrankung in Nordamerika und das so seltene Vorkommen der Perityphlitis in Rußland zusammenzuhängen scheint.

Der Processus vermiformis ist in der Regel vollkommen vom Peritoneum bedeckt, er geht gewöhnlich von der inneren Seite des Blinddarms ab und ist an seiner Beweglichkeit

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener Medizinischen Doktoren-Kollegiums am 21. Dezember 1903.

durch ein Mesenteriolum von wechselnder Länge gehindert. Doch sind abnorme Abgänge ebenfalls häufig und dementprechend kann der Appendix bald nach links in die Bauchhöhle hineinragen, bald nach rechts. Seine Spitze kann bis zur Gallenblase, bis zur Flexura sigmoidea, bis zum Fundus des Magens, bis zum Scheitel der Blase oder bis zur rechten Niere sich erstrecken. Die Wandung des Appendix zeigt dieselben Gewebsschichten wie die Wand des Dickdarms. Hervorzuheben ist der Reichtum an blind endigenden konglobierten Drüsen, welche so eng aneinander gedrängt liegen, daß die Zwischenräume oft nur schmale Brücken darstellen.

Wenn wir uns nun fragen, durch welche Ursache eine Entzündung des Wurmfortsatzes bedingt werden kann, so müssen wir folgende Punkte in Erwägung ziehen: Es können zunächst Anomalien des Wurmfortsatzes mitspielen, welche teils angeboren sind, teils einen Wachstumsfehler darstellen. So kann der Mesappendix, das Mesenterium des Wurmfortsatzes, angeboren oder während des Wachstums verkürzt sein. Denken wir uns, daß die Mitte dieses kleinen Mesenteriums kürzer ist als seine Seitenteile, so wird dadurch eine Abknickung des Wurmfortsatzes auf die Weise entstehen, daß ein nach der dem Mesenterium entgegengesetzten Seite hin offener Winkel entsteht. Betrifft die Verkürzung die seitlichen Teile des Mesenteriums, so wird der Wurmfortsatz einen Kreis, eventuell das Segment eines Kreises darstellen. Daß es in beiden Fällen zu einer Stauung des Inhaltes kommen muß, ist evident; es wird aber auch gleichzeitig die Blutzirkulation ungünstig beeinflußt, da durch die Abknickung leicht eine Thrombose der Gefäße erfolgen kann. Manchmal reicht das Gekröse des Wurmfortsatzes nicht bis an die Spitze desselben. Auch hier wird eine mangelhafte Ernährung dieses Darmabschnittes eintreten und die Lebensfähigkeit des Organs leicht gefährdet werden. Alle diese Momente bewirken aber zunächst eine adhäsive Peritonitis, durch welche der Wurmfortsatz mit den Nachbarorganen, mit dem Blinddarm, dem Netze, dem Peritoneum parietale und dem Dünndarm, aber auch mit entfernter liegenden Organen, wie das Ovarium, die Tube und die Niere, verwachsen kann. Sind diese Verwachsungen eingetreten, so ist durch den Zug derselben eine weitere Quelle von Sekretstauung im Wurmfortsatze gegeben. Ich habe vor kurzer Zeit zwei äußerst interessante Fälle gesehen. In dem einen Fall war der Wurmfortsatz vollkommen kreisförmig und war seine Spitze an seiner Abgangsstelle vom Blinddarm verwachsen. Die Hälfte des Organs war kolbenförmig aufgetrieben und genau an der Stelle, an welcher die kolbenförmige Auftreibung begann, eine kleine Perforationsöffnung. In dem anderen Falle ging vom Mesenterium ein kleiner Strang über die Vorderfläche des Wurmfortsatzes bis etwa zur Hälfte seiner linken Seite. Das Mesenterium war an einen Netzstrang angewachsen, wodurch ein konstanter Zug in der Mitte des Wurmfortsatzes stattfinden mußte, welcher zur Abknickung und Stauung führte.

Auch Entzündungen, welche ihren Ausgang nicht vom Wurmfortsatze selbst nehmen, sondern von anderen Organen, wie von den Eileitern, vom Netze, können dadurch, daß der abnorm lange Wurmfortsatz mit diesen Organen sekundär verwächst, teils infolge der Zugwirkung, teils infolge des Übergreifens des Entzündungsprozesses selbst eine Perityphlitis hervorrufen. Ich habe in mehreren Fällen neben der Perityphlitis Eileiterentzündungen beobachtet, und zwar betrifft die Entzündung stets die rechtsseitige Salpinx. In diesen Fällen ist es nicht immer leicht zu entscheiden, ob die Krankheit primär den Wurmfortsatz und erst sekundär das Genitale betroffen hat oder ob umgekehrt die Erkrankung vom Genitale ausgehend sekundär den Wurmfortsatz ergriff.

Zu diesen bisher erörterten Momenten kommt noch folgendes:

Nach den Untersuchungen von RIBBERT bewahren die Follikeln ihre Anordnung und Form etwa bis zum 30. Lebens-

jahr, denn häufig auch früher verfallen sie mit einer Regelmäßigkeit, die geradezu einen physiologischen Charakter erkennen läßt, einem fortschreitenden Schrumpfungsprozeß. Unter Schwund der Drüsen kommt es bei völliger Intaktheit und genauer Differenzierung aller anderen Schichten zu einer Verwachsung des Bindegewebes der Mukosa. Dieser Obliterationsvorgang beginnt gewöhnlich am peripheren Ende des Appendix, dehnt sich in der Regel nur über einen Teil desselben aus und ist nur in wenigen Fällen ein vollständiger. Von 100 Obliterationen sind etwa 16 totale, doch nimmt die Häufigkeit der Obliterationen mit zunehmendem Alter zu. Der günstigere Vorgang ist natürlich, wenn der ganze Processus in einen soliden Bindegewebsstrang verwandelt wird. Partielle Obliterationen werden, wenn sie die Spitze betreffen, keine Bedeutung erlangen können, aber dann, wenn sie den gegen den Blinddarm zustehenden Teil betreffen, während die Spitze ihr normales Volumen behält, wegen Stagnation des Sekretes verhängnisvoll werden.

Diese Obliteration ist nach dem 30. Jahre bei jedem 4. Menschen sicher vorhanden. Untersuchungen an Leichen von alten Leuten zeigen, daß nach dem 60. Jahre mehr als die Hälfte aller Wurmfortsätze teilweise obliteriert ist. Übrigens kann die Obliteration auch sehr zeitig erfolgen und zeige ich Ihnen hier ein Präparat von einem jungen Mädchen, bei welchem Sie an der einen Seite den Querschnitt des nicht obliterierten, an der anderen Seite den des obliterierten Teiles des Wurmfortsatzes sehen. Aus all dem geht hervor, daß die Obliteration als ein Involutionsvorgang zu betrachten ist, daß aber der fromme Wunsch von Prof. EMIL ZUCKERKANDL, daß sich die Obliteration des Processus vermiformis bei allen Menschen, und das schon recht frühzeitig, einstelle, einer Korrektur bedarf, da eine Obliteration, die nicht an der Spitze anfängt, große Gefahren mit sich bringen kann.

Die Entzündung des Wurmfortsatzes wird, und dafür ist der Beweis durch die Untersuchungen der letzten Jahre vollauf erbracht, durch Mikroorganismen verursacht. Mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen des Eiters von Perityphliden, sowie des stagnierenden Inhalts des Appendix, im Falle die Operation im freien Intervall ausgeführt wurde, zeigten, daß gewöhnlich mehrere Bakterienarten nachgewiesen werden können. Ich habe in einer Reihe von Fällen das Bact. coli teils allein, teils mit dem Staphylococcus pyogenes aureus und auch mit dem Streptococcus züchten können. Doch fand ich auch Fälle, in denen das Bact. coli fehlte und die Infektion ausschließlich von Streptokokken verursacht wurde.

SAHLI macht auf die Analogien zwischen Wurmfortsatz und Tonsillen aufmerksam. So wie die Tonsillen in der Form der sogenannten Krypten Blindsäcke enthalten, die die Infektionsgefahr erhöhen, so ist auch der Appendix selbst nichts als ein solcher gefährlicher Blindsack. Die Analogie wird noch größer dadurch, daß beide Organe massenhaft Bakterien enthalten und will SAHLI auch die Appendicitis direkt als Angina des Wurmfortsatzes bezeichnen. Wird die Schleimhaut gereizt und entsteht infolgedessen eine stärkere Absonderung, so wird die Höhle des Wurmfortsatzes überfüllt, während gleichzeitig eine Entleerung durch die Schwellung der Schleimhaut unmöglich wird. Die Passagebehinderung wird namentlich an den Stellen eintreten, an denen schon normalerweise die Entleerung wegen der dort sich befindenden Schleimhautduplikatur, der sogenannten GERLACHSchen Klappe gehindert ist.

An dieser Stelle möchte ich noch auf die sogenannten Kotsteine aufmerksam machen, welche lange Zeit als Ursache der Blinddarm-entzündungen und Perityphliden angesehen wurden. Jetzt weiß man, daß sie erst die Folge der Perityphlitis sind, daß sie sich erst in einem bereits entzündeten Wurmfortsatz entwickeln, daß aber der wachsende Stein den Krankheitsprozeß in der Wand des Appendix verschlimmert, teils durch Druckwirkung, teils durch Verlegung des Lumens. Jedenfalls sind die Kopolithen außerordentlich häufig bei

der Perityphlitis. Nach SONNENBURG kamen sie in etwa $\frac{1}{4}$ der Fälle, die er operiert hat, vor; auch meine Statistik weist ein ähnliches Verhältnis auf. Bezüglich ihres Baues und ihrer Zusammensetzung haben neuere Untersuchungen gezeigt, daß nur der Kern des Steines aus eigentlichem Kote besteht, während die äußeren Lagen zum größten Teile aus eingedicktem Schleim mit Eiterzellen gebildet werden. Nach meiner Meinung dürfte das Trinken von kalkhaltigem Wasser eine Begünstigung nicht nur der Entwicklung von Kotsteinen, sondern auch für die Entstehung der Perityphlitis selbst bilden. Ich fand nämlich, daß in Gegenden, in welchen das Trinkwasser einen großen Gehalt an Kalk aufweist, die Erkrankungen des Wurmfortsatzes außerordentlich häufig sind und finde auch, daß in den von mir operierten Fällen, die aus Gegenden mit kalkhaltigem Trinkwasser stammen, beinahe stets ein Kotstein vorhanden ist, allerdings ist auch die Anschauung nicht von der Hand zu weisen, daß das kalkhaltige Wasser mit der Perityphlitis nicht im ursächlichen Zusammenhang steht, sondern bei einem schon entzündeten Wurmfortsatz die Entwicklung von Kotsteinen herbeiführt oder begünstigt.

Die Häufigkeit der Fremdkörper im Wurmfortsatz ist gegenüber der Häufigkeit der Kotsteine relativ gering. Fruchtkerne, Kopf- und Barthaare, Borsten aus der Zahnbürste hat man allerdings öfters gefunden. Sie verursachen zwar auch eine Entzündung des Wurmfortsatzes, kommen aber für die Ätiologie der Erkrankung ebenso wenig in Betracht wie die Würmer, welche hier und da im Appendix gefunden werden und die ebenfalls eine Perforation herbeiführen können. Ich operierte im Sommer eine Frau, bei welcher eine Appendicitis durch eine verschluckte Nähnadel verursacht wurde, ein ähnlicher Fall wurde erst kürzlich in der k. k. Gesellschaft der Ärzte vorgestellt. Was die von den Kranken so häufig als Ursachen der Perityphlitis angeschuldigten Diätfehler, Erkältungen, Traumen betrifft, so sind namentlich die letzteren wohl imstande, eine bereits in Entwicklung begriffene Entzündung ungünstig zu beeinflussen, dürften aber selbst niemals Veranlassung zur Entwicklung einer Appendicitis geben.

Die anatomischen Veränderungen, welche durch die Entzündungen am Wurmfortsatz gesetzt werden, zeigen die mannigfaltigsten Bilder von dem einfachen Schleimhautkatarrh bis zur Gangrän. Von diesen Veränderungen waren allerdings bis vor etwa 10 Jahren nur diejenigen bekannt, welche zum Tode führten und welche dann bei der Nekroskopie nachgewiesen werden konnten, wie Verjauchung, Perforation und Gangrän. Erst durch die Frühoperationen, namentlich aber durch die Operationen in der anfallfreien Zeit, sind auch die sogenannten leichten Fälle, d. h. die Anfangsstadien der Krankheit erkannt, und genauer beobachtet worden. In diesen einfachen Fällen handelt es sich eben um einen chronisch verlaufenden Katarrh der Schleimhaut. Dieselbe ist gerötet, geschwollen, ihre Sekretion reichlicher als normal, die Spannung im Innern vermehrt. Nun kann sich allerdings der Inhalt auf dem noch freien Wege durch Abschwellung der Mukosa in den Blinddarm entleeren. Doch werden im Falle die früher erwähnten Ursachen weiter bestehen, neue Entzündungen zustande kommen, um so eher, weil die Schleimhaut und die Submukosa bereits infiltriert und die Follikeln geschwollen sind. Es ist also bei dem zweiten Anfall bereits ein ungünstiger Zustand für den leichten Ablauf des Anfalles gesetzt, da, abgesehen von Knickungen und Adhäsionen, welche ja nicht vorhanden sein müssen, die Peristaltik durch Infiltration der Muskulatur beeinträchtigt ist und die verdickte Wand des Wurmfortsatzes ihre Elastizität teilweise eingebüßt hat. Sehr häufig findet man auch im Innern bei einem nur einfach katarrhalisch entzündeten Wurmfortsatz restierenden gelblichen oder grauen Schleim, welcher sich an der Mukosa, namentlich an etwa dort entstandenen Erosionsgeschwüren festsetzt und die erste Grundlage zu einem Koproolithen bildet. Hat das vorhandene

Erosionsgeschwür Neigung zur Ausheilung, so kann durch den Heilungs- resp. Schrumpfungsprozeß eine vollkommene Obliteration des Wurmfortsatzes erfolgen, was natürlich ebenso wie der physiologische Altersobliterationsprozeß außerordentlich günstig ist. Doch dürfte diese totale Obliteration nur in den seltensten Fällen zustande kommen, weil ja das Geschwür nur selten die ganze Mukosa einnimmt. Im Gegenteil. Für gewöhnlich kommt es durch den Obliterationsprozeß infolge Ausheilung der Geschwüre und Schrumpfung der Narben zu einer partiellen Obliteration, wodurch die Retentionsgefahr vermehrt und die Leichtigkeit des Abflusses von Kotpartikelchen und Sekret vermindert wird; diese entzündlichen Strikturen geben hierdurch zum Auftreten von neuen Anfällen Veranlassung.

Im weiteren Verlaufe kann es zu einer bedeutenden Vermehrung der Muskelsubstanz nicht nur durch eine kleinzellige Infiltration der Muskelfasern kommen, sondern auch zu einer wirklichen Hypertrophie der Muskularis infolge der Anstrengung, welche die Muskelschicht aufbringen muß, um den Inhalt des Wurmfortsatzes in den Blinddarm zu befördern. KÜMMELL und IVERSEN beziehen einen großen Teil der Schwellung in den ersten Stadien einer Appendicitis auf diese Arbeitshypertrophie, welche allerdings bald einer Erschlaffung der Muskulatur Platz macht.

Ist der Verschuß nun ein vollständiger, die kleinzellige Infiltration in der Mukosa und Submukosa bedeutend, damit auch die Sekretion ins Innere sehr groß, ist die Muskulatur erschlaft und paretisch, so kann es leicht zu dem Zustande kommen, welchen wir mit dem Namen Hydrops des Wurmfortsatzes bezeichnen. Der Wurmfortsatz dehnt sich sehr stark aus, nimmt die Gestalt eines länglichen, birnförmigen oder kugeligen Körpers an. Sein Inhalt, in welchem Bakterien kaum vorkommen, ist limpid, dünn- oder dickflüssig. Doch ist die Entwicklung eines Hydrops relativ selten, da durch die Gegenwart von Mikroorganismen bei einer völligen Verlötung des Lumens eher eine Umwandlung des Sekretes in Eiter stattfindet, es also zum Empyem des Wurmfortsatzes kommt. Bei diesem Empyem brauchen Verwachsungen nach außen noch gar nicht stattgefunden zu haben, ich habe wenigstens in einer großen Reihe von Fällen beträchtliche Empyeme des Wurmfortsatzes gesehen ohne eine Spur von adhäsiver Peritonitis. Solche Appendices können mit einer geladenen Bombe verglichen werden, dessen Platzen sicher todbringend ist. Dieses Platzen kann aber bei der Neigung zur entzündlichen Einschmelzung des Gewebes, zumal bei stärkerem Druck, sehr leicht eintreten und ist dann eine allgemeine septische Peritonitis unvermeidlich.

Ähnlich in den Resultaten dem Platzen eines Empyems ist der Vorgang bei der ulzerösen Appendicitis, wenn auch Abkapslungen durch adhäsive Peritonitis hier leichter vorkommen. Vorbereitet wird die Perforation schon durch tiefgreifende Geschwürsprozesse der Schleimhaut, die an und für sich mit Peritonealreizung, folglich auch mit der Bildung von Adhäsionen einhergehen. Doch spielen gerade bei diesen Fällen Kotsteine eine wesentliche Rolle. Gleich, ob diese Koproolithen hart oder kittartig weich sind, wird ihr konstanter Druck auf die eitrig infiltrierte Wand, deren Elastizität ja verloren gegangen ist, ein weiteres Umsichgreifen des geschwürigen Zerfalles der Wandung durch die Muskularis und durch das Peritoneum hindurch zustande bringen.

Ob nun der geschwürige Zerfall rapid oder langsam vor sich geht, was ja natürlicherweise für den Ausgang, wie wir später sehen werden, sehr wesentlich ist, hängt vornehmlich von zwei Momenten ab: 1. Von der Virulenz der Bakterien und 2. von etwaigen Zirkulationsstörungen, namentlich Thrombenbildung. Je virulenter die Bakterien, je weniger ernährt die Wandung, umso schneller wird der Geschwürsprozeß um sich greifen und umso leichter kann es zu einer Perforation kommen zu einer Zeit, zu welcher noch keine Abkapslung vorhanden ist.

Der Übergang von der ulzerösen, perforativen Appendicitis zur gangränösen wird durch jene Fälle vermittelt, bei denen der geschwürige Zerfall einen ganzen Teil der Wandung betrifft, da ja auch bei der perforativen Appendicitis die Geschwürsränder stets gangränös grau oder schwarz mißfarbig und äußerst übelriechend sind.

Bei der gangränösen Appendicitis ist entweder ein Teil des Wurmfortsatzes oder der Wurmfortsatz in toto nekrotisch geworden. Unter gewissen Verhältnissen kann die Ernährung des Wurmfortsatzes eine mangelhafte sein, so daß dann durch das Hinzutreten eines zweiten Momentes, nämlich durch die durch die Entzündung bedingte Thrombose, namentlich wenn Knickungen und Verwachsungen als begünstigende Momente noch mitwirken, eine Gangrän entstehen kann. Diese entwickelt sich manchmal unter außerordentlich stürmischen Erscheinungen. Das ganze Organ kann in kürzester Frist abgestorben sein; so habe ich voriges Jahr einen Fall operiert, bei welchem schon nach 24 Stunden allgemeine, septische Peritonitis aufgetreten war und ich bei der Operation den vollkommen gangränösen Wurmfortsatz aus seinem Zusammenhang gelöst frei in der Bauchhöhle fand. Aus der Abgangsstelle des Wurmfortsatzes von dem Blinddarm war flüssiger Kot in die Bauchhöhle geflossen und floß noch während der Operation ab. Daß der Fall letal endigte, kann nicht überraschen. In solchen Fällen geht der Prozeß so rapid vor sich, daß es zu keinen Verwachsungen kommen kann. Sie sind allerdings selten, häufiger sind schon die partiellen Nekrosen, doch auch bei diesen kommt es nur selten zu adhäsiver Peritonitis. Sehr selten ist die Gangrän fortschreitend und übergeht dann auf den Blinddarm, wie in einem Falle von ROSE, bei welchem ein handbreites Stück brandig wurde. Ich operierte einen Fall (den Pfarrer von Brünn), bei dem die Gangrän vom Appendix auf das Zökum übergriff, wobei das ganze Zökum gangränös wurde. Die Fälle von totaler Gangrän haben etwas Ähnlichkeit mit den experimentell bei Tieren hervorgerufenen gangränösen Appendicitiden, welche neuerlich von ROGER durch Ligatur des Appendix und Injektion einer virulenten Kultur des *Bact. coli* in seine Höhle hervorgerufen wurden.

Untersuchen wir nun die dem Wurmfortsatz benachbarten Gewebe auf ihr Verhalten bei der Appendicitis. Daß das Peritoneum an der Entzündung, welchen Grades diese auch sei, teilnimmt, ist natürlich. Nur bei den chronisch, katarrhalischen Entzündungen, welche ausschließlich die Schleimhaut betreffen und noch auf die weiteren Schichten der Wandung nicht übergegriffen haben, kann die Mitbeteiligung des Peritoneums vollkommen ausbleiben. Wenn einmal die Muskulatur kleinzellig infiltriert ist, dann ist auch stets in geringerem oder größerem Maße das Peritoneum von der Entzündung ergriffen, welche allerdings eine zirkumskripte ist und sich in der Bildung von Adhäsionen äußert. Nur in seltenen Fällen sollen nach NOTHNAGEL bei der chronisch-ulzerösen Entzündung der Schleimhaut keine peritonealen Verklebungen vorhanden sein. In der Mehrzahl des Fälle jedoch wird durch die Entzündung des Peritoneums eine Verklebung der Darmschlingen untereinander und mit dem Wurmfortsatz zustande kommen, während in anderen Fällen serös-fibrinöse Exsudate mit Auflagerungen entstehen, die manchmal eine solche Ausdehnung erlangen können, daß man von einem wirklichen plastischen Exsudat sprechen kann.

Kommt es zu Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit dem Zökum oder mit dem hinteren Blatte des Peritoneum parietale, so kann auch das lockere, retroperitoneale Zellgewebe sich entzünden und zur Entwicklung von retroperitonealen Abszessen Veranlassung geben. Diese sind nur schwer von den zirkumskripten, peritonealen Abszessen zu unterscheiden, welche nach hinten vom Wurmfortsatz zur Entwicklung gekommen sind. Manchmal kommt es nicht zur Entstehung eines Abszesses. So hat SONNENBURG einen Fall beobachtet, bei welchem die Entzündung den Weg in die

Bindegewebsmaschen des Mesappendix nahm und an der Wand des Zökums in die Höhe kriechend in das retrozökale Gewebe gelangte und von hier in die Interstitien der Faszien und Muskeln sich eindringend tausend punktförmige, zerstreute Herdchen, doch keinen ausgedehnten Abszeß bewirkte. Diese Abszesse können natürlich ebenso beim ulzerösen, nicht perforierten als bei der perforierenden Appendicitis entstehen, da ja die Mikroorganismen bekanntlich aus einem stagnierenden Sekrete sehr leicht an die Peritonealoberfläche des Darmes gelangen können. Manchmal sind die Abszesse nur auf den Wurmfortsatz beschränkt und sehr klein; ich erlaube mir Ihnen ein solches Präparat zu demonstrieren.

Die Größe der perityphlitischen Abszesse ist eine verschiedene; sie können, langsam entstanden, sich stetig vergrößern, können aber auch durch Resorption sich wieder verkleinern. Beobachtungen haben es als zweifellos hingestellt, daß sie sogar vollkommen verschwinden können. Allerdings nicht durch Resorption, sondern in den äußerst seltenen Fällen, in denen diese Abszesse in einen benachbarten Darm, dessen Wandung mitentzündet ist, durchbrechen oder durch Selbstdrainage durch den geöffneten Appendix.

Bei den schweren und so häufig ungünstig verlaufenden Fällen kommt es namentlich dann, wenn der perityphlitische Abszeß nicht rechtzeitig eröffnet wurde, trotz der Abkapselung durch adhäsive Peritonitis zu einem Weiterkriechen des entzündlichen Prozesses durch Weiterverschleppung der Mikroorganismen. Es können sich dann durch Adhäsionen neue entfernter liegende Abszesse bilden, Abszesse, welche sogar in ziemlicher Entfernung von dem ursprünglich perityphlitischen Abszeß liegen. Sehr häufig werden dieselben infolge ihrer verborgenen Lage nicht erkannt. Sie können in der linken Bauchseite oder unter dem Zwerchfell liegen und diese subphrenischen Abszesse können sogar durch das Zwerchfell hindurch ein Empyem veranlassen, eventuell auch durch einen Bronchus sich den Weg bahnen. Andererseits können die Abszesse, schon infolge ihrer Schwere sich nach hinten zu senkend, im kleinen Becken zu einer Eiteransammlung führen.

Auch durch Fortschreiten des Eiterungs-, resp. Jauchungsprozesses in thrombosierten Gefäßen kann eine Verschleppung der Infektionskeime in andere Organe, namentlich in die Leber, stattfinden und dort zur Entwicklung von Abszessen führen. Solche pyämische Abszesse können auch in retroperitonealen Drüsen, in der Milz, den Nieren, den Lungen sich entwickeln und zu Endokarditis, Meningitis, Hirnabszessen und anderen Metastasen führen.

In vielen Fällen bleibt bei Reizung des Peritoneums die adhäsive Peritonitis aus und es kommt statt ihrer eine diffuse, eitrig-jauchige, septische Peritonitis zustande. Dieses äußerst ungünstige Ereignis tritt namentlich bei der gangränösen, aber auch bei jenen Formen von perforativen Perityphlitiden auf, deren Entwicklung eine ungemein schnelle ist. Auch kann sie durch Platzen des perityphlitischen Abszesses, wenn dieselbe unter großer Spannung steht, erfolgen.

Zur Technik der Dekapitation.

Von **Dr. Gustav Woyer** in Wien.

(Fortsetzung.)

Den ersten derartigen Fall operierte ich im Jahre 1897 während meiner Dienstzeit an der Klinik, nachdem ich durch Versuche am Phantom zum Versuche der Operation an der Lebenden ermutigt worden war.

Es handelte sich um eine verschleppte Querlage mit eingetretener inkompletter Uterusruptur; der Fall ist von HEINRICH SCHMIT publiziert¹⁾, bei dem ich mit der GIGLischen Drahtsäge die Dekapitation ausführte.

¹⁾ HEINRICH SCHMIT, Ein Beitrag zur Therapie der Uterusruptur. „Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie“, Bd. XII, Heft 2. Fall X der Statistik.

Ich beschloß, in geeignetem Falle dieses Verfahren wieder in Anwendung zu ziehen, und will nun im folgenden die ausführlichen Krankengeschichten der vier von mir im Laufe der Jahre in meiner Privatpraxis derart operierten Fälle mitteilen.

Fall II: Katharina R., 32jähr. Kaufmannsgattin, VII-para.

Die Frau war angeblich nie erheblich krank gewesen. Die Menses traten mit dem 15. Lebensjahre auf, waren stets regelmäßig, von vierwöchentlichem Typus, ohne Besonderheiten.

Die erste Entbindung erfolgte am normalen Schwangerschaftsende vor 10 Jahren: Zangengeburt. Das Kind lebte; das Wochenbett verlief normal.

Die zweite Entbindung im achten Schwangerschaftsmonate vor $8\frac{1}{2}$ Jahren: Zwillingengeburt. Spontaner Verlauf derselben. Beide Kinder starben bald nach der Geburt. Wochenbettsverlauf normal.

Die dritte Entbindung erfolgte am normalen Ende vor 7 Jahren: Angeblich wegen Querlage wurde die Wendung ausgeführt. Das Kind kam tot zur Welt. Wochenbettsverlauf normal.

Die vierte Schwangerschaft endete mit einer Frühgeburt im sechsten Lunarmonate (vor 5 Jahren). Die Nachgeburt mußte wegen starker Blutung manuell entfernt werden. Das Wochenbett war fieberhaft, die Frau lag durch 6 Wochen zu Bette.

Die fünfte Schwangerschaft endete mit der spontanen Geburt eines reifen Kindes. Das Kind lebt. Das Wochenbett verlief glatt (vor $1\frac{3}{4}$ Jahren).

Die letzte Periode hatte nunmehr die Frau Mitte September 1898. Der Verlauf der Schwangerschaft war normal, nur durch die rasche Volumszunahme des Leibes in der zweiten Hälfte und dadurch bedingte Unannehmlichkeiten gestört. Es wurden bereits im achten Monate wegen der besonderen Größe des Bauches von der Gravida selbst und der Hebamme Zwillinge vermutet.

Die ersten Wehen traten am 24. Juni 1899 um 3 Uhr nachm. auf. Um 6 Uhr abends sprang die Blase. Die gerufene Hebamme konstatierte Schädellage. Unter sehr kräftiger Wehentätigkeit erfolgte um $9\frac{1}{2}$ Uhr abends die Spontangeburt einer weiblichen, 2000 g schweren Frucht.

Da sich die zweite Frucht in Querlage befand, sandte die Hebamme um einen Arzt. Derselbe traf um $11\frac{1}{2}$ Uhr nachts ein. In der Zwischenzeit war nur geringe Wehentätigkeit vorhanden gewesen. Kein Blutabgang.

Der Arzt versuchte durch äußere Handgriffe die Längslage herzustellen. Dies gelang ihm jedoch wegen starken Pressens der Frau nicht; es sprang während dieser Manipulationen die Blase und es entleerte sich in großem Schwall eine Menge Fruchtwasser. Der Kollege wollte nun sofort die innere Wendung ausführen, konnte dies jedoch wegen großer Ungeberdigkeit der Frau nicht, da die Frau sehr stark preßte und es ihm nicht gelang, einen Fuß zu erreichen. Bei den Versuchen zur Wendung fiel eine Nabelschnurschlinge vor.

Behufs Beendigung der Geburt wurde ich berufen. Bis ich zu dem Falle kam, war es $1\frac{3}{4}$ Uhr morgens geworden. In der Zwischenzeit hatte die Frau sehr kräftige Wehen bekommen, welche in sehr kurzen Zwischenpausen verliefen. Bei meiner Ankunft konnte ich folgenden Befund erheben:

Große kräftige Frau, ohne Zeichen von Rhachitis. Temperatur und Puls normal. Sehr dünne, schlaffe Bauchdecken.

Die Gebärmutter längsoval, fast andauernd kontrahiert, kaum, daß überhaupt Wehenpausen bemerkbar waren.

Quer über dem Uterustumor, einen Querfinger unterhalb des Nabels deutlich der Kontraktionsring nachzuweisen. Wegen starker Uterusspannung ist die äußere Untersuchung fast ergebnislos, nur scheint der kindliche Kopf linkerseits zu sein. Herztöne sind nicht zu hören.

Innere Untersuchung: Vulva weit, klaffend; alter, übernarbter, inkompletter Dammriß. Zwei blutende Einrisse in der Klitorisgegend linkerseits. In der Scheide liegt der linke Arm vor und daneben eine Nabelschnurschlinge; an der jedoch keine Pulsation zu fühlen ist. Der Muttermund kollabiert, völlig erweitert. Die Achselhöhle

sieht nach links, die Schulter in den Beckeneingang hereingepreßt. Thoraxvorderfläche nach vorn sehend.

Becken anscheinend normal.

Temp 37.1 , Puls 84.

Mit Rücksicht auf die Dehnung des unteren Uterussegmentes wird als Entbindungsform die Dekapitation gewählt.

Es wird mit der linken Hand an der Hinterseite des Halses emporgedrungen und unter leichtem Anziehen des vorgefallenen Armes ohne Schwierigkeiten der Hals umgriffen. Die in einem elastischen Katheter befindliche GIGLISCHE Drahtsäge wird um den Hals umgeführt. Der Katheter wird entfernt, und da Assistenz zum Spatelhalten fehlte (die Hebamme hielt die Beine und der Kollege besorgte die Narkose), so wurde über die freien Sägeenden bis zum Halse beiderseits ein Stück des zerschnittenen Katheters geführt. Mit wenigen Sägezügen war der Hals glatt durchgeschnitten. Nunmehr wurde am vorliegenden Arme der Rumpf und durch Zug am Unterkiefer der Kopf ohne Schwierigkeiten entwickelt.

Unmittelbar nach Entwicklung der Frucht folgen die beiden anscheinend bereits gelösten Plazenten. Die Gebärmutter kontrahiert sich sofort sehr energisch.

Desinfektion der Uterushöhle mit warmer Lysollösung. Naht der Klitorisrisse. Wochenbettsverlauf ohne Störung.

Die zweite Frucht war ebenfalls weiblichen Geschlechtes und wog 2350 g. Es handelte sich um zweieiige Zwillinge.

Fall III: Mathilde Kl., 28jähr. V-para. Der Vater der Pat. war an Lungentuberkulose gestorben. Die Mutter lebt und ist gesund. Zwei ihrer Geschwister starben in früher Jugend an Fraisen. Eine Schwester starb im 22. Lebensjahre im Anschlusse an eine operative Entbindung im Wochenbettfieber. Ein derzeit 24 Jahre alter Bruder lebt und ist gesund.

Gravida hat als Kind die „englische Krankheit“ durchgemacht und erst mit 2 Jahren gehen gelernt. Während der Schulzeit litt sie an Drüsenschwellungen am Halse und in der Leistengegend sowie an einem Eiterungsprozesse am Brustbeine, weshalb sie sich wiederholt operativen Eingriffen unterziehen mußte.

Im 15. Lebensjahre machte sie Blattern durch, im 17. Scharlach. Dreimal soll sie auch an Rippenfellentzündungen krank gewesen sein.

Die ersten Menses traten mit dem 16. Lebensjahre auf, verliefen ohne Besonderheiten, stets regelmäßig.

Die erste Schwangerschaft im 19. Lebensjahre endete infolge eines Sturzes von der Treppe mit einer Frühgeburt einer toten Frucht im sechsten Schwangerschaftsmonate. Das Wochenbett verlief ohne Störung.

Die zweite Schwangerschaft im 23. Lebensjahre dauerte bis zum normalen Ende. Nach vier Tage währender Geburtsarbeit wurde die Entbindung von einem Arzte mittelst Kraniotomie operativ vollendet. Das Wochenbett war fieberhaft, und lag Pat. durch drei Wochen zu Bette.

Die dritte Schwangerschaft gedieh ebenfalls bis zum normalen Ende. Auch diese Geburt wurde operativ beendet. Es handelte sich angeblich um eine schlechte Fruchtlage, und soll das Kind schließlich stückweise entfernt worden sein. Das Wochenbett verlief afebril.

Die zweite und die dritte Entbindung wurde auf dem Lande (in Niederösterreich) ohne Narkose vorgenommen. Nach Angabe der Pat. sollen die Kinder sehr groß gewesen sein.

Während der vierten Schwangerschaft fuhr die Frau nach Graz, um dortselbst einen Spezialarzt zu konsultieren. Derselbe konstatierte eine Beckenverengung und empfahl ihr die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Frau unterzog sich in Graz diesem Eingriffe. Das Kind kam ohne weitere Kunsthilfe lebend zur Welt, wog angeblich 2000 g und lebt noch heute. Das Wochenbett verlief fieberlos. Die letzten Menses traten Ende November 1899 auf.

Die diesmalige (fünfte) Schwangerschaft verlief ohne Störungen. Trotz des ihr vom Grazer Gynäkologen erteilten Rates, sich bei eventueller neuerlicher Schwangerschaft wieder rechtzeitig zur Einleitung der Frühgeburt zu melden, versäumte die Gravida, angeb-

lich Familienverhältnisse halber, den Termin, und die Schwangerschaft gedieh bis zum normalen Ende.

Die ersten Wehen traten am 28. August um 3 Uhr morgens ein. Die herbeigeholte Hebamme untersuchte die Gebärende und erklärte, daß sie den vorliegenden Kindesteil, weil er zu hoch stehe, nicht fühlen könne. Um 6 $\frac{1}{2}$ Uhr morgens erfolgte der Blasensprung, worauf die Hebamme nochmals innerlich untersuchte und das Vorliegen einer Hand und Bestehen einer Querlage konstatierte. Sie veranlaßte deshalb die Zuziehung eines Arztes. Derselbe traf aber erst um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr vormittags ein. Nach erfolgter Untersuchung versuchte derselbe, ohne Narkose, die Wendung auszuführen. Dieselbe gelang ihm jedoch nicht und er sandte behufs Wiederholung des Wendungsversuches in Narkose um einen zweiten Arzt. Um 10 Uhr vormittags wurde von den beiden Ärzten in Narkose neuerdings die Wendung versucht. Trotz aller Mühen gelang dieselbe jedoch nicht. Ich wurde nunmehr zu dem Falle zugezogen und traf bei der Gebärenden um 11 $\frac{3}{4}$ Uhr a. m. ein.

Der von mir erhobene Befund war folgender:

Kleine grazil gebaute Frau mit leidendem Gesichtsausdrucke und noch nicht aus der Narkose erwacht. Puls 88, kräftig, rhythmisch. Temp. 37.7, Puls 90°.

Rhachitische Schädelbildung. Fehlen der Vorderzähne des Oberkiefers. An beiden Halsseiten längs des Unterkiefers Narbenzüge. Eine tief eingezogene mit dem Knochen verwachsene Narbe am Manubrium sterni. Auch in der rechten Leistenbeuge eine zirka 3 cm lange Narbe. Rhachitische Verkrümmungen beider Tibien und geringere ebensolche Verkrümmungen an den Oberschenkeln. Rhachitischer Rosenkranz.

Darmbeinschaufeln stark ausladend, vermehrte Lendenlordose. Spitze des Kreuzbeins und Steißbeins winkelig abgelenkt. Sp. 27, Cr. 27 $\frac{1}{2}$, Tr. 30.

Der Uterustumor quer oval, wenig gespannt. Der Kopf deutlich rechts, der Rücken der Frucht nach vorn gelagert. II. dorso-anteriore Querlage.

Die kindlichen Herztöne auch bei wiederholter Untersuchung nicht mit Sicherheit nachweisbar, die beiden Kollegen behaupten jedoch, dieselben vor dem zweiten Wendungsversuche noch deutlich gehört zu haben. Keine nennenswerte Dehnung des unteren Uterinsegmentes zu konstatieren.

Bei der inneren Untersuchung findet man in der weiten, schlaffen Scheide den stark ödematösen, blau verfärbten linken Arm. Die Hand ist in der Vulva sichtbar. Die Schulter anscheinend wenig beweglich, in den Beckeneingang eingetreten, die Achselhöhle sieht nach links. Der kollabierte, schlafe Muttermund ist für 4 Finger bequem durchgängig.

Die seitlichen Beckenwände genähert, die Beckenbuchten vertieft, doppeltes Promontorium mit gekrümmtem Finger leicht erreichbar. Die Conj. diag. wird auf 9 $\frac{1}{2}$ cm geschätzt.

Mit Rücksicht auf den Mangel einer stärkeren Dehnung des unteren Uterinsegmentes und auf den Umstand, daß der Tod der Frucht nicht mit Sicherheit feststand (es konnten ja die Herztöne durch ein lautes vorhandenes Uteringeräusch überdeckt sein), entschloß ich mich, in tiefer Narkose noch einen schonenden Wendungsversuch zu wagen.

In tiefer Narkose ging ich äußerst vorsichtig an die Operation. Es gelang, die Schulter vom Beckeneingange abzudrängen und langsam den tiefer liegenden Oberschenkel und schließlich den Fuß zu erreichen. Schon während dieser Manipulation konnte ich konstatieren, daß es sich um eine recht große Frucht handle, und erschien mir die Möglichkeit, dieses Kind durch das enge Becken ohne sehr große Schwierigkeiten durchzubringen, äußerst gering.

Um nun nicht die Gebärende den Gefahren der unter den obwaltenden Umständen gewiß recht schwierigen Operation unnötigerweise auszusetzen, wenn das Kind nicht sicher lebend wäre, suchte ich mit der im Uterus befindlichen Hand die Nabelschnur auf. Dieselbe wies jedoch bei längerer Beobachtung keinerlei Pulsationen auf. Ich nahm deshalb vom Wendungsversuche Abstand und beschloß als für die Mutter schonendstes Verfahren die Dekapitation in Ausführung zu bringen.

Es wurde diese Operation ebenfalls mit der GIGLischen Drahtsäge ausgeführt. Der Hals wird mit der linken Hand umgriffen und die in einem NÉLATON-Katheter steckende Säge ohne Schwierigkeit umgelegt. Da genügende Assistenz vorhanden war, wurde der Weichteilschutz diesmal mit Löffelspeculis besorgt. Mit wenigen Sägezügen war der Hals glatt durchtrennt.

Schon die Entwicklung des Rumpfes an der vorliegenden Hand ist recht mühselig. Der Kopf folgt den üblichen Handgriffen nicht, auch mit in den Unterkiefer eingesetzten BRAUNschen Haken und kräftigen gleichzeitigen Druck von außen gelang es nicht, denselben zu entwickeln. Das Unterkiefer reißt bei diesem Versuche aus. Es wird daher unter entsprechender Fixation des Schädels mit dem Trepan von BJURKO die Perforation ausgeführt. Der Kranioklast wird in typischer Weise angelegt und erst nun, auch unter größerem Kraftaufwand, gelingt die Entwicklung des Kopfes. Eine Viertelstunde post partum erfolgt die Plazenta auf leichten Druck. Der Uterus erweist sich als völlig intakt. Naht eines kleinen Scheidenrisses mit vier Nähten. Die genaue Beckenaustastung ergibt ein allgemein verengtes rhachitisches Becken. Die Conjugata diagonalis mißt 9.7 cm. Die Frucht war männlichen Geschlechtes und wog 3850 g ohne Hirn. Das Wochenbett verlief glatt, und verließ die Frau am 15. Tage das Bett. (Schluß folgt.)

Referate.

C. v. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Über Haferkuren bei schwerem Diabetes mellitus.

Verf. hat bereits vor einem Jahre über die Erscheinung berichtet, daß man Diabetiker, die bei völlig strenger Diät nicht oder nur vorübergehend zuckerfrei werden, manchmal schnell und sicher von der Glykosurie befreien kann, wenn man ihnen nichts anderes gibt, als sehr große Mengen von Hafer; daneben sind, wenn man auf Erfolg rechnen will, noch Butter und einfache Eiweißkörper, aber keine anderen Kohlehydrate und kein Fleisch zulässig. Mit dem Zucker sinkt gleichzeitig die Ausscheidung der Azetonkörper und des Ammoniaks. Bei Rückkehr zur gewöhnlichen Diabetesdiät muß man höchst vorsichtig sein, da sonst die Azetonkörper schnell zu beunruhigender Höhe ansteigen. Nach längeren Versuchen mit anderen Präparaten bringt v. N. („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 36) jetzt nur noch das KNORRSche Hafermehl oder die HOHENLOESchen Haferflocken bei den Haferkuren zur Anwendung. Die Substanz wird sehr lange mit Wasser und etwas Salz gekocht; während des Kochens wird Butter und ein vegetabilisches Eiweiß oder nach Abkühlung geschlagenes Eiereiweiß hinzugesetzt. Gewöhnlich nahm Verf. Roborat oder ein aus der Bremer Brotfabrik bezogenes Reiseiweiß, das in Bezug auf Geschmack den Vorzug zu verdienen scheint. Die gewöhnlichen Tagesmengen, sofort von Beginn der Haferkur an, waren 260 g Hafer, 100 g Eiweiß, 300 g Butter. Die mit diesen Hilfsmitteln bereitete Suppe wurde zweistündlich verabreicht. Daneben wurde manchmal Kognak oder Wein und etwas schwarzer starker Kaffee gestattet. BR.

OSKAR SCHULZ und L. R. MÜLLER (Erlangen): Klinische, physiologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen an einem Fall von hochgradigem Aszites bei Pfortaderthrombose.

Die Ätiologie der Pfortaderthrombose bei der von SCH. und M. beobachteten Kranken war völlig unbekannt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 76, H. 6).

Die gallenbereitende Tätigkeit der Leber leidet bei Abschluß des Pfortaderblutes nicht. Die Pfortaderthrombose hat zur Verkleinerung der Leber geführt, ohne aber eine erkennbare krankhafte Veränderung der Leberzellen hervorzurufen; dagegen geriet das Bindegewebe in Wucherung, und zwar in der Art, daß das Lebergewebe durch dickere Septen in Läppchen abgeteilt wurde. Stellt sich bei obturierender Pfortaderthrombose keine ausreichende Verbindung zwischen den Ästen der Pfortader und dem System der Vena cava durch Entwicklung von Anastomosen her, so kommt

es zu hochgradigem Aszites. Die Aszitesflüssigkeit ist in solchen Fällen nicht als ein für den Körper wertloses Stauungsstranssudat aufzufassen. Durch die gesteigerte resorbierende Tätigkeit des parietalen Bauchfelles werden aus der in der Leibeshöhle sich aufspeichernden Flüssigkeit reichlich Nährstoffe in den großen Kreislauf aufgenommen und damit für die Ernährung des Körpers wiedergewonnen. Die Lebhaftigkeit der Resorption vonseiten des Peritoneums und der Stoffwanderungen in der Leibeshöhle kann durch klinische und physiologische Beobachtungen und Versuche nachgewiesen werden.

In mehreren Fällen von Bauchwassersucht infolge von Pfortaderthrombose oder Leberzirrhose zeigte das parietale Peritoneum und der Peritonealüberzug der Leber hochgradige Veränderungen. Das subperitoneale Bindegewebe war in starker Wucherung begriffen, seine Maschen waren von Kapillaren und Lymphzellen ausgefüllt. In den tieferen Schichten des verdickten subserösen Gewebes des Peritoneums fanden sich dann ungewöhnlich zahlreiche große, dünnwandige Gefäße (Venen), die vielfach von Lymphzellenhaufen umgeben waren. In Fällen von Bauchwassersucht, bei denen die krankhafte Transsudation auf Stauungen im gesamten venösen System beruht, fanden sich nicht so ausgeprägte Veränderungen des parietalen Peritoneums wie bei dem durch Pfortaderthrombose oder durch Leberzirrhose bedingten Aszites. Der Prozentgehalt der Aszitesflüssigkeit an Stickstoff war im vorliegenden Falle von Pfortaderthrombose durch die Art der Ernährung bis zu einem gewissen Grade zu beeinflussen. Stickstoffarme Kost setzte ihn herab, stickstoffreiche Kost erhöhte ihn. Der absolute Gehalt der Aszitesflüssigkeit an koagulierbarem Eiweiß betrug, auf 25 l berechnet, bei eiweißreicher Kost (Milchdiät) 335 g, bei sehr eiweißarmer Kost nur halb so viel, 177 g. Neben dem koagulierbaren Eiweiß enthält die Aszitesflüssigkeit eine nicht unbedeutende Menge stickstoffhaltiger Extraktivstoffe, deren Natur vorläufig unbekannt ist. Der Extraktivstickstoff macht etwa ein Neuntel bis ein Sechstel des Gesamtstickstoffs aus. Harnstoff, Albumosen und Peptone waren in den untersuchten Aszitesflüssigkeiten entweder nur in Spuren oder überhaupt nicht vorhanden. Der Zuckergehalt der Aszitesflüssigkeiten betrug nie mehr als wenige Zehntel Prozent. Die physiologische Verwertung des Zuckers wurde durch die Pfortaderthrombose nicht gestört. Die Menge der täglich in die Bauchhöhle ausgeschiedenen Flüssigkeit (an der täglichen Zunahme des Körpergewichts gemessen) wurde durch eiweißarme Kost erhöht, durch eiweißreiche Kost herabgesetzt. Vermindernd auf die Ausscheidung wirkte besonders reine Milchkost. Die tägliche Zunahme der Aszitesflüssigkeit erwies sich unabhängig von der Spannung und Füllung des Leibes. Durch Herabsetzung der Flüssigkeitszufuhr konnte die Stärke des Transsudationsstromes etwas vermindert und dadurch der Zeitpunkt der nächsten wieder notwendig werdenden Punktion um einige Tage hinausgeschoben werden. BR.

JORDAN (Heidelberg): Die Exstirpation der Milz, ihre Indikation und Resultate (an der Hand von 6 erfolgreichen Splenektomien).

Während man früher der Milz eine sehr wichtige Rolle bei der Blutbereitung zuschrieb, hält Verf. auf Grund der bei der Splenektomie gewonnenen Erfahrungen die Beteiligung dieses Organs für nicht so bedeutungsvoll, zu mindestens ist die Funktion der Milz sehr leicht und ohne Schaden für das Individuum durch die Funktion anderer Organe zu ersetzen.

Wenn schon die Exstirpation der Milz nach Vorfall derselben (ohne Verletzung des Organs) einen schlagenden Beweis für die Entbehrlichkeit und Ersetzbarkeit der Milz abgibt, indem sämtliche 28 in der Literatur niedergelegten Fälle geheilt sind und die Postzuzusammensetzung nach vorübergehender Änderung in kurzer Zeit normal wurde, so beweisen die 29 vom Verf. zusammengestellten Fälle von Exstirpation der Milz nach subkutaner Ruptur derselben noch mehr. Da die Patienten mit Milzruptur vor der Operation schon große Mengen Blut verloren haben, so wäre, wenn die Milz wirklich diese ihr früher zugeschriebene Bedeutung bei der Bereitung des Blutes besäße, der Wiederersatz des ver-

loren gegangenen Blutes entweder überhaupt nicht oder nur sehr schwer zu erreichen. Die Erfahrung zeigt aber, daß auch in diesen Fällen, also unter sehr schweren Bedingungen, die normale Blutbeschaffenheit sehr bald wieder eintritt, daß also die Milz als Blutbildungsorgan nicht notwendig ist. Es ist unter diesen Verhältnissen daher begreiflich, wenn Verf. die Exstirpation der Milz nicht nur bei absoluter Indikation (Milzruptur usw.), sondern auch bei relativer Indikation (Vorfall, Zysten etc.) für berechtigt hält. Bei großen Blutzysten oder Echinokokkus ist das Milzgewebe zum größten Teile durch den Druck zum Schwinden gebracht worden, so daß bei der Splenektomie nicht viel funktionsfähiges Gewebe geopfert wird. Bei chronischen, einfachen Hypertrophien der Milz, sowie bei Tumoren sind die Chancen der Milzexstirpation günstig, wenn es sich um eine rein lokale Erkrankung handelt; liegt aber der Milzaffektion ein konstitutionelles Leiden zugrunde, so ist die Exstirpation als aussichtslos und direkt lebensgefährlich zu verwerfen („Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 11, H. 3).

Die Milzexstirpation ist, wenn das Organ beweglich ist, bei dem jetzigen Stande der Chirurgie ein fast ungefährlicher Eingriff; wenn aber Verwachsungen vorhanden sind, kompliziert sich der Eingriff und die Gefahr wächst mit der Festigkeit und Ausdehnung der Verwachsungen.

Die Erfahrungen des Verf.s erstrecken sich auf 6 Milzexstirpationen aus den verschiedensten Indikationen (Zysten, Sarkom, einfache Hypertrophie) mit günstigem Ausgang. Nur der Patient mit dem Sarkom ging 1¼ Jahre nach der Splenektomie an den Metastasen in der Bauchhöhle zugrunde. ERDHEIM.

EHRNROOTH (Helsingfors): Trauma als beförderndes Moment bei den durch einige Bakterien (resp. ihre Toxine) hervorgerufenen Veränderungen im Gehirn.

Die moderne Unfallsversicherung hat wesentlich dazu beigetragen, daß die Frage von der Bedeutung des Trauma als infektionsbeförderndes Moment jene große praktische Tragweite erhalten hat, die sie gegenwärtig besitzt. Diejenigen Fälle, in denen die durch eine äußere Gewalt gesetzte Läsion der Haut oder Schleimhaut eine direkte Eingangspforte für die Infektionserreger abgibt, sind leicht zu beurteilen, schwierig wird die Entscheidung, wenn solche äußere Verletzungen fehlen. E. hat sich nun die Aufgabe gestellt, an Tieren experimentell die Frage zu erforschen, ob ein Trauma (Schlag oder Stoß) auf den Kopf eines Versuchstieres, das künstlich in septikämischen Zustand versetzt worden ist, die Entstehung einer Bakterienlokalisation im Gehirn oder in den Hirnhäuten befördert, und inwiefern der Zeitpunkt des Traumas für die Entstehung des infektiösen Prozesses bestimmend ist. Die Versuchsanordnung war eine derartige, daß die Versuchskaninchen im hinteren Teile der einen Kopfhälfte mittelst eines von E. konstruierten Hammers, der eine Dosierung seiner Schlagkraft ermöglichte, entweder unmittelbar vor oder nach der Infektion, oder auch 1—9 Tage bevor und 1—3 Tage nachdem die Infektion geschehen war, so lange beklopft wurden, bis sie deutliche Symptome zerebraler Reizung vorzeigten. Als Infektionserreger verwendete Verf. Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Diplococcus pneumoniae, Bacterium coli und Bacterium typhi, deren Kulturen den Versuchstieren in die Vena saphena eingespritzt wurden. Die Tiere wurden unmittelbar nach ihrer Tötung durch Chloroform obduziert. E. faßt (Acta societatis scientiarum Fennicae, Bd. XXX, Nr. 2) auf Grund der an 225 Tieren angestellten Versuche seine Ergebnisse dahin zusammen, daß bei Kaninchen ein gegen den Kopf verübtes Trauma bei intravenöser Injektion von Bakterienkulturen prädisponierend für die bakterielle Infektion des Gehirns oder der Hirnhäute wirkt. Die infektiöse Erkrankung ist im bedeutenden Grade von der Stärke des Traumas abhängig. Die relative Frequenz des Auftretens der infektiösen Hirn- oder Hirnhautaffektion ist eine um so höhere, je kürzer die Zeitintervalle zwischen Trauma und Infektion sind. Es scheint, als ob hauptsächlich die durch das Trauma im Gehirn hervorgerufenen zirkulatorischen Anomalien (Hyperämie, Blutungen), die binnen

einer ziemlich kurzen Zeit ausgeglichen werden, die Faktoren sind, die wesentlich als infektiösbeförderndes Moment wirken. In den Blutbahnen nicht geschlagener Tiere kreisende Pneumokokken gehen häufiger in die Meningen über als Staphylokokken, Streptokokken und Typhusbakterien, die intravenös ebenfalls nicht geschlagenen Tieren eingespritzt worden sind. GRÜNBAUM.

ERICH FABRIN (Rostock): Echte Blutgerinnsel als Ausgüsse der Trachea und der Bronchien etc., zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Bronchialgerinnseln.

Für die spezielle Anatomie der Bronchialgerinnsel erhellt aus den Ausführungen des Verf. („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 1 u. 2), daß wir unter ihnen neben den bereits wiederholt durch eingehende mikroskopische und chemische Untersuchung von einander unterschiedenen Fibringerinnseln und Schleimgerinnseln zwei besondere Arten von Blutgerinnseln anerkennen müssen: 1. die häufigeren und bekannteren Blutgerinnsel, wie sie bei der auf Tuberkulose der Lunge beruhenden Hämoptoe zuweilen beobachtet werden, und 2. die Blutgerinnsel, wie sie als Produkt einer parenchymatösen Lungenblutung vorkommen. Sie sind anatomisch genügend charakterisiert. BIERMER hat die ersteren genau beschrieben, die anderen kannte er noch nicht und nannte deshalb die ersteren schlechthin „hämoptoische Gerinnsel“.

Sie haben ein weniger homogenes und weniger weißes Aussehen, eine spärlichere Verästelung und Mangel einer lamellosen, geschichteten Struktur, einen auffallenden Reichtum an Erythrozyten; im Auswurf treten sie nur einmal auf. Im Gegensatz dazu haben die Gerinnsel bei der parenchymatösen Lungenblutung eine ausgesprochene rote Farbe, weisen in reichem Maße dichotomische Teilung auf und finden sich wiederholt im Auswurf; dabei ist aber ihr Aussehen in Übereinstimmung mit jenen ein homogenes, es fehlt ihnen jede Struktur, ihr Reichtum an Erythrozyten ist ein ganz außerordentlicher. BR.

L. GLÜCK und R. WODYNSKI (Sarajewo): Die Lepra der Ovarien.

Seit Jahrhunderten bereits ist uns die Tatsache nicht fremd, daß die Menstruation lepröser Frauen bedeutende Störungen aufweist. Die leprösen Frauen menstruieren entweder unregelmäßig oder überhaupt nicht; sicher ist auch die Beobachtung, daß bei Auftreten der Lepra vor der Pubertät die Menses gar nicht eintreten. Bedeutungsvoller als diese Anomalien ist aber die Wahrnehmung, daß die Mehrzahl der also erkrankten Frauen steril wird. Die bisher vorliegenden Untersuchungen sind viel zu spärlich, überdies einander auch zu widersprechend, um in dieser Beziehung Erklärung und Aufhellung zu bringen.

Die Autoren hatten Gelegenheit, selbst („Arch. f. Derm. u. Syph.“, LXVII, 1) sechs Fälle anatomisch zu untersuchen. Es ergab sich zunächst als Nebenbefund, daß die Lepra häufig einen entschieden hemmenden Einfluß auf das Wachstum des Uterus auszuüben vermag, besonders dann, wenn die Krankheit vor oder während der Pubertätsperiode auftritt, es bleibt dann der Uterus sehr häufig infantil. Die Ovarien zeigen in allen Fällen hochgradige Veränderungen; dieselben sind als Ausgang einer chronisch interstitiellen Entzündung zu betrachten, welche Sklerosierung des Gewebes und je nach dem Alter des Individuums entweder Hypoplasie oder Atrophie der erkrankten Organe herbeiführt. Das Keimepithel scheint durch die Krankheit nicht verändert, die hauptsächlichsten Veränderungen finden sich in der Parenchym- und Markschiebt, die sich zum Teil sklerosiert, zum Teil im Zustande chronisch-entzündlicher Wucherung zeigen. Primordialfollikel sind nur vereinzelt vorhanden und zumeist ganz verkümmert. Bazillen sind in allen Fällen, wenn auch in geringer Anzahl nachweisbar, am häufigsten in der Markschiebt. Die beschriebenen Veränderungen an den Ovarien sind geeignet, die bisher klinisch beobachteten Anomalien als natürlichen Ausfluß der sich daselbst abspielenden Prozesse erscheinen zu lassen. DEUTSCH.

J. DANIELJANS: Über einen Fall von Strychninvergiftung.

Aus Versehen hatte der betreffende Patient 0·5 salpetersauren Strychnins eingenommen. 1 Stunde später stellten sich heftige Schmerzen in der Wirbelsäule, hochgradige Spannung der Rücken-, Hals- und Wadenmuskeln, Atembeschwerden und Trismus ein, welche Erscheinungen sich bei der geringsten Bewegung, selbst bei leisestem Flüstern im Zimmer, steigerten. Verf. („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg 1903, Nr. 12) fand den Patienten auf dem Boden fast schraubensförmig gebogen liegend, stöhnend und mit den Zähnen knirschend. Dem Kranken wurde als Brechmittel Cuprum sulfuricum 4·0:100·0 eßlöffelweise alle 10 Minuten verabreicht. Schon nach der ersten Portion stellte sich profuses Erbrechen ein, worauf der Patient hohe Einläufe mit Oleum ricini bekam. Nach dieser Reinigung per os und per anum bekam der Patient innerlich Natrium, Ammonium, Kalium bromatum aa. 10·0:200·0 halbstündlich eßlöffelweise und zugleich ein Klysma mit wässriger Chloralhydratlösung von 4·0:200·0. Nach 2 Stunden, d. h. nachdem der Patient 4 Eßlöffel von der Bromidenlösung zu sich genommen hatte, begannen die Krampfanfälle immer seltener und seltener zu werden. Gegen Mitternacht waren die Krämpfe vollständig fort, so daß der weitere Gebrauch der Bromidenlösung abgebrochen und in Anbetracht der Herzschwäche Koffein verordnet werden konnte. Am nächsten Morgen fühlte sich der Patient ziemlich wohl; er klagte nur über Schmerzen in den Muskeln und über Zerschlagenheit. Herz normal, Puls gut. Am zweitnächsten Tage fühlte sich der Patient schon vollständig wohl und ist bis auf den heutigen Tag vollständig gesund geblieben, so daß er seiner gewöhnlichen Tätigkeit (er ist Schuster) nachgehen kann. L—y.

L. G. STRELZOW: Ein Beitrag zur Kasuistik der postoperativen Psychosen.

St. berichtet über 3 Fälle von postoperativen Psychosen, welche er im Krankenhaus einer kleinen russischen Stadt beobachtet hat („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg, Bd. 12, Nr. 13). Der erste Fall betrifft eine Patientin, die bei der Aufnahme in das Krankenhaus über heftige Schmerzen im Unterleib, namentlich in der linken Leiste klagte. Die Untersuchung ergab in der linken Leistengegend eine derbe, hühnereigroße Geschwulst. Laparotomie. Entfernung einer Zyste des linken Eierstocks. Glattes postoperatives Stadium. 14 Tage nach der Operation stellte sich jedoch bei der Patientin eine Psychose ein, die allerdings bald verschwand. — Der zweite Fall betrifft eine Kranke, bei der in Chloroformnarkose eine Ausräumung der Gebärmutterhöhle (Entfernung des Mutterkuchens) vorgenommen wurde. Am folgenden Tage stellte sich bei der Kranken eine Psychose ein; Pat. sprang in der Nacht auf, schlug das Fenster ein, sprang, nur mit einem Tuche bedeckt, zum Fenster hinaus und entlief nach Hause. Am folgenden Morgen wurde die Kranke von ihren Angehörigen wieder in das Krankenhaus eingeliefert. Nach 14 Tagen vollständige Genesung. — Der dritte Fall betrifft eine Patientin, bei der in Chloroformnarkose die Exstirpation von Hämorrhoidalknoten, die heftige Schmerzen im Mastdarm und häufige Obstipationen verursachten, vorgenommen wurde. Am 7. Tage nach der Operation stellte sich bei der Patientin eine Psychose ein; die Kranke riß immerfort den Verband herunter, war sehr unruhig und versuchte mehrere Male des Nachts aus dem Krankenhause zu entlaufen. Genesung nach 20 Tagen. L—y.

LAQUERRIÈRE (Paris): Die Behandlung der Analfissuren mit Elektrizität.

Die von Professor D'ARSONVAL in die Therapie eingeführten elektrischen Ströme von hoher Frequenz haben in der Behandlung von verschiedenen rektalen und perirektalen Affektionen überraschende Erfolge erzielt. Im Jahre 1897 erzielte Dr. OUDIN mit diesem Verfahren schöne Effekte bei dem oft so langwierigen Ekzem in der Perineal- und Skrotalgegend. Neuerdings berichtet LEREDOLE über ähnliche günstige Resultate. Dadurch angeregt

unterzog L. schmerzhaften, von starkem Spasmus begleitete Analfissuren der analogen Behandlungsweise. Die Technik derselben ist höchst einfach und für den Patienten nicht unangenehm. Schon nach der ersten Sitzung ist der Krampf geringer, die Stühle sind weniger schmerzhaft und nach wenigen Tagen vernarbt die Fissur. Je frischer die Fissur, desto rascher erfolgt die Heilung. Bei chronischen Fällen bedarf es einer größeren Reihe von Sitzungen. Auch auf Hämorrhoiden üben hochfrequente Ströme eine sehr günstige Wirkung aus. Verf. gelang es, schon nach einer Sitzung bei vorgefallenen, inneren Hämorrhoidalknoten eine so starke Schmerzlinderung und Dekongestion zu bewirken, daß dieselben leicht reponiert werden konnten. Auch bei sehr lange bestehenden Hämorrhoiden ist mit einiger Geduld ein namhafter Erfolg erzielbar, indem die Knoten allmählich kleiner werden. Auch bei schmerzhaften Affektionen der Prostata wirkt die Arsonvalisation schmerzlindernd, doch fehlen L. diesbezüglich noch größere Erfahrungen. J. S.

HENRY MARCUS (Stockholm): **Psychose bei perniziöser Anämie.**

Bei perniziöser Anämie gibt es bekanntlich spinale Symptome und vage psychische Veränderungen; im vorliegenden Falle („Neur. Zentralbl.“, 1903, Nr. 10), der wohl singulär ist, handelt es sich um eine ganz umschriebene Psychose in offener Abhängigkeit von der Anämie. Ein etwas nervös veranlagter, 37jähr. Mann, nicht luetisch infiziert, durch eine Entfettungskur geschreckt, zeigt mit dem Beginne einer Anämie außer spinalen Symptomen ein an klonische Paralyse erinnerndes manisches Krankheitsbild. Dieses macht mit zunehmender Bluterkrankung (Blutbild, abendliches Fieber) einem depressiven psychischen Krankheitsbilde Platz. Unter Arsengebrauch Heilung der Anämie und der Psychose nach halbjähriger Dauer. Die Gesundheit dauert nunmehr bereits zwei Jahre an. INFELD.

ROTHZIGEL (Paris): **Behandlung der Krankheiten der Atmungsorgane mit Strophanthin.**

Das Strophanthin beeinflusst nach den Erfahrungen R.s („Journ. de méd. de Paris“, 1903) den Respirationsapparat in günstiger Weise. Vor allem aber steigt die Energie der Herzstöße schon 5—10 Minuten nach Einnahme minimaler Dosen von 0·0002—0·0003 mg (verabreicht in Form der Granules de Catillon). Die Arrhythmie des Pulses verschwindet schon nach 2—3 Tagen. Die völlige Pulsregulierung findet etwas später statt als nach Digitalisbehandlung, aber sie besteht ebenso lange Zeit während der Behandlung und sogar einige Zeit nach Unterbrechung der Behandlung. Hauptsächlich die Dyspnoe und die Herzpalpitationen, welche im Verlaufe der organischen Herzkrankheiten so häufig sind, werden durch das Strophanthin günstig beeinflusst. Die Dyspnoe bessert sich zuerst. Bei nervösen Herzpalpitationen ist vom Strophanthin kein sicherer Erfolg zu erwarten. Die Diurese ist weniger reichlich als bei der Behandlung mit Digitalis und Strophanthus. Sie tritt bloß nach längerer Behandlung mit Strophanthin auf und dauert noch einige Tage nach Aussetzen des Mittels an; jedenfalls ist sie nicht einer Einwirkung auf die Nierensubstanz, sondern der Wirkung des Mittels auf die Herzaktion zuzuschreiben. B.

J. J. GRAHAM BROWN (Edinburgh): **Über die Bestimmung des Tastsinns vermittelt eines neuen Ästhesiometers.**

Die Empfindung, die der Verf. bestimmen will („Neur. Zentralbl.“, 1902, Nr. 19), bezieht sich auf Rauigkeit von Oberflächen. An seinem Instrumente wird eine glatte Fläche dadurch rau gemacht, daß aus ihr mittelst einer Schraube sechs feine Stäbchen in geringer und abstufbarer Länge herausgedrückt werden. Die Stäbchen haben einen Durchmesser von 1 mm; eine ganze Schraubendrehung verschiebt sie um 0·25 mm; da Teile einer Umdrehung gemessen werden können, so ist die Länge der hervortretenden Stäbchenenden und damit ein Maß für die Rauigkeit

gegeben, wofür einige vom Verf. angegebene Vorsichtsmaßregeln eingehalten werden. Das Instrument kann leicht abgelesen werden bis zu einem Grade von Feinheit, der einem Auslaufen der Stäbchen um 0·0025 mm entspricht. Die Empfindung der Rauheit kann manohmal schon bei 0·04 mm zustande kommen. INFELD.

Kleine Mitteilungen.

— Über **Gefäßnaht und Gefäßtransplantationen** berichtet HÖPFNER („Arch. f. klin. Chir.“, 1903, Nr. 2). Da nach ausgedehnten Gefäßresektionen, die sich bei Entfernung größerer Tumoren öfters ereignen, in 50% der Fälle etwa Gangrän der betreffenden versorgten Körperabschnitte eintritt, hat sich H. der Aufgabe unterzogen, nach Gefäßresektionen eine Wiedervereinigung der Gefäßenden zu erreichen. Mit eigens konstruierten Instrumenten wurde das Gefäß (Arteria carotis oder femoralis beim Hunde) abgeklemmt, durchtrennt, der proximale Stumpf mit einer PAYRSchen Magnesiumprothese vereinigt, der distale Stumpf hintbergezogen und vernäht. Je geringer das Gefäßlumen, umso größer die Schwierigkeiten; bei Prothesen unter 3 mm trat stets Thrombose ein. Nach 11 Tagen ist die Vereinigung eine feste. Die Prothesen werden meist, aber nicht stets resorbiert, bisweilen unter Bildung von Gasblasen. Es gelang ein reseziertes Stück von einer Arterie in die andere einzupflanzen mit Erhaltung der Funktion unter Tieren derselben Spezies; es gelingt aber nicht Arterienteile einer Katze auf den Hund zu überpflanzen.

— Das **Anästhesin** hat HAUG in der Therapie der Gehörgangsentzündungen und zur lokalen Anästhesie bei Trommelfellparazentese benützt (A. d. königl. Univers.-Ohrenpoliklinik in München) und sich u. a. folgender Formeln bedient:

- | | |
|-----------------------------|----------|
| 1. Rp. Anästhesin | 1·5 |
| Ol. Olivar optimi | 50·0 |
| 2. Rp. Anästhesin | 4·0 |
| Alkoh., | |
| Glyc. | aa. 25·0 |
| 3. Rp. Anästhesin | 5·0—10·0 |
| Gelatin. alb. | 10·0 |
| Glyc. pur. | 85·0 |
| MDS. Fiat Amygdal. aur. | |

Die Anwendungsweise war die, daß ein Gazestreifen oder länglicher Wattebausch, gut mit der betreffenden Lösung befeuchtet, in den Gehörgang eingelegt wurde. Das Wechseln der Streifen erfolgte in den Fällen poliklinischer Behandlung alle 24 Stunden. Bedingung aber für eine gute Wirkung ist, daß der Streifen oder Wattebausch sehr gut durchfeuchtet ist und durch den ganzen Gehörgang ordentlich hindurchgeführt wird. Zur Behandlung selbst gelangten in erster Linie furunkulöse Gehörgangsentzündungen, besonders in den schmerzhaften Anfangsstadien, ebenso aber auch in anderen Zeitpunkten des Verlaufes der zirkumskripten Gehörgangsentzündung.

— Die **Gelatinotherapie der Hämoptöe** erörtert TIKELL („Lancet“, 1903, Nr. 19). Die subkutanen Gelatineinjektionen sind von fast sicherer Wirkung, doch sind die damit verbundenen Gefahren und Unannehmlichkeiten, heftiger Schmerz, Hautnekrose, Tetanus, hohes Fieber, so groß, daß diese Behandlungsmethode mehr und mehr verlassen wird. In einem Falle von sehr heftiger Hämoptysis, in dem alle üblichen Mittel versagt hatten, hat Verf. Gelatine per rectum gegeben; der Erfolg war ein ausgezeichneter. Seitdem wurde eine Reihe von Fällen in gleicher Weise mit gleich gutem Erfolge behandelt. 50 g Gelatine wurden in 1¼ l kochenden Wassers aufgelöst und diese Lösung dann etwa eine Stunde lang gekocht. Dann kühlt man bis zur Körpertemperatur ab und läßt ¼ l mittelst eines gewöhnlichen Irrigators einlaufen. Gewöhnlich macht man drei Eingießungen pro Tag und setzt dies so lange fort, bis auch die letzten Blutspuren geschwunden sind. Es empfiehlt sich, die Kranken dann noch einige Tage lang bei leichter Diät im Bett zu lassen.

— Über **Eumydrin, ein neues Mydriatikum**, berichtet LINDENMEYER („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 47). Dasselbe stellt ein weißes, geruchloses Pulver dar, welches in Wasser leicht löslich ist; es wird durch eine Umwandlung des Atropin gewonnen, indem

dessen tertiäre Base in eine quaternäre übergeführt wird. Auf diese Weise soll das Atropin seiner Wirksamkeit auf das Zentralnervensystem vollständig verlustig gehen, während die peripheren Wirkungen desselben erhalten bleiben. Die Giftigkeit des Eumydrins ist eine 50mal geringere, als diejenige des Atropin. In 1·1 mg Eumydrin findet sich etwa dieselbe Atropinmenge wie in 1 mg Atropin. Bei der 1%igen und 2%igen Lösung tritt der Beginn der Mydriasis nach 10—25 Minuten ein. Nach weiteren 20 bis 50 Minuten hat dieselbe ihren Höhepunkt erreicht, auf welchem sie zirka 12 Stunden verharrt, um sich dann langsam wieder zurückzubilden. Nach 2—3 Tagen ist die frühere Pupillenweite wieder erreicht. Etwas später als die Mydriasis tritt eine Lähmung der Akkommodation ein, welche in den meisten Fällen nach Verlauf von 2—3 Stunden vollständig wird. Bei der 5%igen und 10%igen Lösung wurde ein entsprechend rascherer Eintritt der Mydriasis schon nach 8—15 Minuten beobachtet. Maximale Mydriasis wurde nach weiteren 20—30 Minuten erreicht. Irgendwelche Intoxikationserscheinungen kamen bei keinem Versuche zur Beobachtung. Abgesehen von kurzdauerndem „Brennen“ nach der Einträufung wurden keine Beschwerden angegeben. Unser Arzneischatz hat somit durch das Eumydrin eine wertvolle Bereicherung erfahren.

— Aus den Beiträgen zur **Diätetik der Nierenkrankheiten** von MOHR und DUPPER („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 50) geht hervor, daß sich sowohl bei akuter wie bei chronischer Nephritis das Verhältnis zwischen Wasserausscheidung und Wasseraufnahme bei mäßiger Wasserbeschränkung meist günstiger stellt, als bei reichlichem Trinken, so daß es oft gelingt, allein durch die Wasserbeschränkung Ödeme zu beseitigen. Ferner wird durch mäßige Wasserbeschränkung — bis zu 1500 cm³ — die Elimination der Stickstoffsubstanzen und der Phosphorsäure nicht wesentlich beeinträchtigt. Dagegen leidet die Ausscheidung dieser Substanzen bei einer Wasserzufuhr, die unter 1250 cm³ bleibt. Muß man aus anderen Gründen, etwa mit Rücksicht auf die Ödeme oder das Herz, vorübergehend diese Wasserbeschränkung durchführen, so empfiehlt es sich, einzelne Trinktage mit starker Wasserzufuhr einzuschalten, wodurch man eine erhebliche Ausschwemmung etwa vorhandenen rückständigen Materials erzielt. Diese Ausschwemmung tritt natürlich dann nicht ein, wenn die Nieren nicht mehr genügend leistungsfähig sind, oder wenn kein harnfähiges Material im Körper aufgestaut ist. Die Albuminurie steigt bei chronischer Schrumpfnieren in der Regel infolge der Wasserbeschränkung etwas an, um bei längerer Fortsetzung der gleichen Behandlungsmethode allmählich wieder zu sinken. Bei den späten Stadien der akuten Nephritis ist der steigende Einfluß der Wasserbeschränkung und die Albuminurie weniger deutlich.

— Über **Duotal** bei der Behandlung der Masern berichtet MONTGOMERIE („The Lancet“ vom 21. November 1903). Die Behandlung scheint auf die Masern selbst keine abschwächende Wirkung auszuüben, aber sie beschränkt den Fall auf Masern allein ohne Hinterlassung irgend einer der üblichen Folgeerscheinungen. Bei Erbrechen, das selten vorkommt, kann dem Duotal ein wenig Wismutsalicylat zugesetzt werden und diesem wieder ein wenig DOWERS Pulver, wenn dies infolge von Diarrhöe nötig ist. Die Behandlung wird begonnen, sobald die Diagnose gestellt ist und wird mit vollen Dosen fortgesetzt, bis die Temperatur auf normal gefallen ist; dann gibt man noch 2 Tage lang eine verminderte Menge, um das Resultat zu sichern. Die Dosis ist berechnet auf 4 g täglich leicht zerfallender Tabletten oder auf Pulver von 2—3 g alle 3 Stunden für Erwachsene, für Kinder im Verhältnis. Kinder nehmen das Duotal gern, besonders wenn ihm eine gleiche Menge Zucker beigemischt wird. Während der Anwendung sind niemals ungünstige Symptome bemerkt worden, welche irgendwie der Behandlung zugeschrieben werden konnten; in keinem Falle blieb die Abkürzung des Bronchialkatarrhs aus. Todesfälle traten nicht ein.

— Die **Indikation und Technik des Steißhakens** erörtert PONFICK („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. 18). Es kommt immer auf den richtigen Bau des Hakens und auf die technischen Vorschriften an. Der Haken muß beinahe kleinfingerdick und nicht zu lang sein, er muß einen handlichen Griff, einen Säbelgriff, besitzen und eine Beckenkrümmung haben. Er darf nur bei reinen

Steißlagen an die hintere Hüfte angelegt werden, wenn bei gebotener Geburtsbeendigung ein Herabblenden des vorderen Fußes auch in tiefer Narkose nicht mehr möglich ist. Ein Eingehen mit dem stumpfen Haken in die vordere Hüfte ist wegen der Gefahr des Oberschenkelbruchs, sowie wegen des den Geburtsmechanismus störenden, weil an falscher Stelle angreifenden Zuges als Kunstfehler zu betrachten.

— In der Behandlung der Anämie und Chlorose hat BOLGAR („Ther. Ratg.“, 1904, Nr. 1) mit „**Liquor Sanguinalis Krewel**“ Erfolge erzielt; die lästigen Begleiterscheinungen der Chlorose, wie Stoffwechselstörungen, Depressionszustände, nervösen Beschwerden, Störungen von Seite des Genitalapparates u. a. m. gingen zurück; nur in wenigen Fällen mußte aus ätiologischen Gründen noch ein zweites Medikament genommen werden. Auch in Fällen, die Rezidiven schon früher bestandener Chlorosen darstellten, war das Resultat ein vorzügliches. Das genannte Medikament wird wohl durch seine angenehme Darreichung und seine vielen vortrefflichen Eigenschaften manchen Arzt, der bisher derartigen Mitteln skeptisch gegenüberstand, bewegen, sich von den ausgezeichneten therapeutischen Erfolgen der Sanguinalpräparate überhaupt zu überzeugen.

— Zur **Behandlung der Hämatokele** berichtet ZWEIFEL („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 34): Kleinere Hämatokele werden im allgemeinen exspektiv behandelt. Bei größeren ist die Methode der Wahl die Kolpotomia posterior; et müssen aber dabei, damit es nicht zu einer nachträglichen Verjauchung kommt, sämtliche Blutgerinnsel, auch die in der Tube, entfernt werden. Gelingt dies nicht, oder wird die die Bauchhöhle abkapselnde Membran gesprengt, so werde sofort zur Laparotomie übergegangen. Im Auge zu behalten ist, daß auch nach Bildung einer Hämatokele es noch zu einer Usur der Tube und damit zu einer Blutung in die freie Bauchhöhle kommen kann. Für die Laparotomien wegen Tubenruptur betont Z. die Notwendigkeit, alles Blut aus der Bauchhöhle zu entfernen, um nicht günstiges Nährmaterial für pathogene Keime zurückzulassen.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Hygiene. Von Dr. Ludwig Heim, o. ö. Professor, Direktor des hygienisch-bakteriologischen Instituts der königl. Universität Erlangen, Oberstabsarzt à la Suite des königl. bayr. Sanitätskorps. Mit 43 Abbildungen im Text. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke.

Die Aufgabe, ein kurzes Lehrbuch der Hygiene für die „Bibliothek des Arztes“ zu verfassen, hat HEIM in glücklicher Weise gelöst. Es ist ihm gelungen, auf 364 Seiten sämtliche Fragen der Hygiene mit Berücksichtigung der neuesten Literatur zu besprechen, wobei er bemüht war, allen Kapiteln eine gleichmäßige Bearbeitung zu Teil werden zu lassen und „die Quintessenz der praktischen Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnis, die hygienische Gesetzgebung in großem Umfange zu berücksichtigen.“

Die Erziehung des Säuglings findet eine eingehendere Besprechung, als dies in anderen Lehrbüchern der Hygiene üblich ist. Den größten Abschnitt des Buches hat der Verf. den Infektionskrankheiten gewidmet; in der Einleitung dieses Kapitels sind die modernen Theorien über Immunität und Immunisierung ausführlich und klar geschildert.

Bezüglich der hygienischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden beschränkt sich der Verf. nur auf die Darlegung des Prinzips und verweist für deren Ausführung auf andere Lehrbücher. Wir zweifeln nicht daran, daß dieses neue Lehrbuch der Hygiene nicht nur von dem Studierenden gerne benützt werden, sondern daß es auch dem Sanitätsbeamten, dem praktischen Arzte und dem ärztlichen Gutachter als Nachschlagewerk gute Dienste leisten wird, zumal durch zahlreiche Literaturangaben der Weg gezeigt ist, sich über Details zu informieren.

In einer künftigen Neuauflage des HEIMSchen Lehrbuches wird wohl eine Korrektur der Mortalitätsziffern der europäischen Großstädte, speziell Wiens, erfolgen. A.

Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege für praktische Ärzte. Unter Mitwirkung hervorragender Fachgen. herausgegeben von **Dr. Anton Bum.** Mit zahlreichen Illustrationen. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.

Das vorliegende Schlußheft des Werkes, die III. Abteilung desselben, enthält gleich den früheren Lieferungen durchwegs meisterhafte Bearbeitungen der einzelnen, alle Zweige der physikalischen Therapie sorgfältig berücksichtigenden Themen. Wir nennen unter anderem: Wechselstrombäder (BÄDEKER), Nervenmassage, Prostata-massage, Sportbewegungen, Stauung, Streichung, Übungsbehandlung (BUM), Ombrophor, Tauchbad (BUXBAUM), Ohrgalvanisation und Massage (EITELBERG), Rückenmarksgalvanisation (ERBEN), Vaginale Belastung, Vaporisation (FOGES), Phototherapie, Radiotherapie (FREUND), Seebäder, Seereisen, Thalassotherapie (GLAX), Thermomassage, Thermotherapie (GRÜNBAUM), Nervengymnastik, Selbsthemmungs-Widerstandsbewegung (HERZ), Sonnenbäder, Tuberkuloseheilstätten (KAHANE), Sand-, Schlamm-, Sol-, Thermalbäder, Thermen (KISCH), Rachenmassage (LAKER), Pneumatische Apparate und Kammern, Pneumatotherapie (LAZARUS), Passive Bewegungen, Reibung, Vi-

bration (REICH), Umschläge (STRASSER), Wärmeapplikation (C. ULLMANN), Sinusoidalstrom, Suspension (WINKLER), Rektalernährung (ZWEIG). Ein genaues Diagnosenregister beschließt das Werk, das ganz besonders geeignet erscheint, den Praktiker auf dem Gebiete der unentbehrlich gewordenen Physiotherapie zu orientieren. Es sei daher den Kollegen wärmstens empfohlen. BR.

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Von Prof. **Dr. Hermann Lenhartz.** Vierte, wesentlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1904, Julius Springer.

Nichts könnte überflüssiger erscheinen, als das L.sche Buch anlässlich des Erscheinens seiner 4. Auflage neuerlich anzupreisen. Ist es doch eines der besten diagnostischen Lehrbücher, schon seit einem Dezzennium weitverbreitet, bekannt und anerkannt. Die Neuaufgabe, sorgfältig durchgesehen und vielfach umgearbeitet, ist durch die Beschreibung der bakteriologischen Blutuntersuchung und der Paratyphusbazillen sowie der Gefrierpunktbestimmung von Blut und Harn, schließlich durch die Darstellung der akuten Leukozytose erweitert worden. Die Illustrationen sind durchwegs vorzüglich. BR.

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangerer Zeit.

IV.*)

Dr. Bernhard Vinzenz Adler.

Den Ärzten flieht die Nachwelt keine Kränze. Ihr ganzes Leben lang leben sie im Dienste der Menschheit, erliegen den schweren Anforderungen ihres Berufes, und reißt der Tod eine Lücke in ihre Reihen, so findet sich sofort ein anderer Kämpfer, der seine Arbeit weiterführt. Deshalb ist es doppelt höher anzuschlagen, wenn sich einmal der Ausnahmefall ereignet, daß einem Arzt ein Denkmal gesetzt wird und sein Andenken vor aller Welt festlich gefeiert wird. In den deutschen Gauen Böhmens kann man jetzt verschiedene Denkmäler sehen, die in jüngster Zeit entstanden sind. Der Zentralverein deutscher Ärzte in Böhmen hat es sich zur Aufgabe gestellt, in der Bevölkerung den Sinn für die hohen ethischen Leistungen der Ärzteschaft auf diese Weise zu heben. Das letzte dieser Denkmäler wurde in Franzensbad enthüllt und gilt dem großen Wohltäter dieses Kurortes, Dr. BERNHARD VINZENZ ADLER.

Derselbe war ein echtes Kind des Egerlandes. Wie der Egerer Boden voll von seltenen und kostbaren Mineralschätzen und heilkräftigen Quellen ist, so zeigen auch seine Bewohner reiche schöpferische Anlagen. Der reichen Fruchtbarkeit des Bodens entspricht eben der Charakter seiner Bewohner. Diesen Grundsatz kann man bei allen anthropogeographischen Studien bestätigt finden. So schlummert in jedem Egerländer ein kleiner Künstler. Dieser künstlerischen Anlage ist es zuzuschreiben, daß Dr. ADLER als Arzt in seiner Phantasie statt eines öden Moorlandes eine herrliche Kurstadt emporblühen sehen konnte. Nur so konnte ihm seine Dichtergabe verschiedenartige Zukunftsbilder vorgaukeln, wo die gewöhnlichen Sterblichen nur den grauen Alltag sahen. Im Jahre 1753 zu Eger geboren, wurde er nach Absolvierung der Wiener und Leipziger Universität Doktor der Heilwissenschaften und begann 1782 seine Praxis in Eger. Der heute Franzensquelle genannte Brunnen hatte schon damals in der ganzen Gegend einen großen Ruf als Heilwasser. Von fern und nah strömten Landleute und Städter herbei, um sich den heilsamen Trank zu holen. Da gab es oft wüste Raufszenen und der klare Quell wurde häufig so getrübt, daß viele Kranke mit ihrem Heilwasser eine hübsche Menge irdischen Staubes hinunterschlucken mußten. Dr. ADLER faßte als Erster den Plan, diese Quelle der ganzen Welt zugänglich zu machen. Er ließ das Quellwasser 1782 in Wien chemisch analysieren und drangsalierete einen hohen, aber sehr zopfigen Egerer Magistrat mit Eingaben über Eingaben. Die Quelle wollte er schön

zierlich und reinlich eingefaßt haben. Das kleine Gasthäuschen bei der Quelle wollte er ausgebaut sehen. Das kleine Gasthäuschen! O du schöne Zeit. Seit 1707 wurden dort in „dreyzehn“ Badestuben Bäder verabreicht, welche den Fremden sage neun, den Einheimischen drei Kreuzer kosteten (heute also, seit fast 200 Jahren, hat sich der Preis der Bäder verfünzfacht). Als der Magistrat die Eingaben ADLERS unberücksichtigt und sich in seiner beschaulichen Ruhe nicht stören ließ, wandte sich der unermüdliche Arzt an das Gubernium, die damalige Landesregierung. Dort erhielt er ein williges Ohr und die Zöpfe bekamen von oben den strikten Auftrag, die Quelle einzufassen und das Schöpfen nur an den Ablaufröhren zu gestatten. Nach kurzer Zeit stand schon ein schmuckes Tempelchen über der Quelle und am 14. August 1791 wurde durch Austrommeln öffentlich bekanntgegeben, das Schöpfen sei von nun an nur an den Ablaufröhren der Egerquelle gestattet.

Das brachte die ganze Umgebung in größte Aufregung. Besonders der schönere Teil der Menschheit, der sich wahrscheinlich vom Genuße des Brunnens ewige Jugendschönheit versprochen hatte, geriet in großen Zorn über diese unliebsamen Neuerungen. Daß die Menschen auch immer etwas Neues machen wollen! Sie erinnerten daran, daß schon anno 1784 zu Driburg ein Brunnenhaus vom Volke zerstört worden war, und beschlossen, hier das Gleiche zu tun.

Der 18. August 1791 war ein kritischer Tag erster Ordnung für Franzensbad. In 3 Kolonnen zogen die zu Tempelhyänen gewordenen Weiber von Eger aus gegen das neue, verhaßte Brunnen-tempelchen. Die Gattin des Maurermeisters Peter Schäck führte den ersten Haufen. Unter Trommelwirbeln zogen die mit Spaten, Mistgabeln, Sägen und Hacken bewaffneten Freiheitsheldinnen gegen den Feind. Die zweite Kolonne rückte von der anderen Seite heran. Der dritte Haufen jedoch zog unter Anführung einer Schusters- und Buchbindersfrau über den Hauptplatz vor dem hohen Magistrat vorbei vor den erstaunten Söldnern und vor der gestrengen Ortspolizei. Trommeln wirbelten, Pfeifen erklangen, Bettücher wurden als Fahnen vorgetragen und Fähnlein flatterten im Winde. Ungestört, von niemand behindert, zogen sie nun gegen den Tempel, vereinigten sich dort mit den anderen Kolonnen und zerstörten das kleine Bauwerk mit echt weiblichem Ordnungssinn. Es blieb nichts übrig als der nackte Boden und als der Herr Brunneninspektor Krigelstein dem wilden Treiben Einhalt tun wollte, wurde ihm ein Steinkrögel an den Kopf geworfen, so daß er eilends die Flucht ergriff. Dr. ADLER mußte sich im obgenannten Gasthause verstecken, um dem Zorn der Weiber zu entgehen, die fortwährend Drohrufe ausstießen. „Wo ist der Brotdieb!?“ „Brotdieb!“ klang es in hundestimmigem Chore. Dann zog die wilde Rote nach Eger zurück, woselbst sie die ganze Nacht in verschiedenen Gasthäusern ihren Sieg bei Trank und Sang bejubelte.

Eine hohe Kommission erschien in Eger, um ein strenges Gericht zu halten. Aber man konnte keinen Schuldigen finden. Die

*) S. „Wiener Med. Presse“, 1902, Nr. 30.

wackeren Weiber erklärten sich alle für solidarisch und man konnte doch unmöglich ganz Eger und Umgebung dem Büttel zum Gewahrsam übergeben.

Kleine Ursachen, große Wirkungen! Die Weiber waren hier auch nur ein Teil von jener Kraft, die stets das Böse will und doch das Gute schafft, denn auf indirekte Weise waren sie die Ursache des Entstehens von Franzensbad, denn der wackere Dr. ADLER ließ nicht locker. Da er in Eger überall, wo er sich blicken ließ, mit dem ehrenvollen Zuruf „Brottdieb“ benamset und einmal auch des Nachts von den Frauen überfallen wurde, reiste er schleunig nach Prag, woselbst er bei Kaiser Leopold ein freundliches Gehör fand. Der Kaiser merkte sofort, daß hinter dem ganzen Spektakulum der Egerer Magistrat stehe, und ordnete eine strenge Bestrafung der säumigen Behörden an. Da fingen die Zöpfe vor Schreck zu wackeln an, und um ihre Unschuld zu beweisen, erboten sich einige Räte und der Bürgermeister, die Quelle neu zu fassen und einige Häuser um dieselbe zur Unterkunft zu bauen, worauf am 27. April 1793 die kaiserliche Gründungsurkunde einlangte. Im Jahre 1795 wurde Dr. BERNHARD ADLER als landesfürstlicher Brunnenarzt bestellt. Der brave Mann arbeitete rastlos an seinem guten Werke. Er errichtete das heute noch bestehende Gasbad, faßte alle wichtigen Quellen, entwässerte den feuchten Boden und pflanzte überall die schönen Gartenanlagen, die in ihrer großen Ausdehnung einzig dastehen und sich viele Kilometer weit erstrecken. Er ließ auch im Jahre 1803 eine Wasserleitung anlegen, führte gedruckte Kurlisten ein, kurzum, er machte aus der unbedeutenden und nur einem kleinen Kreise bekannten Quelle den Weltkurort. 1806 ist ein Erzherzog Rainer und 1808 der Dichterst Goethe sein Patient gewesen. Man weiß es ja, daß der in der Nähe von Franzensbad befindliche Kammerbühl, ein erloschener Vulkan, ihn zu sehr interessanten geologischen Studien angeregt hat, die noch heute von Kennern als eine bedeutende Arbeit geschätzt werden. Nach Kaiser Franz wurde das aufblühende Bad mit allerhöchster Erlaubnis Franzensbad genannt.

ADLER wäre kein wahrer Arzt gewesen, wenn er sein schönes Werk nicht auch den Armen hätte zugänglich machen wollen. Er begann zu sammeln, um ein großes Armenbadehaus errichten zu können. Die Ausführung dieses schönen Planes sollte er nicht mehr erleben. Nach kurzem Leiden schloß er seine klaren, weitsehenden Augen.

Nun steht sein Standbild im grünen Stefaniepark, im Herzen des dankbaren Franzensbad. Aus den bescheidenen Anfängen ist ein herrlicher, mit allen erdenklichen Kurbehelfen ausgestatteter Kurort geworden. Allerdings hat Franzensbad seine Blütezeit hinter sich. Aber kein Geringerer als JAKSCH hat ihm erst in den jüngsten Tagen eine große Zukunft als Herzbad prognostiziert. Als österreichisches Nauheim sieht es einer neuen Zukunft entgegen.

Dr. W. STEKEL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XVII.

Abteilung für Kinderheilkunde.

KELLER (Bonn): Erfolge und Organisation der Seehospize.

Die wesentlichsten Erfolge der deutschen Seehospize bestehen in dem Verschwinden der nervösen Beschwerden bei neuropathisch belasteten Kindern (in Zusammenhang mit der Anstaltsbehandlung), in der günstigen Beeinflussung der Respirationserkrankungen durch die relative Keim- und Staubfreiheit der Luft, sowie die Gleichmäßigkeit der Temperatur und vor allem in der Erzielung erheblicher Körpergewichtszunahmen bei Kindern aus armen und wohlhabenden Familien. Bei

erholungsbedürftigen und rekonvaleszenten Kindern werden infolgedessen gute Erfolge erzielt, aber diese sind von kurzer Dauer. Bei Tuberkulose und Skrofulose kommt es zu einer Besserung des Allgemeinbefindens, zu einem vorübergehenden Verschwinden einzelner Symptome, aber von einer Heilung kann keine Rede sein. Ein Vergleich mit den ausländischen Hospizen fällt zu Ungunsten der deutschen aus. Bleibt die Kurdauer in den letzteren auf 6 Wochen beschränkt, dann sind die Seehospize nicht besser als die Ferienkolonien, nur viel kostspieliger. Stellen die Hospize sich größere Aufgaben, und zwar eine ernsthafte Bekämpfung der Skrofulo-Tuberkulose, dann ist notwendig: 1. eine sorgfältige Auslese des Materials, vor allem der unentgeltlich aufgenommenen Kinder, 2. eine erheblich längere Kurdauer, 3. Durchführung des Winterbetriebes in größerem Maßstabe, 4. dauernde ärztliche Beobachtung der Kinder auch nach der Entlassung aus der Heilstätte.

Die letztere, sowie die Auslese des Materials ist in den Großstädten den Kinderpolikliniken oder einzelnen Ärzten zu übergeben, welche ständig in Fühlung mit der Vereinsleitung und den Seehospizärzten stehen.

Die Bedingungen für guten Erfolg sind gegeben, nur müssen sie voll ausgenutzt werden, wenn die deutschen Heilstätten nicht weit hinter den ausländischen zurückstehen sollen.

Köppen (Norden) erwähnt seine günstigen Erfahrungen vom Aufenthalt an der Nordsee (Wyk) bei Asthma bronchiale. Die Kurdauer braucht nur Wochen zu dauern, muß aber bei demselben Kinde mehrere Jahre hintereinander in Anwendung kommen.

v. Ranke (München) stimmt dem Vortr. bei und befürwortet die Verlängerung der Verpflegungsdauer in den Seehospizen. Er hat überraschende Erfolge bei Knochentuberkulose (besonders auch der operativen Behandlung, z. B. mit der CARORSCHEN Operation) in dem französischen Seehospiz Berck-sur-mer gesehen. Die Erfolge waren dauernde.

Zuppinger (Wien) pflichtet den Vorrednern bei und berichtet gleichfalls über glänzende Erfolge bei chirurgisch behandelter Knochentuberkulose im österreichischen Seehospiz bei Rovigno. Er plädiert für die Einrichtung der Hospize nach Art moderner Krankenhäuser.

Hochsinger (Wien) meint, daß der Seeaufenthalt einen günstigen Einfluß habe bei den Fällen von deszendierender Bronchitis bei Kindern mit adenoiden Vegetationen oder Hyperplasie des lymphatischen Gewebes, die eigentliche nervöse, essentielle asthmatische Bronchitis bleibt dagegen unbeeinflusst.

Köppen (Norden) möchte der Differenzierung der asthmatischen Bronchitis im Sinne des Vorredners nicht beipflichten, gibt jedoch zu, daß es vereinzelt auch nicht beeinflussbare Fälle gibt.

D'Espine (Genf) berichtet über einige Fälle von bronchitischem Asthma, welche im Seehospiz Dollfus bei Cannes behandelt wurden. Die Bronchitis verschwand innerhalb von 8 Monaten, jedoch kehrte das Kind mit dem Asthma nach Genf zurück.

CZERNY (Breslau) demonstriert kurz Photographien und Präparate von Lungen, welche der leider so früh verstorbene Dr. GREGOR (Breslau) in außergewöhnlich schöner Form hergestellt hat.

Die bisherige Art der Lungenuntersuchung an der Leiche war mangelhaft. Das Kollabieren der Lungen, das Herausziehen derselben aus der Brusthöhle veränderte die Form und Lagerung sehr wesentlich. GREGOR hat es durch Injektion von 10%iger Formalinlösung in die Vena cava erreicht, die Lungen in der Lage, welche sie in vivo in der Brusthöhle einnehmen, dort zu fixieren. Mit der Zeit des ersten Gehens senkt sich der Thorax des Säuglings, welcher sich bis dahin fast in der Lage starker Inspiration befand. Dies ist auch die Zeit der Bronchopneumonien. Die physikalische Untersuchung läßt hier oft im Stich. Prachtvolle Lungenschnitte zeigen nun als den Sitz dieser Pneumonien die hinteren, unteren Lungenpartien. GREGOR schlug den Namen paravertebrale Pneumonien vor. Als Erklärung kann die folgende dienen. Läßt man Tiere künstlich Staub inhalieren (und zwar in der Körperlage der Kinder), so ist die Verteilung überall die gleiche, nur für die Ausstoßung des Staubes liegen die Bedingungen dort hinten unten besonders ungünstig. Ein weiterer Befund ist bei Untersuchung tuberkulöser Lungen mit dieser Methode eine große Anzahl eigentümlicher Löcher, welche bei der gewöhnlichen Obduktion nicht hervortreten, und zwar handelt es sich um mit Endothel ausgekleidete Hohlräume, also um einen Zusammenfluß von Alveolen durch Wandzerstörung, d. h. richtiges Emphysem. Bei dem Emphysem kleiner Kinder handelt es sich meist nur um Lungenblähung, hier bei den tuberkulösen Lungen aber um Emphysem.

Hochsinger (Wien) fragt an, ob die Pneumonia intra vitam diagnostiziert waren.

Czerny (Breslau) bejaht diese Frage, nur war der Sitz der Pneumonien fraglich.

GANGHOFNER (Prag): Zur Frage der Fütterungstuberkulose.

Da neuerdings unter Hinweis auf die Publikationen von HELLER in Kiel von verschiedenen Autoren — im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung der Kinderärzte — die Behauptung aufgestellt worden ist,

daß primäre Intestinaltuberkulose bei Kindern häufig und der Verdacht auf nicht so seltene Infektion derselben durch den Genuß von perlsucht-bazillenhaltiger Milch begründet sei, sah sich G. veranlaßt, das ihm zur Verfügung stehende pathologisch-anatomische und statistische Material zum Studium dieser Frage zu verwerten. Da sich die Sektionen von an vorgeschrittener Tuberkulose Verstorbenen zur Beurteilung nicht eignen, benützte er lediglich die Sektionen der an akuten Infektionskrankheiten (Diphtherie, Morbillen, Skarlatina, Variola) gestorbenen Kinder der verflochtenen 15 Jahre und konnte feststellen, daß unter 973 an derartigen Krankheiten verstorbenen Kindern nur 5 Fälle sich befanden, welche ausschließlich auf den Darm oder die Mesenterialdrüsen beschränkte Tuberkulose darboten, sonach als Fälle von sicher primärer Intestinaltuberkulose anzusehen waren, entsprechend 0·5% aller Gestorbenen bzw. 2% der darunter befindlichen 253 Tuberkulösen; während HELLER in Kiel unter 714 seziierten Diphtheriefällen 53 solche von primärer Intestinaltuberkulose gefunden hatte = 7·4% aller Gestorbenen bzw. 37·8% der darunter befindlichen 140 Tuberkulösen.

G. hebt hervor, daß die Sektionsmethode dieselbe war wie in Kiel, und daß alle Sektionen von sachkundiger Hand ausgeführt wurden, und hält darnach eine Verallgemeinerung von HELLERS Befunden, die bisher in Deutschland einzig dastehe, für nicht begründet, ebenso auch die daraus gefolgerten Schlüsse bezüglich der Gefahr von Perlsucht-bazillen haltender Milch.

Bei der Ubiquität des vom Menschen stammenden Tuberkelbazillus, der ja auch in die Mundhöhle und in den Darm gelangt, könne man selbst bei Fällen primärer Darmtuberkulose nie sicher entscheiden, ob Infektion mit Rindertuberkulose vorliege oder nicht.

Um der Frage noch auf einem andern Wege näherzutreten, hat G. in ähnlicher Weise wie dies BIEDERT im Algäu getan, die etwaigen Beziehungen der Rindertuberkulose zur Tuberkulosefrequenz der Bevölkerung in den einzelnen Bezirken Böhmens auf Grund amtlicher statistischer Daten studiert. Er kam hierbei zu einem ganz ähnlichen Resultat wie BIEDERT. In Gegenden mit geringer Frequenz der Rindertuberkulose bei den geschlachteten Kühen fand sich häufig eine hohe Sterbeziffer an Tuberkulose bei der betreffenden Bevölkerung und umgekehrt war in Bezirken mit verhältnismäßig viel Rindertuberkulose eine sehr geringe Tuberkulosesterblichkeit bei den Menschen zu konstatieren. Da bisher vielfach angenommen wurde, daß nur von jenen an Perlsucht leidenden Kühen Perlsuchtbazillen in die Milch gelangen können, welche an Tuberkulose des Euters leiden, so wurde auch die Häufigkeit der Eutertuberkulose in den einzelnen Bezirken des Landes mit der Tuberkulosesterblichkeit der Bewohner verglichen und ergab sich auch hier kein Parallelismus.

G. gelangt zu folgender Auffassung: Wenn auch die Möglichkeit einer gelegentlichen Übertragung von Rindertuberkulose auf den Menschen zugegeben werden muß, so ist bisher kein Beweis dafür beigebracht, daß eine solche Übertragung häufig stattfindet. Weder die pathologisch-anatomischen Befunde noch die statistischen Erhebungen über das Verhältnis von Rinder- und Menschentuberkulose sprechen dafür, daß der Genuß von perlsuchtbazillenhaltiger Nahrung für die Entstehung der menschlichen Tuberkulose — insbesondere auch im Kindesalter — von irgendwie nennenswerter Bedeutung ist.

Schlossmann (Dresden) spricht seine Freude darüber aus, daß seine Ausführungen von der vorjährigen Versammlung durch die Ergebnisse des Vortr. eine Bestätigung erfahren haben. Auch im vergangenen Jahre hat er keinen Fall von primärer Tuberkulose des Darmtraktes gesehen. Eine sehr genaue Autopsie ist freilich notwendig.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

Società Lancisiana degli ospedali di Roma.

MARCHIAFAVA: Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen an einem Falle von Duodenalgeschwür.

Der Fall scheint wegen der langen Krankheitsdauer bemerkenswert; die ersten Symptome hatten sich nämlich schon 12 Jahre vor dem Tode des Patienten gezeigt, der weitere Verlauf war intermittierend; der große Wert einer lange fortgesetzten Beibehaltung diätetischer Maßnahmen und die Bedeutung diätetischer Fehler wird hieraus besonders klar. Im Anschlusse an das Duodenalgeschwür war der kleinen Kurvatur entlang ein Divertikel entstanden, das schließlich die Veranlassung zur Bildung eines subphrenischen Abszesses geworden ist. Der Fall war durch ein submuköses Lipom und frische Magengeschwüre kompliziert, die ja so häufig ältere Magen- und Darmgeschwüre zu begleiten pflegen.

GAUDIANI: Chirurgische Intervention bei typhöser Appendicitis.

G. hatte Gelegenheit, an einem Typhuskranken wegen Perforationserscheinungen einen operativen Eingriff vornehmen zu müssen. Er fand Perforation des Appendix und konsekutive allgemeine Peritonitis. Die Typhusdiagnose ist durch alle klinischen Behelfe erhärtet worden. Die schweren Erscheinungen waren nach einem Rückfalle infolge eines Diätfehlers eingetreten; während voller Rekonvaleszenz verspürte der Kranke plötzlich einen heftigen Schmerz im Abdomen, es traten Meteorismus und heftigster Bauchschmerz auf. Die Perforation war vom Wurmfortsatze ausgegangen. Der Wundverlauf war günstig, der Kranke ist am 25. Tage geheilt entlassen worden. Das Geschwür im Appendix ist ein typisch typhöses gewesen.

Società medico-chirurgica di Modena.

FERRARI: Hämatologische Untersuchungen bei Syphilis.

Verf. hat bei allen Kranken mit frischer konstitutioneller Syphilis während der allgemeinen Hautmanifestationen eine ausgesprochene Anämie mit zahlreichen Zügen der Chlorose nachweisen können: Das isotonische Vermögen herabgesetzt, niedrigen Hämoglobingehalt, verminderten Eisengehalt, Zahl der Erythrozyten wenig verringert, Leukozyten vermehrt; Alkalinität und spezifisches Gewicht unwesentlich verändert. Die Veränderungen des Blutbildes während der Quecksilbermedikation bestehen in progressiver Zunahme des Hämoglobingehaltes, der Isotonie, des Eisengehaltes, nachdem einige Tage lang in jeder Beziehung Konstanz der Erscheinungen eingetreten ist. Auch ohne therapeutische Eingriffe kann der Organismus sich des Krankheitseinflusses bisweilen erwehren und eine Rückkehr des Blutbildes zur Norm, allerdings viel langsamer, eintreten. Jedenfalls aber ist die Quecksilberkur geeignet, die günstigen Veränderungen rascher und auf kurzem Wege herbeizuführen.

Assoziazione medico-chirurgica di Parma.

CAVAZZANI: Vortr. berichtet über einen Fall von Rektumexstirpation wegen Karzinom auf sakralem Wege. Es wurde nach Exstirpation des Rektum in folgender Weise vorgegangen, Der Operateur, Professor MONCHETTI, legte linkerseits einen Inguinalschnitt an, zog die Schlinge des Colon descendens hervor und fixierte dieselbe außen an der Bauchwand nach MAYDL. 8 Tage später erst, nachdem er sich dann überzeugt hatte, daß die Sakralwunde gute Fortschritte mache, löste er die Adhäsionen, die sich in inguine gebildet hatten, und versenkte die vorgezogene Kolonschlinge wieder in den Bauchraum.

ALFIERI: Vortr. bespricht einen Fall von totaler Hysterektomie, die wegen des gleichzeitigen Bestandes eines Karzinoms und eines Fibromyoms des Corpus uteri vorgenommen worden war. Es handelte sich um eine 48jährige Patientin, der Vortr. zwei Jahre vorher ein linksseitiges Ovarialkystom entfernt hatte; sie hat auch die totale Hysterektomie glücklich überstanden. Dieser Fall ist in differentialdiagnostischer Beziehung ganz besonders kompliziert gewesen. Vortr. demonstriert die anatomischen Präparate. Dieselben lehren, daß das maligne Adenom in zahlreichen Fällen Übergänge zum Adenokarzinom darbieten kann.

Società medico-chirurgica di Bologna.

U. GARDINI: Vortr. stellt einen 67jährigen Mann vor, der seinen Rat wegen des Auftretens von Harnbeschwerden aufgesucht hatte. Ein anderer Chirurg hatte vor einem Jahre wegen Blasen- und Urethralsteinen die Cystotomia suprapubica und die äußere Urethrotomie an ihm vorgenommen; in der Perinealnarbe war eine sezernierende Fistel zurückgeblieben. Man fühlte bei dem Patienten bei Rektaluntersuchung hinter dem linken Prostatalappen einen großen, rundlichen, harten, glatten Tumor, die Urethra war in der Höhe der Narbe undurchgängig. Nach Vornahme der Urethrotomie wurde die Blase entleert, doch zunächst kein Fremdkörper entdeckt. Nach Erweiterung der perinealen Öffnung aber fühlte der eingeführte Finger einen Stein hinter einem kleinen, etwa hellergroßen Grübcheneingange. Auf suprapubischem Wege wurden hierauf ein 280g schweres, orangegroßes und acht kleinere Konkremeente entfernt und das Divertikel abgetragen. Patient ist vollkommen genesen.

BADALONI: Die Pellagra und ihre Bekämpfung in der Provinz Bologna.

Die Pellagra ist nicht das unmittelbare Resultat einer einfachen Schädigung — der Ernährung mit verdorbenen Mais —, sondern die Folge einer Anhäufung von schädigenden Faktoren, unter welchen die schlechte Nahrung allerdings die Hauptrolle spielt. Vortr. hat aus einer

statistischen Übersicht der Jahre 1890—1902 einen strengen Parallelismus zwischen der Zunahme der Getreide- und Maispreise und der Zahl der Fälle von Pellagra-Psychosen, resp. Todesfällen entnehmen können. Mit der Zahl der letzteren nahm auch jene der Verbrechen zu. Als z. B. in den Jahren 1891—1894 die Getreidepreise niedriger waren, folgten die Schwankungen in der Zahl der zur Anzeige gelangenden Verbrechen alljährlich den Schwankungen der Getreidepreise und der notwendigsten Lebensmittel; dementsprechend hat in den Jahren 1895—1898 mit dem Steigen der Getreidepreise auch die Verbrechenzahl bedeutend zugenommen. In den letzten Jahren (1898—1902) haben durch die hygienischen und sanitären Maßnahmen bereits wesentliche Erfolge verzeichnet werden können.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 11. Februar 1904.

C. STERNBERG demonstriert das pathologisch-anatomische Präparat eines Falles von Lungentuberkulose. Pat. wurde wegen einer Geschwulst am Rücken, die 4 Wochen vorher entstanden sein soll, ins Spital aufgenommen. Diese Geschwulst wurde zunächst als kalter Abszeß angesehen, da Pat. phthisisch aussah und angab, seit mehreren Jahren leicht zu husten. Bei der Inzision wurden jedoch im Eiter der Geschwulst Aktinomyzesdrüsen gefunden, ebenso im Auswurf. Bei der Autopsie fand sich namentlich an der linken Lunge eine hochgradige Induration, das Gewebe daselbst fast gleichmäßig von charakteristischen Aktinomyzesdrüsen durchsetzt; vereinzelte Kavernen, hochgradige pleuritische Schwartenbildung, ein in der Höhe des 5. Interkostalraumes beginnender Fistelgang, der zur Geschwulst am Rücken führte, keine Spur von Tuberkulose. An der rechten Lunge und Pleura fanden sich bloß Veränderungen in einem Teile des Unterlappens.

L. v. Schrötter fragt, ob sich der Infektionsmodus eruieren ließ.

C. Sternberg verneint dies; in den Bronchien wurden nirgends Granen oder Spelzen gefunden.

H. Nothnagel fragt, ob nicht die Annahme möglich sei, daß die Aktinomykose erst sekundär zur Induration der Lunge hinzugetreten ist.

C. Sternberg meint, daß diese Annahme mit dem Befunde der gleichmäßigen Verteilung der Aktinomyzesdrüsen im schwierig indurierten Gewebe schwer vereinbar sei.

S. JELLINEK demonstriert Sphygmo- und Kardiogramme (aufgenommen mit KNOLL'S Pantographen) eines Falles von Hemisystolia cordis, einen 24jähr. Mann betreffend, mit Erscheinungen einer Decompensatio cordis, Insuffizienz und Stenose der Mitralis mit sekundärer Trikuspidalinsuffizienz. Bei der Untersuchung am 16. Januar hatte Pat. 36—40 Arterienpulse und 72—80 Herzstöße. An der V. jugularis fand sich ein zweiteiliger, positiver, mit dem einen der zwei Herzstöße isochroner Venenpuls. Die Erscheinung hat einige Tage angehalten.

L. v. Schrötter bemerkt, schon SKODA habe mit Bestimmtheit gezeigt, daß in Fällen, in denen ein positiver Venenpuls deutlich hervortritt, die Kontraktion der Ventrikel nicht gleichzeitig erfolge und die Kontraktionszahl beider Ventrikel ungleich sei.

K. REITTER jun. stellt einen Fall von akuter lymphoide Leukämie vor. Bei dem 12jährigen, bisher stets gesunden Pat. traten vor 4 Wochen Hämorrhagien in der Haut, Zahnfleischblutungen, allgemeine Drüsenanschwellung und Fieber auf. Die Blutuntersuchung sicherte die Diagnose.

K. RUDINGER demonstriert 2 Fälle von Intentionzittern bei chronischer Quecksilbervergiftung. Beide betreffen Hutmacher, die seit 30—40 Jahren mit quecksilberhaltiger Beize arbeiten. Bei intendierten Bewegungen der Hände entsteht ein grobschlägiger, oszillatorischer Tremor, der in der Ruhe verschwindet. Das entgegengesetzte Verhalten zeigt ein zum Vergleiche demonstrierter Fall von halbseitiger Paralysis agitans.

FR. VOLLBRACHT demonstriert einen Fall von schwerer Dysenterie, die nach protrahiertem Verlauf (seit Mitte August 1903) zur Heilung gekommen ist. Kompliziert wurde die Affektion durch das Auftreten von Blepharitis, Konjunktivitis und Iritis. Als Erreger wurde in diesem Falle ein Bazillus gefunden, der morphologisch, kulturell und biochemisch (Agglutination) mit dem Bac. dysenteriae KRUSE übereinstimmt.

J. Mannaberg teilt mit, daß sich ihm in 2 Fällen das Ruhrserum KRUSE'S vorzüglich bewährt habe.

I. LEINER: Über epidemische Dysenterie, speziell im Kindesalter.

Vortr. referiert über die Ergebnisse seiner Untersuchungen an einer Reihe von Dysenteriefällen aus dem Karolinen-Kinderspitale. Dieselben betreffen zwei familiäre Erkrankungen (3 resp. 2 Kinder und eine Mutter) und eine vereinzelte Erkrankung eines 2jährigen Kindes. Von diesen sind 5 Fälle genesen, 2, welche den Übergang in die typhöse Form der Dysenterie aufwiesen, starben nach 11 Tagen, resp. 5 Wochen. Ein lokaler Zusammenhang zwischen den Erkrankungsherden konnte nicht nachgewiesen werden. Als Erreger wurde in diesen Fällen der FLEXNER-Stamm des Bact. dysenteriae konstatiert. Vortr. zieht aus seinen Untersuchungen folgende allgemeine Schlüsse: Die Dysenterie ist keine ätiologisch einheitliche Infektion, sondern hat das eine Mal den SHIGA-KRUSE, das andere Mal den FLEXNER-Stamm des Dysenteriebazillus als Erreger. Ob auch andere Bakterien imstande sind, Dysenterie zu erregen, ist nicht bewiesen. Diese Feststellungen haben nicht nur diagnostischen, sondern auch therapeutischen Wert. Besonders SHIGA hat die Serumbehandlung der Dysenterie mit Erfolg durchgeführt. Weitere Untersuchungen werden zeigen, müssen, ob das Serum von SHIGA-KRUSE auch bei FLEXNER-Infektionen wirksam ist, oder, was wahrscheinlicher ist, letztere eine Spezifität gegen die anderen Stämme besitzt.

Th. Escherich weist darauf hin, daß die bakteriologischen Untersuchungen der Dysenterie der letzten Zeit von außerordentlicher klinischer Bedeutung für die Erkenntnis der ätiologischen Identität der sporadischen und endemischen Form der Dysenterie sind, zu welcher wohl auch die Fälle von sog. Enteritis follicularis WIDERHOFER zu rechnen sind.

Notizen.

Wien, 20. Februar 1904.

Karl Rokitansky.

Am 19. Februar 1904 jährte sich zum hundertstenmale der Tag, an welchem der Begründer der neuen Wiener Schule, KARL ROKITANSKY, das Licht der Welt erblickte. „Indagandis sedibus et causis morborum.“ Die Worte, die vom Giebel des Wiener pathologischen Institutes herab die Ärzte und Studierenden zu Lehre und Forschung rufen, sie waren der Leitstern und Inhalt eines Lebens, welches die medizinische Wissenschaft des spekulativen Flitters entkleidet und auf streng naturwissenschaftlichen, anatomischen Boden gestellt hat.

Was die SKODA, HEBRA und HYRTL geschaffen, was die hervorragenden Männer aller Zweige der Medizin und Chirurgie geleistet, welche, die Nachfolger dieser Pioniere der Wissenschaft, gleichfalls schon die Erde deckt, sie danken es dem Genius ROKITANSKY'S, der die Brücke geschlagen zwischen pathologischer Anatomie und Klinik, der in seinem berühmten, ewig jungen Handbuch der pathologischen Anatomie die Ärzte gelehrt hat, am Krankenbette die Erinnerungsbilder der Leichenöffnung, am Obduktionstische die klinischen Symptome zu verwerten und zu vereinigen zu streng wissenschaftlicher Erkenntnis der Erkrankung.

So gedenken wir denn heute, ein Säkulum nach seiner Geburt, fast drei Dezennien nach seinem Tode, dankbar der Manen KARL ROKITANSKY'S, der dem Zeitalter, in dem er gewirkt, den Stempel seines Geistes aufgedrückt.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. L. FREUND einen Fall von definitiver Heilung eines Lupus des Gesichtes und tuberkulöser Knochenkarie durch intermittierende, schwach dosierte Röntgenbestrahlung. — Hierauf stellte Dr. V. HANKE ein Mädchen mit einem die linke Schläfegegend und einen Teil des linken Oberlides einnehmenden weichen Neurofibrom vor. Hofrat FUCHS erwähnte einen ähnlichen Fall, bei dem knotenförmige Neurofibrome und Rankenneurome vereint vorkamen. — Sodann besprach Dr. WAGNER seine zum Zwecke der Nachprüfung der ADAM-KIEWICZSchen Kankrointherapie vorgenommenen Untersuchungen über die Verimpfung von Karzinom in das Gehirn von

Versuchstieren. Es zeigte sich abweichend von der Angabe ADAMKIEWICZ¹, daß der Tod der Versuchstiere nur durch bakterielle Verunreinigungen zustande komme und daß das Kankroid die ihm zugeschriebene entgiftende Wirkung auf das Krebsgewebe nicht besitze. — Dr. R. KIENBÖCK stellte eine Frau mit traumatischer, akuter Knochen- und Gelenksatrophie einer Hand und hartem Ödem des Handrückens vor. — Schließlich wurde die Diskussion über den Vortrag von Dr. MOSZKOWICZ „Über die Operation der eitrigen Perityphlitis“ beendet. Hofrat v. EISELSBERG betonte, daß multiple Abszeßbildung den Ausgang der diffusen Peritonitis darstelle, daß Infektionen des Peritoneums auch nach dem sechsten Tage vorkommen können und daß die Intervalloperation jedenfalls als die ungefährlichste Operationsmethode zu bezeichnen sei. Dr. H. TELEKY hob unter anderem hervor, daß die Statistik der Appendicitis sich in der operativen Zeit nicht wesentlich günstiger gestaltet habe, als in der voroperativen Zeit. Reg.-Rat GERSUNY bemerkte, daß er zu seinem exklusiv operativen Standpunkte durch die Erfahrungen der letzten Jahre gedrängt worden sei und denselben nach wie vor aufrechterhalten müsse. In seinem Schlußworte trat Dr. MOSZKOWICZ, indem er sich den Ausführungen seines unmittelbaren Vorredners anschloß, in entschiedener Weise für die Schlußfolgerungen ein, zu denen er auch in seinem Vortrage gelangt war. Seine Statistik, verglichen mit jener der anderen Chirurgen, habe ihn von neuem gelehrt, daß sich mit der Frühoperation einerseits, der gleichzeitigen Appendixexstirpation andererseits sicherlich die besseren Resultate erzielen lassen.

(Wiener Ärztekammer.) Die Konstituierung der neugewählten Kammer hat am 15. Februar stattgefunden. Zum Präsidenten wurde Prim. Dr. K. EWALD, zum Vizepräsidenten Dr. E. DIRMOSEB, in den Vorstand die DDr. Prim. R. v. FRIEDLÄNDER, R. SAVOR, J. KRIPS, F. LUTHLEN, H. KOSEL, H. KELLER und L. STRICKER, zu Delegierten im Landessanitätsrate Dr. J. SCHNABL und Dr. M. BAUER gewählt. Der Präsident erklärte in seiner Antrittsrede, er werde bestrebt sein, die gestörte Einigkeit in der Wiener Ärzteschaft wiederherzustellen, und betonte nachdrücklich, daß die Kammer keinen anderen als ärztlichen Interessen zu dienen habe. — Diese Haltung des neugewählten Kammerpräsidenten berührt die wahren Freunde der Ärzteschaft umso sympathischer, als von „demagogischer“ Seite angesichts des Resultates der Kammerwahlen der Kampf gepredigt wird, dessen Kosten wieder nur die Ärzte zahlen müßten.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor und Direktor der laryngologischen Klinik in Heidelberg Dr. ANTON JURASZ ist primo et unico loco für die neu zu errichtende ordentliche Professur der Laryngologie in Lemberg vorgeschlagen, der Privatdozent Dr. L. M. BOSSI in Genua zum Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie daselbst ernannt worden.

(Personalien.) Der Landes-Sanitätsinspektor Dr. KARL FRIEDINGER ist zum Direktor des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien ernannt worden. — Der kais. Rat und Primararzt d. R. in Graz Dr. JOHANN ERTE hat vor kurzem sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert; aus diesem Anlasse ist ihm vom akademischen Senate der Wiener Universität das Doktordiplom erneuert worden. — Der berühmte Laryngologe MANUEL GARCIA, der im 99. Lebensjahre steht, hat kürzlich in der Londoner laryngologischen Gesellschaft in bewundernswürdiger geistiger und körperlicher Frische eine begeistert aufgenommene Rede gehalten.

(Militärärztliches.) Der Marineoberstabsarzt II. Kl. Doktor ADOLF STEINER ist in den Ruhestand versetzt, dem Reg.-Arzt I. Kl. Dr. FRIEDRICH ROLD das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden.

(Honorierung der Revaccination.) Das Ministerium des Innern hat eine Eingabe der böhmischen Ärztekammer dahin beantwortet, daß zwischen den Ansprüchen der Ärzte, hinsichtlich der Revaccination bei der Allgemeinimpfung in gleicher Weise entschädigt zu werden, wie hinsichtlich der Erstimpfungen, kein Unterschied bestehe.

(Kongreß der Krankenkassen Deutschlands.) Der am 25. v. M. zu Leipzig abgehaltene Kongreß der deutschen

Krankenkassen, welchem auch Vertreter österreichischer Kassen anwohnten, behandelte die angesichts der geschlossenen Haltung der deutschen Ärzte aktuelle Frage „Die Stellung der Kassen zu den Forderungen der Ärzteschaft“ und nahm eine Resolution an, die in folgenden Punkten gipfelte: Zunächst wird versucht, die Anschauung zurückzuweisen, daß die Kassen den ärztlichen Notstand verschulden. Ferner legt die Resolution Verwahrung gegen den Versuch bestimmter Ärztegruppen ein, die Abwehrbestrebungen der Krankenkassen gegen unberechtigte ärztliche Forderungen als ausgesprochene sozialdemokratische Maßnahmen in Mißkredit zu bringen. Das übereifrige Bestreben bestimmter Interessentkreise, den sozialen Gegensatz zwischen Unternehmern und Arbeitern mit dem zwischen Ärzten und Krankenkassen gleichzustellen, bezeichnet die Resolution als eine wohlüberlegte Irreführung der Versicherten zu Gunsten unberechtigter ärztlicher Standesforderungen. Die Krankenkassen seien keine auf Profit aufgebaute Unternehmungen und die Ärzte keine Lohnarbeiter, vielmehr seien die Kassen Wohlfahrtsinstitute und die Ärzte eine Art Sanitätsbeamte, die ein weitgehendes, tatsächliches Verfügungsrecht über Kassenmittel nicht besitzen. Auch gegen die Behauptung der Ärztepresse, die Kassen seien reine Geldinstitute, legt die Resolution Verwahrung im Hinblick auf die prekäre Lage vieler Kassen, die den gesetzlich erforderlichen Reservefond nicht aufbringen, ein. Die Resolution bespricht auch die Versuche einer Reihe von Kassen, die freie Ärztwahl einzuführen, und die Ursachen, woran diese Versuche scheiterten. Auch die Forderung der Ärzte: Bezahlung nach Einzelleistung, wird als eine den Ruin der Kassen herbeiführende Forderung zurückgewiesen. Die direkte Zuwendung von Staatsmitteln an die Ärzte wird im Interesse der steuerzahlenden Versicherten und der Selbstverwaltung der Kassen nicht für gangbar erklärt. Die Krankenkassenvertreter bezeichnen in der Resolution die ärztliche Forderung, die Personen mit einem Einkommen von mehr als 2000 Mark außerhalb der sozialen Versicherung zu stellen, für sozial rückständig und für die Fortentwicklung der Kassen lähmend. Die Krankenkassenvertreter erachten eine Änderung der sich auf den ärztlichen Beruf erstreckenden Bestimmungen der Gewerbeordnung für geboten, da die Krankenkassen gesetzlich zur Gewährung ärztlicher Hilfeleistung gezwungen und somit den Ärzten in die Hände geliefert sind. (!) Der Staat, der den Krankenkassen die Gewährung dieser Leistungen direkt aufherrscht, müsse auch gesetzlich für die Möglichkeit ihrer Erfüllung dadurch Sorge tragen, daß er die Ärzte gegen die Bezahlung staatlicher Taxen zur ärztlichen Hilfeleistung gegenüber den Krankenkassenmitgliedern verpflichtet. Schließlich erklärt die Resolution, die Vertreter der Krankenkassen fänden sich von jeder prinzipiellen Ärzteschaft frei und seien nur bestrebt, „die sozialen Aufgaben der Krankenkassen mit den Berufsinteressen der Ärzte in Einklang zu bringen“. — Der vorstehende Beschluß des Kassentages dürfte nicht geeignet sein, die Ärzte und Kassen diesem Ziele näher zu bringen.

(Ärzte und Krankenkassen.) Der von uns gemeldete Konflikt zwischen den Ärzten und Krankenkassen Berlins (Nr. 5 unseres Blattes) dürfte zu ungeahnten Konsequenzen führen. Die Ortskrankenkasse der Kaufleute hat nämlich beschlossen, den fünfjährigen Vertrag mit dem Verein der Berliner Kassenärzte als gültig anzusehen und seine Durchführung eventuell gerichtlich bis zur letzten Instanz zu erkämpfen. Auch der Vorstand des Vereines der Kassenärzte besteht auf seinem Entschlusse, und so wird die Entscheidung den Gerichten anheimgestellt. — In Köln, wo bekanntlich gleichfalls zwischen Ärzten und Krankenkassen ernste Streitigkeiten herrschen, hat jüngst eine von mehr als 1000 Personen besuchte Krankenkassenversammlung beschlossen, ein Telegramm an den Kaiser abzusenden, in welchem dieser im Namen einer Million von Kassenmitgliedern, die den Ärzten auf Gnade und Ungnade ausgeliefert seien, um Schutz angerufen wird. — Die Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen hat die Vorstände der Krankenkassen in einem Zirkular zur Sammlung von Anklagematerial gegen die deutsche Ärzteschaft aufgefordert. — Das sind die bisherigen Erfolge des Lohnkampfes der Ärzte in Deutschland.

(Ärztliche Studienreise.) Die diesjährige ärztliche Studienreise wird die Kuranstalten von Flinsburg, Warmbrunn, Reinerz, Salzbrunn, Kudowa, Landeck, Johannisbad, Gräfenberg, Zuckmantel, Görbersdorf und die in der Nähe dieser Orte befindlichen Etablissements in das Programm aufnehmen. Diese Reise soll am 8. September von Görlitz ab angetreten und am 17. in Breslau abgeschlossen werden.

(Pharmazeutisches.) Die Farbwerke vormals Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M., veröffentlichen einen Katalog ihrer pharmazeutischen Produkte, der Auskunft darüber geben soll, auf wie vielen Gebieten der Medizin ihr Bestreben, auf wissenschaftlicher Grundlage aufgebaute Arzneimittel zu finden, von Erfolg begleitet gewesen ist. Das überaus lesenswerte, die Literatur der betreffenden Arzneikörper monographisch umfassende Werk sei allen Kollegen empfohlen.

(Statistik.) Vom 7. bis inklusive 13. Februar 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7912 Personen behandelt. Hiervon wurden 1702 entlassen, 160 sind gestorben (8.5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 85, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 135, Scharlach 24, Masern 265, Keuchhusten 47, Rotlauf 23, Wochenbettfieber 7, Röteln 5, Mumps 110, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 655 Personen gestorben (+ 31 gegen die Vorwoche).

Am k. k. zahnärztlichen Universitäts-Institut (Prof. SCHEFF) in Wien wird vom 7. März d. J. an ein sechswöchentlicher Kurs mit praktischen Übungen an Patienten über operative und konservative Zahnheilkunde, sowie über Zahnersatzkunde vom Assistenten Dr. B. SPITZER abgehalten werden. Nähere Auskünfte im Institut, IX., Türkenstraße 9.

Pasteurisiertes Spaten-Bier. Seitens der hiesigen Vertretung der Brauerei zum Spaten in München werden wir ersucht mitzuteilen, daß Spatenbräu-Bier in Flaschen ausschließlich in pasteurisiertem Zustande zur Abgabe gelangt. Die solcherart dem Biere gewonnenen Vorteile sind unübertrefflich zu nennen.

Berichtigung.

In der Notiz „Benesol, ein neues Lokalanästhetikum (Nr. 7, Spalte 343) muß es in Zeile 6 von unten heißen: **Üble Zustände kann er ebenfalls nicht vermeiden**, statt es ebenfalls nicht vermeiden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Ostrowsky, Du Traitement de la Phthise pulmonaire. Paris 1903, G. Steinhil.
- L. Mohr, Über diabet. und nicht diabet. Autointoxikationen mit Säuren. C. v. NOORDENS Sammlung klin. Abb., H. 4. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- A. Seeligmüller, Kopfschmerz. Berlin 1903, O. Coblentz. — M. 1.—
- Hoffa, Gymnastik und Massage als Heilmittel. Berlin 1903, O. Coblentz. — M. —.50.
- A. Kann, Der Haarausfall. Berlin 1904, O. Coblentz. — M. —.75.
- K. Doll, Die häusliche Pflege bei ansteckenden Krankheiten. München und Berlin 1903, R. Oldenbourg. — M. —.40.

- E. Pollak, Krit.-exp. Studien zur Klinik der puerperalen Eklampsie. Wien und Leipzig 1904, F. Deuticke. — K 4.80.
- F. Siebert, Ein Buch für Eltern. I. u. II. München 1903, Seitz & Schauer.
- v. Bergmann u. v. Bruns, Deutsche Chirurgie. Lief. 454. Stuttgart 1903, F. Enke. — M. 8.—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 22. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. A. FOGES: Über einige gynäkologische Behandlungsmethoden.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 25. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. W. BERALL: Ein Fall von Herzrhythymie, verursacht durch Extrasystolen). — II. Dr. FERD. KORNFELD: Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Krondorfer
natürlicher
alkalischer **SAUERBRUNN**
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.
Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltángasse 10.

Duotal

Duotal „Heyden“, ein vollständig geruch- und geschmackloses Guajakol-Präparat, wird selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen und gut vertragen. Ohne jegliche Ätz- und Giftwirkung. Vorzügliches Mittel bei **Lungentuberkulose, chronischen Katarrhen der Atemungsorgane, Masern, Darmantiseptikum bei Typhus und Enteritis.**

Duotaltabletten „Heyden“ zu 0,3 und 0,5 g zerfallen außerordentlich leicht in Wasser und gewährleisten eine schnelle und sichere Resorption.

Proben und Literatur durch

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Cheocin

Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat,
neues Mittel gegen Gicht,
prompt wirkend, unschädlich, angenehm
im Geschmack.
Dos.: 2 gr. 3—4mal tägl (am ersten Tage 6mal).

Agurin

Duotal

Mesotan

Creosotal

neuer Salizylester zur lokalen Behandlung
von rheumatischen Affektionen. — Ersatz für Gau-
theriaöl, nahezu geruchlos und leicht resorbierbar.
Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt,
3mal täglich aufzuspülen.

Eisen-
Somatose

Mesotan äußerlich,
Aspirin resp. Salophen innerlich.



Helmitol

neues verbessertes Blasenantiseptikum.
Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie.
Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung
der lokalen Gonorrhoeotherapie.
Dos.: 1 gr. 3—4mal täglich.

Protargol

organisches Silberpräparat zur Gonorrhoe-
und Wundbehandlung sowie für die Augentherapie.
Hohe bakterizide Eigenschaften bei völliger
Reizlosigkeit.

Die Lösungen müssen kalt bereitet werden.
Für die Gonorrhoebehandlung:
Protargol äußerlich, Helmitol innerlich.

Aristochin

Canningen

Trional

Hedonal

Heroin.
hydrochlor.

Vertreter für Österreich-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 Redaktion 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem allgemeinen Krankenhaus in Biala. Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode. Von Dr. JOSEF BOGDANIK, derzeit Primarius der chirurgischen Abteilung des St. Lazarusspitals in Krakau. — Über Appendicitis. Von Dozent Dr. E. ULLMANN in Wien. II. — Zur Technik der Dekapitation. Von Dr. GUSTAV WOYER in Wien. — **Referate.** PÄSSLER und ROLLY (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über Kreislaufstörungen bei akuten Infektionskrankheiten. — IHRIQ (Budapest): Wundbehandlung nach biologischem Prinzip. — R. A. LURIA (Kasan): Über die Rolle der sensiblen Nerven des Zwerchfells in der Innervation der Atmung. — TJADEN (Bremen): Abtötung der pathogenen Keime in der Molkereimilch durch Erhitzung ohne Schädigung der Milch und Milchprodukte. — GERASSIMOW (Moskau): Über die primären Diphtherieerkrankungen der Nase bei Kindern. — NEUMANN und FRICK: Bauchmassage bei Herzkranken. — V. CHLUMSKY (Krakau): Über die operative Behandlung des Plattfußes nach MÜLLER und eine neue Art der Befestigung der Sehne im Knochen. — BURTON-FAUMING und CHAMPION (London): Der vergleichende Wert der Temperaturmessung im Munde, Rektum, dem Harn, in der Achselhöhle und der Vagina. — CHODZINSKI: Beitrag zur Wirkung der Xeroformsalbe bei Verbrennungen. — J. SORGO (Wien): Über subkortikale Entstehung isolierter Muskelkrämpfe. Ein Beitrag zur Klinik der Vierhügelstumoren nebst Bemerkungen über den Verlauf der zentralen Haubenbahn. — L. HOEFLMAYR (München): Eine merkwürdige Komplikation eines Migräneanfalles. — **Kleine Mitteilungen.** Die Naht beim Altersstärnschnitt. — Citarin. — Paraffininjektionen bei Ozaena. — Suprarenin. — Exstirpation der kräftigen Gebärmutter und Scheide. — Dormiol. — Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie. — Veronal. — Ein Mittel gegen Alveolarpyorrhoe. — Die Behandlung einiger Nagelkrankheiten. — **Literarische Anzeigen.** Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. Von Dr. ERNST KÜSTER, Professor der Chirurgie in Marburg. — Die Arhythmie als Ausdruck bestimmter Funktionsstörungen des Herzens. Eine physiologisch-klinische Studie von Prof. Dr. K. F. WENCKEBACH. — Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. Von Dr. J. LIPOWSKI. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den *Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte*. Kassel, 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XVIII. — *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien*. (Orig.-Ber.) — *K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien*. (Orig.-Ber.) **Nachrichten.** **Neue Literatur.** **Ein-gesendet.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 dem allgemeinen Krankenhaus in Biala.

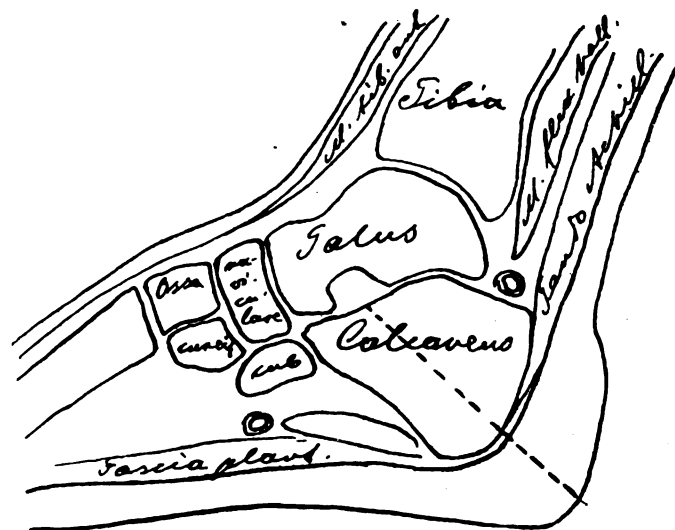
Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode.

Von Dr. Josef Bogdanik, derzeit Primarius der chirurgischen Abteilung des St. Lazarusspitals in Krakau.

Im Jahre 1892 habe ich am Kongresse polnischer Chirurgen in Krakau eine neue Schnittmethode zur Resektion des Sprung- oder Fersenbeines angegeben, welche im „Zentralblatt für Chirurgie“ (1892, Nr. 5) veröffentlicht wurde. Meine Schnittführung hatte den Vorteil, daß dabei keine größeren Gefäße, Sehnen oder Nerven verletzt wurden; ich beschränkte sie aber ursprünglich nur auf Operationen am Talus oder Calcaneus. Ich kann nicht sagen, daß meine Methode von den Kollegen ungünstig aufgenommen worden wäre, sie fand jedoch nicht so viele Anhänger, als sie es verdient, weshalb ich sie hiermit in Erinnerung bringe, um so mehr, als ich nun über die Endresultate berichten kann und im Laufe der Zeit die Indikationen erweitert habe.

Die Operation wird auf nachstehende Weise ausgeführt: Der Operateur steht zur rechten Seite des auf dem Operations-tische liegenden Kranken und umfaßt den kranken Fuß mit seiner linken Hand. Der Schnitt beginnt, wenn links operiert wird, dicht unterhalb des Malleolus externus (wenn rechts, unterhalb des Malleolus internus) und wird mit einem starken Messer sofort bis auf den Calcaneus geführt. Der Schnitt wird nun schräg nach unten und rückwärts, beiläufig in der Richtung des Ligamentum laciniatum tarsi, und 1 cm von

der Fußsohle entfernt wieder gegen den Malleolus der anderen Seite geführt (s. Figur). Nun wird an der Ferse die Säge angesetzt und der Calcaneus in der Schnittebene gegen den Sulcus tali durchgesägt, wobei der Fußrücken gleichzeitig gegen



Schematischer Durchschnitt.
----- Schnittführung.

den Unterschenkel angedrückt wird (Hyperflexio dorsalis). Sowie der Knochen durchgesägt ist, läßt sich der Fuß leicht umklappen, der Fußrücken lehnt sich an die Vorderfläche des Unterschenkels an und man hat einen Einblick ins

Sprunggelenk. Durch diesen Schnitt wird kein größeres Gefäß, kein Nerv, keine Sehne verletzt und man sieht nach dem Umklappen des Fußes neben dem Malleolus internus die Sehne des Musculus tibialis posterior und daneben die Arterie und Vene, zwischen welchen der Nerv liegt. Neben dem Malleolus externus sieht man die Sehne des Peroneus longus. Die Sehnen und Gefäße werden nun vom Assistenten mittelst stumpfen Haken gefaßt, um sie beim weiteren Arbeiten vor der Verletzung mit Messer oder Schere zu hüten.

Nun haben wir vor uns die Flächen des in zwei Teile durchsägte Fersenbeines und dazwischen liegt das Sprungbein. Beide Knochen und die Gelenkflächen können nun einer genauen Untersuchung unterzogen werden. Der Zutritt zu diesen zwei Knochen ist ganz frei und man kann bequem mit dem scharfen Löffel mit Messer oder Schere arbeiten. Im Bedarfsfalle kann man den Schnitt beiderseits neben der Achillessehne nach oben verlängern und erreicht dadurch einen besseren Zutritt zum Gelenke.

Am Kongresse polnischer Chirurgen in Krakau teilte ich im Jahre 1892 die Krankengeschichte zweier im Jahre 1891 nach dieser Methode Operierten mit. In einem dieser Fälle war der Talus, im anderen der Calcaneus erkrankt. Nachdem die Krankheitsherde entfernt waren, nähte ich die durchsägte Flächen des Calcaneus mit Draht, die Haut mit Karbolkatgut. Das Resultat war in beiden Fällen ein ideales, sowohl in kosmetischer als auch in funktioneller Hinsicht. Es entstand keine Verunstaltung des Fußes und die Beweglichkeit im Sprunggelenke war normal. Einen dieser Kranken, den damals 21 Jahre alten Maurer W. R., welchem ich den Talus entfernt hatte, stellte ich den Kongreßmitgliedern vor. Im April 1903 begegnete ich ihm zufällig in Teschen. Er ist seit jener Zeit ganz gesund und während der 12 Jahre ununterbrochen als Maurer tätig gewesen.

Wie gesagt, beschränkte ich mich ursprünglich bei dieser Schnittführung nur auf Erkrankungen des Talus oder Calcaneus; mit der Zeit aber habe ich das Operationsfeld von diesem Schnitte aus bedeutend erweitert. Wenn man nach Durchsägung des Fersenbeines den Schnitt beiderseits dem Rande der Fußsohle entlang verlängert und die Gelenkkapsel zwischen Talus und Calcaneus durchtrennt, gelangt man leicht zum Würfelbein (Os cuboideum), zum Kahnbein (Os naviculare), zu den Keilbeinen (Ossa cuneiformia). Krankheitsherde in diesen Knochen lassen sich leicht mit dem scharfen Löffel auskratzen, die ganzen erkrankten Knochen entfernen und die dazwischen lagernden tuberkulösen Granulationen unter möglicher Schonung der Gefäße, Sehnen und Nerven beseitigen. Wenn man den Schnitt beiderseits neben der Achillessehne nach oben verlängert, hat man einen guten Zutritt zum Sprunggelenke und kann die Gelenkflächen des Schien- und Wadenbeines erreichen. Von der Knochenplombe nach MOSERIG kann man dann auch einen weitgehenden Gebrauch machen.

Es ist zweifellos, daß zur Resektion jugendliche Personen mehr geeignet sind, denn bei älteren Kranken soll man lieber die Amputation vornehmen. Kleine Kinder operiere ich nach Tunlichkeit nicht, sondern trachte mit Jodbädern, entsprechender Diät, Lebertran etc. auszukommen. Eine größere Schwierigkeit bei der Operation bot sich mir nur in einem Falle dar. Er betraf einen Kranken, dessen Sprunggelenk schon einmal operiert war, es blieben daher Verwachsungen zurück, weshalb das Gelenk die Beweglichkeit einbüßte. Nach dem Durchsägen des Fersenbeines war daher das Umklappen des Fußes sehr schwer.

Nach dieser Methode habe ich im allgemeinen Krankenhause in Biala folgende Kranke operiert, deren Krankengeschichten ich in kurzem wiedergebe.

1. F. K., 17 Jahre alt, Fabrikarbeiter aus Kanitz, wurde am 25. September 1891 ins Spital aufgenommen. Hereditär nicht belastet, leidet er seit 3 Monaten an einem Geschwür in der Gegend

des linken inneren Knöchels (Malleolus internus). In der Mitte dieses Geschwüres läßt sich eine Sonde nach hinten und unten einführen, wobei sie auf einen entblößten Knochen stößt. Am 8. Oktober 1891 operierte ich nach oben angegebener Methode und verlängerte den Schnitt nach oben zu beiden Seiten der Achillessehne. Nachdem die Bänder des Sprungbeines durchtrennt waren, faßte ich den Knochen (Talus) mit der FERGUSSENSCHEN Zange, um den Knochen herauszuwälzen. Das Durchtrennen der Weichteile und Entfernen des Sprungbeines bereitete Schwierigkeiten wegen seiner unförmlichen Gestalt. Ein Fistelgang wurde ausgekratzt, und da die übrigen Knochen gesund waren, die Weichteile genäht. Drainage, Jodoformverband. Am 19. Februar 1892 wurde der Kranke genesen mit beweglichem Sprunggelenke entlassen.

2. W. R., 20 Jahre alt, Maurergehilfe aus Matzdorf, wurde am 23. November 1891 aufgenommen. In der Kindheit litt er an skrofulöser Entzündung der Submaxillardrüsen. Im Sommer 1891 entstand eine Schwellung in der Gegend des linken äußeren Knöchels, welche sich bei der Aufnahme des Kranken vom linken äußeren Knöchel (Malleolus externus) auf 2 cm unterhalb des Knöchels und nach hinten bis in die Mitte der Achillessehne hinzog. Im unteren Abschnitte dieser Geschwulst war eine Fistelöffnung, durch welche man mit der Sonde ins Fersenbein gelangen konnte. Die Beweglichkeit des Sprunggelenkes normal und schmerzlos. Am 2. Dezember 1891 wurde die Operation vorgenommen. Nachdem das Fersenbein durchsägt war, entfernte ich einen walnußgroßen, kariösen Herd zum Teile mit dem Meißel, zum Teile mit dem scharfen Löffel. Den durchsägten Knochen vereinigte ich dann mittelst Naht. Am 27. Februar 1892 war die Wunde vollkommen geheilt, die Fußform unverändert, die Beweglichkeit normal. Am 15. April 1902, also 10 Jahre später, sah ich den Kranken. Er ist gesund und arbeitet als Maurer.

3. Z. S., ein 16jähriges Mädchen. Am 10. Januar 1895 wurden kariöse Herde aus dem rechten Fersenbein und Sprungbein ausgesägt und die entartete Gelenkkapsel zwischen beiden Knochen entfernt. Dann wurde ein käsiger Herd oberhalb des äußeren Knöchels ausgekratzt und ein Teil der entarteten Sehnencheiden des Peroneus longus entfernt. Naht, Jodoformverband. Am 22. Mai 1895 wurde die Kranke genesen entlassen.

4. J. V., 8 Jahre alt. Von der Sägefläche des Fersenbeines aus habe ich den linken Calcaneus und dann die Fibula am 11. Juni 1896 ausgekratzt, die Gelenkkapsel entfernt. Knochennaht, Jodoformverband. Da die Eiterung anhielt, habe ich am 17. September 1896 die Operation in der Narbe noch einmal vorgenommen und käsige Herde aus dem Calcaneus, Talus und in den Weichteilen ausgekratzt. Die Wunde eiterte noch, als die Kranke am 26. Oktober 1896 auf Verlangen der Eltern in gebessertem Zustande aus der Spitalspflege entlassen wurde.

Über Appendicitis.

Von Doz. Dr. E. Ullmann in Wien.

II.

Aus der bisherigen Betrachtung der Appendicitis vom pathologisch-anatomischen Standpunkt ergibt sich, daß die klinische Auffassung des Krankheitsprozesses auch dann, wenn man mit SONNENBURG eine Appendicitis simplex, eine Appendicitis perforativa und eine Appendicitis gangraenosa unterscheidet, eine einheitliche ist. Übergänge zwischen den einzelnen Formen kommen häufig vor und gar häufig wird man aus dem Krankheitsbild nicht mit Sicherheit entnehmen können, ob man es mit der katarrhalischen oder bereits mit den Anfangstadien der perforativen Form oder ob man es mit dieser oder mit dem Beginn der gangränösen zu tun hat, und man wird den Verlauf, den die Krankheit nimmt, niemals von vornherein mit Sicherheit voraussagen können.

Wenden wir uns jetzt den Symptomen zu, welche einen perityphlitischen Anfall charakterisieren, so muß hervorgehoben werden, daß nur selten Erscheinungen vorausgehen,

die als Prodromalsymptome bezeichnet werden können. Geringfügige Schmerzen, welche als ziehend oder rheumatisch angegeben werden, leiten den Anfall nicht oft ein. Gewöhnlich treten inmitten völligen Wohlsens plötzliche kolikartige, bohrende Schmerzen in der Ileozökalgegend auf, denen bald Übelkeit und Erbrechen folgen. Die Schmerzen sind von kurzer Dauer und das Erbrechen wiederholt sich nicht. Verursacht wird diese Colica appendicularis dadurch, daß der entzündete Wurmfortsatz die gestauten Sekrete in den Darm zurückzuschieben sucht. In vielen Fällen ist lokal in der Ileozökalgegend nichts zu palpieren. Viel öfter aber fand ich, trotzdem die Kranken die größte Schmerzhaftigkeit mehr nach aufwärts, nach rechts vom Nabel in der Nabelhöhe oder noch weiter nach oben angegeben haben, den Druck auf den sogenannten MAC BURNEYSchen Punkt, der in der Verbindungslinie zwischen Spina ant. sup. und Nabel etwa 6 cm von ersterer entfernt gelegen ist, empfindlich. Oft wird der Schmerz am nächsten Tage noch weiter nach oben in die Magengegend verlegt, was durch den Zusammenhang der Nerven des Appendix mit dem oberen mesenterischen Nervengeflecht des Sympathikus bewirkt wird. Berührt man aber am zweiten Tage den MAC BURNEYSchen Punkt, so ist er empfindlicher als tagsvorher. Dabei fängt infolge der Peritonealreizung die Entwicklung eines Meteorismus an. Die meteoristischen Erscheinungen können aber mit dem Abklingen des Anfalles bald schwinden. Bei Druck auf den MAC BURNEYSchen Punkt ist, wenn sich Adhäsionen gebildet haben oder wenn die Auftreibung des Appendix durch die Infiltration seiner Wandungen oder durch Stauung von Sekreten bedeutender geworden ist, bei tiefem Druck vermehrte Resistenz zu fühlen. Jetzt geben die Kranken auch bereits die Lokalisation der Schmerzhaftigkeit genauer an und trachten, den rechten Oberschenkel im Hüftgelenk und Kniegelenk zu beugen, um die schmerzhaftige Spannung in der Ileozökalgegend zu vermeiden. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß die Resistenz im Anfall immer diffus und gleichmäßig gefühlt wird und niemals strangförmig. Die Resistenz wurde früher und wird auch heute noch vielfach als durch einen Kotpfropf bedingt angesehen. Ja auch SONNENBURG glaubt, daß sie in manchen Fällen durch eine Stagnation des Inhaltes des Zökums durch einen ringförmig einschneidenden Appendix entstehe, und daß der fühlbare Tumor die Folge der Koprostase in dem umschnürten Darms sei. Auch Verwachsungen anderer Art infolge von Appendicitiden, Verwachsungen des Darmes mit dem Parietalblatte des Peritoneums und anderen Darmabschnitten können nach SONNENBURG bei plötzlich eintretendem stärkeren Füllungszustand des Darmes zusammen mit neuer Entzündung in der Umgebung des Appendix infolge von Zerrungen, resp. Abknickungen des mangelhaft beweglichen Zökums ähnliche Verhältnisse hervorrufen. Der Inhalt des Darmes staut sich und es kann unter Umständen sogar dieser Kotpfropf durch gleichzeitige Mitbeteiligung der Darmwand an der Entzündung bei Berührung schmerzhaft sein. Ich habe bei den von mir ausgeführten Operationen diesen Verhältnissen besondere Aufmerksamkeit zugewendet und habe gefunden, daß die Resistenz niemals durch einen Kotpfropf, sondern stets durch die Infiltration des Wurmfortsatzes, durch Adhäsionen und durch serofibrinöse Exsudate, welche sich als mehr oder minder dicke Auflagerungen und Schwarten organisieren, verursacht wird. Selbst in den Fällen, in denen der Tumor außerordentlich groß war und eine Resektion des Blinddarms durch Übergreifen der Entzündung vom Wurmfortsatz auf ihn bei mächtiger Infiltration seiner Wandungen notwendig war, konnte der von SONNENBURG supponierte Kotpfropf niemals nachgewiesen werden.

Neben der Colica appendicularis, der Schmerzhaftigkeit und dem Tumor muß noch das Fieber als allerdings sehr inkonstantes Symptom erwähnt werden. Das Fieber kann, namentlich bei Kindern, heftig einsetzen, ist aber für gewöhnlich

nur geringfügig und die Temperatur erreicht selten die Höhe von 38.5. Gewöhnlich bewegt sie sich zwischen 37.8—38.2. Der Puls ist beschleunigt 90—100, auch darüber, oft sind Diarrhöen vorhanden, manomal Stuhlverhaltung. Die Kranken machen gewöhnlich einen guten Eindruck und fühlen sich nicht im mindesten elend. Manche Fälle der Appendicitis simplex verlaufen aber unter dem Bilde der Appendicitis perforativa, ohne daß eine wirkliche Perforation ihrer Wandung stattgefunden hätte. Die Temperatur kann über 39 sein, bleibt aber nur 1—2 Tage auf dieser Höhe, um dann wieder auf 38—38.2 zurückzugehen.

CURSCHEMANN empfahl im Jahre 1901 die Leukozytenuntersuchung als diagnostisches Hilfsmittel in der Beurteilung der vom Appendix ausgehenden entzündlichen Prozesse. Es soll bei der Entzündung des Wurmfortsatzes eine bedeutende Vermehrung der weißen Blutkörperchen auftreten; dieselbe ist ein Ausdruck der Reaktion des Organismus auf die Infektion gleichwie die Temperatursteigerung oder das Exsudat. Durch zahlreiche Untersuchungen — ich erwähne unter diesen die vom Kollegen SCHNITZLER — ist es zweifellos geworden, daß in den meisten Fällen in den ersten Tagen eine hohe Leukozytose angetroffen wird und ist nach den ersten Tagen eine einmalige Leukozytenuntersuchung allein schon imstande, die Diagnose Abszeß zu ermöglichen und so die Indikation zu einem operativen Eingriff zu geben. Untersuchungen von FEDERMANN aus SONNENBURGS Abteilung zeigen, daß die freie fortschreitende Wurmfortsatz-Peritonitis unter einer typischen Kurve verläuft, welche einen ansteigenden Teil, einen Höhepunkt und einen absteigenden Teil hat und je nach der Intensität der Infektion zwar variiert, jedoch ihren typischen Charakter stets beibehält. Jedes Fortschreiten des Prozesses wird ein Ansteigen der Leukozytose zur Folge haben, während ein Rückgang, sowie die Abkapslung ein Sinken der Leukozytose bewirken wird. Die Erklärung für dieses Verhalten kann nur darin gesucht werden, daß Stoffwechselprodukte, welche durch den Zerfall der Bakterien entstehen, eine anlockende Wirkung auf die Leukozyten ausüben. Ist hingegen der Organismus durch die Bakterien vergiftet, so sinkt die Leukozytenanzahl, es ist also ein niedriger Leukozytenbefund bei schweren Symptomen prognostisch sehr ungünstig. Nach FEDERMANN'S Untersuchungen, die allerdings noch der Bestätigung bedürfen, steht also der diagnostische Wert der Leukozytenuntersuchung auf folgender Basis. Ist im Anfang hohe Leukozytose, so kann vom Ileus nicht die Rede sein, sondern nur von Appendicitis, resp. von gynäkologischen Eiterungen, die mit hoher Leukozytose einhergehen. Ist nach dem zweiten Tage die Leukozytose gesunken und sind die Allgemeinerscheinungen nicht schwer, so handelt es sich um eine Abkapslung des Abszesses; sind aber neben dem Sinken der Leukozytenanzahl die Allgemeinerscheinungen schwerer geworden, so spricht das für ein Fortschreiten des Prozesses bei schwerer Allgemeinvergiftung des Organismus. Findet man am Ende der Woche hohe Leukozytose und schwere Symptome, so spricht dies für Abkapslung. Ist eine Retention von Eiter vorhanden, so steigt die Leukozytenzahl. Eine hohe Leukozytose ist also im allgemeinen ein günstiges prognostisches Zeichen.

Die Symptome der Appendicitis simplex können nun, namentlich dann wenn die Krankheit nicht weit gediehen ist, wenn es nur zu einer katarrhalischen Entzündung der Schleimhaut ohne weitere Veränderungen gekommen ist, vollkommen verschwinden. Der Anfall geht vorüber, um gewöhnlich nach kürzerer oder längerer Zeit wieder aufzutreten. Es soll nicht geleugnet werden, daß eine Appendicitis simplex, wenn es sich nur um eine katarrhalische Entzündung der Schleimhaut gehandelt hat oder selbst wenn sich kleine Geschwüre am blinden Ende gebildet haben, im letzteren Falle durch Obliteration vollkommen zur Ausheilung kommen kann, und daß der erste Anfall der einzige bleibt. Sind aber, wie in der weitaus größten Zahl der Fälle schwere Verände-

rungen, Erosionsgeschwüre, deren narbige Schrumpfung eine Stagnation verursachen, Muskelhypertrophien und Paresen, Knickungen usw. durch die erste Entzündung gesetzt worden, so werden sich die Anfälle wiederholen, und die Wiederholung des Falles bedeutet eben, daß tiefergreifende anatomische Veränderungen gesetzt sind. Untersucht man den Kranken im Intervall zwischen zwei Anfällen, so ist bei vollkommenem Wohlbefinden in der Ileozökalgegend eine deutliche, strangförmige Resistenz zu fühlen, welche bei leichtem Druck nicht schmerzhaft ist und nur bei tiefem Druck als empfindlich bezeichnet wird. Dieser Strang ist der verdickte und veränderte Wurmfortsatz. Die Kranken geben auch an, daß manchmal ein dumpfes Gefühl in der Ileozökalgegend auftritt, ein Organgefühl, welches Gesunde nicht haben. Häufig treten Erscheinungen auf, welche an eine Magen-, Leber- oder Darmerkrankung denken lassen.

Klingt der Anfall nicht ab, kommen tiefere Veränderungen zustande, so kann die Appendicitis simplex in eine Appendicitis perforativa übergehen. Und ich glaube, daß gerade hier das gemeinsame Terrain für den Internisten und den Chirurgen gelegen ist. Ich glaube, daß in allen Fällen, in denen die Schmerzhaftigkeit des MAC BURNEYSchen Punktes vom zweiten Tage angefangen nicht geringer geworden ist, sondern eher zugenommen hat, der Internist den Chirurgen zu Rate ziehen soll. Denn gradeso wie beim Internisten das Ohr, das Gehör durch die fortwährende Übung in der Auskultation und in der Perkussion viel feiner ausgebildet ist als beim Chirurgen, daß der Internist feine Schalldifferenzen, welche der Chirurg nicht hört, zu deuten versteht, so ist es wohl auch keinem Zweifel unterlegen, daß der Chirurg deutlicher und genauer palpiert als der Internist, und daß er dadurch, daß er das, was er palpiert hat, gewöhnlich auch bei der Operation sieht, resp. nicht mehr von den Bauchdecken verdeckt, direkt mit den Fingern untersucht, Anhaltspunkte gewinnt, welche für die weitere Therapie entscheidend sein müssen.

Die Appendicitis perforativa entwickelt sich entweder langsam aus der vorangehenden Appendicitis simplex oder plötzlich aus einem freien Intervall nach vorangegangenen ein- oder mehrmaligen Anfall oder plötzlich als erster Anfall. Mit anderen Worten: Jede Appendicitis kann, wenn sie noch so leicht ist, im weiteren Verlaufe zur Perforation führen. Dem Tiefergreifen des geschwürigen Prozesses entspricht natürlich das klinische Bild, welches wir bei der Appendicitis perforativa beobachten. Oft geht die Perforation mit Schüttelfrösten einher, welchen hohes Fieber folgt, oft ist das Abdomen durch Peritonealreizung aufgetrieben, im ganzen Umfange auf Druck schmerzhaft, tympanitisch, der Puls ist klein und frequent, häufig schon von vornherein Erbrechen vorhanden. Wenn auch die Temperatur sich nicht im normalen Niveau bewegt und namentlich des Morgens Temperaturen von 37° gemessen werden, so ist die schwere Erkrankung dennoch aus der hohen Pulsfrequenz, welche zur Temperatur in keinem Verhältnisse steht und aus dem Verhalten der Leukozyten zu diagnostizieren. In dieser Beziehung verhält sich die Typhlitis genau so wie die jauchige Peritonitis. Die hohe Pulsfrequenz dürfte von Toxinwirkung auf das Herz und das Zentralnervensystem herrühren.

Durch das Umsichgreifen der Entzündung kommt es bei der Appendicitis perforativa bald zu einer adhäsiven Peritonitis der Umgebung, infolgedessen die übrige Bauchhöhle von dem Entzündungsherde vollkommen abgeschlossen wird. Dadurch daß diese Entzündung etappenweise weiterschreitet, können plötzliche Fieberexazerbationen, sowie Reizungen des Peritoneums entstehen, wodurch die plötzlichen Temperatursteigerungen, die nur einen Tag oder auch noch kürzere Zeit andauern, ferner die Schmerzhaftigkeit des Abdomens an manchen Tagen im Verlaufe der Krankheit erklärt werden können.

Durch die adhäsive, zirkumskripte Peritonitis wird natürlich ein Tumor gebildet, der ziemlich derb und, solange

es nicht zur eitrigen Schmelzung gekommen ist, auch ziemlich schmerzhaft ist. Erst wenn sich entweder intraabdominell ein zirkumskript peritonitischer Abszeß oder retroperitoneal ein Eiterherd gebildet hat, läßt die Schmerzhaftigkeit des Tumors nach. Ist die Eiteransammlung eine beträchtliche, so ist die Konsistenz des Tumors nicht mehr hart, sondern weich; oft zeigt sich deutliche Fluktuation, doch nicht immer, und ist in den Fällen, in denen die Fluktuation nicht nachweisbar ist, die Abwesenheit einer Eiterung nicht mit Sicherheit anzunehmen. Auch hier wird das feinere taktische Gefühl des Chirurgen oft zu einer frühen Zeit Fluktuation nachweisen können.

Vor kurzem bin ich zu einem Mädchen gerufen worden, bei welchem ich deutlich das Gefühl der Fluktuation in perityphlitischen Abszessen hatte. Ich riet zur Operation, mit welcher auch der Hausarzt einverstanden war. Ein noch hinzugezogener Internist fühlte die Fluktuation nicht und empfahl zu warten. Natürlich wurde die Einwilligung zur Operation nicht gegeben. Drei Tage später ging mit dem Stuhl massenhaft Eiter ab, der Abszeß entleerte sich in den Darm. Die Kranke genas ohne Operation. Wenn aber der Abszeß in die Bauchhöhle sich entleert hätte!

Häufig übergreift die Entzündung auch auf die Bauchdecken. In einer Reihe von perforativen Appendicitiden, die ich operiert habe, konnte bei der Operation eine seröse Durchtränkung der Faszien und Muskeln der deckenden Bauchwandungen nachgewiesen werden. Nur ausnahmsweise konnte ich vor der Operation durch tiefen Druck das Ödem der Bauchwandungen durch das Bleiben der Fingereindrücke nachweisen.

Wird die Appendicitis perforativa nicht zur Zeit operiert, so können Gefahren, welche das Leben des Kranken bedrohen, von drei Seiten her entstehen: 1. Durch Übergreifen der Entzündung auf die Peritonealhöhle, durch jauchige, allgemeine Peritonitis; 2. durch Verschleppung der Eiter- resp. Jauchemikroben vom retroperitonealen oder peritonealen Abszeß und Bildung eines subphrenischen Abszesses, in dessen weiterer Folge jauchige Pleuritis und Perikarditis entstehen können; 3. durch Thrombose der Gefäße und Entwicklung von sekundären Abszessen in der Leber und anderen Organen. Die Entwicklung einer allgemeinen Peritonitis charakterisiert sich durch den allgemeinen Tympanismus, durch den oft sehr bedeutenden Meteorismus der Därme, durch Singultus, seltener Erbrechen, manchmal auch durch Entwicklung von etwas Flüssigkeit in der Bauchhöhle, welches an den abhängigen Partien nachgewiesen werden kann. Der Bauch ist gewöhnlich nur im Anfange schmerzhaft, während der Schmerz später wohl infolge von Toxinlähmungen der Gewebe ganz fehlen kann und die Kranken subjektiv sich außerordentlich wohl fühlen. Mir ist es stets verdächtig und ich sehe es als böses Omen an, wenn die Patienten bei einer allgemeinen, jauchigen Peritonitis plötzlich gar keine Schmerzen mehr haben, der Bauch jedoch aufgetrieben bleibt und der Puls außerordentlich frequent ist.

Kommt es zur Entwicklung von Abszessen weiter oben in der Bauchhöhle, so sind diese gewöhnlich subphrenische Abszesse, deren Sitz zwischen Zwerchfell, Bauchdecken und Leber ist. Häufig geht aber die Entzündung noch weiter und ergreift von der rechten Pleurahöhle Besitz, kann aber dann auch auf die linke Pleurahöhle übergehen und auch das Perikard affizieren. Es lag voriges Jahr ein Kranker auf meiner Abteilung, bei welchem es 14 Tage nach der Eröffnung des perityphlitischen Abszesses notwendig war, einen subphrenischen Abszeß zu eröffnen und 8 Tage später die Thorakotomie auszuführen, bei welcher letzterer Operation sich etwa 1½ l putrider Jauche entleert hat. Es entwickelte sich auch noch ein Lungenabszeß; trotzdem ist der Kranke genesen. Die Dämpfung in der Lebergegend, die Schmerzhaftigkeit daselbst bei tiefem Druck, Fieberexazerbationen, welche allerdings sich nur auf wenige Tage beschränken, deuten auf

diesen Zufall hin. Die Entzündung der Pleura wird gewöhnlich durch den quälenden Husten schon im Anfange verraten und die Vermutung, daß es sich um eine Jauchung in der Pleurahöhle handelt, nahegelegt.

Aber auch an anderen Stellen können sekundär sogenannte metastatische, aber in Wirklichkeit nur durch die Entzündung weitergeleitete Herde entstehen, so an der linken Bauchseite und im kleinen Becken. Namentlich an der letzteren Stelle etablieren sich häufig ganz bedeutende Eiteransammlungen und ist daher die Untersuchung per rectum oder per vaginam nicht genug zu empfehlen.

Die Symptome der gangränösen Perityphlitis decken sich im allgemeinen mit jenen derjenigen perforativen Appendicitis, welche mit allgemeiner septischer Peritonitis einhergeht. Nur selten kommt es hier zu adhäsiver Peritonitis, da die Erkrankung gewöhnlich so rasche Fortschritte macht, daß Teile des Wurmfortsatzes bereits brandig geworden sind zu einer Zeit, in welcher die Bauchhöhle nach keiner Richtung abgeschlossen war. Infolge der Einwirkung der Toxine kommt es zu einer Darmlähmung mit totaler Stuhlverhaltung, auch Winde gehen nicht ab und macht die Krankheit zunächst den Eindruck einer schweren inneren Inkarzeration. Eine Geschwulst ist bei den foudroyant verlaufenden Fällen von gangränöser Appendicitis niemals nachzuweisen. Der früh eintretende Meteorismus, der kleine, ungemein frequente Puls bei beinahe normaler Temperatur, die Angabe des Kranken, daß die Schmerzen an der rechten Seite angefangen haben, sind die Zeichen, auf welche wir uns bei der Diagnose der Appendicitis gangraenosa stützen können, einer Diagnose, welche wir mit Hilfe der Leukozytenzählung bestimmt stellen können.

Wenden wir uns endlich der Therapie der Appendicitis zu. Wie wir wiederholt erwähnt haben, kann es gar keinem Zweifel unterliegen, daß die Appendicitis catarrhalis spontan ausheilen kann und auch häufig ausheilt. Ich empfehle im Beginn der Erkrankung unbedingt eine Eisblase zu geben, weil durch die antiphlogistische Wirkung derselben eine Anschwellung der Schleimhaut leicht erfolgen kann und weil die Kälte den Kranken subjektiv sehr wohl tut. Abführmittel sollen vollkommen vermieden und Klysmata nur unter mäßigem Druck und nur in den ersten zwei Tagen der Erkrankung verabfolgt werden. Opiate vermeidet man am besten vollkommen, da sie nur das klinische Bild der Appendicitis verdecken. Wichtig ist die genaue Untersuchung des MAC BURNEYSchen Punktes. SONNENBURG untersucht die Spinallinie genau, d. i. eine Linie, welche die beiden Spinae ant. sup. miteinander verbindet. Da auch an dieser Linie die Stelle des Wurmfortsatzes beinahe ebendort zu liegen kommt, wie an der Linie zwischen Nabel und Spina ant. sup. dextra, so ziehe ich vor, mich an den MAC BURNEYSchen Punkt zu halten. Ist am 2. und 3. Tage nach Beginn der Erkrankung, selbst wenn sie scheinbar noch so milde verläuft, bei tiefem Druck eine vermehrte Schmerzhaftigkeit zu konstatieren, so soll ein Chirurg zugezogen werden. Entwickelt sich eine deutliche Resistenz, so muß man unbedingt die Art der Resistenz des Tumors verfolgen. Ist der Tumor durch ein plastisches Exsudat gebildet, so müssen Dunstumschläge gegeben werden, nimmt die Resistenz nicht zu, wird sie weicher, so ist ein operativer Eingriff notwendig. Bei der perforativen Appendicitis darf kein Klyσμα verabreicht werden, da ich es selbst gesehen habe, daß die von einem Kollegen verordneten hohen Irrigationen das Wasser durch die Perforationsöffnung in die Bauchhöhle leiteten. Geht die perforative Appendicitis mit den Symptomen einer allgemeinen Peritonitis einher oder setzt die Krankheit von vornherein als schwere Erkrankung ein, so ist keine Zeit zu verlieren und muß der operative Eingriff, wenn er retten soll, sofort ausgeführt werden, da es sich hier um Stunden handelt. Die Operation besteht während des Anfalls in der Eröffnung der Abszeßhöhle, dort wo sich ein Abszeß etabliert hat. Daß man zur

Eröffnung den möglichst kürzesten Weg wählen wird, ist natürlich. Jedenfalls trachtet man bei retroperitonealen Abszessen, die Peritonealhöhle nicht zu eröffnen.

Bei intraperitonealen, abgesackten Abszessen wird man die Adhäsionen, durch welche die Därme miteinander verlötet sind, nicht lösen. Ist der Abszeß im kleinen Becken, so wird man den vaginalen, resp. perinealen oder parasakralen Weg wählen. Ist eine allgemeine Peritonitis vorhanden, so kann noch durch die Eröffnung und Durchspülung der Peritonealhöhle mit warmer Kochsalzlösung und ausgiebiger Drainage Rettung gebracht werden. Ich habe vor einigen Monaten ein junges Mädchen, welches eine allgemeine septische Peritonitis infolge einer Appendicitis perforativa hatte, durch ausgiebige Drainage und durch Spülung einer $\frac{1}{4}\%$ igen Salizylsäurelösung, später einer physiologischen Kochsalzlösung noch durchgebracht. Ist der Abszeß eröffnet, so sehen viele damit die chirurgische Intervention des Anfalls für beendet an. Sie verzichten von vornherein auf die Exstirpation des Wurmfortsatzes. Hingegen will SONNENBURG den Wurmfortsatz in allen Fällen mitentfernen. Ich pflege den Wurmfortsatz nach Eröffnung des Abszesses, wenn dies ohne Zerreißung der Adhäsionen, die durch die zirkumskripte Peritonitis gebildet wurden, möglich ist, aufzusuchen und zu exstirpieren. Sehe ich aber, daß zu diesem Behufe die Ablösung der Adhäsionen nötig wäre, so begnüge ich mich mit der einfachen Eröffnung des Abszesses. Manchmal wird der Abszeß intraperitoneal abgesackt vermutet und entpuppt sich bei der Operation als retroperitoneal gelegen. Man soll in diesen Fällen nicht transperitoneal vorgehen, sondern die erste Inzisionsöffnung vernähen und dann retroperitoneal eröffnen. Die Resektion des Wurmfortsatzes soll stets knapp an seiner Abgangsstelle ausgeführt werden und der Wurmfortsatz soll nicht ligiert, sondern eine 2—3schichtige seromuskuläre und Sero-Serosanaht ausgeführt werden. Auf diese Weise entwickeln sich keine Fisteln.

Bestand der erste Anfall in einer katarrhalischen Entzündung des Appendix, so kann, wie vorher erwähnt, der zweite Anfall von vornherein eine Appendicitis perforativa, ja sogar eine Appendicitis gangraenosa sein. Trotzdem empfehle ich dem Kranken niemals, nach einem einzigen Anfall sich operieren zu lassen. Ist aber ein zweiter Anfall über kurz oder lang dem ersten gefolgt, so sind sicher solche anatomische Veränderungen gesetzt, daß den beiden Anfällen ein dritter, vierter und weiterer folgt. Ich empfehle daher jedem Kranken, der zwei Anfälle durchgemacht hat, in der anfallsfreien Zeit nach dem zweiten Anfall die Operation ausführen zu lassen. In diesem Zustand ist die Operation vollkommen ungefährlich, und wenn die Naht der Bauchdecken schichtenweise ausgeführt wird und ein senkrechter Schnitt gemacht wurde, so ist auch die einzige Gefahr, welche die Operation bietet, die Entwicklung einer Bauchhernie zu vermeiden. Ich lasse nach jeder Appendicitisoperation ein Jahr lang eine eng anliegende Bauchbinde tragen.

Meine Herren! Wir haben uns mit einer Krankheit beschäftigt, welche, wie Sie alle wissen, eine ziemlich häufige ist und welche auch ziemlich häufig Veranlassung zu einem chirurgischen Eingriff gibt. Ich habe im abgelaufenen Jahre allein 29 Fälle von Appendicitiden operiert, teils in der anfallsfreien Zeit, teils während des Anfalls. Ich fand eine große Genugtuung darin, daß ich die Operation niemals unnötigerweise ausgeführt habe, und daß nicht nur ich mich durch die anatomischen Veränderungen bei der Operation hiervon überzeugt habe, sondern daß auch der bei der Operation anwesende Arzt, der den Fall zur Operation überwiesen hatte, diese Überzeugung gewann. Die Resultate der Operation sind glänzend, wenn man sie zeitlich ausführt, höchst traurig, wenn man erst zu einer Zeit zum Messer greift, wo septische Peritonitis oder Gangrän vorhanden ist.

Physiologie und pathologische Anatomie bilden die Grundpfeiler jedes medizinischen Denkens. Nur der Arzt, der

die Lehren dieser Disziplinen berücksichtigt, wird bei dem wechselnden klinischen Bild, das die Appendicitis bietet, sich eine richtige Vorstellung von den wirklichen Verhältnissen an dem Wurmfortsatz bilden. Das richtige medizinische Denken wird für das chirurgische Handeln bestimmend sein.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit, mit welcher Sie meinen Auseinandersetzungen gefolgt sind, und bitte um Ihre gütige Nachsicht für die Mängel und Lücken in der Arbeit, deren ich mir wohl bewußt bin.

Zur Technik der Dekapitation.

Von **Dr. Gustav Woyer** in Wien.

(Schluß.)

Fall IV: Magdalena Str., 25 Jahre alt, IV-para. Die Frau hat in der frühesten Kindheit Masern überstanden und im achten Lebensjahre Scharlach durchgemacht, welcher durch eine Nephritis kompliziert war. Seither will sie stets gesund gewesen sein.

Die ersten Menses traten im 15. Lebensjahre auf, waren regelmäßig, schmerzlos, ziemlich reichlich, von fünftägiger Dauer und vierwöchentlichem Typus.

Die erste Geburt erfolgte mit 18 Jahren und war angeblich eine Zangenentbindung. Das Kind lebt. Der Wochenbetsverlauf war afebril. Die zweite, vor 3 Jahren erfolgte Geburt erforderte ebenfalls einen operativen Eingriff: wegen Querlage wurde die Wendung vorgenommen. Es soll eine auffallend große Menge von Fruchtwasser vorhanden gewesen sein. Das Kind lebt. Auch hier verlief das Puerperium ohne Störung. Die dritte Schwangerschaft — vor zirka 2 Jahren — endete mit einem Abortus im dritten Lunarmonate. Das Wochenbett verlief afebril.

Die diesmalige Schwangerschaft war in den ersten drei Monaten von starkem Erbrechen begleitet, so daß die Frau während dieser Zeit auf ärztliches Anraten wiederholt Bettruhe einhielt. Vom vierten Lunarmonate an sistierte das Erbrechen. Auffallend war die rasche Größenzunahme des Leibes. Der behandelnde Arzt konstatierte auch diesmal das Vorhandensein einer größeren Fruchtwassermenge; die Frucht soll außerordentlich beweglich gewesen sein. In der letzten Zeit der Schwangerschaft fühlte sich die Gravida durch die enorme Größe ihres Leibes sehr stark belästigt, litt an Atemnot und Herzklopfen und konnte sich nur sehr schwer bewegen. Auch bestand in den letzten Wochen der Gravidität eine starke Anschwellung der unteren Extremitäten. Eine vorgenommene Harnuntersuchung ergab geringe Mengen von Eiweiß, spärliche granulierten und hyaline Zylinder.

Am Abend des 22. Januar 1902 besuchte die Gravida ihre in einem der äußeren Bezirke Wiens wohnhaften Eltern. Als sie dieselben — um 9 Uhr abends — verließ, um sich mittelst Straßbahn nachhause zu begeben, verspürte sie Schmerzen in der Kreuzbein- und ziehende Schmerzen im Unterbauch, und es erfolgte, noch bevor sie nachhause gekommen war, auf der Straße der Blasensprung. Dabei soll eine ganz bedeutende Menge von Fruchtwasser abgegangen sein, so daß nicht nur die Unterkleider, sondern auch die Oberkleider der Gebärenden durchnäßt wurden. Während der ganzen Nacht fühlte sich die Frau vollkommen wohl, sogar wesentlich erleichtert und versäumte es, den Arzt zu verständigen. Es sickerten nach ihrer Angabe kontinuierlich geringe Mengen Fruchtwasser ab.

Am Morgen des 23. Januar traten geringe Wehen auf, und man sandte um eine Hebamme. Dieselbe konstatierte angeblich eine schlechte Fruchtlage, und man ließ über ihre Aufforderung den behandelnden Arzt kommen. Derselbe erschien im Verlaufe des Vormittags und fand bei der vorgenommenen äußeren Untersuchung die Frucht in zweiter Querlage, den Uterus ziemlich stark kontrahiert. Bei der inneren Untersuchung fand er eine pulslose Nabelschnurschlinge in der Vagina, den Zervikalkanal für 2 Querfinger bequem durchgängig, noch zirka $2\frac{1}{2}$ cm lang, die linke Schulter und den Rücken der Frucht vorliegend. Nachdem trotz länger dauernder Beobachtung ein Pulsieren der Nabelschnur-

schlinge nicht wahrgenommen werden konnte und der Muttermund noch enge schien, entschloß sich der behandelnde Arzt, noch zu warten und legte einen Schutzverband an. Die Wehentätigkeit war im Laufe des 23. Januar eine sehr geringe gewesen. Am Morgen des 24. Januar hatte sich der innere Befund nach Mitteilung des Kollegen nicht wesentlich geändert. Dagegen traten leichte Temperatursteigerungen bis zu $38^{\circ}0$ auf. Heiße Bäder und warme Scheidenausspülungen wurden angewendet, worauf die Wehentätigkeit gegen Abend des 24. und in der Nacht vom 24. auf den 25. Januar sich besserte.

Am 25. Januar, um 6 Uhr morgens, wurde ich zu dem Falle zugezogen. Der von mir um $\frac{1}{2}$ 7 Uhr morgens erhobene Befund war folgender:

Mittelgroße, kräftig gebaute Frau ohne Zeichen von überstandener Rachitis. An den unteren Extremitäten ein Ödem mittleren Grades. Ziemlich starke Varikositäten am rechten Oberschenkel. Thoraxorgane normal. Das Abdomen schlaff, die Bauchhaut stark gerunzelt, mit zahlreichen alten und neuen Schwangerschaftsnahtnarben bedeckt.

Der Uterustumor mehr längsoval, mäßig kontrahiert. Die Wehen folgen einander in großen, bis zu 10 Minuten dauernden Intervallen und sind wenig ausgiebig. Die äußere Untersuchung ergibt den Kopf der Frucht rechts, den Rücken anscheinend vorn, kleine Kindesteile nirgends mit Sicherheit zu tasten, Herztöne nirgends zu hören.

Bei der inneren Untersuchung zeigt sich die Vagina weit und schlaff; alter inkompletter Dammriß.

Äußere Beckenmaße: Spinae = $26\frac{1}{2}$, Cristae = 30, Trochanteren = 32. Die innere Austastung des Beckens ergibt annähernd normale Verhältnisse. In der Scheide fand ich ein Konvolut pulsloser, verfärbter Nabelschnurschlingen. Der Zervikalkanal war für $3\frac{1}{2}$ Querfinger bequem durchgängig, schlaff und leicht zu erweitern. Im inneren Muttermund waren die linke Schulter und ein Teil des Rückens und der Rippen zu tasten. Temperatur $38^{\circ}2$, Puls 100, ziemlich kräftig.

Mit Rücksicht auf die vorhandene Temperatursteigerung entschloß ich mich, die Geburt zu beenden, und schien es mir, nachdem das Kind tot war, für die Mutter das schonendere Verfahren, von der Wendung Abstand zu nehmen und die Dekapitation auszuführen.

Nach gründlicher Desinfektion des äußeren Genitale und der Vagina, sowie Entleerung der Blase wird mit der linken Hand eingegangen und es gelingt unschwer, dieselbe in den Uterus vorzuschieben, da der Zervikalkanal sehr leicht dilatabel erscheint. Die mit einem elastischen Katheter überzogene GIGLISCHE Drahtsäge wird mit der rechten Hand in derselben Weise, wie in den anderen Fällen beschrieben, eingeführt, der elastische Katheter entfernt, zum Schutze der Weichteile vor eventuellen Verletzungen zwei lange Löffel spatel eingeführt und hierauf die Durchtrennung des kindlichen Halses mit wenigen Sägezügen bewerkstelligt. Im Momente der stärksten Knickung bricht die Drahtsäge.

Der untersuchende Finger findet nun den Hals bis auf eine ganz kleine Weichteilbrücke durchtrennt; dieselbe kann unschwer mit dem Finger stumpf durchtrennt werden. Ich ging nunmehr mit der linken Hand ein, holte den linken Arm herunter und vollendete leicht die Extraktion des Rumpfes. Der Kopf wird durch Einhaken des Zeigefingers in den Unterkiefer und leichten Druck von oben ohne Schwierigkeiten entwickelt. Die Operation wurde auf dringendes Verlangen der Frau ohne Narkose ausgeführt und dauerte vom ersten Eingehen bis zur vollständigen Entwicklung der Frucht 9 Minuten. Die Frau bemerkte, daß ihr der operative Eingriff nur sehr geringgradige Schmerzen verursacht habe, und verhielt sich auch während der ganzen Dauer der Operation vollständig ruhig. 10 Minuten post partum ging die grünlich-mißfärbige Plazenta auf leichten Druck ab. Es wurde sodann eine ausgiebige intrauterine Ausspülung mit warmer 1%iger Lysollösung vorgenommen. Der Uterus kontrahierte sich gut und es erfolgte keine weitere Blutung. Die Plazenta war groß, flach, tief gelappt, mit zahlreichen anämisch-nekrotischen Infarktherden durchsetzt; die Nabelschnur velamentös inseriert. Das Kind war männlichen Ge-

schlechtes, reif, 3060 g schwer und zeigte bereits an vielen Stellen ausgebreitete Mazerationserscheinungen. Mit Ausnahme einer einmaligen Temperatursteigerung auf 38,3° am dritten Tage verlief das Puerperium vollkommen ungestört. Am 14. Tage nach der Geburt verließ die Frau im besten Wohlsein das Bett. Wegen hochgradiger Erschlaffung der Bauchdecken wurde ihr eine Bauchbinde verordnet.

Fall V: Frau Gabriele St., X-para, 40 Jahre alt, will immer gesund gewesen sein. Auch ihre Eltern leben (73, bzw. 66 Jahre alt) und sind gesund. Die ersten Menses traten mit 16 Jahren ein, dieselben waren stets regelmäßig, reichlich, von 3—4tägiger Dauer, vierwöchentlichem Typus und verliefen ohne Beschwerden.

Die ersten 6 Entbindungen, welche in Intervallen von beiläufig je einem Jahre aufeinander folgten, verliefen spontan, am normalen Schwangerschaftsende, ohne Kunsthilfe. Auch die Wochenbetten verliefen ohne jede Störung fieberlos. Von den 6 Kindern, welche sämtlich lebend zur Welt kamen, leben 4 und sind gesund, zwei starben in frühester Jugend an unbekanntem Krankheiten. Die siebente Entbindung erfolgte im Jahre 1893 und wurde operativ beendet. Der Arzt soll wegen einer schlechten Fruchtlage die Wendung vorgenommen haben. Das Kind kam lebend zur Welt. Das Puerperium verlief normal. Die achte Entbindung fand im Jahre 1897 statt und mußte ebenfalls operativ beendet werden. Die Frau weilte damals in der Sommerfrische und wurde angeblich nach viertägiger Geburtsdauer von einem Arzte die „Zerstückelung des toten Kindes“ vorgenommen. Das Wochenbett verlief fieberhaft. Vom vierten Wochenbettstage an stellte sich die Unmöglichkeit ein, den Stuhl zu halten. Nach achtwöchentlicher Krankheitsdauer konnte die Frau das Bett verlassen und wurde nach weiteren 6 Wochen wegen ihres kompletten Dammrisses operiert.

Im Jahre 1898 wurde die Frau zum neunten Male schwanger. Diese Schwangerschaft endete mit einer Fehlgeburt im vierten Lunarmonate; angeblich soll die Nachgeburt von einem Arzte gelöst worden sein. Im Anschlusse an diesen Abortus fieberte die Frau ebenfalls durch einige Zeit. Der Verlauf der letzten Gravidität war folgender: Die letzten Menses waren Mitte März 1902. Die Schwangerschaft verlief bis auf geringe nervöse Beschwerden ganz normal. Im August 1902 traten die ersten Kindesbewegungen ein; sie wurden von der Gravida in entsprechender Heftigkeit die ganze Zeit hindurch deutlich verspürt — bis vor 10 Tagen. Damals bemerkte die Frau, daß die Kindesbewegungen schwächer wurden und nach weiteren 3 Tagen, also nunmehr seit einer Woche, vollständig sistierten.

Die ersten Wehen traten am 19. Dezember 1902 um 3 Uhr morgens ein, hörten jedoch nach zirka 3 Stunden wieder auf, so daß die Frau am Vormittag ihrer gewöhnlichen häuslichen Beschäftigung nachging. Um 11 Uhr vorm. erfolgte, während die Frau in der Küche beschäftigt war, ohne vorhergehende wesentliche Wehentätigkeit plötzlich der Blasensprung, und es stürzte in großem Schwall eine große Menge grünen, angeblich übelriechenden Fruchtwassers aus den Genitalien heraus. Als die Frau sich reinmachte, fühlte sie, das etwas aus den Geschlechtsteilen heraushing. Sie begab sich zu Bette und sandte um die Hebamme. Unmittelbar danach setzte die Wehentätigkeit wieder ein, diesmal ziemlich kräftig und in kurz aufeinander folgenden Pausen. Als die Hebamme nach einer Stunde kam, konstatierte sie bei der Untersuchung eine Querlage sowie Vorfal der Nabelschnur und einer Hand und ließ deshalb sofort einen Arzt rufen. Bis dieser kam, verging wieder eine Stunde, während welcher die Frau kräftige, rasch aufeinander folgende Wehen hatte. Der Kollege, welcher die Gebärende um 1/2 Uhr nachm. sah, bestätigte den bereits von der Hebamme erhobenen Befund und konstatierte eine höhergradige Dehnung des unteren Uterinsegmentes, weshalb ich über seinen Vorschlag behufs operativer Beendigung der Geburt zu Rathe gezogen wurde.

Um 2 Uhr nachm. kam ich zu der Frau und erhob folgenden Status: Große, kräftig gebaute, gut genährte Person mit leidendem Gesichtsausdruck. Nirgends Zeichen von überstandener Rachitis. Die Frau ist ziemlich unruhig und klagt über heftige Schmerzen im Unterbauch. Temperatur normal, Puls 100, kräftig.

Das Abdomen zeigt dünne, außerordentlich schlaaffe Bauchdecken. Der Uterustumor stark sinistroponiert, quergespannt. Das untere Uterinsegment ist sehr stark gedehnt, der Kontraktionsring, schräg von rechts oben nach links unten verlaufend, befindet sich in Nabelhöhe. Das untere Uterinsegment ist stark gespannt und druckempfindlich. Durch die dünnen Bauchdecken läßt sich das rechte, stark angespannte Ligamentum rotundum sehr deutlich palpieren, während das linke Ligamentum rotundum nicht mit Sicherheit aufzufinden ist. Die Wehen sind sehr kräftig und folgen in sehr kurzen Pausen aufeinander. Die äußere Untersuchung ergibt infolge der andauernden Kontraktionen des Uterus ein geringes Resultat. Der kindliche Schädel befindet sich anscheinend rechterseits. Das Becken erweist sich normal. Der Introitus vaginae ist ziemlich enge durch eine derbe, den Damm einnehmende Narbe, die vermutlich von der oben erwähnten Operation herrührt. In der Vagina bis vor die Vulva hängend eine grünlich-mißfärbige, pulslose Nabelschnurschlinge. In der Scheide der linke Arm der Frucht, von dem bei der Untersuchung Hautfetzen leicht abstreifbar erscheinen. Der Muttermund vollständig erweitert. Tief in das Becken hereinragend die linke Schulter, die Achselhöhle sieht nach links, der Rücken nach vorn.

Mit Rücksicht auf diesen Befund und speziell auf die hochgradige Dehnung des unteren Uterinsegmentes wird die sofortige operative Entbindung beschlossen, und zwar wird, nachdem die Frucht bereits Mazerationserscheinungen zeigt, als das schonendste Verfahren die Dekapitation gewählt. In Narkose wird mit der linken Hand eingegangen, der ziemlich tiefstehende Hals des Kindes ohne größere Schwierigkeiten umfaßt und die in einem elastischen Katheter kaschierte GIGLISCHE Drahtsäge in der bereits geschilderten Weise um den Hals herumgeführt. Zur Deckung der Weichteile wird diesmal über die vorstehenden Drahtenden je ein weites Gummidrainrohr bis zum Halse hinaufgeschoben. Mit wenigen Zügen gelingt es, den Hals der mazerierten Frucht zu durchtrennen. Der Rumpf wird leicht an dem vorliegenden Arm entwickelt, auch der Kopf folgt auf Druck von außen und leichten Zug mit dem in den Mund eingesetzten Finger ohne große Schwierigkeiten. Während der Entbindung floß noch eine größere Menge von mißfarbigem Fruchtwasser ab.

Behufs Schonung der Dammnarbe wurde vor dem Eingehen mit der Hand eine linksseitige Episiotomie ausgeführt. Temperatur post partum normal, Puls 82, kräftig. Die nunmehr vorgenommene Austastung der Gebärmutterhöhle ergibt eine außerordentliche Verdünnung des unteren Uterinsegmentes, eine Verletzung konnte nirgends nachgewiesen werden. Die Plazenta wird bei der Austastung der Uterushöhle sofort entfernt und eine energische Desinfektion der Gebärmutter mit heißer 1%iger Lysollösung vorgenommen.

Der Uterus kontrahiert sich gut, es erfolgt keine nennenswerte Blutung. Naht der Episiotomiewunde mit fünf Seidenknopfnähten. Das Kind zeigt hochgradige Mazerationserscheinungen, ist männlichen Geschlechtes, groß und kräftig entwickelt, wiegt 3650 g.

Die Plazenta ist ebenfalls groß, mißfärbig und von zahlreichen anämisch nekrotischen Herden durchsetzt.

Die Frau erholte sich rasch aus der Narkose und machte ein vollkommen fieberloses Puerperium durch. Am zwölften Tage verließ sie vollständig wohl das Bett. Nachdem eine Obduktion der Frucht nicht ausführbar war, konnte eine Ursache für das Absterben derselben nicht nachgewiesen werden.

Technik der Operation.

Nach entsprechender Desinfektion und Vorbereitung lagere ich die Gebärende auf das Querbett, bzw. den Tisch. Womöglich operiere ich nur in tiefer Narkose, weil ja in allen diesen Fällen eine höhergradige Dehnung des unteren Uterinsegmentes besteht und das Eingehen mit der ganzen Hand in den Uterus ohne Narkose mir in solchen Fällen nicht ohne Bedenken zu sein scheint, worauf auch ZWEIFEL hinweist, außer in denjenigen Fällen, in denen es sich um eine abgestorbene Frucht und keine wesentlichen Dehnungserscheinungen des Uterus handelt und man auch ohne Narkose operieren wird, wie der eine von mir derart behandelte Fall

zeigt. Die Technik der Operation, wie ich mir sie ausgebildet habe, gestaltet sich nun folgendermaßen:

Eingehen mit einer Hand längs des in der Regel vorliegenden Armes, den man sich vorher etwas vorgezogen hat, um einerseits den Hals zum Becken herunterzubringen und andererseits dadurch ein stärkeres Zusammenklappen der Frucht im Sinne einer Selbstentwicklung zu erzielen, wodurch vielleicht auch das gedehnte untere Uterinsegment etwas entlastet werden kann.

Die Wahl der Hand, welche in den Uterus eingeführt wird, erscheint bei dieser Methode der Dekapitation als ziemlich belanglos, da die eingeführte Hand keinen anderen Zweck hat, als das Umlegen der Drahtsäge um den kindlichen Hals zu bewerkstelligen; eine Deckung der Weichteile oder ein Schutz vor Mitdrehen des Kopfes fällt der eingeführten Hand hierbei nicht zu, da die erstere nicht unbedingt notwendig und ein Mitdrehen des Kopfes unmöglich ist. Es wird sich also wohl in der großen Mehrzahl der Fälle das Eingehen mit der linken Hand als zweckmäßig herausstellen, weil ja die meisten Geburtshelfer die Instrumente mit der rechten Hand zu führen gewohnt sein dürften.

Man geht nun genau so wie bei der Dekapitation mit den BRAUNschen Schlüsselhaken mit der Hand bis an den kindlichen Hals vor, soweit, daß man denselben umklammern kann. Über die GIGLische Drahtsäge wird ein gewöhnlicher weicher Gummikatheter oder ein Drainrohr geschoben und dieses nunmehr ziemlich feste Instrument längs des Daumens an der Vorderseite eingeschoben, bis die Spitze des Katheters die beiden hinter dem Halse der Frucht liegenden Finger erreicht. Mit diesen beiden Fingern wird der Katheter ergriffen und herausgeleitet. Sobald seine Spitze vor der Vulva erscheint, wird der Katheter von der Drahtsäge heruntergezogen; bzw. herausgezogen.

Man kann aber auch die Drahtsäge ohne einen Überzug direkt einführen, jedoch ist der Überzug derselben mit einem Katheter praktisch, weil dadurch das Instrument voluminöser wird und auf diese Art leichter zu dirigieren ist.

Als Induktor der Drahtsäge wurden von einzelnen Autoren separate Instrumente angegeben, so z. B. nach Art einer BELLOQUESchen Röhre, von GIGLI selbst ein perforierter Hacken usw. Alle diese Instrumente sind meines Erachtens einer überflüssiger Ballast.

Wenn man dieses Verfahren am Phantom in der geschilderten Weise übt, so sieht man nun, daß sich die Drahtsäge den Weichteilen des kindlichen Halses dicht anschmiegt und nur die beiden, die Öre tragenden Sägeenden, welche vor der Vulva sichtbar werden, in ihrem Verlaufe durch die Vagina ungedeckt erscheinen.

Diese beiden vorstehenden Anteile der Säge sind unschädlich zu machen, damit nicht eventuell während des Durchtrennens des Halses die weichen Geburtswege verletzt werden.

Ich habe, wie aus den Geburtsgeschichten ersichtlich ist, diesen Weichteilschutz in verschiedener Weise durchgeführt. Bei genügender Assistenz ist derselbe am einfachsten durch Einführung von zwei Löffelspiegeln zu erreichen, welche bis an den Hals der Frucht vorgeschoben werden. Auch wenn Assistenz mangelt, läßt sich durch Verwendung von NEUGEBAUERSchen Spekulis oder durch einfaches Darüberschieben eines BANDLERSchen Röhrenspekulums der Weichteilschutz erzielen. Noch einfacher läßt sich die Deckung der Weichteile in der Weise vornehmen, daß nur über die vorragenden Sägeanteile bis zum Halse hinauf zwei Gummidrahtsagen geschoben werden.

Der Anteil der Säge, welcher um den Hals der Frucht herum liegt, braucht eine Schutzvorrichtung für die mütterlichen Weichteile nicht, da er sich sofort mit dem ersten Sägezuge sich in die Weichteile des kindlichen Halses eingräbt.

Ist die Säge in der beschriebenen Weise angelegt, so genügen einige wenige Bewegungen, um den Hals der Frucht glatt zu durchschneiden.

Mitunter kann es vorkommen, daß die Drahtsäge (nach Durchtrennung der Wirbelsäule) springt. Dies geschieht, wenn nach Durchsägung der Wirbelsäule eine zu starke Abknickung der Säge zustande kommt; und dann bleibt meist nur eine kleine Hautbrücke übrig, welche sodann ohneweiters mit einem Scherenschlage oder stumpf mit dem Finger durchtrennt werden kann.

In meinen 5 Fällen ist dieses Springen der Säge nur einmal vorgekommen.

Wenn der kindliche Hals durchtrennt ist, erfolgt die Entwicklung des Kopfes und Rumpfes auf die übliche Weise.

Die Dekapitation geht außerordentlich rasch vor sich. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Dekapitation mit der GIGLischen Drahtsäge wesentlich schneller von statten geht als mit dem BRAUNschen Schlüsselhaken. Ob die Dekapitation eine oder zwei Minuten dauert, ist ja schließlich ganz gleichgültig, es kommt doch hauptsächlich darauf an, daß sie für die Mutter vollständig gefahrlos verlaufe. Die Sägefläche an der Wirbelsäule erwies sich in sämtlichen Fällen als vollkommen glatt; vorstehende Knochensplinter konnten niemals beobachtet werden.

Diese Technik hat gewiß den großen Vorteil der möglichsten Einfachheit. Da außer einer dünnen Drahtsäge nichts weiter dazu an Instrumenten nötig ist als ein weicher Katheter oder ein Drainrohr, wird sicher nicht in irgend einer Weise das geburtshilfliche Besteck unnötig beschwert. Es sind hierzu keinerlei separate Instrumente, wie z. B. die Haken GIGLI notwendig und glaube ich, stellt meine Art der Anwendung eine entschiedene Vereinfachung gegenüber der von GIGLI angegebenen Methode vor. Ich habe zweimal, während ich die Sägezüge von einem Assistenten ausführen ließ, mit der Hand in utero nach eventueller Mitbewegung der Früchte untersucht, nie rührte sich der Kindeskörper auch nur im geringsten. Es ist daher mit Ausnahme der Belastung des unteren Uterinsegmentes durch Einführen der Hand mit dieser Operation keine stärkere Dehnungsgefahr für die Gebärmutter verbunden.

Ich will schließlich meiner Überzeugung Ausdruck geben, daß die Fachkollegen, wenn sie dieses Verfahren im gegebenen Falle einmal in Anwendung zogen, von dessen Raschheit und Einfachheit sich befriedigt sehen werden, und daß dasselbe sich selber das beste Lob spenden wird.

Referate.

PÄSSLER und ROLLY (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über Kreislaufstörungen bei akuten Infektionskrankheiten.

Das Hauptergebnis der Untersuchungen der Autoren an kranken Tieren über Kreislaufstörungen im Kollaps bei akuten Infektionskrankheiten ist eine weitgehende Bestätigung der zuerst von ROMBERG und PÄSSLER mit einfacherer Versuchsanordnung gewonnenen Anschauungen. Danach beruhen die auf der Höhe verschiedener akuter Infektionskrankheiten auftretenden Kreislaufstörungen auf einer Lähmung der Vasomotoren. Das Herz ist an der im Kollaps auftretenden Blutdrucksenkung nicht beteiligt. Die von ROMBERG und PÄSSLER auf Grund ihrer Blutdruckversuche als wahrscheinlich hingestellte Ansicht, daß bei der Pneumokokkeninfektion durch vermehrte Arbeit des Herzens die Wirkung der Gefäßlähmung auf den Arteriendruck im Kollaps eine Zeitlang kompensiert werde, hat nunmehr eine sichere experimentelle Stütze erhalten. Es zeigte sich aber, daß die Erscheinung nicht dem Pneumokokkenherzen allein zukommt, sondern daß die gleiche Leistung auch vom Diphtherieherzen vollbracht wird. Die Versuche liefern ferner den strikten experimentellen Beweis für die ebenfalls von ROMBERG und PÄSSLER zuerst ausgesprochene Anschauung, daß die im Kollaps schließlich doch auftretende Schwächung der Herzkraft nicht auf eine direkte Schädigung durch die Infektion bezogen werden darf, daß sie vielmehr eine Folge der Gefäß-

lähmung, d. h. der durch sie bedingten ungenügenden Durchblutung des Herzmuskels ist. („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 1 u. 2.)

Allerdings kann nach Ablauf einer längeren Latenzzeit auch eine direkte Beeinflussung des Herzens durch das Diphtheriegift beobachtet werden. Zu einer Zeit, wo der Herzmuskel noch imstande ist, eine beträchtliche Kraft zu entwickeln, zeigt er eine wesentliche Verminderung seiner Widerstandsfähigkeit gegen Erstickung. Eine analoge Schädigung des Herzens durch Pneumokokken ließ sich nicht nachweisen. Mit diesen Anschauungen stimmt es auch sehr gut überein, daß sich pathologisch-anatomisch am Pneumokokkenherzen keine Veränderungen finden, während das Herz bei der experimentellen Diphtherie dieselbe Verfettung und die gleichen sonstigen Veränderungen am Parenchym aufweist, wie bei der menschlichen Diphtherie. Man geht daher wohl nicht fehl, wenn man die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit als einen funktionellen Ausdruck für die anatomische Schädigung des Herzmuskels bei Diphtherie ansieht. BRAUN.

HRIG (Budapest): **Wundbehandlung nach biologischem Prinzip.**

Nach einer eingehenden Kritik der modernen Wundbehandlung und der anti- und aseptischen Operationsmethoden tritt I. für seine auf dem biologischen Prinzip aufgebaute Wundbehandlung ein, die sich in einem vom Verf. geleiteten Ambulatorium auch praktisch bewährte.

Der Gedankengang des Verf. ist folgender („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 40, H. 1): Das Aufgehen der Wundinfektion hat zwei Komponenten, a) die Lebenskraft der parasitären Keime und b) jene der Gewebszellen. Die Zunahme der ersten und die Abnahme der zweiten begünstigt die Infektion. Das Verhindern der Infektion ist nur prophylaktisch durch Fernhalten der Keime erreichbar, diese Prophylaxe wieder ist bloß durch physikalische Maßnahmen und nur bis zu einem gewissen Grade erreichbar. Die stattgehabte Infektion vermag kein Antiseptikum zu vernichten, auch nicht abzuschwächen, ohne daß die Gewebszellen den gleichen Schaden erleiden. Da aber andererseits die Infektion durch den Lebensprozeß der Gewebszellen vernichtet wird, sind die Antiseptika gar nicht nötig. Man muß nur diesen Lebensprozeß der Gewebszellen auf wirksame Weise unterstützen, dann erschöpft sich die Infektion am schnellsten. Die Unterstützung geschieht durch Fernhalten aller physikalischen und chemischen Insulte: Mit der Wunde dürfen daher gar keine Antiseptika in Berührung kommen; diejenige Flüssigkeit, die das Gewebe gar nicht insultiert, wäre eigentlich das Blut; da dieses sich aber leicht zersetzt, verwendet Verf. für die Wundbehandlung eine Flüssigkeit, die in Bezug auf ihren Salzgehalt dem Blute am nächsten steht und die in der Physiologie bereits Anwendung gefunden, nämlich die LOCKESche Lösung, deren Zusammensetzung er aber seinen Bedürfnissen entsprechend modifiziert hat. Die Lösung enthält CaCl_2 0.3, NaHCO_3 0.4 und NaCl 9g auf 1 Liter Wasser.

Die vom Verf. geübte Wundbehandlung ist, kurz skizziert, folgende: Instrumente werden ausgekocht und trocken aufbewahrt; scharfe Instrumente werden in absolutem Alkohol gehalten. Ausgekochte Seide wird in Alkohol aufbewahrt, vor dem Gebrauch passiert sie die früher genannte Flüssigkeit. Verbandzeug wird in Dampf sterilisiert. Die Wunden werden mit der modifizierten LOCKESchen Flüssigkeit abgespült, die Sekrete mit Wattatupfern, die in die Lösung getaucht sind, abgetupft. Auch die Verbandgaze wird vor dem Auflegen auf die Wunde mit dieser Lösung getränkt. Das Operationsfeld wird mittelst Seife, Bürste, Rasiermesser und Äther mechanisch gereinigt. Die Wunde wird nach Möglichkeit nicht mit den Händen berührt. Zerfetzte, gequetschte und abgelöste Gewebepartikel werden scharf mit dem Messer entfernt. Genäht wird bloß dort, wo die Wundränder klaffen. Der Verband wird feuchtwarm aufgelegt, trocknet aber über der Wunde aus. Verbandwechsel und Entfernung der Nähte spätestens am 6. Tage.

Infizierte, phlegmonöse Herde spaltet Verf. bis zur Grenze des Gesunden und macht lieber zu große als zu kleine Schnitte. Auch hier benutzt er keine Antiseptika und ändert die Wund-

behandlung nur insoferne, als er durch Bedecken mit Guttaperchapapier den Verband feucht erhält und den Verbandwechsel täglich, eventuell auch zweimal, vornimmt. Die Erfolge, die Verf. mit dieser Wundbehandlung erzielte, sollen sehr gute sein. ERDHEIM.

R. A. LURIA (Kasan): **Über die Rolle der sensiblen Nerven des Zwerchfells in der Innervation der Atmung.**

Die im Centrum tendineum gelagerten Nervenendigungen sind an der Innervation der Atmung beteiligt („Russ. med. Rdsch.“, 1904, Nr. 9).

Die sensiblen Nerven des Diaphragma entspringen wenigstens aus zwei Quellen: Vom N. phrenicus und N. vagus.

Die sensiblen Fasern des N. phrenicus beschleunigen die Atmung, indem sie sowohl die Inspiration als auch die Expiration, namentlich die letztere, steigern; ihr Einfluß ist sowohl auf das Diaphragma als auch auf den Brustkorb gleichartig.

Die sensiblen Nerven des Diaphragmas, die den Nn. vagi zugehören, verlangsamen die Atmung, indem sie die Expiration verlängern. Die Verlängerung der Expiration kommt infolge eines vom Diaphragma den Fasern des N. vagus entlang auf die Muskulatur des oberen und mittleren Teiles des Brustkorbes verlaufenden Reflexes zustande, wobei der Brustkorb in diesen Teilen zusammenfällt. Unter gewöhnlichen Verhältnissen vervollständigen die beiden genannten Reflexe vom Diaphragma einander, den sensiblen Fasern des N. phrenicus und den sensiblen Fasern des N. vagus entlang, indem sie die Atmung beeinflussen; dabei ist der Einfluß von Seiten der Fasern des N. vagus stärker als der Einfluß der Fasern des N. phrenicus. Die sensiblen Nerven des Diaphragmas werden mechanisch bei Kontraktion des Muskels erregt, indem sie durch die Sehnenbündel des Centrum tendineum komprimiert werden.

Die Erregung der sensiblen Endigungen des N. vagus im Diaphragma kann als zweckmäßige Vorrichtung zur Erzeugung einer vollkommeneren Expiration nach vorangegangener Inspiration betrachtet werden, ebenso wie die Erregung der Lungenendigungen des N. vagus die Unterbrechung der Inspiration und die Entstehung der Expiration bedingt. B.

TIADEN (Bremen): **Abtötung der pathogenen Keime in der Molkereimilch durch Erhitzung ohne Schädigung der Milch und Milchprodukte.**

Im Großbetriebe genügt die 1—2 Minuten dauernde Erhitzung der Milch auf 85°, um die Erreger der praktisch wichtigen, ansteckenden Krankheiten abzutöten. Bei einer derartigen Erhitzung geht die Milch Veränderungen ein; diese sind jedoch bei geeignetem Verfahren so gering, daß die Verwertung der einzelnen Bestandteile nicht behindert wird. Eine Ausnahme macht nur die Herstellung von Hartkäsen aus erhitzter Milch, welche bis jetzt in einwandfreier Weise noch nicht gelungen ist („Deutsch. med. Wsch.“, 1903, Nr. 51). Die einstündige Erhitzung der Milch auf 60—65° genügt anscheinend ebenfalls zur Vernichtung der Krankheitserreger; doch gestatten die vorliegenden Untersuchungen noch kein anschließendes Urteil. Die einstündige Erhitzung auf 60—65° ändert die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Milch in so geringem Maße, daß eine Weiterverwertung derselben zum direkten Verbrauche seitens der Bevölkerung möglich ist. Die Dauererhitzung ist aus wirtschaftlichen Gründen zur Zeit nur dort durchführbar, wo die Milch ihre größte Verwertung findet, das heißt wo sie unzerlegt zum direkten Verbrauche an die Bevölkerung verkauft wird. Aufgabe der weiteren Forschung ist es daher, festzustellen, inwieweit zwischen den beiden Grenzverfahren (Dauererhitzung auf 60—65° und momentane Erhitzung auf 85°) die Möglichkeit vorhanden ist, mit einer kurzdauernden Erhitzung auf mittlere Temperaturgrade die Abtötung der Keime ansteckender Krankheiten zu erreichen, ohne die Molkerei usw. wirtschaftlich zu sehr zu belasten. Solche Versuche sind systematisch in den Milchversuchsstationen vorzunehmen unter Verwendung größerer Mittel mit Apparaten, die in der Praxis gebraucht werden. Eine

wirksame Hygiene des Milchverkehrs wird durch die Erhitzung der Milch in den Sammelbetrieben allein nicht erreicht; sie hat vor allem an der Produktionsstätte selbst schon einzusetzen.

G.

GERASSIMOW (Moskau): Über die primären Diphtherieerkrankungen der Nase bei Kindern.

G. hat in der Scharlachabteilung eines städtischen Krankenhauses in Moskau in den letzten drei Jahren 90 Fälle von eigentümlicher Nasenaffektion bei Kindern beobachtet, welche die früheren Autoren als fibrinöse und kroupöse, bezw. pseudomembranöse Rhinitis bezeichnen. In einem Teile der Fälle war die Schleimhaut der Nase nur geschwollen und ulzeriert. Neben Fällen von Nasendiphtherie sind in der Abteilung stets ebensolche Erkrankungen des Rachens bei Brustkindern zur Beobachtung gelangt. 78 Fälle wurden auf LÖFFLERSche Bazillen bakteriologisch untersucht u. zw. mit positivem Resultat. In den übrigen 12 Fällen sind die Bazillen in den Trockenpräparaten gefunden worden. Die Behandlung war eine lokale; nur selten wurde zu Vergleichszwecken Serum injiziert, wobei der Verlauf der Krankheit eine bedeutende Abkürzung erfuhr. Der Verlauf der Krankheit war meistens ein leichter, in 11 Fällen ist jedoch die Diphtherie auf die anderen Organe übergegangen (Rachen, Auge, Harnröhre, Wundoberfläche). Am häufigsten wurde diese Krankheit bei Kindern im Alter von 4—6 Jahren beobachtet. Bei 6 Kindern, welche an diphtherischen Nasenaffektionen gelitten haben, traten Masern hinzu, wobei sich der Allgemeinzustand stark verschlechterte und die betreffenden Kranken bald starben. Die übrigen 84 Kinder sind genesen. Wenn man also von den 6 Kindern, die an Masern gestorben sind, absieht, so ist die Nasendiphtherie bei sämtlichen Kranken in Genesung übergegangen. Der Scharlach stand zur Nasendiphtherie augenscheinlich in gar keiner Beziehung, da die Affektion der Nase schon im fieberfreien Zustand hinzutrat und hauptsächlich Kinder betraf, welche vom Scharlach bereits genesen waren.

Schlüsse („Ruuski Wratsch“, 1903, Nr. 16): 1. Die Diphtherie der Nasenschleimhaut verläuft in Form von zwei Grundkrankheiten: a) katarrhalischen, b) membranösen. 2. Der Verlauf der Krankheit ist ein akuter und subakuter und in den meisten Fällen ein gutartiger, wenn die Affektion die Grenzen der Nasenhöhle nicht überschreitet, was unter den Beobachtungen des Verf. bei Kindern, die durch vorangegangene mehr oder minder schwere Scharlacherkrankung geschwächt waren, der Fall war. 3. Jeder Schnupfen, der verschleppten Charakter zeigt, muß bakteriologisch untersucht werden. 4. Trotz der relativen Leichtigkeit der Erkrankung muß man mit sämtlichen Fällen von Nasendiphtherie ebenso verfahren wie mit Rachendiphtherie, d. h. die Patienten isolieren und entsprechender Behandlung unterziehen. L—Y.

NEUMANN und FRICK: Bauchmassage bei Herzkranken.

Verff. haben sich der dankenswerten Mühe unterzogen („Therapeutische Monatshefte“, 1903, Nr. 12), die Frage, wie sich das kranke Herz den Eingriffen der Bauchmassage gegenüber verhält, einer neuerlichen Untersuchung zu unterziehen, besonders nach der Richtung hin, ob der Blutdruck und Puls, sowie das subjektive Befinden der Patienten nicht etwa Änderungen aufweisen, welche die Ausübung dieser Manipulationen als bedenklich erscheinen lassen. Die Untersuchungen wurden an 24 Patienten vorgenommen, die zum größeren Teile an Affektionen der Mitralis, zum geringeren Teile an Aorten- und Herzfleischerkrankungen, sowie an Atherom litten. Schwere Kompensationsstörungen blieben von vornherein ausgeschlossen. Die Blutdruckmessung geschah mittelst des GÄRTNERschen Tonometers. Die Pulszählungen und Druckmessungen wurden sowohl vor als auch während der Massage, in den Zwischenpausen, am Schlusse und 15 Minuten nach Schluß der Massage vorgenommen.

Von der richtigen Voraussetzung ausgehend, daß die verschiedenartigen, bei einer Bauchmassage angewandten Encheiresen auch eine verschiedene physiologische Wirkung äußern müssen, haben Verff. ihre Untersuchungen so vorgenommen, daß sie stets

nur die Wirkung einer einzelnen bestimmten Manipulation auf Puls und Blutdruck prüften. Ref. muß bezüglich der zu den Versuchen gewählten Handgriffe und der Art ihrer Ausführung Einwendungen erheben, Von den vier verschiedenen Handgriffen, deren Wirkung Verff. prüften, die Knetung, Kolonstreichung, Klopfang und Hackung, werden die beiden letzteren, wie auch die Autoren selbst betonen, bei der typischen Bauchmassage gar nicht mehr angewandt und es scheint nicht zweckmäßig, bei der Untersuchung der Frage, ob Erkrankungen des Herzens eine Kontraindikation für die Abdominalmassage abgeben, zu prüfen, wie Herzkranke Erschütterungen des Abdomens ertragen, die auch bei Herzgesunden therapeutisch nicht verwendet werden. Bezüglich der von den Verff. exekutierten Knetung muß ich bemerken, daß es sich nach ihrer Beschreibung hierbei um kreisförmige Reibungen handelte, nicht aber um jenen Handgriff, welcher in der Massageliteratur als Bauchknetung bezeichnet wird und der freilich die wichtigste Encheirese einer sachgemäß ausgeführten Bauchmassage ist.

Verff. erhielten bei ihren Versuchen bezüglich Puls und Blutdruck keine einheitlichen Resultate und führen dies auf die individuell verschiedene Empfindlichkeit und Reaktion der Patienten zurück. Im ganzen überwiegen die Versuche, welche ohne jede oder mit einer günstigen Beeinflussung der Pulszahl einhergingen. Nicht so einfach gestalteten sich die Verhältnisse beim Blutdrucke. Hier riefen die Reibungen und Kolonstreichungen häufiger Blutdrucksteigerungen als Senkungen hervor, während Klopfungen und Hackungen keine großen Differenzen zeigten. Verff. möchten zur Erklärung den bekannten Versuch KLEENS heranziehen, welcher Tieren ein Stück Haut bis auf einen schmalen Rand ablöste und dann zeigte, daß, wenn man diesen Hautlappen kniff, der Blutdruck stieg, wenn man den bloßliegenden Muskel reizte, derselbe sank. Leichte, oberflächliche Massage soll nun wie die Reizung der Haut im Versuche KLEENS, kräftige, tiefergehende Massage wie die Reizung des bloßgelegten Muskels wirken. Dieser Analogieschluß scheint mir doch etwas gewagt, ganz abgesehen davon, daß diesem Tierversuche KLEENS, meiner Meinung nach, lange nicht jene Beweiskraft für den Menschen zukommt, welche demselben vielfach zugeschrieben wird. Verff. haben es leider veräuht, in ihren Versuchstabellen auch die absolute Höhe der Puls- und Blutdruckzahlen zu verzeichnen, so daß nicht zu entnehmen ist, ob diese nicht bei der Erklärung der Differenzen mit eine Rolle spielt. Die durch die Massagemanipulationen hervorgerufenen Schwankungen waren im allgemeinen nicht groß; sie betrug zwischen 2—10, selten 15—18 Pulsen und 5—10 mm, seltener 20—25 mm Quecksilberdruck.

Das wichtigste, praktische Ergebnis der Untersuchungen NEUMANNs und FRICKs ist, daß das gute, subjektive Befinden der Patienten durch die Massageeingriffe niemals gestört, manchmal sogar gebessert wurde, so daß die Frage, ob bei Herzkranken ohne Kompensationsstörungen Bauchmassagen vorgenommen werden können, unbedingt zu bejahen ist. GRÜNBAUM.

V. CHLUMSKY (Krakau): Über die operative Behandlung des Plattfußes nach MÜLLER und eine neue Art der Befestigung der Sehne im Knochen.

Bei einem 10jährigen Knaben, der seines Plattfußes wegen schon von verschiedenen Chirurgen mittelst Redressement, Gipsverbänden, Massage, Elektrisation usw. vergebens behandelt worden war, führte Verf. die Operation nach MÜLLER durch. Nach einem Schnitte am inneren Rande des Fußes suchte er die Sehne des M. tibialis anterior vor und schnitt sie bei ihrer Knocheninsertion ab. Die Sehne war fächerartig und bildete nach der Durchtrennung zwei Streifen, die ziemlich hoch erst sich zu einem gemeinsamen Bündel vereinigten. Nach Bildung eines Kanals im Os naviculare führt MÜLLER die Sehne durch, zieht sie am äußeren Rande des Knochens heraus und näht sie hier an. CHLUMSKY führte in seinem Falle beide Sehnenpartien getrennt durch. Er bildete also zwei Kanäle, einen im Os naviculare, den andern im Os cuneiforme int., führte beide Sehnenanteile durch und befestigte sie am äußeren Rande der Knochen. Die Wunde wurde darüber vernäht und ein Gipsverband in Supinationsstellung angelegt. Die Achillessehne wurde gegen den Rat MÜLLERs nicht

durchgetrennt, sie war durch die vorgehenden Behandlungsversuche so ausgedehnt, daß eine operative Verlängerung gar nicht nötig war. Die Operation wurde an beiden Füßen durchgeführt und der Patient genas vollkommen („Časopis českých lékařů“, 1903, Nr. 43).

In einem anderen Falle bei einem 18jährigen Mädchen bildete die Sehne des Tibialis ant. eine ziemlich derbe Rolle, die schwer durch einen breiten Kanal im Os naviculare durchzuführen war. Verf. teilte also die Sehne in zwei längliche Teile, führte einen Teil durch und nähte sie am äußeren Rande des Knochens mit dem zweiten freien Sehnenteile zusammen. Diese Operation hatte den Vorteil, daß die Sehne nicht an den Knochen angenäht werden mußte, denn solche Nähte schneiden gerne durch, wodurch der Erfolg der Operation vereitelt werden kann. Auch diese Patientin genas vollkommen.

Verf. empfiehlt dieses Verfahren in ähnlichen Fällen, denn es ist einfacher und erfolgreicher als alle bisher angewandten Methoden. STOCK.

BURTON-FAUNING und CHAMPION (London): Der vergleichende Wert der Temperaturmessung im Munde, Rektum, dem Harn, in der Achselhöhle und der Vagina.

Verf. haben durch Untersuchungen festgestellt, daß selbst mit rasch registrierenden Thermometern bis zu 30 Minuten nötig sind, wenn die Temperatur im Munde richtig abgelesen werden soll. Die Mundhöhle erreicht nur langsam nach Schluß der Lippen ihr Maximum, zumal dann, wenn vorher kalte Luft geatmet war, wenn Körperübungen, sei es in kalter oder in warmer Luft, stattfanden oder Kälte an die Backe appliziert wurde. Nach Genuß heißer Getränke steigt die Mundtemperatur, ebenso gelegentlich bei lokalen Erkrankungen, wie Tonsillitis und nach Rauchen mit geschlossenen Lippen; Beeinflussung der kapillaren Zirkulation im Munde hat ebenfalls Einwirkung auf die Temperatur, so setzt eine kurze Zeit im Munde gehaltene Adrenalinlösung sie leicht herab, Menthol läßt sie ansteigen. — Messungen der Rektumtemperatur geben nach 5 Minuten richtige Werte; sie ist verschieden hoch in der Ruhe und nach Körperübungen und zeigt, je nachdem die Person im Bett liegt oder sich außer Bett ruhig verhält oder viel bewegt, sehr verschiedene starke Tagesvariationen. — Die Temperaturbestimmungen des Urins ergeben keine zuverlässigen Werte. — Die Messungen der Achselhöhle und Inguinalbeuge dürfen, zumal bei Kindern, nicht zu kurz vorgenommen werden. Mund- und Mastdarmtemperatur differieren nur um 0·0—0·4°, im Mittel um 0·2°; letztere ist 0·3° höher als in der Leistenbeuge und 0·45° höher als in der Axilla. Verf. fanden ferner („Lancet“, 1903, Nr. 28), daß auch bei Gesunden die Temperatur sich nach kräftigen Körperbewegungen hebt, gewöhnlich über 30—60 Minuten, und schon beim Stehen ein wenig höher ist als nach längerem ruhigen Liegen. Bei Phthisikern finden sich die gleichen Reaktionen der Körperwärme, nur daß sie nach geringen körperlichen Anstrengungen konstanter und deutlicher sind, während sie sich nach längeren Übungen nicht deutlich, zumal in günstigen Fällen von Tuberkulose, von jenen bei Gesunden unterscheiden. — Unter 34 tuberkulösen Frauen traten bei 18 fieberlosen über sechs Tage vor Beginn der Menstruation deutliche, morgens und abends gleicherweise hervortretende Temperaturanstiege um 0·25° ein. G.

CHODZINSKI: Beitrag zur Wirkung der Xeroformsalbe bei Verbrennungen.

CH. hat in 2 Fällen von Verbrennung zweiten Grades („Feldscher“, Bd. 12, Nr. 12) eine 5%ige Xeroformsalbe angewendet und trotzdem die Verbrennungen ziemlich schwer waren und sich über große Hautpartien erstreckten, eine erstaunlich rasche Heilung erzielt. Bei der ersten, 40jährigen Patientin nahm die Verbrennung die ganze hintere Oberfläche der oberen Extremitäten von den Fersen bis dicht zur Glutealgegend, dann die gesamte Glutealgegend selbst, den Rücken, die Schultern, den Hals und sämtliche Finger beider Hände ein. 24 Stunden nach dem Unfall

fand CH. die Patientin im Bett unbeweglich mit dem Rücken nach oben liegend und vom Kopf bis zu den Fußsohlen mit einer ziemlich dicken Schicht bedeckt, in der er den Satz vom Brotkwas (russisches Nationalgetränk) erkannte. Die Blasenbildung war ziemlich stark. Temperatur 38·7, Puls beschleunigt, 100, ziemlich schwach. Nachdem CH. mittelst Wassers nicht ohne Mühe die diffuse Schicht des Kwas-Satzes vom Körper der Kranken entfernt hatte, eröffnete er sämtliche Blasen, entfernte den Inhalt derselben, spülte die gesamte Wundoberfläche mit einer 1/2‰igen Lösung von Kali hypermanganicum, trocknete dann dieselbe mittelst Wattekügelchen, bestrich die ganze affizierte Partie mit einer dünnen Schicht von 5%iger Xeroformsalbe und legte einen Verband an. Die Nachbehandlung bestand ausschließlich in Anwendung der Xeroformsalbe und führte in 25 Tagen zu vollständiger Heilung. — Der zweite Fall betrifft einen 15jährigen, kräftigen Bauernburschen, der sich bei der Rettung eines Kindes aus einem brennenden Hause das ganze Gesicht, die Ohren, den vorderen Teil des Halses und die Dorsalfächen der Hände verbrannt hat. Dieser Fall wurde in derselben Weise wie der vorige behandelt und in 9 Tagen war das Gesicht des Kranken fast vollständig rein. L—y.

J. SORGO (Wien): Über subkortikale Entstehung isolierter Muskelkrämpfe. Ein Beitrag zur Klinik der Vierhügelstumoren nebst Bemerkungen über den Verlauf der zentralen Haubenbahn.

Kleinnußgroßer Tuberkel in der Vierhügelregion, rechts ausgedehnter als links. Pyramidenbahn intakt; die Bindearme degeneriert; die degenerierte zentrale Haubenbahn läßt sich bis zu den Oliven herab verfolgen. Klinisch: Progressive Augenmuskel- und anderweitige Hirnnervenlähmung, Ablassung der rechten Papille, linksseitige Hemiparese mit gesteigerten Reflexen und Ataxie. Später unwillkürliche Bewegungen und Schütteltremor, besonders links („Neurol. Zentralbl.“, 1902, Nr. 14—17). Besonders bemerkenswert ist klinisch die ganz allmähliche Ausbreitung der Krampfbewegungen. Temperatur meist rechts niedriger als links. Differenz bis 7·1°. INFELD.

L. HOEFLMAYR (München): Eine merkwürdige Komplikation eines Migräneanfalles.

Verf., der sich lebhaft für die toxische Entstehung des Migräneanfalles einsetzt, berichtet von folgendem Fall („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 3): Eine aus einer Migränefamilie stammende, seit 40 Jahren an ophthalmischer Migräne leidende 57jährige Frau bekommt, nachdem die Anfälle gehäuft aufgetreten und Schwindel und große Müdigkeit zugleich mit erhöhten seelischen und körperlichen Ansprüchen sich eingestellt haben, einen schweren Anfall; auffallende Vorkommnisse sind die, daß das — in illusionärem Sinne umgedeutete — Hemiskotom auch nach dem Abklingen des eigentlichen Migräneanfalles noch 26 Tage andauerte, und daß die Kranke 10 Tage lang bewußtlos, bzw. (nach der Beschreibung) aphasisch war. INFELD.

Kleine Mitteilungen.

— Die Naht beim Altersstarschnitt empfiehlt BUBLITZ („Deutsch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 40). Er operiert ohne Iridektomie, und da soll die Naht zunächst den Irisvorfall verhüten. Einen wesentlichen Vorteil gewährt die Naht auch bei Vorfall des Glaskörpers, ferner bei der Entfernung zäher Nachtstare, die nach Verletzungen des Auges zurückgeblieben sind. Vor allem erlaubt die Hornhautnaht dem Operierten, schon sehr bald nach der Operation aufzustehen, was in vielen Fällen sehr erwünscht ist. Allerdings ist die Ausführung der Naht nicht leicht. Verf. verfährt so, daß er erst die Hauptmasse des Stars entfernt, dann die Naht anlegt und nun erst die völlige Säuberung der Pupille folgen läßt, die Iris zurechtlegt und den Faden knotet. Im einzelnen verfährt er folgendermaßen: Lappenschnitt im Limbus nach unten, Stehenlassen einer schmalen Brücke, die mit einem geknüpften Schmal-

messer durchtrennt wird, und zwar mit nach vorn gedrehter Schneide, damit beide Wundränder an dieser Stelle gleichmäßiger ausfallen. Dann faßt man die Mitte des oberen Wundrandes mit einer Hakenpinzette und sticht eine möglichst feine Hornhautnadel von außen nach innen durch, so daß die Spitze in der Mitte zwischen innerer und äußerer Kante des Wundrandes hervorkommt und führt sie ebenso, aber diesmal von innen nach außen, durch den unteren Wundrand, wobei man aber nicht zu weit in der Sklera ausstechen und Bindehaut mit der Naht mitfassen darf. Man zieht den Faden nur soweit durch, daß eine Schleife zwischen den Wundrändern zur Seite gelegt werden kann. Verf. benutzt feinste Seide, die dauernd in Pyoktaninalkohol (1 : 100) liegt und auch nach dem Abspülen in Alkohol und Auskochen blau gefärbt bleibt. Zur Ausführung der Naht hat er sich einen besonderen Nadelhalter konstruiert, ferner den GRAEFESchen Lidsperrer so modifiziert, daß er durch eine Hand allein eingelegt und entfernt werden kann. Vor dem Knoten des Fadens muß man zusehen, daß nichts zwischen den Wundrändern liegt, besonders in den Winkeln. Einklemmungen der Iris in den Wundwinkeln müssen sorgfältig reponiert werden. Ist der Faden geknüpft, so werden die Enden ganz kurz abgeschnitten. Der Faden wird am 3. oder 4. Tage entfernt.

— Das **Citarin** ist nach FISCH („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 49) ein neues und vorzügliches Mittel gegen Gicht. F. hat die Wirkung des genannten Präparates vorwiegend in Selbstversuchen studiert. Als Hauptpunkt, worauf zu achten ist, bezeichnet er, daß das Citarin schon bei den leisesten Anfängen eines Gichtanfalles von den Patienten in großen Dosen genommen werde. Für den letzteren Zweck dürften sich insbesondere die Citarin-tabletten eignen, die 1 und 2 g schwer, zu 10 Stück in Glasröhren verpackt, von der herstellenden Firma in den Handel gebracht werden und bei Verordnung als „Originalpackung Bayer“ eine nicht unwesentliche Verbilligung der Citarinkur ermöglichen.

— Mit **Paraffininjektionen bei Ozaena** hat BROCKAERT („Rev. hebdomadaire de laryngologie“, 1903, Nr. 35) Erfolge erzielt. Dieselben wurden wiederholt vorgenommen (Schmelzpunkt 45°), und zwar in die Schleimhaut der unteren Muscheln. Fötter und Krustenbildung verschwanden, bei 2 Patienten kehrte das Geruchsvermögen wieder, eine auf katarrhalischer Basis beruhende Schwerhörigkeit verminderte sich bedeutend und auch die konsekutiven Pharyngitiden besserten sich zusehends. Komplikationen — von vorübergehenden Ödemen der Wange abgesehen — wurden nicht beobachtet. Die mikroskopische Untersuchung eines Schleimhautstückes, in das 2 Monate vorher Paraffin injiziert worden war, ergab den Nachweis regenerativer Prozesse; das Paraffin zeigte sich nicht mehr in kompakter, homogener Masse, sondern in kleinen Partikelchen in das Gewebe verteilt, so daß der Schnitt einen alveolären Anblick bot.

— Das **Suprarenin** wird aus frischen Rindernebennieren hergestellt, und zwar wird aus denselben, nachdem sie fein zerhackt worden sind, in üblicher Weise unter sterilen Vorsichtsmaßregeln ein Extrakt unter Zuhilfenahme von schwach angesäuertem Wasser bereitet (WEYBICH, „Apoth.-Ztg.“, 1903). Die wirksame Substanz wird sodann aus diesem Extrakt isoliert. Dieser isolierte Körper, das Suprarenin, stellt ein hellbraunes bis gelb- oder grauweißes Pulver vor, von sandiger Beschaffenheit, das jedoch unter dem Mikroskope kleine Kristalle darstellt. Dasselbe ist schwer in kaltem und heißem Wasser löslich, vollkommen unlöslich in Alkohol und Äther, jedoch in verdünnten fixen Alkalien spielend leicht löslich und durch Ammoniak oder Kohlensäure fällbar. Suprarenin darf keine Eiweißreaktion geben. Es besitzt die Eigenschaft, eine starke Kontraktion der damit behandelten Blutgefäße hervorzurufen, und findet daher einen wichtigen Platz besonders in der Augen-, Nasen- und Obrenheilkunde, sowie in der Chirurgie als Zusatz zu der SCHLEICHESchen Infiltrationsflüssigkeit, schließlich zur Tamponade gefährlicher Blutungen, ebenso wie bei Blasen- und Uterusblutungen.

— Bei der **Exstirpation der krebsigen Gebärmutter und Scheide** befolgt HEIDEMANN („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 32) das Verfahren MACKENRODT'S. Er begnügt sich aber nicht mit dessen U-förmigem Weichteilschnitt, sondern nimmt auch noch eine schmale Knochenperiostleiste von den horizontalen Schambeinästen mit. Die

Indikationsstellung für die verschiedenen Operationswege ist die folgende: Bei allen Korpuskarzinomen und den im allerersten Anfang befindlichen Portiokarzinomen wird vaginal vorgegangen; bei letzteren wird grundsätzlich die tiefe Dammspaltung vorausgeschickt und das Glühisen angewandt, wenn nicht relativ enge Beckenverhältnisse und sehr straffe Mutterbänder dies erschweren. Bei allen Karzinomen der Zervix, mit denen die Patientinnen ja durchweg erst in vorgeschrittenem Stadium zur Operation kommen, ferner bei allen irgendwie vorgeschrittenen Karzinomen der Portio und der Scheide wird der abdominale Weg eingeschlagen.

— Das **Dormiol** hat WILD vielfach geprüft („Deutsche Praxis“, 1903, Nr. 21). Es wurden einmal Kapseln à 0.5 g und sodann eine 5%ige wässrige Lösung verwendet; letztere wurde eßlöffelweise in einem halben Glas Wasser ohne Geschmackskorrigens gegeben. Die Lösung wurde dann bevorzugt, wenn die Kranken die Kapseln aus irgend einem Grunde nicht schlucken konnten oder behaupteten, Magendrücken davon zu bekommen; die Kapseln in dem Falle, wo der Geschmack der Lösung unangenehm empfunden wurde oder sich Reizerscheinungen seitens des Magens einstellten. Die Wirkung wurde nach der Dauer des Schlafes derart abgeschätzt, daß eine solche als positiv bei Schlaf von über 5 Stunden, als mittlere bei mehrstündigem, jedenfalls längerem Schlafe als vorher, und als negativ beim Fehlen jeder Besserung oder bei Verschlechterung bezeichnet wurde. Unter 302 Einzelgaben in Lösung waren von gutem Erfolge begleitet 104, von mittlerem Erfolge 133, ohne Erfolg 65, während Nebenwirkungen in 45 Fällen zu verzeichnen waren. Die Nebenwirkungen bestanden überwiegend in Beeinträchtigungen des Nervensystems: Kopfschmerzen, Schwindel, schwerem Gefühl im Kopfe, Ohrensausen und Magenstörungen, doch durchwegs geringen Grades.

— Folgende Thesen stellt BRANDFORT („Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane“, Bd. 14, H. 1) in Bezug auf die **operative Behandlung der Prostatahypertrophie** auf: Geeignet für den hohen Blasenschnitt sind 1. allgemeine Hypertrophie der Prostata mit besonders starkem Hervorragen des medianen oder der lateralen Lappen in die Blase und infolgedessen erschwertem Vorgehen vom Peritoneum aus. 2. Ausgeprägte Stellung des intravesikalischen Tumors und Fehlen einer anderen Ursache für die Retention. Geeignet für das Vorgehen vom Perineum aus sind 1. allgemeine Hypertrophie des medianen oder der lateralen Lappen ohne stärkeres Hervorragen nach der Blase zu. 2. Vorhandensein eines sehr großen oder sehr dicken Balkens, beträchtliche Kompression der zwischen den vergrößerten lateralen Lappen liegenden Urethra. 3. Starke Entwicklung nach dem Rektum zu. 4. Günstiger Allgemeinzustand des Kranken, wenn keine Indikation für eine andere Methode vorliegt. Geeignet für die BOTINISCHE Operation sind 1. Fälle mit schlechtem Ernährungszustand, die einer eingreifenden Operation nicht gewachsen sind, 2. Fälle mit Balkenformation oder medianer seniler Hypertrophie, wenn die Hypertrophie nicht zu stark ist. 3. Unvollständige Halsbandbildung. 4. Nach HORWITZ ist diese Operationsmethode berechtigt als prophylaktische Maßnahme gegen eine weitere Zunahme der Hypertrophie, und zwar sobald der Gebrauch eines Katheters nötig wird.

— Mitteilungen über **Veronal** publiziert MATTHEY („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 19). Er gab Veronal 33 geisteskranken Männern der verschiedensten Krankheitsformen (Hypochondrie, arteriosklerotische Seelenstörung, Paranoia, Dementia praecox, Katatonie, Dementia paralytica), und zwar teils wegen einfacher Schlaflosigkeit, teils wegen mehr oder minder heftiger Erregungszustände. Insgesamt in 343 Einzeldosen. Die mittlere Einzelgabe betrug 0.5 g, letztere auf 3 Portionen verteilt. Die niedrigste Gabe pro dosi war 0.25, die höchste 1.0 g. Tagesgaben von 3.0 g wurden nicht überschritten. Das Mittel wurde in heißem, süßem Tee gereicht, vereinzelt auch in Tablettenform, und immer anstandslos genommen. Trat die erwünschte Wirkung ein, was, abgesehen von 3 Fällen, stets prompt geschah, so zeigte sich diese nach Ablauf von etwa 1/2 Stunde, bei einzelnen erregten Patienten jedoch erst nach 1—1 1/2 Stunden. Der Schlaf der Kranken war gleichmäßig ruhig, dem normalen Schlaf durchaus ähnlich, das Erwachen meist ein angenehmes, ohne irgend welche unangenehme Empfin-

dungen. Die Dauer des Schlafes betrug im allgemeinen auch bei kleinen Einzeldosen von 0.5 g etwa 6—7 Stunden. Bei Einzelgaben von 1 g war, wenn das Medikament wegen einfacher Schlaflosigkeit gegeben wurde, die Wirkung eine erheblich längere, so daß die betreffenden Patienten am anderen Morgen noch schlaftrunken erschienen.

— Ein **Mittel gegen Alveolarpyorrhöe** ist nach BERTEN („*Odontol. Bl.*“, 1903, Nr. 9) das Chlorphenol. Dasselbe wird in die Öse eines erwärmten dünnen Platindrahtes eingeschmolzen und damit die Zahnfleischtasche gründlich alle 3—4 Tage geätzt. Selbstverständlich muß diesem Eingriff die mechanische Reinigung der Zahnwurzel von Zahnstein vorausgehen. Die Anwendung des Chlorphenols wird häufig durch die Spaltung der Zahnfleischtaschen erleichtert.

— Die **Behandlung einiger Nagelkrankheiten** bespricht LEVISEUR („*Journ. of cut. and gen. urin. diseases* 1903). Er lehrt uns, daß es zwischen Ekzem, Lichen und Psoriasis der Nägel einerseits und Onychomycosis trichophytica, andererseits kleine Unterschiede gibt. Des weiteren bespricht Verf. eine vielleicht parasitäre Affektion der Nägel, welche gleichzeitig mit Ekzema seborrhoicum aufzutreten pflegt und dem Etat pointillé der Nägel ähnlich ist. Ferner den Cheiropompholyx, eine durch Chemikalien verursachte Nagelaffektion, den Favus der Nägel und die Koilonychia, schließlich die Onychorhexis.

Literarische Anzeigen.

Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. Von Dr. Ernst Küster, Professor der Chirurgie in Marburg. Mit 114 Abbildungen im Text und 8 Farben-tafeln. II. Hälfte. Stuttgart 1896—1902, Ferdinand Enke.

Nach längerer Pause erschien die zweite Hälfte der Chirurgie der Nieren. In sieben Kapiteln schildert Verf. auf Grund seiner im Augusta-Hospital gesammelten reichen Erfahrung und des genauen Studiums der gesamten einschlägigen Literatur den heutigen Stand der Nierenchirurgie. Während Verf. in der ersten vor Jahren erschienenen Hälfte die Untersuchungsmethoden, die Mißbildungen, Verlagerungen und Verletzungen der Nieren besprach, enthält die zweite Hälfte die Entzündung der Nieren und der Umgebung, die Tuberkulose, Nephrolithiasis, Sackniere, Cystenniere, die Neubildungen und die tierischen Schmarotzer.

Das letzte Kapitel ist den Operationsmethoden der häufigsten Nierenoperationen: Nephrektomie und Nephrotomie gewidmet. Eine statistische Zusammenstellung ergibt, daß die Mortalität der Nephrektomie in den letzten Dezennien bedeutend gesunken ist, daß aber die transperitoneale Methode eine dreimal so hohe Mortalität aufweist, als die extraperitoneale (34.36% gegen 12.08%); daraus deduziert Verf. die ernste Mahnung, „eine transperitoneale Operation nicht ohne die zwingendsten Umstände vorzunehmen“.

ERDHEIM.

Die Arrhythmie als Ausdruck bestimmter Funktionsstörungen des Herzens. Eine physiologisch-klinische Studie von Prof. Dr. K. F. Wenckebach. Leipzig 1903, Wilhelm Engelmann.

W. hat in diesem Buche die Resultate eigener, bereits publizierter Untersuchungen zur Analyse des unregelmäßigen Pulses zusammengestellt und dieselben durch neue Befunde erweitert. Es ist geradezu staunenswert, wie tief er in das Wesen der Arrhythmie eingedrungen ist. Der Abschnitt über die klinische Bedeutung der Extrasystolen, die Erklärung des Pulsus intermittens irregularis, des Pulsus alternans und der gänzlich regellosen Arrhythmien lehren uns zudem, wie fruchtbringend die von WENCKEBACH angewandte „myogene Theorie“ schon bis zum heutigen Tage für die Klinik der Herzkrankheiten geworden ist. — Wenn man auch die Deduktionen WENCKEBACHS nicht bis in ihre letzten Konsequenzen zu begleiten vermag, eine genauere Berücksichtigung der Literatur als wünschenswert bezeichnen möchte und manche seiner

Behauptungen zweifellos gewagt nennen kann, so wird man es doch stets anerkennen müssen, daß er, ein trefflicher Interpret, zur Popularisierung der ENGELMANN'SCHEN Lehren am meisten beigetragen und vor allem therapeutische Ausblicke geboten hat, die vor ihm ungeahnt erschienen. — Jeder Internist sollte dieses hochinteressante Buch zum Gegenstande des eifrigsten Studiums erwählen. BRAUN.

Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten.

Von Dr. J. Lipowski. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin 1904, Julius Springer.

Das kleine Werkchen zeichnet sich bekanntlich durch die Begründung der therapeutischen Angaben und durch die Berücksichtigung der therapeutischen Technik aus. Es enthält u. a. vorzügliche Kochrezepte, die dem Praktiker ja unentbehrlich sind. Der neuen Auflage sind ein Abschnitt über Influenza, ferner die „Magenerkrankungen auf anämischer und nervöser Grundlage“, „die Colica stercoralis“, schließlich eine gute Darstellung der Ursachen und Behandlung der Kopfschmerzen hinzugefügt worden. Der Verf. hat seine Aufgabe, soweit dies in so eng begrenztem Rahmen möglich ist, vorzüglich gelöst. BR.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XVIII.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

BÜTTNER (Rostock): Quellen und Wege der puerperalen Infektion.

Da die bakteriologische Bearbeitung des Puerperalfiebers grundlegende Fragen unbeantwortet läßt, so ist es gerechtfertigt, wieder mehr auf klinischem und statistischem Wege nach neuen Gesichtspunkten zu suchen. Die Erfahrungen an der SCHATZSCHEN Klinik in Rostock im Verein mit dem Studium des Puerperalfiebers im ganzen Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin machen es wahrscheinlich, daß die tödlichen Kindbettfieberfälle wohl stets auf eine septische Quelle zurückzuführen sind. Dieser Schluß liegt nahe, weil es bei genügender Aufmerksamkeit auch in Fällen anscheinend reiner Selbstinfektion sehr oft gelingt, den septischen Ursprungsherd zu entdecken. Sehr lehrreich in dieser Beziehung war eine Kindbettfieberepidemie der Rostocker Klinik im Jahre 1895, die 3 Mütter und 3 Kinder tötete. Der Ursprung dieser Epidemie war anfangs völlig dunkel, aber mit immer größerer Klarheit stellte es sich heraus, daß sie ihren Ausgang von einer gleichzeitigen Anginaepidemie unter den Schülerinnen und Schwangeren genommen hatte. Das wurde besonders deutlich dadurch, daß eine Person einige Tage vor der Geburt an Angina erkrankt, 6 Tage vor und während des Partus völlig unberührt, an Streptokokkenperitonitis starb, und zwar ganz kurz nach der Geburt. Der Charakter der Anginaepidemie selbst, die im Laufe von etwa 3 Monaten den vierten bis dritten Teil sämtlicher Anstaltsinsassen befallen hatte, war recht schwer — in zwei Fällen ging von den Tonsillen ein Erysipel aus, das zur Nase heraus über das Gesicht und den Körper wanderte.

Diese Erfahrung macht es notwendig, auch in der allgemeinen Praxis viel mehr als bisher auf ähnliche Infektionsquellen in der Umgebung der Kreißenden zu achten, denn ohne Zweifel wiederholt sich die Geschichte solcher Epidemien auch in der Praxis nicht selten, wenn auch in kleinerem Umfange. — In der Rostocker Klinik, wo ein großer Teil der Hebammen des Landes nach einem Fieberfall desinfiziert wird, sind schon seit Jahren bei dieser Gelegenheit genaue Erhebungen über den möglichen Ursprung der Infektion gemacht worden. Hierüber wird in folgendem referiert. An der Hand einer Tabelle bespricht der Vortr. die Mortalität an Kindbettfieber im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin aus den Jahren 1887—1897. Es starben an Puerperalfieber 465 Frauen = 2.33‰ (berechnet auf Geborene, nicht auf Geburten) mit größter Jahresschwankung von 4.13‰ und 0.99‰

Von sämtlichen Todesfällen waren sekundär, d. h. direkt übertragen von einem früheren Kindbettfieberfall, 73 Fälle = 15·7%, die anderen 84·3% waren entweder erste Fälle einer Epidemie oder — und zwar viel häufiger — überhaupt isolierte Fälle. Von diesem 84·3%, die als Primärfälle bezeichnet werden, sind aber $\frac{2}{5}$ ärztlich entbunden worden (158 von 392); bei den übrigen 234 Primärfällen mußte der Infektionsweg am wenigsten kompliziert sein, da nur Hebamme und Kreißende selbst oder ihre Umgebung in Betracht kamen. Für etwa den zehnten Teil dieser Fälle werden Momente namhaft gemacht, die die Infektionsquelle darstellen konnten. Unter ihnen spielt auch die Angina im Hause der Kreißenden oder der Hebamme keine geringe Rolle. Zum Schluß betont der Vortr. die Notwendigkeit einer Mitarbeit der praktischen Ärzte; nur durch genaue Berücksichtigung auch der Umgebung der Kreißenden und ebenso der Hebamme wird es möglich sein, die Primärfälle besser kennen zu lernen.

Vortr. selbst schätzt die Gefahr einer Kreißenden in verdächtiger Umgebung so hoch, daß er nur völlige Abstinenz von inneren Eingriffen auch bei eigener keimfreier Hand oder strengste objektive Antisepsis für richtig hält.

A. WAGNER: Puerperale Infektion bei Meerschweinchen.

WAGNER beobachtete hintereinander zahlreiche Todesfälle im Verlaufe kurzer Zeit bei Meerschweinchen, kurz vor oder nach dem Wurf. Die Erkrankungen fielen in die Frühjahrs- und Herbstmonate. Es handelte sich um puerperale Infektionen, Uterus, Herz und innere Organe zeigten die für dieselben charakteristischen Symptome, so z. B. pyämische Metastasen. Teils waren septikämische, teils pyämische Prozesse nachweisbar. Stets fanden sich Streptokokken in den verschiedenen Organen. Die verschiedenen Streptokokkenstämme zeigten jedoch kein einheitliches Verhalten. Durch Übertragung der gefundenen Streptokokken in den Fruchtsack gesunder Meerschweinchen entstanden dieselben pyämischen Erkrankungen. Es läßt sich also auf experimentellem Wege jetzt manche Frage lösen, welche sich bei Menschen nicht prüfen läßt, so z. B. die Frage der Autoinfektion. In der Scheide hochträglicher Meerschweinchen ließen sich fast stets — ohne daß sie krank sind — Streptokokken nachweisen. Durch Übertragung dieser in den Fruchthälter gesunder Tiere entstand keine Erkrankung außer einer geringen Temperatursteigerung. Kontrollversuche bei denselben Tieren mit Stämmen von bei anderen hochträglichen Meerschweinchen gewonnenen Streptokokken ergaben dasselbe Resultat. Die Streptokokken, welche sich gewöhnlich in der Scheide der Meerschweinchen finden, sind wahrscheinlich harmlose Saprophyten. Aus dem Vorkommen der Streptokokken in der Scheide läßt sich daher ebensowenig bei Meerschweinchen wie bei Menschen auf eine Autoinfektion schließen.

Ahlfeld weist auf die Wichtigkeit der BÜTTNERschen Statistik hin, da gerade in Mecklenburg, dank der Mühewaltung von Scharz, eine sehr genaue Kontrolle der Hebammen stattfindet. Dasselbe ist bei der sächsischen Statistik der Fall. Auch diese zeigt eine wesentliche Abnahme der Puerperalerkrankungen und besonders sind es die sekundären Todesfälle, d. h. diejenigen, welche durch Übertragung eines Puerperalfiebers von einer anderen Puerperalerkrankung entstehen. Man dürfe aber nicht, weil eine Frau einen Konjunktivkatarth, ein Ekzem etc. hat, ohneweiters dieses als Ursache für die Puerperalerkrankung annehmen. Eine Infektion durch die Hand läßt sich sicher vermeiden, auch ohne Handschuhe. Die puerperalen Erkrankungen treten in Anstalten stets nur bei schweren operativen Entbindungen oder bei langdauernden Geburten ein, also in Fällen, in denen die Geburt von den verantwortlichen Personen selbst geleitet wurden, während bei leichten Fällen, welche als Lebrmaterial dienen, keine Puerperalfieber in der AHLFELDSchen Klinik beobachtet wurden. Gerade die Erkrankungen bei Meerschweinchen sprechen durchaus für die Lehre der Autoinfektion, d. h. für eine Wanderung der Keime von außen nach innen. Bei allen langdauernden Geburten entsteht auch ohne innere Untersuchung Fieber, auch ohne unser Zutun gelangen also diese Keime in den Uterus.

Fellner berichtet über einen Fall, in dem im Anschluß an einen Rheumatismus ohne Untersuchung post abortum die Kranke an akuter Sepsis zugrunde ging.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung der Sektion für Kinderheilkunde vom 18. Februar 1904.

W. ROSENBERG demonstriert mehrere Exemplare von *Taenia cucumerina*, welche er bei einem Kinde durch Extr. filicis maris (in Dosen von 1g mit Syr. menthae) abgetrieben hat. Die Tänie ist 15—25 mm lang, der Kopf trägt ein rüsselförmiges Rostellum und ca.

60 Haken in 3 Reihen angeordnet. Zwischenwirte der Tänie sind der Hund und die Katze.

D. RIETHER demonstriert 6 Neugeborene mit Klavikularfrakturen; von den Kindern sind 2 in Steißlage unter Manualhilfe, 4 in Kopflage spontan geboren. Die Fraktur entsteht durch Anpressen der vorn stehenden Schulter an die Symphyse, aber auch die hinten gelegene Klavikula kann gebrochen werden. Die Frakturen heilen gewöhnlich gut aus, in frischen Fällen wird der typische Verband angelegt.

W. KNÖPFELMACHER stellt ein 13jähr. Mädchen mit Zwergwuchs infolge schwerer Rachitis vor. Das Mädchen ist 84 cm hoch und zeigt: Kyphoskoliose, Verkrümmungen der Extremitätenknochen, Verdickung des Unterkiefers, federnde Beschaffenheit der Knochen, Hemmung in den Ellbogen- und Kniegelenken infolge Wucherungsprozessen an den Gelenkskörpern. Im Röntgenbilde zeigen sich zahlreiche Infraktionen und Kalkarmut der Knochen. Das Kind hat mit 18 Monaten gehen gelernt und den Gang im Alter von 3 Jahren verlernt. Seither ist die Rachitis kontinuierlich fortgeschritten.

M. KASSOWITZ erwähnt drei analoge Fälle. Bemerkenswert sei, daß bei Rachitischen die Oberschenkel so gebogen sind, daß ihre Konkavität sich der Bauchrundung anpaßt. In solchen schweren Fällen erwies sich die Phosphortherapie als wirksam.

K. ZUPPINGER stellt ein 10jähr. Mädchen mit Athetose nach Hemiplegie vor. Das Kind macht mit den Fingern, Vorderarmen und Zehen langsame, typische, athetotische Bewegungen, welche vorübergehend von tonischem Krampf abgelöst werden. Die Krankheit besteht seit 4 Jahren und ist wahrscheinlich auf Polioencephalitis zurückzuführen, doch ist ein früheres Bestehen derselben nicht eruierbar.

W. ROSENBERG macht darauf aufmerksam, daß bei Athetose die fallene Extremität im Laufe der Zeit in allen ihren Teilen atrophisch wird.

N. SWOBODA demonstriert 2 Kinder mit Trommelschlägelfingern bei einer Lungenaffektion. Diese Deformität stellt sich bei Kindern oft überraschend schnell bei Herzfehlern, bei Lungenprozessen und auch bei schwerer Rachitis ein, wenn diese infolge von Thoraxdeformität zu Zirkulationsstörungen führt. Vortr. demonstriert das anatomische Präparat eines derartigen schwer rachitischen Thorax.

A. LEDERER stellt ein Mädchen vor, welches im linken Kniegelenk durch Kontraktion des Biceps cruris und der Wadenmuskulatur eine Subluxation im Kniegelenk willkürlich erzeugen kann. Das Gelenk zeigt außer Schaffheit der Gelenksbänder keine Abnormität.

F. LUTHLEN demonstriert einen 5jähr. Knaben mit einem eigentümlichen Exanthem nach Masern. Der Körper ist mit Ausnahme des Kopfes von hirsekorngroßen, gelblich-rötlichen Knötchen bedeckt, welche ein feines Schüppchen tragen oder eine Delle zeigen und sich aus Bläschen entwickelt haben. Das Exanthem ist nach Masern aufgetreten und besteht schon mehrere Monate.

K. SCHICK führt ein 12jähr. Mädchen mit tuberkulösen Geschwüren der Tonsillen vor. Dasselbe erkrankte vor 5 Tagen plötzlich unter Fieber und Halsschmerzen, an den Tonsillen fand sich ein Belag und die Haut an den unteren Extremitäten schuppte sich lamellos ab. Im Anfange dachte man an Scharlach, bis die genauere Untersuchung ergab, daß es sich um tuberkulöse Ulzerationen der Tonsillen und um Lungentuberkulose handelte.

Diskussion zum Vortrage von Dr. HAMBURGER: Biologisches zur Säuglingsernährung.

S. SCHLICHTER weist darauf hin, daß manche Kinder bei Kuhmilch gut gedeihen, während dies bei Muttermilch nicht der Fall ist, was gegen die Ausführungen des Vortr. spreche.

E. DITTORE bemerkt, daß nach seinen Untersuchungen bei Säuglingen nach Einnahme von Muttermilch keine Verdauungsenkozytose auftritt, dagegen ist sie nach dem Genuß von Kuhmilch vorhanden. Dieselbe scheint also eine Reaktion des kindlichen Organismus auf die Einführung von artfremdem Eiweiß zu bilden. Die Verdauungsarbeit muß bei der Assimilation von Kuhmilch größer sein, als bei derjenigen von Menschenmilchkasein. Die biologische Untersuchung ergibt demnach einen neuen Beweis für die Unersetzlichkeit der Frauenmilch für den Säugling.

Th. ESCHERICH meint, daß die Ausführungen HAMBURGERs von allgemeinem biologischem Interesse sind, indem sie gezeigt haben, daß die Umwandlung von artfremdem Eiweiß in Körpereiwweiß im Darm und nicht, wie man bisher vielfach sich vorstellte, in den Körpergeweben vor sich geht.

M. KASSOWITZ bemerkte, man solle die bakteriologischen Verhältnisse nicht außer acht lassen. Die Schwierigkeiten der Assimilation sind größer bei Kuhmilch und ebenso die bakteriellen Verhältnisse schlechter, als bei der artigenen und bakterienfrei aus der Brustdrüse kommenden Muttermilch.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

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

Sitzung vom 26. Februar 1904.

G. ALEXANDER stellt einen Fall von Fazialislähmung vor, bei welchem eine Pflropfung des Fazialis auf den Hypoglossus vorgenommen worden ist. Die Fazialislähmung war links vor 5 Jahren im Anschlusse an Ohreiterung aufgetreten, der weiche Gaumen war nicht gelähmt. Die Operation bestand in der Freilegung des Hypoglossus vor dem Digastrikus, Durchtrennung des Fazialis unter dem Foramen stylomastoideum und Annäherung des peripheren Stückes an den intakten Hypoglossus. Durch einige Zeit nach der Operation klagte Pat. über Schwebbeweglichkeit der Zunge. Die Fazialislähmung hat sich bisher noch nicht gebessert; die Nachbehandlung besteht in Massage und Faradisation.

F. PENDL demonstriert Zeichnungen eines von ihm operierten Falles von Volvulus des Magens. Ein 62jähriger Mann bekam nach einer reichen Mahlzeit plötzlich Symptome von Darmokklusion. Bei der Operation fand man die Därme leer, den enorm geblähten Magen mit der großen Krümmung nach oben umgeschlagen und hinter dem Rippenbogen in der Zwerchfellkuppe eingeklemmt. Der Magen wurde nach Entleerung seiner Gase durch Punktion reponiert. Der Volvulus dürfte dadurch entstanden sein, daß das durch Gas geblähte, mit einem langen Mesokolon versehene Quercolon die große Krümmung in die Zwerchfellkuppe hob.

J. WEINLECHNER stellt einen Mann vor, bei welchem er eine Hernia epigastrica und eine rechtsseitige Varikokele operativ behandelt hat. Es wurde die Bruchpforte der walnußgroßen, in der Linea alba oberhalb des Nabels liegenden Hernie vernäht und ein 3 cm langes Stück einer erweiterten Vene des Samenstranges reseziert.

R. GRÜNFELD erstattet eine vorläufige Mitteilung über eine Methode zur direkten Aufsuchung von Fremdkörpern unter Röntgenbeleuchtung. Die Operation findet auf einem von G. HOLZKNECHT und J. ROBINSON konstruierten Tische statt, unter dessen Platte die Röntgenröhre verschieblich angebracht ist. Man kann so je nach Bedarf entweder unter Röntgenbeleuchtung oder bei Tageslicht operieren.

R. Gersuny bemerkt, daß man unter Röntgenbeleuchtung eine mit einer Farblösung gefüllte Pravazspritze bis zum Fremdkörper einstecken und durch Injektion der farbigen Lösung während des Zurückziehens der Spritze den Weg für die Operation vorzeichnen könnte.

FR. V. FRIEDLÄNDER: Über Tuberkulose der Diaphysen langer Röhrenknochen.

Vortr. hat im Wilhelminenspital unter 152 Fällen von Knochentuberkulose 15 Fälle von rein primärer, nicht von der Umgebung fortgeleiteter Tuberkulose der Diaphysen beobachtet. Dieselbe tritt in drei Formen auf: 1. Diffuse progressive käsige Infiltration (KÖNIG). Diese geht fast immer mit offener Eiterung einher und bei ihr tritt, wahrscheinlich unter dem Einflusse der Mischinfektion, welche nach der Fistelbildung zustandekommt, eine sehr reiche periostale Hyperostose auf, während die Corticalis und überhaupt die Diaphyse atrophiert. Der Osteophyt schmilzt dann von innen ein, so daß der Knochen eine Höhle enthält. Parallel der Hyperostose geht Nekrose des Schaffes einher, ohne daß eine scharfe Grenze zwischen gesundem und kranken Knochen nachweisbar wäre. Die Nekrose erfolgt rasch. Diese Form der Karies kommt nur bei verlorenen Fällen vor. 2. Zentrale käsige Infiltration ohne Fistelbildung. Bei derselben kommt es zu einer ausgedehnten Sequestrierung des Knochens, welche auch eine innere Sklerosierung zur Folge hat, die den Herd von der gesunden Markhöhle abkapselt. Selbst wenn der Sequester schon mobil ist, fehlt noch oft die Bildung von Fisteln; haben sich solche schließlich etabliert, so stehen ihre Größe und Zahl in keinem Verhältnis zu dem oft sehr großen Sequester und auch die Sekretion ist gering, wenn es gelingt, eine Mischinfektion zu verhüten. 3. Bildung zentraler Granulations- resp. Abszeßherde. Bei dieser mit Sequesterbildung, Sklerosierung, Bildung und zentraler Zerstörung von Osteophyten einhergehenden Veränderung ist die Apposition des Knochens viel geringer als die Destruktion, weshalb es zur Bildung großer Höhlen kommt. Die Dauer der Krankheit ist meist eine lange, die Herde können spontan ausheilen oder sogar latent bleiben. Hinsichtlich der Diagnose sind Heredität, sonstige tuberkulöse Erkrankungen, ferner Multiplizität, Beschaffenheit und Sekretion der Fisteln zu beachten. Bei solitären Herden soll operativ vorgegangen werden, bedingungsweise ist bei solchen multiplen Herden zu operieren, deren Inangriffnahme Heilung verspricht. Ferner muß ein Herd dann eröffnet werden, wenn sein Durchbruch in ein Gelenk droht. In vielen Fällen ist vom Vortr. zur Ausfüllung der Höhlen die Mosevigsche Knochenplombe angewendet worden, ein Verfahren, das ihm sehr gute Erfolge geliefert hat.

Notizen.

Wien, 27. Februar 1904.

(Universitätsnachrichten.) Der Gynäkologe Geh.-Med.-Rat GUSSEROW in Berlin beabsichtigt, am 1. April d. J. sein Lehramt aufzugeben. — Der bekannte Pathologe Prof. Dr. EDWIN KLEBS hat vor wenigen Tagen seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Am 29. Februar wird in Bonn ein Denkmal des verstorbenen Direktors der dortigen chirurgischen Klinik MAX SCHEDE enthüllt werden. — Prof. Dr. A. HOCHÉ ist an Stelle ZIEHENS als Direktor der psychiatrischen Klinik nach Halle berufen worden. — Der Privatdozent Dr. SIEGERT in Straßburg ist zum Extraordinarius für Kinderheilkunde ernannt worden.

(Personalien.) Prof. Dr. LIEBREICH in Berlin ist vom Zentralverbande österreichischer Balneologen zum Ehrenmitgliede ernannt worden. — Prof. Dr. A. SIEMERLING in Kiel hat die Herausgabe des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten übernommen. — Prof. Dr. FEHLING ist zum Ehrenmitgliede der italienischen Gesellschaft für Gynäkologie ernannt worden. — Der praktische Arzt Dr. MARCEL LAUTERBACH in Wien hat den montenegrinischen Daniloorden erhalten.

(Statistik des Medizinstudiums.) Die Zahl der Medizinstudierenden an den deutschen Universitäten beträgt im laufenden Wintersemester 6072 gegen 7796 im Wintersemester 1894/95. Es ist also eine Abnahme um 22% eingetreten. Einige Universitäten sind an dieser Abnahme ganz besonders beteiligt, z. B. Würzburg 735 gegen 422, ferner Leipzig 727 (945), Greifswald 381 (156), München 1125 (912), Berlin 1220 (1193). Die Gesamtzahl der deutschen Mediziner betrug in den letzten zehn Wintersemestern 7796, 7796, 7806, 7968, 7947, 7548, 7131, 6872, 6398, 6072.

(Ärztelkammer für Kärnten.) Die bisherigen Versuche der Landesregierung für Kärnten, die Konstituierung der neugewählten Ärztekammer zu bewirken, sind erfolglos geblieben. Der zweimaligen Aufforderung des ehemaligen Kammerpräsidenten, zur Vorstandssitzung zu erscheinen, hat einmal kein einziges, das zweitemal nur ein Kammervorstandsmitglied Folge geleistet. Eine Sanierung der unhaltbaren Zustände dürfte nunmehr wohl wieder nur von Neuwahlen zu erwarten sein.

(Der Verein „Säuglingsschutz“), dessen Gründung vor wenigen Tagen erfolgt ist, beabsichtigt die Errichtung von Säuglingsabteilungen, und zwar zunächst im St. Anna-Kinderspitale. Dort soll auch eine Schule zur Heranbildung von Kinderwärterinnen, sowie ein öffentlicher Unterrichtskurs in Säuglings- und Kinderpflege etabliert werden. Ein weiteres Ziel des neuen Vereines ist die Gründung von Milchverteilungsanstalten, in welchen Mütter, die nicht in der Lage sind, sich eine zuverlässige Kindermilch für ihren Säugling zu verschaffen, die Nahrung in richtiger Form und Quantität unentgeltlich oder gegen geringe Bezahlung erhalten werden.

(Kongresse und Gesellschaften.) Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hält am 6. März d. J. in Berlin eine Mitgliederversammlung ab. Auf der Tagesordnung steht u. a. ein Referat NEISSERS über Abänderung des Fürsorgegesetzes. — Der I. französische Kongreß für Klimatherapie und Schulhygiene wird unter dem Präsidium von CHANTEMESSE vom 4.—9. April in Paris tagen. — Der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus in Berlin veranstaltet vom 5.—9. April Kurse zum Studium des Alkoholismus. Es werden u. a. folgende Vorträge stattfinden: GRAWITZ (Charlottenburg): „Einwirkung des Alkohols auf Körper und Geist“; ASCHAFFENBURG (Halle): „Alkohol und Verbrechen“; GROTHAHN (Berlin): „Alkohol und Volkswirtschaft“. — Die Tuberkulosekonferenz der Mitglieder des internationalen Bureaus zur Bekämpfung der Tuberkulose findet vom 27.—29. Mai in Kopenhagen statt.

(Statistik.) Vom 14. bis inklusive 20. Februar 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7830 Personen behandelt. Hiervon wurden 1591 entlassen, 180 sind gestorben (8.5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereil als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, ägypt.

Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 154, Scharlach 27, Masern 378, Keuchhusten 72, Rotlauf 33, Wochenbettfieber 4, Röteln 6, Mumps 101, Influenza 3, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 615 Personen gestorben (— 40 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. HUGO v. BRAUN im 41. Lebensjahre; in Osnabrück der frühere Chefarzt des dortigen Stadtkrankenhauses Geh. San.-Rat Dr. THÖLE im 78. Lebensjahre; in Stuttgart der Vorstand der württembergischen Medizinalkollegiums Dr. KARL VON KOCH; in Freiburg Professor Doktor EMMINGHAUS im Alter von 58 Jahren; in Hamburg Dr. EMIL AHTING als Opfer seines Berufes, im jugendlichen Alter von 26 Jahren; in München Dr. ALFRED STERNFELD, einer der hervorragendsten Vertreter der Zahnheilkunde, im 46. Lebensjahre; in Nancy der bekannte Psychiater und Neurologe Dr. AMBROISE AUGUST LIÉBEAULT, 81 Jahre alt.

Die Pariser „Academie de Médecine“ hat Herrn Catillon, Apotheker in Paris, für seine Arbeiten über Strophantus und das Strophantin den Nativelle-Preis zuerkannt. — Catillon hat nämlich zuerst aus den Samen verschiedener Strophantusarten einen kristallisierten Körper, das Strophantin, gewonnen, der das wirksame Prinzip dieser Samen darstellt; er hat zudem die physiologischen und pharmakologischen Eigenschaften dieses Körpers studiert und die mannigfachen therapeutischen Anwendungsformen desselben beschrieben.

Benesol, ein neues Lokalanästhetikum. Das von Dr. BENEDIKTO in Madrid unter dem Namen Benesol¹⁾ in den Handel gebrachte, wie Kokain zu gebrauchende Anästhetikum ist von außerordentlicher betäubender Wirkung, ruft keine Vergiftungserscheinungen hervor und hat sich in kurzer Zeit bei vielen Zahnärzten und in der Praxis bei kleinen Operationen Eingang verschafft.

Die „Zeitschrift für Stomatologie“ schreibt in ihrem Januarheft 1904 hierüber:

„Außerordentlich zufrieden ist VIERTHALER mit dem Benesol.

Die Technik der Einspritzung unterscheidet sich in keiner Weise von der beim Kokain geübten. Es genügt meistens zirka ein Drittel einer ein grammigen Spritze, also 3—4 Teilstriche, um ein- bis zwei nebeneinanderstehende Zähne oder Wurzelreste schmerzlos zu entfernen. Die Einspritzung selbst ist nicht schmerzhafter als die Einspritzung von Kokain. Sofort nach der Einspritzung bemerkt man im Bereiche der eingedrungenen Flüssigkeit die auch für Kokain charakteristische anämische Zone, welche jedoch recht bald wieder verschwindet. Der Angabe nach soll die Extraktion zirka fünf Minuten nach der Einspritzung erfolgen, woraufhin der Eingriff schmerzlos vor sich geht. Bemerkenswert ist, daß die Anästhesie von relativ langer Dauer ist. VIERTHALER kann über einen Fall berichten, wo er nach einer höchst ungünstigen Fraktur der Zahnkrone eines Prämolaren die im Kiefer stecken gebliebene Wurzel operativ entfernen konnte, ohne daß er genötigt gewesen wäre, die Injektion zu wiederholen. Die Operationsdauer betrug damals über 20 Minuten.

Üble Zufälle, und zwar insbesondere Vergiftungserscheinungen, habe er nie beobachtet.

Wenn man den Effekt der Benesolinjektion und die Indikation zu derselben in Kürze zusammenfaßt, so müsse man sagen, daß dieselbe bei allen jenen Zahn- und Wurzelextraktionen anzuwenden sein wird, die voraussichtlich glatt und ohne Komplikationen vor sich gehen werden; und dies wegen der tatsächlich vorzüglichen anästhesierenden Wirkung des Mittels.

Das Benesol besteht aus Eukain β , Kokainsaccharat, Phenol, Menthol, Eukalyptol und Amylnitrit, in sterilem, destilliertem Wasser gelöst. Der Hauptkoeffizient scheint Eukain β zu sein. Das Phenol, Menthol und Eukalyptol scheinen nur antiseptische und antifermentative Wirkung zu haben. Dem Amylnitrit scheint eine antidotische Wirkung zugeordnet zu sein.

Es ist wahrscheinlich, daß der jedenfalls außerordentlich geringe Amylnitritzusatz im Benesol eine höhere Konzentration des Eukain gestattet, wodurch vielleicht die rein anästhesierende Komponente desselben vermehrt und der ungleich gefährlichere Gefäßkrampf paralytisch wird.

Dr. WUNSCHHEIM bestätigt die Beobachtungen Dr. VIERTHALERS bezüglich des Benesols und hält dasselbe für eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes. Üble Zufälle kann er ebenfalls nicht vermelden. Dr. ORNSTEIN berichtet über die Versuche, die mit Benesol auf der Poliklinik gemacht worden sind, und zwar alle mit sehr gutem Erfolge. ORNSTEIN glaubt die lange Dauer (in einem Falle über 1 Stunde) der Benesolwirkung besonders hervorheben zu müssen. Jedoch habe er immer nur kleine Mengen, nie bis zu einer ganzen Spritze injiziert.

¹⁾ Zu beziehen durch das Dental-Depot Ph. Kornitzer, Wien, I., Graben 11.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. H. Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes. I. Abt. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg. — M. 6.—
 A. Celli, Manuale dell'Igienista. Vol. I und II. Roma-Milano 1904, Soc. editrice Dante Alighieri.
 E. Landesmann, Die Therapie an den Wiener Kliniken. 7. Auflage. Herausgegeben von Dr. OTTO MARBURG. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K 8.40.
 M. Thiemich, Die Entscheidung der Stillfähigkeit. Breslau 1904, Preuß und Jünger.
 C. Bruno-Schürmayer, Grundzüge der Röntgen-Technik. Leipzig 1904, Hackmeister und Thal. — M. 2.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 29. Februar 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

1. Prim. Doz. Dr. OTTO ZUCKERKANDL: Über Nierensteinoperationen und Nierensteine (Demonstration).
2. Dr. ERNST URBANTSCHITSCH: Otogene Senkungsabszesse.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 3. März 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. — II. Diskussion zum Vortrage Dr. HAMBURGERS: Biologisches zur Säuglingsernährung (Schlußwort). — III. Dr. SPERK: Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main** über „Albargin“ und Kleeweins „Adler-Apotheke“ in **Krems a. d. D.** über „Pil: aperientes“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Bei Frauenkrankheiten

Bäder und Irrigationen

mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Unübertroffener Erfolg.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes

bestimmt der Arzt.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.



WIESBADENER KOCHBRUNNEN-QUELLSALZ

Wichtig für die tägliche Praxis!

Von tausenden Ärzten als „ideal“ anerkannt bei Catarrhen des Rachens u. der Nase, der Athmungs- u. Verdauungsorgane, zu Inhalationen, Gurgelungen, Spülungen etc. Reines Naturprodukt. Herstellung unter Controlle d. städt. Kurdirektion Wiesbaden. Literatur u. Proben gratis. — Brunnen-Contor Wiesbaden.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme.

Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitälern Ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos. Telephone 7967. * **THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9.** * Telephone 7967.

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 Redaktion 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 3spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER, Privatdozent für Chirurgie. I. — Über rheumatische Muskelatrophie im Gefolge von Gelenkrheumatismus und deren Behandlung. Von Dr. ALEXANDER PÄRTOS, Kurarzt in Herkulesbad. — **Referate.** HACKENBRUCH (Wiesbaden): Zur Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpflanzung. — TREUTLEIN (Würzburg): Über das Fehlen von Zylindern im Urin von Nephritikern. — GERMANUS FLATAU (Kiel): Exophthalmus und Hirndruck. — PELNAR (Prag): Geistesstörungen bei körperlichen Krankheiten. — A. LIWANOFF (St. Petersburg): Zur Frage über die Wirkung der chronischen Alkoholvergiftung auf die Entwicklung des Organismus und des Gehirns. — FLÜGGER (Breslau): Zur Bekämpfung der Tuberkulose. — L. BRUNS (Hannover): Über die Verschiedenheit der Prognose der Plexus- und Nervenstammlähmungen der oberen Extremität. — IMPENS (Elberfeld): Pharmakologisches über ein neues Schlafmittel, das Isopral. — D. ORECHOW: Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Bierhefe bei Farunkulose. — CAZIOT (Paris): Latente Skarlatina. — COSTE (Straßburg): Zur Therapie der Gastroptose. — **Kleine Mitteilungen.** Zur Behandlung der beginnenden zerebralen Arteriosklerose. — Fersan. — Nasenobturator zur Stillung von Nasenblutungen. — Ernährung mit Pegnimilch. — Eigenschaften des Glycerinum officinale. — Psoriasis-therapie. — Lygosin-Chinin. — Behandlung der Sommerdiarrhöen der Kinder. — Medikation bei Kardialgie. — **Literarische Anzeigen.** Enzyklopädie der gesamten Chirurgie. Herausgegeben von Prof. Dr. THEODOR KOCHER in Bern in Verbindung mit Dr. F. DE QUERVAIN in Le-Chaux-de-Fonds. — Psychiatrie für Ärzte und Studierende. Bearbeitet von Prof. TH. ZIEHN. — Das Kind im ersten Lebensjahr. Von Sanitätärat Th. GEORGE, dirig. Arzt des Elisabeth-Kinder-Hospitals zu Berlin. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel, 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XIX. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — Neue Literatur. — **Eingesendet.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung.

Von Primararzt Dr. Julius Schnitzler, Privatdozent für Chirurgie.*)

I.

Unter den zahlreichen Krankheiten, welche durch ihre Häufigkeit ebenso wohl als durch ihre eventuellen lebensbedrohenden Konsequenzen seit jeher das höchste Interesse der Ärzte beanspruchen mußten, gehören die Hernien zu derjenigen Gruppe, welche durch beständige theoretische Durchforschung sowie durch stetes Fortschreiten ihrer therapeutischen Bekämpfung an Aktualität nie verlieren. Den direkten Anlaß jedoch, das alte Thema von den Hernien wieder einmal vor einem Hörerkreis praktischer Ärzte aufzurollen, gab eine im ablaufenden Wintersemester in rascher Aufeinanderfolge an meiner Spitalsabteilung zur Aufnahme gelangte kleine Reihe von inkarzerierten Hernien, die, trotzdem sie von Anfang an in ärztlicher Behandlung gestanden waren, im Zustande der Darmgangrän und allgemeinen Peritonitis in das Krankenbaus geschickt wurden. Diese (4) Fälle, die trotz der gleich nach der Aufnahme ausgeführten Operation nicht mehr gerettet werden konnten, und von denen 3 aus Wien, einer aus der Nähe von Wien stammten, ließen keinen Zweifel darüber bestehen, daß die Behandlung inkarzerierter Hernien selbst in der Großstadt

nicht immer nach richtigen Prinzipien geleitet wird, und daß es daher nicht überflüssig sein kann, jene herniologischen Fragen hier zu besprechen, die für den praktischen Arzt von weittragender Bedeutung sind.

Zunächst gestatten Sie mir, Ihnen durch einige Zahlen die große Häufigkeit des Bruchleidens in Erinnerung zu rufen. Wir verdanken BERGER in Paris die letzte größere statistische Bearbeitung dieser Frage und ich entnehme ihr folgende Zahlen:

Es kommen auf 1000 im gleichen Lebensalter befindliche Personen im 1. Lebensjahre über 19 Bruchkranke, im 1. bis 4. Jahre 4, im 5. bis 9. Jahre 2 Bruchkranke. Die Zahl nimmt dann weiter ab, um im 20. bis 24. Lebensjahre mit 0·88 auf 1000 ihr Minimum zu erreichen. Nun folgt wieder eine Zunahme (30. bis 34. Lebensjahr 2, 35. bis 40. Lebensjahr 3 auf 1000), bis mit der Zeit zwischen 70. und 74. Lebensjahr, in welchem sich unter 1000 Lebenden 24 Bruchkranke finden, das Maximum erreicht ist.

Die wichtigste Tatsache, die sich aus diesen Zahlen ergibt, ist die große Häufigkeit angeborener Hernien, und zwar in allererster Linie der Leistenhernien bei Knaben, eine Tatsache, die ja auch speziell für die Beurteilung der Hernien als eventuelle Unfallsfolge von weittragender Bedeutung ist. Man hat in früherer Zeit nur jene Leistenbrüche als angeboren betrachtet, welche einen offen gebliebenen Processus vaginalis aufwiesen. Die enorme Zahl von Radikoperationen freier Hernien, welche jetzt von Chirurgen der ganzen Welt ausgeführt werden, haben jedoch eine Reihe neuerer Kriterien für den kongenitalen Ursprung einer Leistenhernie an den Tag gefördert. Es seien hier nur als mehr oder weniger zuverlässige derartige Zeichen die fächerförmige

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doktorenkollegiums am 8. Februar 1904.

Ausbreitung der Gebilde des Samenstranges, das gleichzeitige Vorhandensein einer Hydrocele funiculi spermatici und endlich das Bestehen eines präperitonealen Lipoms angeführt. Verwendet man alle derartigen Symptome, um einen Leistenbruch als angeboren zu erkennen, so gelangt man, wie GOLDNER, der eine vortreffliche Arbeit hierüber aus ALBERTS Klinik geliefert hat, zu dem Resultat, daß 55%, also mehr als die Hälfte der Leistenbrüche, angeboren sind. Hierunter müssen wir verstehen, daß ein Bruchsack, also eine peritoneale Vorstülpung, vorgebildet ist und mehr oder weniger weit in den Leistenkanal hineinreicht.

Nicht minder wichtig ist aber vielleicht jene Disposition zur Hernienbildung, welche in der Schwäche der die hintere Wand des Leistenkanales bildenden Muskelschichte besteht, resp. in einem nicht weit genug medial herabreichenden Ansatz dieser Muskelschichte an das Leistenband. Ich habe hierauf schon vor Jahren in einer noch aus meiner Assistentenzeit bei ALBERT stammenden Arbeit hingewiesen und kurz darauf hat KOCHER die Wichtigkeit dieser Verhältnisse gleichfalls betont.

Ich bin auf diese Frage hier in aller Kürze deswegen eingegangen, weil sie für die Beurteilung der Hernien als Unfallfolgen eine Rolle spielt und weil hier auch der praktische Arzt oft genug in die Lage kommt, ein Urteil abgeben zu müssen. Sie wissen, m. H., wie oft ein Bruchkranker die Behauptung aufstellt, seine Hernie sei Folge schwerer Arbeit im allgemeinen oder einer ganz ungewöhnlichen, einmaligen Anstrengung, resp. eines Betriebsunfalles. Nur ganz summarisch sei dieser Punkt hier besprochen. Daß körperliche Anstrengung bestimmter Art, speziell häufige und lange dauernde Inanspruchnahme der Bauchpresse das Entstehen einer Hernie fördern muß, ist klar, wird aber niemals den Träger der Hernie berechnen, eine Unfallrente zu beanspruchen. Tritt aber bei einer einmaligen, besonders heftigen und plötzlichen Anstrengung ein angeblich vorher nie bestandener Bruch aus, so müssen eine ganze Reihe von Kriterien herangezogen werden, um zu entscheiden, ob tatsächlich einer jener seltenen Fälle vorliegt, in denen mit Recht von einem Unfallbruch gesprochen werden darf. Es ist nicht überflüssig, zu betonen, daß zunächst festgestellt werden muß, ob überhaupt eine Hernie vorliegt. Hat doch HÄGLER die interessante Mitteilung gemacht, daß nicht weniger als 15% der sogenannten Unfallbrüche sich bei der genauen Untersuchung als Bubonen, Hydrokelen, Epididymitiden etc. herausgestellt haben! Soll eine Hernie als Unfallfolge anerkannt werden, so muß sie der jetzt herrschenden Lehre nach klein und irreponibel sein. Findet man dann noch gelegentlich der Operation kleine Blutungen oder Einrisse entsprechend der Bruchpforte, so wird man die traumatische Entstehung der Hernie kaum bezweifeln dürfen. Ich glaube aber auch, daß die Inkarceration einer schon länger bestehenden Hernie, wenn die Irreponibilität und Schmerzhaftigkeit sich unmittelbar an ein Trauma (im weitesten Sinne des Wortes) angeschlossen haben, in ursächlichen Zusammenhang mit diesem Trauma gebracht werden kann oder muß, und daß der Arzt hier den humanen Tendenzen der Unfallgesetzgebung entgegenkommen darf. Auch GRASER betont, daß, wenn auch das plötzliche Entstehen einer Leistenhernie — und um diese Bruchform handelt es sich ja zumeist bei der Unfallfrage — theoretisch unwahrscheinlich und praktisch nicht erwiesen sei, so doch die plötzliche Vergrößerung eines in Entwicklung begriffenen Leistenbruches sehr möglich und eventuell als Unfallfolge zu betrachten sei.

Zweifellos können an atypischen Stellen sitzende Hernien durch ein an dieser Stelle direkt einwirkendes Trauma zustande kommen. Ich selbst konnte an meiner Abteilung vor zirka 2 Jahren einen interessanten Fall beobachten. Es handelte sich um einen 24jährigen, sehr kräftigen Arbeiter, den eine schwere Eisenstange über der Mitte des rechten Leistenbandes getroffen hatte. Als der Verletzte sich gleich darauf

entkleidete, fand er an der Stelle der Gewalteinwirkung eine faustgroße, empfindliche Geschwulst. Bei der Spitalsaufnahme war diese Geschwulst als tympanitisch klingend und reponibel konstaterbar. Bei der Untersuchung fühlt der die Haut einstülpende Finger einen länglichen Schlitz in der Bauchwand. Die Radikaloperation zeigt die Bauchdecken mit Ausnahme der Haut und oberflächlichen Faszie zerrissen; auch das Peritoneum war eingerissen — daher kann der Fall nicht als echte Hernie bezeichnet werden — und Netz und Darm liegen, die geschilderte Geschwulst bildend, unter der oberflächlichen Faszie. Etagnenah führte zur Heilung. Der hier skizzierte Fall ist wegen der gleichzeitigen Peritonealverletzung keine typische Hernie und es hätte ja wahrscheinlich das unverletzte Peritoneum zunächst keinen so großen Tumor vortreten lassen. Doch konnte ich mich gelegentlich der Operation davon überzeugen, daß die Verschieblichkeit des Bauchfells das sofortige Entstehen einer kleinen Hernie gewiß nicht verhindert hätte und daß auch bei unverletztem Peritoneum zumindest die Einklemmung einer Darmwand möglich gewesen wäre. Mit Rücksicht darauf, daß unser Verletzter allen Unannehmlichkeiten und Gefahren eines Trägers einer echten Hernie ausgesetzt gewesen wäre, wenn er nicht durch die sofortige Operation davor bewahrt worden wäre, ist er für die Unfallfrage einem Manne mit traumatischer Hernie gleichzustellen.

Nur nebenbei sei bemerkt, daß in Rußland junge Männer häufig durch mechanische Dilatation des Leistenkanales artefizielle Hernien bei sich erzeugen, um dem Militärdienst zu entgehen. Diese Hernien sind an dem Vorhandensein atypischer Lücken in der Obliquusfaszie, Bildung narbiger Stränge und an den Spuren, welche das häufig wiederholte Trauma an der Haut zurückläßt, zu erkennen. Der Anlaß zu solchen Selbstbeschädigungen fällt in Frankreich und Rumänien weg, da in diesen Ländern der Besitz einer Hernie nicht dienstuntauglich macht.

Wenden wir uns nun zu den Beschwerden und Gefahren, welche eine Hernie für ihren Träger mit sich bringt, so muß zunächst hervorgehoben werden, daß erstens oft genug eine Hernie vom Lebensbeginn bis zum Tode getragen werden kann, ohne daß sie jemals irgendwelche Störungen hervorruft, daß ferner keine Proportion zwischen Größe einer Hernie und Beschwerden besteht, und daß es endlich mitunter bei Vorhandensein einer Hernie und gleichzeitigem Bestehen von gastrointestinalen oder neuralgischen Beschwerden nicht so leicht ist, zu unterscheiden, ob die Hernie die Ursache dieser Beschwerden ist. Oft genug ist allerdings eine Hernie nicht Ursache somatischer, sondern psychischer Beschwerden und der Wunsch, trotz Fehlens jeder körperlichen Störung von dem „Schönheitsfehler“ befreit zu werden, ist ein häufiger und gewiß hinreichender Grund zur Ausführung der Radikaloperation. Die durch Hernien hervorgerufenen Störungen sind in seltenen Fällen Neuralgien, welche durch Druck oder Zerrung provoziert weithin ausstrahlen können. So sah ich einen zirka 60jährigen Mann, bei welchem neben einer, übrigens reponiblen linksseitigen Kruralhernie eine Neuralgie des N. cutaneus femor. ext. bestand. Der Zusammenhang war anatomisch schwer definierbar. Als aber der Patient alle antineuralgischen Heilmethoden vergeblich durchprobiert hatte und schließlich die Radikaloperation seiner Hernie vorgenommen wurde, zeigte sich an dem Erfolge — dauerndes Verschwinden der Neuralgie nach der Hernienoperation —, daß die Neuralgie doch eine Folge der Hernie gewesen sein müsse.

Die häufigsten Störungen infolge von Hernien sind Koliken, Dyspepsien, Obstipation etc., und eine Reihe von Internisten hat sich in den letzten Jahren mit diesem praktisch wichtigen Gegenstande eingehend beschäftigt (SCHÜTZ, KUTTNER u. a.).

Verwertbare Zahlenangaben über die Häufigkeit gastrointestinaler Störungen bei Hernien verdanken wir wieder

BERGER. Wir können annehmen, daß 2% der Bruchkranken an von der Hernie abhängigen Magendarmbeschwerden leiden. Doch ist das Verhältnis bei den verschiedenen Bruchformen ein sehr verschiedenes. So leidet beispielsweise die Mehrzahl der mit epigastrischen Hernien behafteten Kranken an Magenbeschwerden. Aber auch kleine Kruralhernien verursachen relativ häufiger als die Leistenhernien Magendarmbeschwerden. Allerdings muß dabei in Betracht gezogen werden, daß diese Kruralhernien sich häufiger beim weiblichen Geschlecht, Leistenhernien viel häufiger bei Männern finden, was für die subjektiven Symptome gewiß nicht bedeutungslos ist. Die durch die epigastrischen Hernien hervorgerufenen Beschwerden beanspruchen aber besonderes Interesse. Hier wurden nämlich äußerst häufig Klagen mitgeteilt, die zunächst an ein Ulcus ventriculi oder an eine Cholelithiasis denken lassen müssen. Da nun die diesen Beschwerden im speziellen Falle zugrunde liegende epigastrische Hernie zumeist sehr klein ist, so daß sie nicht „von selbst“ bemerkt wird, so ergibt sich die Regel, in derartigen Fällen immer direkt nach einem epigastrischen Bruch zu suchen und die Gegend zwischen Schwertfortsatz und Nabel in Rückenlage wie im Sitzen genau zu untersuchen, wenn man nicht vielmehr den richtigen Grundsatz verfolgt, bei Klagen, die sich auf den Intestinaltrakt beziehen, stets alle Bruchgegenden genau zu untersuchen. Man wird oft durch die Entdeckung einer kleinen Hernie dem Kranken eine unnütze diätische Kur oder eine Karlsbader Reise ersparen können. Ich habe eine ganze Reihe kleiner epigastrischer Hernien gesehen, welche zu recht schweren Krankheitserscheinungen und zu hochgradiger Abmagerung geführt hatten, so daß oft genug der Verdacht auf eine Stenose im Magendarmtrakt oder auf ein Karzinom nahelag. Es sei gleich hier hervorgehoben, daß gerade zur Behandlung dieser epigastrischen Hernien die Radikaloperation den lästigen und oft genug versagenden Bandagen vorzuziehen ist.

Von weit höherer Dignität als die hier kurz skizzierten, mehr oder weniger leicht zu überwindenden Beschwerden, welche eine Hernie nach sich ziehen kann, sind die Gefahren, welche dem Träger einer solchen drohen und die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Inkarzeration bildet den Maßstab für die objektive Indikationsstellung zur Radikaloperation. Gestatten Sie mir, Ihnen auch diesbezüglich einige Zahlen aus BERGERS mehrfach zitierter Statistik mitzuteilen. Unter 1000 Bruchkranken sind es 33, welche üblen Zufällen (Irreponibilität, Hernioperitonitis, Inkarzeration) nicht entgehen. Nach derselben Statistik sind dabei die weiblichen Personen im üblen Sinne bevorzugt, indem hier 58% solcher böser Zufälle 25% bei Männern gegenüberstehen. Dies hängt damit zusammen, daß die Frauen häufiger an Schenkelhernien leiden, die Männer zumeist an Leistenhernien, und daß eben die Schenkelhernien relativ viel öfter inkarziert werden, als die Leistenhernien. BERGER hebt übrigens selbst hervor, daß die von ihm gefundenen Zahlen hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Es fehlen erstens die Wiederholungen der Inkarzeration, die ja nicht so selten sind und es fehlen zweitens die an den Komplikationen Gestorbenen, da ja BERGERS Statistik an 10.000 lebenden Bruchkranken gewonnen worden ist. Unter den 331 von Komplikationen Betroffenen hatten 91 wiederholte Zufälle überstanden. Wenn man die Mortalität infolge von Hernien auf 3% der Bruchkranken schätzt, so ist dies eher zu gering veranschlagt. Auch hier stehen die Schenkelhernien in erster Reihe, denen dann Nabel- und Bauchwandhernien und dann die Leistenhernien folgen. Die relativ so seltene Hernia obturatoria gibt übrigens auch verhältnismäßig häufig zu Inkarzationen Anlaß, die eine umso schlechtere Prognose bieten, als die Diagnose dieser Bruchart keine so leichte und naheliegende ist.

Ich habe diese statistischen Angaben über die später noch eingehender zu erörternden Komplikationen hier vor-

ausgeschickt, weil sie uns ja die Basis für die Indikationsstellung zur Behandlung, speziell zur operativen Behandlung der Brüche liefern müssen. Zunächst sei hier darauf hingewiesen, daß körperliche Bewegung im allgemeinen und auch mancher Sport den Bruchkranken nicht abträglich ist, wie man früher meinte. CHAMPIONNIÈRE u. a. empfehlen beispielsweise bei beginnender Leistenhernie das Radfahren und nehmen an, daß die Kräftigung der Bauchmuskulatur einen besseren Verschluss des Leistenkanals herbeiführen müsse. Auch ich muß nach meiner diesbezüglichen Erfahrung sagen, daß eine mit Bewegung verbundene, kräftigende Lebensweise für den Hernienträger im allgemeinen vorzuziehen ist, wenn auch andererseits zugestanden werden muß, daß jede plötzliche hochgradige Wirkung der Bauchpresse unter Umständen eine Inkarzeration provozieren kann. Da liegt nun gleich die Frage nahe, ob diese Komplikation nicht durch das Tragen eines Bruchbandes vermieden werden kann und tatsächlich richten ja unsere Kranken oft genug die Frage an uns, ob sie bei konsequentem Tragen eines guten Bruchbandes nicht wie Gesunde leben könnten. Aber die Erfahrungen alter und moderner Chirurgen stimmen in dem Punkte überein, daß das Tragen eines Bruchbandes keinen Schutz gegen das Eintreten einer Inkarzeration gewährt. Es ist ja auch selbstverständlich, daß ein Bruchband, dessen Federkraft so stark wäre, daß unter allen Umständen das Vortreten einer Hernie verhindert würde, nicht dauernd ertragen werden könnte. Andererseits muß aber zugegeben werden, daß ein gut sitzendes Bruchband zumeist die Hernie zurückhält. Damit ein Bruchband gut sitzt, muß es aber nicht nur passend gemacht werden, sondern auch richtig angelegt sein und wir Chirurgen können leider davon berichten, daß beide Postulate oft genug unerfüllt bleiben. Vor allem gibt es Körperformen und Bruchlokalisationen, die dem Bandagisten fast unlösbare Probleme stellen, so daß die Pelotte immer wieder abrutscht oder die Bruchpforte nicht gleichzeitig an allen Punkten fest deckt. Dann aber ist zum Anlegen eines Bruchbandes ein Maß an Intelligenz erforderlich, das leider nicht allen Hernienbesitzern gleichzeitig mit ihrem Defekt beschieden worden ist. Wie oft ist es ganz unmöglich, dem Kranken ein Urteil darüber zuzumuten, ob seine Hernie reponiert ist oder nicht, wie oft erscheint in unserer Ambulanz ein Patient mit einem auf dem Leistenkanal liegenden Bruchband und einer unter der Pelotte ins Skrotum herabsteigenden Hernie. Und wenn wir dann noch — nicht so selten — erfahren, daß ein Bandagist einem mit einer irreponiblen Hernie behafteten Kranken ohne Bedenken ein Bruchband liefert und anlegt, das unter diesen Verhältnissen nur schaden, nicht nützen kann, dann müssen wir sagen, daß die Bruchbandbehandlung nicht zu den einfachsten Problemen der ärztlichen Praxis gehört. Es liegt nicht in meiner Absicht, hier in Details bezüglich der einzelnen Bruchbänder einzugehen; nur prinzipielle Punkte seien berührt. Bei reponiblen Hernien kann natürlich, möge es sich um Leisten-, Schenkel- oder Nabelbrüche handeln, ein Bruchband gewöhnlicher Art getragen werden; nur muß, wie erwähnt, dem Kranken die Art der Anlegung, speziell die Kontrolle der erfolgten kompletten Reposition eingeschärft werden. Bei irreponiblen Schenkel- oder kleinen Leistenbrüchen kann unter Umständen ein Bruchband mit konkaver Pelotte getragen werden. Irreponible Skrotalhernien können nur durch ein Suspensorium geschützt werden. Irreponible kleine Nabel- und Ventralhernien können ebenfalls durch eine konkave Pelotte geschützt werden. Größere irreponible Nabel-(Ventral-)Hernien vertragen nur eine weiche Bauchbinde. Gerade bei diesen Formen sind übrigens Komplikationen durch keine Art von Bandagen zu verhüten.

Wenn Sie nun hören, was ich ja hier nur in äußerster Kürze andeuten konnte, daß das Tragen von Bruchbändern auf gewisse Bruchformen beschränkt bleiben muß, daß die Anfertigung und Anlegung nichts weniger als einfach, daß der dadurch

gebotene Schutz vor Komplikationen ein recht unsicherer ist, so werden Sie begreifen, daß der moderne Chirurg die Radikaloperation der Hernien in erster Reihe stellt und daß nur die Kontraindikationen gegen diese Operation die Indikationen für die Verordnung der Bracherien bilden. Wir werden die Radikaloperation natürlich nicht unbedingt empfehlen, wenn wir annehmen können, daß eine spontane Heilung der Hernie zu erwarten ist. Daß bei kleinen Kindern unter Bandagenbehandlung resp. Prothesen völlige Ausheilung angeborener Brüche eintreten kann, ist altbekannt. Bei der angeborenen Nabelhernie ersetzen wir jetzt zweckmäßigerweise den alten Heftpflasterverband durch die von ESCHERICH zu diesem Behufe herangezogene Paraffininjektion nach GERSUNY. Beim Leistenbruch der Säuglinge bedient man sich entweder eines französischen Bruchbandes oder man wendet ein aus Baumwollsträhnen durch eigentümliche Verknotung zu improvisierendes Bruchband an, das ebenso billig als zweckentsprechend ist und das, wie alle zum Zwecke der Ausheilung verordneten Bracherien, Tag und Nacht un- ausgesetzt getragen werden muß. Doch sei hervorgehoben, daß, wenn auch vollständige Heilung angeborener Leistenbrüche durch konsequentes Tragen von Bandagen noch jenseits des 7. Lebensjahres beobachtet werden kann, dies doch nur bei engem Bruchkanal zu erwarten ist. Da ferner gerade bei kleinen Kindern das dauernde Tragen von Bruchbändern mit vielen Unannehmlichkeiten (Verunreinigung, Ekzem etc.) verbunden ist, da die häufige Komplikation mit Kryptorchismus in vielen Fällen die Anwendung eines Bandes unmöglich macht oder kontraindiziert, da endlich die das Bruchband tragenden kleinen Knaben doch in ihrer freien körperlichen Entfaltung gehindert sind, so mehrt sich die Zahl der Chirurgen, welche auch bei kleinen Kindern und Säuglingen die Radikaloperation in erster Linie empfehlen. Sind doch die Gefahren dieser Operation bei kleinen Kindern nicht größer als bei Erwachsenen, und die so gefürchtete Sekundärinfektion der Wunde durch Urin etc. durch die vollständige Wundnaht, sowie einen zweckmäßigen Verband zu verhindern.

Ganz anders steht es mit der Frage der Radikaloperation bei älteren Leuten, d. h. Individuen jenseits des 50. Lebensjahres. Hier muß der Habitus des Einzelnen genau in Betracht gezogen, Herz und Urin gründlicher noch als sonst untersucht werden, ehe man sich zur Radikaloperation entschließt. Sehr dicken Leuten, Emphysematikern, Individuen mit Fettherz etc. wird man selbstverständlich keine Radikaloperation mehr zumuten; ist aber ein Patient zwischen 50 und 60 Jahren sonst gesund, nicht zu dick, kein Alkoholiker, belästigt ihn sein Bruch oder sein Bracherium sehr, so wird man ihm, wenn er es in Kenntnis der Sachlage wünscht, die Radikaloperation nicht verweigern, wenn auch die Prognose naturgemäß etwas schlechter ist als bei Leuten im mittleren Lebensalter. Im allgemeinen fallen aber wohl alte und dicke Leute der Bruchbandbehandlung zu und werden nur bei Eintritt einer Komplikation operiert werden.

Sie sehen, daß ich der Radikaloperation der Hernien ein sehr großes Feld einräume, da ich weder Greise noch Säuglinge unbedingt ausschließe und für das mittlere Lebensalter jede andere Behandlung der freien Hernie bei sonst gesunden Menschen für verfehlt halte. Handelt es sich aber gar um angewachsene irreponible Hernien, so ist ja die Indikation zur Radikaloperation noch ersichtlicher.

Ich kann mich auf eine persönliche Erfahrung an weit über 500 Radikaloperationen stützen. Sie betreffen Individuen vom 4. Lebensmonat bis zum 65. Lebensjahr. Unter diesen von mir selbst operierten Fällen ist nur einer im Anschluß an die Operation gestorben, und zwar durch die nach der Operation einsetzende Verschlimmerung einer tuberkulösen Lungenerkrankung, die nach der Operation keine manifesten Symptome gemacht und daher die Ausführung der Operation nicht ver-

hindert hatte. Wir besitzen aber Statistiken über viel größere Reihen von Radikaloperationen, und nur auf der Basis dieser großen Zahlen können wir uns über die Berechtigung einer so weitgehenden Indikationsstellung zur Radikaloperation einigen. POTT hat aus der Literatur 23.519 Radikaloperationen mit 212 (0.9%) Todesfällen gesammelt. Bei Greisen betrug die Mortalität 3.4%, bei Kindern 1.2%. Sondern man aber die Statistik nach Jahren, so zeigt sich in den letzten 7—8 Jahren eine beständige Besserung der Resultate, so daß jetzt die Mortalität der Radikaloperation höchstens 0.5% betragen dürfte. Betreffs der Todesursachen sollte POTT fest, daß in zirka 30% der Todesfälle Wundinfektionen, eben so oft Pneumonien und in zirka 8% Intoxikationen (Chloroform, Sublimat, Jodoform) anzuschuldigen sind. Außerdem kommen Darmkomplikationen (Wegsamkeitsstörungen), Nachblutungen und Embolien in Betracht. Es ist ersichtlich, daß ein Teil dieser gefährlichen, resp. letalen Komplikationen unserer Einflußnahme entrückt ist, vor allem die Embolien und dann auch die Pneumonie. Über letztere möchte ich einige Bemerkungen machen. Bekanntlich hat GUSSENBAUER die embolische Entstehung mancher Pneumonien nach Darmoperationen hervorgehoben und es liegt nahe, diesen Mechanismus zu akzeptieren, wenn Thrombosen im Operationsgebiet vorliegen oder zahlreiche Ligaturen erforderlich sind etc. Es ist nun von manchen Autoren auch für die nach der einfachen Radikaloperation von Hernien nicht so selten eintretenden Pneumonien der embolische Ursprung als der fast allein in Betracht kommende erklärt worden, was mir nicht richtig erscheint. Nur die mehrere Tage post operationem und unter Infarkterscheinungen einsetzenden Pneumonien möchte ich für diese Auffassung in Anspruch nehmen. Hingegen können die in den ersten 12 bis 48 Stunden nach der Operation schon in Erscheinung tretenden Pneumonien wohl nicht gut embolischer Natur sein. Ich hatte zweimal Gelegenheit, 10 resp. 24 Stunden nach der Radikaloperation von Leistenhernien (Operation nach BASSINI, ohne Netzligaturen) akutest einsetzende Pneumonien zu beobachten. Jedesmal war die Expektoration sofort ungewöhnlich reichlich und das Sputum enorm reich an typischen Kapseldiplokokken. Beide Fälle genasen, der eine, nachdem die Pneumonie beiderseits alle Lappen durchwandert hatte. Hier kann man doch nun annehmen, daß die Narkose (sie war beidemal mit Chloroform ausgeführt worden) den stets in den Luftwegen befindlichen Pneumokokken günstige Bedingungen zur Vermehrung gegeben hat und ich möchte glauben, daß wohl ein großer Teil der nach unkomplizierten Radikaloperationen in den allerersten Tagen auftretenden Pneumonien zwanglos auf diese Art zu erklären ist.

Auf Grund der früher angeführten Zahlen kann man wohl die Radikaloperationen, und zwar will ich zunächst nur von den Leistenhernien sprechen, als recht ungefährlich bezeichnen. Eine Operation, die $\frac{1}{2}\%$ Mortalität liefert und aus einem Invaliden — denn das ist nun einmal ein Bruchkranker — einen gesunden Menschen macht, verdient wohl die weitestgehende Indikationsstellung, wenn auch die Dauerresultate gute sind. Das trifft nun für das meist geübte BASSINISCHE Verfahren unbedingt zu. Selbst bei strengster Berechnung schwanken die Rezidiven nur zwischen 6 bis 8%; meine persönlichen Erfahrungen stimmen mit diesen Resultaten überein. Übrigens ist die Kontrolle dadurch erleichtert, daß mindestens 80% der Rezidiven schon im Verlaufe des ersten Jahres nach der Operation eintreten. Dies zeigt übrigens, daß diesen Rezidiven wahrscheinlich oft kleine technische Fehler in der Ausführung der Operation zugrunde liegen und daß das Prinzip der BASSINISCHEN Operation ein durchaus richtiges ist. Wie ich schon bei einem früheren Anlaß hervorgehoben habe, sind übrigens die Rezidiven nach BASSINI-Operationen keine echten Leistenhernien, sondern vielmehr Bauchwandhernien und zumeist sehr leicht zu beseitigen.

Das Prinzip der Radikaloperation nach BASSINI ist Ihnen ja wohl bekannt und ich möchte nur einige Punkte betreffs der Ausführung dieser Operation hervorheben.

Im Gegensatz zur Herniotomie inkarzierter Brüche, die wir ja auch bei sonst schwer kranken Menschen vornehmen müssen, unternehmen wir die Radikaloperation freier Brüche doch nur bei sonst gesunden Leuten und ich sehe daher keinen Anlaß, bei diesem Eingriff auf die Wohltaten der allgemeinen Narkose zu verzichten. Ich habe daher nur in ganz vereinzelt Fällen, auf speziellen Wunsch der Kranken unter SCHLEICHScher Lokalanästhesie operiert, sonst immer in Chloroform- oder Chloroformäther-Narkose, bei Erwachsenen stets nach vorausgeschickter Morphiuminjektion. Bei Leistenhernien halte ich mich stets an das Prinzip der BASSINISchen Radikaloperation, d. h. exakte Naht der hinteren Leistenkanalwand nach Spaltung der Aponeurose des Obliquus externus und erfolgter Isolierung und Unterbindung des Bruchsackes. Ob dann der Samenstrang streng nach BASSINI zwischen Externusaponeurose und hintere Muskelnaht verlegt wird oder ob er nach der Operation präperitoneal oder subkutan verläuft, hat für das Wesen der Operation und daher auch für den Dauererfolg meiner Ansicht nach gar keine Bedeutung. Ebenso ist es für den Endeffekt gleichgültig, ob der Bruchsack extirpiert oder — nach erfolgter Trennung vom Bruchsackhals — ob er an Ort und Stelle belassen und nach Art eines Hydrokelensackes (Tamponade oder Umdrehung) behandelt wird. Wenn die Auslösung schwierig ist (eine Schwierigkeit, die übrigens hier nur im umgekehrten Verhältnis zur Übung des Operateurs steht), so ist es jedenfalls einfacher und schonender, den peripheren Teil an Ort und Stelle zu lassen und in der eben angedeuteten Weise zu versorgen. Ich wiederhole übrigens hier meinen schon vor 6 Jahren¹⁾ ausgesprochenen Rat, bei irgendwie erschwerter Isolierung des Bruchsackes vom Samenstrang, den Bruchsack sofort zu eröffnen und die Ablösung der Serosa von innen her durchzuführen, was stets außerordentlich leicht gelingt. Ebenso wiederhole ich meinen auch schon damals ausgesprochenen Rat, das Auspräparieren und Verziehen des Peritonealtrichters über die epigastrischen Gefäße hinaus zu unterlassen. Daß dieses übertriebene hohe Abbinden des Peritoneums ganz überflüssig ist, habe ich schon in meiner oben zitierten Arbeit auseinandergesetzt — kann doch ein kleiner Peritonealüberschuß, wenn nur die Muskelnaht entsprechend angelegt ist, keine Hernie ermöglichen — und daß durch das extreme Vorziehen des Bruchsackhalses und des umgebenden Gewebes die bei den Radikaloperationen nicht so seltenen Blasenverletzungen in erster Linie begünstigt werden, unterliegt wohl keinem Zweifel. Sind es doch zumeist artefizielle, d. h. eben durch das übertriebene Vorziehen der Gewebe erzeugte, mit Unrecht so genannte „Blasenhernien“, deren Verletzungen gelegentlich der Radikaloperation in immer steigender Zahl berichtet werden. Wenn ich und die unter meiner Leitung operierenden Ärzte keine solchen Blasenhernien gesehen und niemals eine Blasenverletzung gelegentlich einer BASSINI-Operation zu beklagen gehabt haben, so verdanken wir dies gewiß nur der Einhaltung des eben auseinandergesetzten Prinzipes.

Neben den Blasenverletzungen, die ja doch nicht allzu häufig passieren und die zweifellos vermeidbar sind, sind es vor allem die Nahteiterungen, die eine stete Quelle der Klage aller Operateure und leider auch von mehr als 10% aller Operierten bilden. Sie sind eine Folge des Umstandes, daß bei der Spannung, unter welcher die tiefen Nähte bei der Radikaloperation zumeist stehen, das Gewebe geschädigt und stellenweise zur Nekrose gebracht wird, so daß die fast stets mit dem Nahtmaterial in die Wunde gebrachten spärlichen Eitermikroorganismen günstige Gelegenheit zur Entfaltung ihrer unerwünschten Fähigkeiten erhalten. Der Wechsel in der Art

des Nahtmaterials hat keine wesentliche Änderung in der Häufigkeit dieser Eiterungen gebracht; die Verwendung der Zwirnhandschuhe hat wohl eine Verringerung der Zahl dieser Eiterungen, doch kein völliges Verschwinden derselben mit sich gebracht. Interessant ist, daß diese Nahteiterungen gar nicht selten erst nach Wochen, Monaten, ja selbst nach Jahren auftreten und zeigen, daß unter der „per primam“ zustande gekommenen Narbe Mikroorganismen geschlummert haben, die nun bei irgend einem, oft gar nicht präzisierbaren Anlaß störende Lebenszeichen geben. So sah ich einmal vier Jahre nach einer reaktionslos verlaufenen Radikaloperation eine derartige Nahteiterung auftreten. Sie setzte im Anschluß an eine akute Gonorrhöe ein, war aber — wie auch die bakteriologische Untersuchung erwies — nicht etwa als metastatischer gonorrhöischer Prozeß zu deuten, sondern gewiß nur unter dem Einfluß des veränderten Allgemeinbefindens aus einem latenten Prozeß ein manifester geworden.

Da nun gar kein Nahtmaterial zu finden war, bei dessen Verwendung in der Tiefe Eiterungen vorher ausblieben, wurden zunächst Methoden ersonnen, um alle tiefen Nähte nach erfolgter Heilung entfernen zu können. Alle diese Methoden sind aber so kompliziert, daß sie keine allgemeine Verbreitung gefunden haben und ebenso hat die von einigen Autoren vorgeschlagene Verwendung von aus dem Bruchsacke gewonnenen Gewebstreifen zur Muskelnaht keinen Eingang in die Praxis gefunden. Die meisten Chirurgen verwenden Seiden- oder Metall- (Silber- oder Aluminiumbronze-) Nähte für die tiefe Schichte und nehmen eine Reihe von Eiterungen als unvermeidliches Übel mit in den Kauf.

Bei dieser Gelegenheit seien die auch auf Grund infizierter Seidenfäden nach mit Netzresektion verbundenen Bruchoperationen nicht so selten zu beobachtenden entzündlichen Netzgeschwülste erwähnt. Schon vor Jahren habe ich über mehrere derartige Beobachtungen berichtet und seither noch mehrmals eine derartige postoperative Epiploitis zu sehen Gelegenheit gehabt. Es entsteht in solchen Fällen wenige Wochen oder aber auch Monate nach der Operation ein intraabdominaler Tumor, mitunter fast symptomlos, mitunter allerdings unter mehr oder weniger stürmischen Symptomen. Temperatursteigerungen begleiten meistens die Entstehung der stets druckempfindlichen Geschwulst. In der großen Mehrzahl der Fälle bildet sich der epiploische Tumor unter Ruhe, Dunstumschlägen etc. allmählich zurück; seltener entsteht ein Abszeß, der eröffnet werden muß oder auch unter günstigen Umständen in den Darm durchbrechen kann. In vereinzelt Fällen sind auch Darmstenosen in Konsequenz einer Epiploitis beobachtet worden und ich selbst war einmal genötigt, in einem derartigen Falle eine Enteroanastomose auszuführen, welche von Heilung samt Verschwinden des Netztumors gefolgt war.

Über

rheumatische Muskelatrophie im Gefolge von Gelenkrheumatismus und deren Behandlung.

Von **Dr. Alexander Pártos**, Kurarzt in Herkulesbad.

Treten den Bedingungen physiologischer Muskeltätigkeit Hindernisse irgend welcher Art entgegen, so wird die Funktion der Muskeln zeitweilig gestört, oder wenn sie dauernd sind, auch gänzlich aufgehoben, wodurch Störungen entstehen, die sich unter anderem in Schwäche und Atrophie derselben äußern können. Solche Hindernisse können, durch pathologische Prozesse zustande gekommen, die Muskeln direkt oder indirekt in ihrer Tätigkeit beeinträchtigen und schädigen.

Wenn ein Muskel oder ganze Muskelgruppen in ihrer physiologischen Funktion durch die genannten Prozesse direkt

¹⁾ „Wiener klin. Rundschau“, 1898, 1—3.

geschädigt oder beeinträchtigt werden, so wird dies zur Folge haben, daß sie, indem sie durch Untätigkeit eine gewisse Unterernährung erleiden oder durch jene dazu verurteilt werden, in erster Linie ihren Tonus einbüßen, dann, wenn noch Störungen anderer Art hinzutreten, degenerieren, bzw. atrophieren. Parallel mit der Abnahme der Funktion geht ihre Schwäche und Atrophie. Je länger die Funktion eines Muskels eingeschränkt oder aufgehoben bleibt, desto intensiver entwickelt sich die Atrophie desselben und umso länger hält sie an. Und umgekehrt: werden für den geschwächten und atrophischen Muskel die Ernährungs- und Funktionsbedingungen gebessert und Hindernisse, die eine Restitutio ad integrum hintanhaltend, beseitigt, so tritt früher oder später wieder normales Verhalten ein.

Die Ursachen, welche einen Muskel zur Atrophie führen können, sind verschieden. Wir wollen uns hier kurz mit denjenigen befassen, die im Gefolge von Gelenkrheumatismus solche bewirken. Bei dieser täglich zu beobachtenden Krankheit treten unmittelbar an das akute Stadium sich anschließende kürzer oder länger andauernde, mehr oder weniger intensive Muskelatrophien in erster Linie der in unmittelbarer Nähe der affizierten Gelenke sich befindenden Muskeln oder Muskelgruppen auf. Wie es dazu kommt und worin sie sich äußern, wollen wir kurz erläutern:

Der akute Gelenkrheumatismus setzt gewöhnlich mit heftigem Schüttelfrost und hoher Temperatur ein, worauf sich auch recht bald Schmerzhaftigkeit in einzelnen, in der Regel erst in größeren Gelenken einstellt, um dann schubweise hintereinander mehrere oder auch (seltener) alle Gelenke zu befallen oder einzelne überspringend sich in gewissen für längere Zeit festzusetzen. Zu dieser Schmerzhaftigkeit gesellt sich alsbald zunehmende entzündliche Schwellung der befallenen Gelenke mit mehr weniger reichlicher Exsudation in dieselben (flockige, trübe, zuweilen eiterige) und Ödem der dieselben umfassenden Weichteile. Was das Wesen der Krankheit betrifft, so ist es ja derzeit über alle Zweifel erhaben, daß wir es mit einer Infektionskrankheit zu tun haben, über deren spezifischen Erreger jedoch noch nicht volle Klarheit herrscht. In jüngster Zeit hat F. MEYER angegeben, einen eigenartigen Kokkus, „Streptokokkus-Diplokokkus“, gefunden und gezüchtet zu haben. Es sei ihm auch gelungen, durch Übertragung desselben auf Tiere und Menschen ein der Polyarthritidis rheumatica ähnliches Krankheitsbild zu erzeugen. Aber auch dieser Entdeckung tritt man noch sehr skeptisch entgegen und muß noch die sichere Feststellung eines spezifischen Erregers abwarten; denn es wird von verschiedenen Seiten auch die Möglichkeit verfochten, daß noch andere Erreger bei der Entstehung der Krankheit mitwirken. Wie dem auch sei, so scheinen die Krankheitserreger in erster Linie besondere Dispositionen zur Entwicklung ihrer verheerenden Tätigkeit in den Gelenken zu finden, wo sie sich zuerst ansiedeln, um von hier aus den ganzen Verlauf des Krankheitsprozesses zu beherrschen.

Kommt es nun während des akuten Prozesses zu den oben angeführten Veränderungen um und in den Gelenken, bei welchen auch die Synovialmembran, Gelenkknorpel und selbst Gelenkknöchelkrankhaft beteiligt sind, so trachten die Patienten, die Gelenke in eine für sie am wenigsten unangenehme, d. h. möglichst schmerzlose Mittelstellung zu bringen, gewöhnlich leichte Beugstellung. Aber nicht allein die Schmerzhaftigkeit in den pathologisch veränderten Gelenken zwingt sie dazu, sondern auch die Exsudation in dieselben und die schmerzhaften, entzündliche ödematöse Schwellung der sie bedeckenden Weichteile. Je stärker die Exsudation und Schwellung ist, umso größer ist die Beugstellung der affizierten Gelenke. Und da, wie wir sehen, sich an die Schmerzhaftigkeit der Gelenke bald eine Schwellung derselben anschließt, an der die ganze Umgebung beteiligt ist, so können wir behaupten, daß der Prozeß per continuitatem auch die um das Gelenk gelegenen Muskeln in Mit-

leidenschaft zieht; dadurch kommt es neben der Arthritis zu einer Myositis, welcher neben der Inaktivität und den vermutlichen gemeinschaftlichen trophischen Beziehungen zwischen Muskel und Gelenk, die in der Rekonvaleszenz am auffälligsten sich äußernde Muskelschwäche resp. Muskelatrophie zuzuschreiben ist.

Wir glauben, daß diese Mitbeteiligung der Muskeln in einer regionär stationären Wirkung der Infektionserreger, d. h. in einer schädlichen Einwirkung der Toxine auf die beteiligten Muskeln und deren Nerven zu suchen ist. Wenn auch eine Inaktivität der Gelenke und der ihr benachbarten Muskeln aus anderen Gründen zu einer Schwäche und Atrophie derselben führen wird, so kann es unserer Ansicht nach niemals durch sie allein so rasch und in so hohem Grade zu solchen kommen, wie wir sie in so kurzer Zeit beim Gelenkrheumatismus entstehen und länger persistieren sehen. Daß wir die Muskeln beim Gelenkrheumatismus als durch dieselben Krankheitsgifte affiziert betrachten, darauf führt uns das so oft kombinierte Vorkommen von Gelenks- und Muskelrheumatismus und auch der oftmalige Übergang von einer Form in die andere. Wir müssen annehmen, daß durch das Krankheitsgift die Muskelsubstanz als solche oder auch die peripheren motorischen Nervenfasern der am Krankheitsprozeß beteiligten Muskeln geschädigt werden, daß diese Schädigung im Vereine mit der gestörten Blutzirkulation und Säftestörung dem gestörten Chemismus, in den Muskeln zur Herabsetzung des Tonus, zur Schwäche und Atrophie derselben führt. Es scheint uns, wie gesagt, daß in erster Linie toxische Einflüsse die Muskelschwäche und Atrophie hervorrufen und erst in zweiter Linie die Inaktivität der Gelenke, welche in der übermäßigen Schmerzhaftigkeit, den pathologischen Veränderungen in denselben und deren Umgebung ihre Begründung findet. Daß auch die letztgenannte Ausschaltung physiologischer Muskel-tätigkeit allein zu Schwäche und Atrophie derselben führen kann, zeigen uns alltägliche Erfahrungen, wie z. B. nach Knochenbrüchen, lange liegende Verbände usw. Ebenso kennen wir auch toxische Einflüsse, die nach gewissen Krankheiten Muskelschwächen und Lähmungen hervorrufen, wie z. B. das Diphtheriegift u. a.

Diese und ähnliche Beispiele zeigen uns, daß sowohl durch mechanische als auch toxische Einflüsse (Muskelschwäche und Muskelatrophie) eintreten können. Am meisten macht es auf uns den Eindruck, als wenn der Prozeß beim Gelenkrheumatismus vom Gelenk auf die Muskeln übergreifen würde und wir es, wie gesagt, hauptsächlich mit dem Resultate einer toxischen Wirkung zu tun hätten.

Daß beim Gelenkrheumatismus in erster Linie die den befallenen Gelenken zunächst gelegenen Muskelgruppen von der Atrophie ergriffen werden, sehen wir ganz deutlich, wenn der Prozeß sich nur auf ein großes Gelenk beschränkt oder von einem auf das andere überspringend sich ausbreitet. Wir können beobachten, daß der Patient, selbst wenn der Prozeß in einem Gelenke zurückgeht, während er im anderen voll entwickelt ist, das erstere nicht nur wegen des noch nicht ganz abgelaufenen Entzündungsprozesses und der Schmerzhaftigkeit, sondern zugleich wegen der rasch sich entwickelnden und deutlich sicht- und fühlbaren Atrophie der betroffenen Muskeln nicht aktiv gebrauchen kann. Denn selbst wenn das akute Stadium ganz abgelaufen ist, ist das Gelenk mit seinen schwachen und atrophischen Muskeln noch für längere Zeit zur Inaktivität verurteilt.

Auffallen wird es, daß beim Gelenkrheumatismus nicht alle Muskeln in der Umgebung der erkrankten Gelenke in gleichmäßig starkem Grade davon befallen werden, sondern an einzelnen mehr als an anderen. Dies mag seine Begründung darin finden, daß die Krankheit im schubweisen resp. springenden Fortschreiten nicht alle affizierten Gelenke in demselben Maße schwer betrifft. Und es wird daher einleuchten, daß gerade diejenigen Muskelgruppen stärker davon ergriffen werden, welche zu denjenigen in näherer Beziehung

stehen, an welchen sich der Prozeß in erhöhtem Grade abgespielt hat.

Fragen wir uns nun, wann die Atrophie beginnt, so können wir sagen, daß sie vielleicht schon im Beginn der Krankheit sich entwickelt, wenn sich die Entzündung und pathologischen Veränderungen im und um das Gelenk etablieren. Nach Ablauf des akuten Stadiums sind sie gewöhnlich die am meisten ins Auge springende, kürzere oder längere Zeit andauernde Erscheinung.

Wenn die akut-entzündlichen Veränderungen in den Gelenken abgelaufen sind, können wir noch nicht in allen Fällen von einer sich einstellenden Restitution sprechen, denn gerade jetzt kann es zum Übergang von dem akuten zum chronischen Gelenkrheumatismus kommen. Beide sind, wie wir wissen, von Muskelschwäche und Atrophien begleitet. Aber nicht bloß bei den Übergängen aus einer Form in die andere kommen sie vor, sondern schließen sich auch denjenigen Fällen mehr oder weniger rasch an, die von vornherein einen chronischen Verlauf nehmen.

Die Folgen der Atrophie machen sich umso deutlicher fühlbar, je komplizierter und feiner die Arbeitsleistung der befallenen Muskeln sind, die sie als solche oder als Hilfsmuskeln auszuführen haben. Sie sind vice versa umso rascher einer Restitution fähig, je größer die physiologische Exkursionsfähigkeit ihrer Nachbargelenke und je weniger deren Funktion beeinträchtigt ist. So sehen wir z. B. die das Schultergelenk umlagernden Muskeln oder die des Oberschenkels in der Regel rascher zur Norm zurückkehren, als z. B. die der Hand oder des Fußes.

Was die Intensität der Muskelatrophien betrifft, so können wir sagen, daß sie prognostisch besser nach akuten als bei chronisch auftretenden Fällen zu beurteilen sind, aber selbst bei diesen können wir therapeutisch viel Gutes leisten, wenn auch nicht immer eine vollkommene Restitution der Gelenke und der beteiligten Muskeln zu erzielen ist. Wir können durch die verschiedensten therapeutischen Prozeduren bloß den ohne solches Eingreifen rascher eintretenden ungünstigen Ausgang um ein Bedeutendes verzögern, oft sogar den Prozeß in gewissem Sinne zum Stillstand bringen.

Unserer Erfahrung nach können wir auch behaupten, daß je rascher der Prozeß im Gelenke zur Norm kehrt, umso eher ist auch ein Zurückweichen der Muskelschwäche und Atrophie zu konstatieren und umgekehrt, je rascher die Atrophie schwindet, desto schneller bessert sich die Muskelkraft und der Krankheitsprozeß im Gelenk. Wenn wir auch die Atrophie und Muskelschwäche in gewissem Sinne beseitigt sehen, so können wir noch immer nicht sagen, daß im Gelenk eine vollkommene Restitution eingetreten ist, denn selbst wenn keinerlei der genannten Symptome zu konstatieren sind, so lassen sich noch oft genug die pathologischen Veränderungen im Gelenke nachweisen, die darauf hindeuten, was wir zu tun haben, um weitere Komplikationen so gut als möglich zu verhüten.

Wenn nach einem akuten Gelenkrheumatismus das Fieber und die entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind und sich der Patient in Rekonvaleszenz befindet, treten am auffälligsten als Folgen (andere ausgeschlossen) die erwähnten Muskelschwächen und Atrophien zutage und machen sich jetzt in unangenehmster Weise fühlbar, indem die affiziert gewesenen Gelenke und Muskeln zur Zeit mehr weniger unbrauchbar sind. Jetzt tritt die Behandlung dieser Veränderungen in ihr Recht und gibt uns oft in kürzester Zeit die erfreulichsten Resultate. Anders, wo wir die Muskelatrophie bei einem von vornherein chronisch beginnenden oder bereits chronisch gewordenen Rheumatismus in Behandlung nehmen. Hier wird das Resultat wohl auch oft überraschen, einige Male jedoch wird es länger auf sich warten lassen, während wir in den restlichen Fällen ein vorübergehendes oder, noch seltener, gar keines erzielen werden. In diesen ist der Patient verurtheilt, seinen Rheumatismus mit all den Folgeübeln

das ganze Leben lang fortzuschleppen und wir können durch therapeutische Maßnahmen nur zeitweilig Linderung schaffen.

Wenn wir von einer Behandlung der Muskelatrophie Erfolg haben wollen, so müssen wir auch immer das zunächst gelegene Gelenk daran beteiligen, denn nur, wenn dieses einer solchen mit Erfolg zugänglich ist, wird die Muskelschwäche und Atrophie rasch schwinden und umgekehrt, wie wir dies bereits weiter oben erwähnt haben; werden die Muskeln durch die Behandlung leistungsfähiger, so werden es auch die Gelenke.

Die Behandlung der erwähnten Folgezustände des Gelenkrheumatismus wird hauptsächlich durch balneotherapeutische — mechanische — elektrische, zum Teil medikamentöse Methoden eingeleitet und auch zu Ende geführt. Von Wichtigkeit ist es, nach Ablauf des akuten Prozesses den Zeitpunkt für diese einzuleitenden Behandlungsmethoden zu finden, während er sich im chronischen Stadium von selbst ergibt.

Wir können sagen, daß wir zuerst die mechanische und elektrische Behandlung in einem Zeitraum vorsichtig beginnen können, wenn das Fieber und die besondere Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Gelenke bedeutend zurückgetreten sind, während die balneotherapeutische in solchen Fällen erst nach Ablauf von mindestens 6—8 Wochen vorsichtig aufgenommen und mit den beiden genannten Methoden kombiniert fortgesetzt werden soll. Wir müssen uns hüten, mit jeder dieser Behandlungsmethoden forziert vorgehen zu wollen, weil gar zu leicht eine noch nicht ganz abgelaufene Entzündung in einem oder anderen Gelenk angefacht werden könnte. Je weiter wir uns vom akuten Stadium entfernen, desto dreister dürfen unsere therapeutischen Eingriffe appliziert werden.

Die elektrische Behandlung besteht hauptsächlich in der Anwendung des faradischen Apparates. Wir beginnen vorsichtig mit schwachen Strömen und kleinen Elektroden (eventuell Pinsel), wodurch wir einen leichten Hautreiz ausüben und mehr weniger starke Hyperämie hervorzubringen imstande sind, die sich je nach der Stärke des Stromes in den tieferen Schichten der Muskeln fühlbar machen wird und regen damit neben der Kontraktion auch eine bessere Ernährung der Muskeln an. Später benützen wir breite Elektroden mit stärkeren Strömen, die auch eine mehr weniger stärkere Kontraktion der Muskeln bewirken und mehrere gleichzeitig treffen. Wir lassen auch in jenen Fällen gerne je eine breite Elektrode an einer Seite des Gelenkes anlegen, um den Strom auch eine Zeitlang direkt durch das Gelenk zu leiten und glauben dadurch nicht nur raschere Resultate, sondern auch eine oft auffallende schmerzstillende Wirkung zu erzielen. Gleichzeitig führen wir leichte, aktive und passive Bewegungen im betreffenden Gelenke aus und bedienen uns sehr häufig dieser kombinierten elektromechanischen Behandlung.

Mit der elektrischen Behandlung zugleich oder noch früher werden wir auch eine mechanische Behandlung einleiten, und zwar Massage- und Mechanotherapie, die anfangs äußerst schonend vorgenommen werden soll. Wir werden uns im Beginne mit leichter Massage (sanfte Streichungen der affizierten Muskeln) begnügen und erst später, wenn die Reizerscheinungen in den Gelenken mehr nachgelassen haben, zu intensiveren Eingriffen übergehen, mit denen wir dann auch die Gelenke mitbehandeln, aktive, passive und Widerstandsübungen miteinander kombinieren. Dieselben können maschinell oder manuell vorgenommen werden, müssen aber in jedem Falle individuell angepaßt werden.

Die balneotherapeutische Behandlung besteht in lokaler Anwendung von Umschlägen verschiedener Produkte (Schlamm, Fango, Moor etc.) oder in Badekuren. Als Bäder stehen in gutem Ruf die Schwefelbäder, Moor-Schlamm und Akrotthermen, die römischen Dampfbäder und die irisch-römischen Bäder; in manchen Fällen werden Kaltwasserkuren mit gutem Erfolge angewendet.

Die Anwendung der ersteren sowohl als der letzteren geschieht individualisiert in verschiedenen hohen Temperaturen und von verschieden langer Dauer. Die lokal angewendeten Quellenprodukte werden in viel höheren Temperaturen und von viel längerer Dauer angewendet als es mit den Bädern der Fall ist. Temperaturen bis zu 40° R und mehr werden dort vertragen, während z. B. ein Schwefelbad von 32—33° R schon höchst lästig ist und nur Minuten lange vertragen wird.

Der Zweck der balneotherapeutischen Behandlung, mag sie eine lokale oder allgemeine sein, ist, an den befallenen Stellen eine lokale Hyperämie hervorzurufen, einen mechanischen, thermischen und chemischen Reiz auszuüben, den Stoffwechsel anzuregen, reflektorisch zu wirken und durch eventuell noch in den Organismus eindringende Quellenbestandteile den Krankheitsprozeß günstig zu beeinflussen. Sicher ist, daß bei Rheumatismus die Balneotherapie Gutes leistet und die geschwächten und atrophischen Muskeln durch ihre Anwendung rascher ihren Tonus wiedererlangen, indem sie ihnen durch die Beförderung der Resorption des Krankheitsproduktes aus den Gelenken und ihrer nächsten Umgebung, der entstehenden Hyperämie durch den ausgeübten lokalen Reiz, dazu mit die besten Mittel liefern.

Nicht unwichtig ist bei der Bäderanwendung für die affizierten Gelenke, die geschwächten und atrophischen Muskeln, das selbsttätige Bewegen derselben im Wasser, was gleichzeitig der sonst erschwerten Exkursionsfähigkeit der betreffenden Gelenke zugute kommt. So das Aufwirbeln des Wassers oder Tretübungen im Wasser sind oft vortreffliche und unterstützende Vorübungen für die mechanische Behandlung und manchmal sogar ein Gradmesser für die Anwendungsweise dieser therapeutischen Behelfe.

Vorzüglich wirkt oft die sogenannte Dusche-Massage, d. h. die Applikation eines unter ziemlich hohem Druck stehenden heißen Wasserstrahles der angewandten Therme auf die erkrankten Stellen unter gleichzeitiger Mitwirkung mehr weniger kräftiger manueller Massage. Auch in solchen Fällen wird die Temperatur viel höher genommen (40° R und darüber), um lokal einen heftigen Reiz zu erzeugen, der sich in wenigen Minuten in sehr starker Hyperämie der betroffenen Teile erkennen läßt.

Daß bei den erwähnten balneotherapeutischen Behandlungsmethoden des Gelenkrheumatismus ein großer Wert auf das Schwitzen gelegt wird, ist eine alte, allgemein bekannte Tatsache, die wir bloß nebenbei erwähnen wollen. Um solches nach den Bädern selbst in erhöhtem Maße (nicht in allen Fällen) hervorzurufen, werden Einpackungen in Woldecken nach den Bädern verordnet. Ebenso läßt man nach Anwendung von Dampf- und irisch-römischen Bädern solche gerne folgen, denn auch durch solche Unterstützung der Kur werden die affizierten Muskeln durch Resorption des Krankheitsproduktes um und in den Gelenken rascher ihren Tonus, ihre normale Kraft und Funktionsfähigkeit wieder erlangen.

Die medikamentöse Behandlung der erwähnten Nachkrankheiten des Rheumatismus besteht hauptsächlich entweder in der lokalen Anwendung von spirituösen oder narkotischen Einreibungen oder in der innerlichen Darreichung von verschiedenen Medikamenten.

Für alle Fälle halten wir jedoch die angeführten elektrischen, mechanischen und balneotherapeutischen Behandlungsmethoden für die erwähnten Folgeübel des Gelenkrheumatismus als die praktisch wichtigsten, welche die besten und raschesten Resultate liefern.

Nicht unerwähnt sei es, daß in neuerer Zeit auch heiße Luft und die elektrischen Lichtbäder in solchen Fällen angewendet werden.

Daß bei allen den angeführten Behandlungsmethoden ein richtiges diätetisches und hygienisches Verhalten den Erfolg unterstützen wird, brauchen wir nicht weiter zu erläutern, müssen es aber in allen Fällen unseren Patienten einschärfen.

Referate.

HACKENBRUCH (Wiesbaden): Zur Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpflropfung.

Angeregt durch die sehr interessanten Tierversuche von MANASSE hat Verf. in einem Falle von totaler Fazialislähmung, die bei einem 8jährigen Mädchen seit Jahren bestand, die Nervenpflropfung versucht. Er modifizierte das Operationsverfahren insofern, als er nur einen Teil des N. accessor. (zirka zwei Drittel) zur Plastik verwendete. Er legte den N. accessor. vor dem Eintritt in den Musc. sternocleido-mastoid. bloß, löste — unter Zurücklassung eines dünnen Nervenfadens in Verbindung mit der Muskulatur — einen Teil vom Nervenstamme ab und pflanzte ihn in einen Längsschlitz des ebenfalls bloßgelegten N. facialis ein.

Die Wunde heilte per primam und einige Monate nach der Operation konnte man konstatieren, daß der Mundwinkel an der gelähmten Seite nicht so tief stand wie früher; einige Zeit darauf konnte das Kind den Mundwinkel nach außen verziehen; der Stirnast des Fazialis hatte um diese Zeit noch keine nachweisliche Funktion ausgeübt. Der Musc. trapezius wies eine leichte Parese auf und es bestanden außerdem beim Versuche, den Mundwinkel zu verziehen, Mitbewegungen in der Schulter und dem Sternocleido-mastoideus, doch lernte das Mädchen langsam diese Bewegungen unterdrücken.

Weiters schlägt Verf. vor („LANGENBECKS Archiv“, Bd. 71, H. 3), die Nervenpflropfung bei totaler, spinaler Kinderlähmung vorzunehmen. Er selbst hat in einem geeigneten Falle ein Drittel des Stammes des N. tibialis in den gelähmten N. peroneus gepflropft, kann aber leider in Anbetracht der Kürze der Beobachtungszeit von keinem positiven Resultat berichten. ERDHEIM.

TREUTLEIN (Würzburg): Über das Fehlen von Zylindern im Urin von Nephritikern.

Es gibt Fälle von sonst typischer Nephritis mit Albuminurie und Retinitis albuminurica, in denen im Urinsediment keine Zylinder nachgewiesen werden können. Auf eine verdauende Wirkung des in den Nieren ausgeschiedenen Pepsins läßt sich dieses als Auflösung zu betrachtende Nichtvorhandensein der Zylinder nicht zurückführen. Die Leukozyten einer gleichzeitig vorhandenen Cystitis, welche eventuell ins Nierenbecken und in die Harnkanälchen ascendiert sein könnten, haben gleichfalls nicht die Fähigkeit, Zylinder aufzulösen („Münch. med. Wsch.“, 1903, Nr. 35). Auch die Leukozyten von gewöhnlichem chirurgischen Abszeßleiter vermögen dies nicht. Die Zylindrolyse wird bedingt vielmehr durch Bakterieneinwirkung (Bact. coli), und zwar kann dies bei gleichzeitig vorhandener Cystitis entweder erst in der Blase oder mit größerer Wahrscheinlichkeit durch Ascendierung des Bacterium coli (worauf die vorhandene Nephritis wohl überhaupt zurückzuführen ist) schon im Nierenbecken oder den Harnkanälchen geschehen. Die Fermente des Bacterium coli allein vermögen die Zylinder nicht aufzulösen. B.

GERMANUS FLATAU (Kiel): Exophthalmus und Hirndruck.

Verf. verfügt über 15 Fälle (10 aus der Literatur, 5 aus der QUINCKESchen Klinik), bei denen Exophthalmus bei zerebralen, mit Hirndrucksteigerung einhergehenden Erkrankungen beobachtet wurde („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 5 u. 6). Es könnte auffallen, daß die Zahl der Fälle von Hirndrucksteigerung und Exophthalmus eine so geringe ist und man könnte vielleicht hieraus schließen wollen, daß dieses Vorkommen ein ziemlich seltenes ist. Trotz sorgfältigen Durchsuchens der Literatur sind doch vielleicht eine Anzahl Fälle übersehen worden. Eine große Zahl findet sich überhaupt nicht veröffentlicht. Dann ist auf dieses Vorkommen von Exophthalmus bei den erwähnten Krankheiten zu wenig oder auch gar nicht geachtet und vielfach der Exophthalmus ganz übersehen worden, namentlich der geringgradige, und vornehmlich dann, wenn man den betreffenden Patienten vor seiner Erkrankung nicht kannte. Als Beleg hierfür diene ein Fall von Hirntumor mit starkem Hydrozephalus, bei dem an den Augen außer einer hoch-

gradigen Stauungsneuritis nichts Abnormes, jedenfalls kein Exophthalmus beobachtet wurde. Im Laufe der Behandlung, nach Besserung des Befindens und Verminderung der Hirndruckercheinungen erschienen FL. die Bulbi kleiner, so daß es zweifelhaft wurde, ob es sich doch nicht vielleicht im Anfang auf der Akme der Erscheinungen um einen geringen Grad von Exophthalmus gehandelt haben konnte.

Um in solchen Fällen sicher zu gehen und auch geringere Grade von Exophthalmus nicht zu übersehen, empfiehlt es sich bei allen Fällen mit Steigerung des intrakraniellen Druckes, regelmäßige exophthalmometrische Messungen vorzunehmen, namentlich aber vor und nach der Lumbalpunktion. Was die Ursachen des Exophthalmus anlangt, so möchte Verf. annehmen, daß, wenn man von den nervösen Einflüssen, von dem Einfluß des Sympathikus und eines die retrobulbäre Blutfülle regulierenden und in der Bahn des Sympathikus verlaufenden Zentrums absieht, wofür eben noch der sichere Beweis zu erbringen ist, man in der Hauptsache Zirkulationsstörungen in den Basissinus und namentlich in den Cavernosi verantwortlich machen muß. Diese Störungen in der Zirkulation werden durch den pathologisch erhöhten Hirndruck allein nicht veranlaßt, höchstens wohl einmal bei vereinzelt Fällen ganz extremer intrakranieller Drucksteigerung. In fast jedem Falle kommt eine direkte Strombehinderung hinzu, sei sie durch Druck einer Geschwulst, eines Abszesses oder des durch Hydrocephalus internus in toto an Masse vergrößerten Gehirns auf einen oder mehrere Sinus der Hirnbasis hervorgerufen. Wären die Anastomosen der Orbital- mit den Fazialvenen ausreichend, dann bliebe der Exophthalmus aus. Außerdem dürften auch individuelle Verschiedenheiten in Betracht kommen. BR.

PELNÁR (Prag): **Geistesstörungen bei körperlichen Krankheiten.**

Auf Grund eigener Beobachtungen und jener Literatur, die sich mit dem Verhältnis der Infektionskrankheiten, konstitutioneller und Krankheiten einzelner Organe zu den Geistesstörungen befaßt, kommt Verf. zu folgendem Schlusse:

Psychosen, die im Verlaufe körperlicher Krankheiten beobachtet wurden, können durch die körperliche Krankheit selbst verursacht werden, ohne jede andere Ätiologie, ohne hereditäre oder akquirierte Prädisposition. Doch diese Psychosen sind dann für diese Krankheiten nicht eben spezifisch, sie haben keinen speziellen klinischen oder pathogenetischen Charakter. Ihre Pathogenese ist immer kompliziert und es wäre ein Fehler, die körperliche Krankheit für eine ätiologische und pathogenetische Einheit dieser Psychose zu halten. Es ist in jedem Falle nötig, mit allen gegenwärtigen Umständen zu zählen und die pathogenetischen Schlüsse nicht nach Hypothesen, sondern nach gegebenen Tatsachen zu gruppieren („Sbornik klinický“, Bd. IV, H. 6). Verf.'s eigene Beobachtungen vervollständigt ein übersichtliches Verzeichnis nach den Tatsachen, Gang, Pathogenese und Anzeichen der Geistesstörungen im Verlaufe aller körperlichen Krankheiten (Krankheiten des Herzens, Rheumatismus, Chorea, Infektionskrankheiten, Polyneuritis, konstitutionelle Krankheiten, Anämie, Wochenbett, Autointoxikation und Nierenkrankheiten).

STOCK.

A. LIWANOFF (St. Petersburg): **Zur Frage über die Wirkung der chronischen Alkoholvergiftung auf die Entwicklung des Organismus und des Gehirns.**

Verf. hat Versuche an Kaninchen angestellt. Er fand („Russ. med. Rundschau“, 1903, Nr. 9):

Die Entwicklung des Organismus und des Gehirns wird bei chronischer Alkoholvergiftung merklich aufgehalten. Frühzeitiger Alkoholismus äußert sich stärker in der allgemeinen Entwicklung als später beginnender. Das Gewicht nimmt von 35—60% ab, wobei die Abnahme desselben größer bei denjenigen ist, welche früher Alkohol zu trinken begannen. Gewicht und Dimensionen der inneren Organe nehmen bei frühzeitigem Alkoholismus bis um 35% ab, bei später beginnendem bis 25%. Die Milz nimmt an Gewicht und Dimensionen um 30% zu.

Das Längenwachstum der Knochen nimmt ab. Das Wachstum der Knochen in die Dicke nimmt um 18% ab, dabei wirkt frühzeitiger Alkoholismus in dieser Hinsicht sehr stark.

Die allgemeine Substanz des Gehirns nimmt um 10—20% ab. Dabei wirkt frühzeitiger Alkoholismus stärker als später beginnender. Die Hirndimensionen wurden in allen Durchmessern um 8—12% kleiner. Der sagittale Durchmesser war an der allgemeinen Verkürzung weniger beteiligt. Frühzeitiger Alkoholismus wirkt in dieser Hinsicht stärker als später beginnender. Für frühzeitigen Alkoholismus kann eine Gabe von 2·0 95° Spiritus bei einer Verdünnung mit $\frac{2}{3}$ Wasser als genügend betrachtet werden. Chronische Alkoholvergiftung hat atrophische Veränderungen der äußeren Haut, der Schleimhäute und des Muskelsystems zur Folge.

Bei einer Abnahme des Gewichts um 30—60% kommt der größte Prozentsatz auf Haut, Schleimhaut und Muskulatur. L.

FLÜGGE (Breslau): **Zur Bekämpfung der Tuberkulose.**

Aus den Ausführungen F.'s ergibt sich, daß von dem ganzen Bekämpfungsplan v. BEHRINGS gegen die Tuberkulose vorläufig sehr wenig akzeptiert werden kann. Die unstrittig wichtigste Rolle in diesem Plane spielen die spezifischen Antikörper, die in der Milch immunisierter Kühe auftreten sollen, die aber noch nicht gefunden sind. Werden sie dereinst einmal in genügender Konzentration erzielt, so wird wohl noch eine andere Form der Einverleibung als die durch rohe Formolmilch sich finden lassen. Die Formolmilch, vollends so lange sie spezifische Antikörper noch gar nicht liefert, müssen wir entschieden ablehnen („Deutsche med. Wochr.“, 1904, Nr. 8). Der einzige Punkt, in dem das v. BEHRINGSsche Programm schon jetzt Bedeutendes leisten wird, ist die Immunisierung der Rinderherden. Für die Bekämpfung der menschlichen Tuberkulose und speziell der Säuglingsinfektion spielt diese aber eine untergeordnete Rolle. Auch über die Rinderimmunisierung ist ein völlig abschließendes Urteil vielleicht noch nicht möglich. Die Kürze der Beobachtungszeit gestattet keine Feststellung darüber, wie lange die Kühe durch die Immunisierung gegen eine natürliche Infektion geschützt werden, und schließlich werden allerlei praktische Gesichtspunkte bei der Entscheidung darüber mitsprechen, ob dieses oder jenes Verfahren zur Tilgung der Tuberkulose in den Herden sich am besten bewährt. v. BEHRINGS Mitteilungen sind geeignet, in ärztlichen und Laienkreisen die größte Beunruhigung hervorzurufen. Je hervorragender die Stelle ist, von der aus so tiefgreifende Reformen proklamiert werden, umso mehr scheint Vorsicht und Zurückhaltung geboten. Wir dürfen schließlich nicht daran vergessen, daß wir es nicht minder mit dem Schutze der jetzt bereits lebenden Generation, als mit der Fürsorge für kommende Geschlechter zu tun haben. Für die jetzt lebenden Männer, Frauen, Kinder bis zum Säugling herunter sind die v. BEHRINGSschen Maßnahmen, die durchaus in den ersten Lebensmonaten berücksichtigt werden müssen, nicht mehr anwendbar. Für sie werden wir unbedingt nur auf die Maßregeln angewiesen sein, die sich uns bisher als nützlich und durchführbar erwiesen haben. An diesen wollen wir daher in erster Linie festhalten. Und auch für den Nachwuchs der Lebenden verfügen wir einstweilen über kein anderes aussichtsvolles Verfahren zur Bekämpfung der Tuberkulose. BR.

L. BRUNS (Hannover): **Über die Verschiedenheit der Prognose der Plexus- und Nervenstammlähmungen der oberen Extremität.**

BRUNS findet auf Grund seiner Erfahrungen, wohl in Übereinstimmung mit anderen, daß die Nervenstammlähmungen eine viel bessere Prognose haben als die Plexuslähmungen („Neurol. Zentralbl.“, 1902, Nr. 22); bei den ersteren 66, bei den letzteren 23% Heilungen. Er führt dies im einzelnen durch, erörtert die möglichen Ursachen; eine mag die sein, daß bei Plexuslähmungen vielleicht eine Beteiligung des Rückenmarks häufiger vorkommt. Tatsächlich nehmen die Plexuslähmungen in Bezug auf ihre Hei-

lungsaussichten eine Art Mittelstellung zwischen den sehr günstigen durch Läsion der peripheren Nerven und den sehr ungünstigen durch Rückenmarksaffectationen bedingten ein. INFELD.

IMPENS (Elberfeld): Pharmakologisches über ein neues Schlafmittel, das Isopral.

Der Trichlorisopropylalkohol oder das Isopral ist ein in makroskopischen Prismen schön kristallisierter Körper, welcher bei 49° schmilzt, bei gewöhnlicher Temperatur äußerst leicht sublimiert und in Wasser, Alkohol und Äther löslich ist. Die Wasserlöslichkeit erreicht 3·35% bei 19° und ist vollkommen genügend, um eine schnelle Resorption im Organismus zu gestatten. Das Isopral hat einen kampherartigen Geruch und einen aromatischen, etwas stechenden Geschmack; die wässrige Lösung erzeugt auf der Zunge ein ziemlich starkes Brennen, auf welches sehr bald eine ausgeprägte Anästhesie folgt („Therap. Monatsh.“, 1903, Nr. 9 u. 10). Es wird sehr leicht von der Haut, dem subkutanen Gewebe und dem Verdauungstraktus aus resorbiert. Nach Einführung per os ist der Übergang ins Blut rasch. Bei den meisten Versuchstieren tritt die Wirkung schon 3—5 Minuten nach der Eingabe zum Vorschein. Die wässrige Lösung wird von der Magen- und Darmschleimhaut gut vertragen und selbst nach längerer Darreichung mittlerer Dosen tritt keine Störung des Allgemeinbefindens ein. Von den Atmungsorganen wird das Isopral leicht und rasch aufgenommen, und Schlaf kann bei Versuchstieren durch Inhalation isopralhaltiger Luft in kurzer Zeit erzeugt werden. Ein großer Teil des eingeführten Trichlorisopropylalkohols durchwandert den Organismus unverändert und erscheint in dem Harn wohl hauptsächlich als gepaarte Glykuronsäure. Die Ausscheidung durch die Lunge ist sehr geringfügig.

Isopral ist bei bedeutend geringerer Giftigkeit im Durchschnitt fast zweimal so wirksam als Chloralhydrat. Es scheint ohne Wirkung auf die roten Blutkörperchen zu sein. Eine schädliche Herzwirkung ist in den therapeutischen Dosen nicht vorhanden. Es erniedrigt regelmäßig den Blutdruck. Die Pulsfrequenz wird in unbedeutendem Maße herabgesetzt, zuweilen überhaupt nicht; der Rhythmus bleibt regelmäßig und die Höhe der Pulswellen nimmt eher zu als ab. Eine Vaguswirkung scheint das Isopral nicht auszuüben. Es schränkt nach therapeutischen Dosen die Atmung nur im Maße der im Schlaf entstehenden Sauerstoffkonsumabnahme ein. Die Harnmenge wird durch Isopral etwas vermehrt. Sein Einfluß auf das Nervensystem beschränkt sich nicht allein auf das Großhirn; auch der Bulbus und das Rückenmark werden angegriffen. Die Wirkung scheint sich von dem Rückenmark aus nach dem Gehirn fortzupflanzen. Geringe Gaben wirken hypnotisch, ohne die Reflexe besonders stark zu beeinflussen; größere Gaben bringen die Reflexe zum Verschwinden. Die Isopralösungen besitzen, lokal appliziert, anästhesierende Eigenschaften. G.

D. ORECHOW: Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Bierhefe bei Furunkulose.

Ein 20jähriger Patient klagte, daß bei ihm infolge einer „Erkältung“ auf dem Rücken und am Gesäß „Pickel“ aufgetreten seien. Die Besichtigung ergab („Feldscher“, 1903, Nr. 19), daß die Haut des Rückens und der beiden Glutäen tatsächlich mit kleinen Furunkeln, mit vereiterten Spitzen von gelblicher Farbe dicht bedeckt sei. Der Patient bat dringend um Hilfe, da er, wie er sagte, weder sitzen noch liegen könne. Verf. empfahl ihm, sich Bierhefe zu verschaffen und dieselbe viermal täglich teelöffelweise einzunehmen. Nach 5 Tagen kam der junge Mann wieder, aber diesmal nicht mehr mit Furunkeln, sondern mit Urtikaria. Er gab an, daß er der Vorschrift gemäß Bierhefe gebraucht habe und daß er unter dem Einflusse der Behandlung schon am zweiten Tage seine „Pickel“ losgeworden sei. L—y.

CAZIOT (Paris): Latente Skarlatina.

Verf. weist auf die verschiedenen abnormalen Formen des Scharlachs hin, von denen die Skarlatina apyretica der latenten

Skarlatina am nächsten steht („La semaine médicale“, 1903, Nr. 25). Letztere Form, welche Verf. lieber als Skarlatina ambulatoria bezeichnen möchte, wurde zuerst von GRAVES und TROUSSEAU beschrieben, geriet später aber gewissermaßen in Vergessenheit. Verf. hatte Gelegenheit, während einer kleinen Epidemie in einem Militärwaisenhaus einige Fälle dieser Art zu beobachten. Dieselben zeigen nur eine leichte, kaum erkennbare, sehr rasch vorübergehende Eruption, Trachealreizung, unbestimmte Kopfschmerzen, leichte Angina mit Rötung des Pharynx, geringes Fieber und leichte Mattigkeit als klinische Zeichen. Einzelne derselben können auch fehlen. Oft kann nur durch wiederholte Untersuchung, durch das Ausbleiben eines typischen Scharlachs trotz lange dauernden Kontakts mit schweren Scharlachkranken oder durch charakteristische Komplikationen, wie Nephritis etc., die Diagnose erhärtet werden. Die Therapie ist ohne weiteres Interesse. Umso wichtiger ist aber die Prophylaxe. Der Arzt, welcher z. B. am Schluß der Ferien die in die Schule zurückkehrenden Kinder untersucht, wird öftig nach den Symptomen des latenten Scharlachs fahnden müssen. J. S.

COSTE (Straßburg): Zur Therapie der Gastroptose.

Obwohl die Beschwerden der Enteroptose mit einer neurasthenischen Disposition im engsten Zusammenhang stehen, glaubt Verf. dennoch, daß in schweren Fällen, die das Leben bedrohen, ein operativer Eingriff indiziert ist, wenn die Beschwerden sich auf ein bestimmtes Organ lokalisieren lassen. In zwei vom Verf. beobachteten Fällen war der Magen das hauptsächlich affizierte Organ; im ersten Falle bestand große motorische Unruhe, im zweiten Falle sehr häufiges Erbrechen und weit fortgeschrittene Abmagerung. Im ersten Falle trachtete Verf. den gesenkten Magen dadurch zu heben, daß er die kleine Kurvatur hoch oben an das Peritoneum parietale in der Nähe des Zwerchfellansatzes annähte; nach der Operation Besserung der Beschwerden. Im zweiten Falle hat Verf. nach der Methode von BIER die Aufhängebänder des Magens durch Naht verkürzt und auf diese Weise die Senkung des Magens behoben. Das Erbrechen hörte bald auf und Pat. nahm an Körpergewicht zu („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 71, H. 3). ERDHEIM.

Kleine Mitteilungen.

— Zur Behandlung der beginnenden zerebralen Arteriosklerose empfiehlt ERLNMEYER nach dem Vorbilde HUCHARDS („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 9 u. 10) eine länger dauernde und in angemessenen Zwischenräumen wiederholte Jodkur. Er gibt nicht Jodkalium allein, sondern Jodkalium und Jodnatrium zu gleichen Teilen. Zur Verhütung des Jodismus empfiehlt er, mit den Jodsalzen „einzuschleichen“. Er beginnt mit Kal. jodat. und Natr. jodat. aa. 1·0:240·0 Wasser und läßt von dieser (0·83%ige) Lösung 3mal täglich 20 cm³ nehmen, also 3mal 0·17 Jodsalze oder rund 0·5 im Tage. Jede folgende Verordnung wird um je 1·0, also zusammen 2·0 Jodsalze gesteigert, so daß also die zweite Flasche 4·0, die dritte 6·0, die zehnte 20·0 (= 8·3%) Jodsalze enthält. Auf diese genau zehnfache Steigerung der ersten Dosis kommt der Kranke also am 37. Tag der Kur, am 40. Tage hat er 10 Flaschen mit zusammen 110·0 Jodsalzen eingenommen. Mit besonderem Nachdruck befürwortet E. die prophylaktische Kur, welche bei einer in so erstaunlicher Zunahme begriffenen Erkrankung, wie die Arteriosklerose, und bei ihrem heimtückischen Charakter, der die ersten Prodrome so leicht übersehen oder mißdeuten läßt, dringend geboten ist. Wenn irgendwo, so heiße es bei der Behandlung der Arteriosklerose: Principiis obsta.

— Eingehende Versuche mit Fersan hat TISON („Bull. offic. de la Soc. méd. des prat.“, 1903) angestellt. Dieselben haben durchwegs sehr zufriedenstellende Resultate ergeben. Die organische Bindung des Eisens und Phosphors an Azidalbumine, welche an die Verdauungskraft des Magens gar keine Ansprüche stellen und im Darne zur vorzüglichen Resorption gelangen, hält TISON für einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie der Eisenpräparate. Wenn auch organische Eisenpräparate ebenso wie die organischen einen Reiz auf die blutbildenden Organe, wie Milz

und Knochenmark. auszuüben vermögen, so werden mit den anorganischen Eisenpräparaten relativ zu enorme Eisenquantitäten dem Organismus zugeführt, welche nach einiger Zeit die Verdauung ungünstig beeinflussen und an spezifischer Wirkung mehr oder weniger rasch abnehmen. Fersan ist gewissermaßen ein eisenhaltiges Nährpräparat, welches die Vorzüge der Nähr- und Eisenpräparate vereinigt und dem Arzte die jeweilige erforderliche Dosierung ermöglicht, ohne irgendwelche störende Nebenwirkungen befürchten zu müssen.

— Einen **Nasenobturator zur Stillung von Nasenblutungen** beschreibt AUFRECHT („Therap. Monatsh.“, 1903, Nr. 10). Der kleine Apparat besteht aus einem kleinen, in der Mitte verengten Gummischlauch, durch welchen ein mit seitlichen kleinen Öffnungen versehenes, dünnes, aber festes Röhrchen hindurchgeht. An diesem Röhrchen ist der Schlauch hinten und vorn luftdicht befestigt. Auf dieses Röhrchen wird ein kleiner Ballon aufgesetzt, die in ihm enthaltene Luft in den Schlauch gepreßt und durch Umstellung des Hahnes eingeschlossen. Bei der Anwendung wird der leere Schlauch mit Hilfe des festen Röhrchens durch die Nase bis zur leichten Berührung der hinteren Rachenwand durchgeführt und dann etwas zurückgezogen. Nun wird der Ballon aufgesetzt, der Schlauch mit Luft gefüllt, der Hahn geschlossen und der Ballon entfernt.

— Seine Erfahrungen über **Ernährung mit Pegnimilch** veröffentlicht M. LEVY („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 23). „Pegnin“ ist ein an Milchzucker gebundenes steriles Labferment, welches durch Extraktion der Magenschleimhaut mit 4% HCl gewonnen wird. Die jedem Fläschchen beigegebene Gebrauchsanweisung ist so präzise und vollständig, daß jede Mutter imstande ist, in kürzester Zeit die kleine Manipulation zu erlernen und die Labung perfekt zu machen. Verf. beschreibt aus der Zahl der erfolgreich behandelten, mit Verdauungsstörungen behafteten Säuglinge einen besonders markanten Fall.

— Zur Kenntnis einiger wichtiger **Eigenschaften des Glycerinum officinale** berichtet SCHRADER („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 70). Glycerineinspritzungen in die Bauchhöhle bewirken fast stets eine Absonderung seröser peritonealer Flüssigkeit, deren Menge der injizierten Flüssigkeit proportional ist. 10 cm³ stellen im allgemeinen das höchste zulässige Injektionsmaß dar. Bei noch höheren Dosen tritt meist unter klonisch-tonischen Krämpfen der Exitus ein. Die Menge der freien Abdominalflüssigkeit kann in einem solchen Falle bis zu 8% des Körpergewichts betragen. Die Glyzerindosis geht sehr schnell in den Blutkreislauf über. Bakterizide Eigenschaften für das Bacterium coli und den Streptococcus pyogenes aureus zeigt das Transsudat nicht. Sterile korpuskuläre Elemente (Watte, Lycopodium, Pfeffer) sind, sofern sie das Bauchfell weder mechanisch schädigen, noch chemisch reizen, nicht imstande, eine Flüssigkeitsabsonderung zu bewirken. Die Einbringung von Bakterienkulturen (Staphylococcus pyogenes aureus und Bacterium coli) in die Bauchhöhle bringt im allgemeinen keinen Flüssigkeitserguß hervor. Bringt man nach Anregung des Transsudationsstromes durch Glycerin nachträglich Bakterienkulturen in die Bauchhöhle, so findet dadurch keine Vermehrung der Flüssigkeit statt.

— In der **Psoriasis**therapie empfiehlt LASSAR („Derm. Zeitschrift“, Bd. X) die DREWSche Vorschrift:

Rp. Acid. salicyl.	10'0
Chrysarobin	20'0
Ol. Rusci	20'0
Vasel. flav.	25'0
Sap. virid.	25'0
M. f. ungt.	

Nach Gebrauch der Salbe bildet sich auf den kranken Stellen eine dicke schwarze Kruste, auf die die Salbe immer wieder neu aufgetragen wird; allmählich kommt die Kruste zur Abschilferung und hinterläßt eine normale Haut. Gleichzeitige Reizlosigkeit und Wirksamkeit zeichnen diese Behandlungsmethode aus.

— Einiges über **Lygosin-Chinin** (Chininum lygosinatum) veröffentlicht v. TÖRÖK („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 44). Dasselbe bildet ein äußerst feines, weiches, amorphes Pulver von orangegelber Farbe, welches auf den damit bestreuten Wunden gut

haftet, mit lauwarmen Wasser aber ohne weiteres entfernbar ist so daß die Oberfläche der Wunde jederzeit leicht besichtigt werden kann. Es ist geruchlos und färbt auch nicht ab, wenigstens nicht nennenswert. v. T. hat das Mittel als Streupulver, dann in Form von damit imprägnierter Gaze (20- und 30%ig), einige Male auch in der Form von Salbe und damit hergestelltem englischen Pflaster in folgenden Fällen verwendet: 1. Ulcus cruris e varicositate, 2. Ulcus cruris traumaticum, 3. Vulnura scissa (alte und neue), 4. Vulnura contusa, 5. Phlegmone, 6. Haemorrhagia parenchymatosa. Das Resultat der Beobachtungen ist ein durchwegs zufriedenstellendes gewesen.

— Bei der **Behandlung der Sommerdiarrhöen der Kinder** hat das Tannalbin nach RATNER, New-York („Deutsche Med. Ztg.“, 1903, Nr. 70), die besten Dienste geleistet. Es ruft niemals Magenstörungen hervor, weil es im Magensaft unlöslich ist, und kann einem Kinde im Alter von 1—2 Jahren wegen seiner Ungiftigkeit in Dosen von 0·7—1 g mehrmals täglich gegeben werden. R. betont, daß Tannalbin in seiner Praxis bei Anwendung nicht zu kleiner Dosen stets die gewünschte Wirkung gehabt hat. Selbstverständlich darf ein Adstringens erst verabreicht werden, nachdem man den Darmkanal gründlich gereinigt hat (mit Ka'omel oder Rizinusöl). Als besonders wirksames Antifermentativum rühmt RATNER das Ichthalbin, welches er gern in Kombination mit Tannalbin verabreicht, z. B.:

Rp. Tannalbin. Knoll	1'0
Ichthalbin. Knoll	1'5
Pulv. cinnamom.	0'3
M. f. p. D. tal. dos. Nr. XX.	
S. 2—3mal täglich je nach Alter 1—2 Pulver.	

— Als **Medikation bei Kardialgie** erscheint u. a. empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Therapie“, 1904, Nr. 2):

Rp. Tinct. valerian. aether.	15'0
Ol. carvi	5'0
D. S. 30 Tropfen in Kamillentee zu nehmen;	

oder

Rp. Bism. subnit.	4'0
Acid. carbol. liquef.	0'5
Aq. destill.	120'0
D. S. Halbstündlich einen Kaffeelöffel voll zu nehmen;	

auch

Rp. Extr. fol. Belladonn.	0'2
Cocain. hydrochlor.	0'1
Aq. laurocerasi	10'0
D. S. Stündlich 10 Tropfen zu nehmen;	

ferner

Rp. Bismuth. subgallie.,	
Magnes ammon. phosphor. aa.	0'75
Mentholi	0'02
Extr. fol. belladonn.	0'005
M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.	
S. Halbstündlich ein Pulver zu nehmen;	

schließlich

Rp. Decoct. rad. colombo	5'0:120'0
Tinct. laud. croc.	1'0
Syr. cort. anr.	30'0
D. S. Halbstündlich 1—2 Kaffeelöffel voll zu nehmen.	

Literarische Anzeigen.

Enzyklopädie der gesamten Chirurgie. Mit zahlreichen Abbildungen. Herausgegeben von Prof. Dr. Theodor Kocher in Bern in Verbindung mit Dr. F. de Quervain in Le Chaux-de-Fonds. Lief. 13—37. Leipzig 1903, F. C. W. Vogel.

Das vor 2 Jahren in Angriff genommene Werk liegt nun fertig vor uns. Es kann den Herausgebern das Zeugnis nicht versagt werden, daß das Werk dem gesteckten Ziele, „dem Arzte in möglichst knapper Form eine Übersicht über den jetzigen Stand der chirurgischen Wissenschaft und Kunst zu geben“, in der Hauptsache entspricht.

Die einzelnen Kapitel wurden fast durchgehends von Autoren bearbeitet, die sich in den betreffenden Spezialfächern rühmlich

hervorgetan haben. Das Literaturverzeichnis am Schlusse des Buches gestattet dem Leser, der sich für ein oder das andere Kapitel besonders interessiert, sich über die neueste Literatur des Gegenstandes zu orientieren.

Die zahlreichen Abbildungen sind schön ausgeführt und die sonstige Ausstattung des Buches ist eine sehr gute. Dem Praktiker, der häufig in der Lage ist, über die neuesten Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung in einem Spezialkapitel der Chirurgie sich informieren zu müssen und dazu nicht viel Zeit verwenden kann, sei das Buch wärmstens empfohlen.

ERDHEIM.

Psychiatrie für Ärzte und Studierende. Bearbeitet von Prof. Th. Ziehen. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. (Sammlung medizinischer Lehrbücher, XVII.) 750 Seiten mit 14 Abbildungen in Holzschnitt und 8 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig 1902, S. Hirzel.

In seinem „Leitfaden der physiologischen Psychologie“ hat ZIEHEN die Assoziationspsychologie systematisch dargelegt. Sie reicht nach ihm völlig aus, die Erfahrungen der klinischen Psychiatrie zu erklären und bewähre sich gerade auch in didaktischer Beziehung. Sie nimmt im ersten Teil des klinischen Lehrbuches, in der allgemeinen Psychopathologie, den größten Raum ein. Aus dem zweiten Teil, der speziellen Psychopathologie, sei die Einteilung der Psychosen angeführt, ihr liegt der klinische Verlauf zugrunde, sie deckt sich aber ziemlich genau mit der Einteilung in Psychosen mit anatomischem Befund und ohne solchen. Er unterscheidet Psychosen ohne Intelligenzdefekt und Defektpsychosen, die ersteren als einfache und zusammengesetzte (nämlich periodische, zirkuläre) Psychosen, unter den einfachen: effektive (Manie, Melancholie) und intellektuelle Psychosen, nämlich Stupidität, Paranoia (akute und chronische, beide nach dem Hervortreten des halluzinatorischen Elementes weiter geschieden), Dämmerzustände begleitende Delirien, Geistesstörungen aus Zwangsvorstellungen und psychopathische Konstitutionen. Die Defektpsychosen werden in angeborene Idiotie, Imbezillität, Debilität und erworbenen Schwachsinn geschieden, nämlich Dementia paralytica, senilis, bei Herderkrankungen, arteriosclerotica, traumatica, hebephrenica s. praecox, epileptica, alcoholica. Auch diese Einteilung wird wohl noch wesentliche Veränderungen erfahren. Das Buch gehört besonders im allgemeinen Teile zu den eigenartigen Lehrbüchern und ist zu empfehlen. Die Ausstattung ist zu loben.

INFELD.

Das Kind im ersten Lebensjahr. Von Sanitätsrat Th. Georges, dirig. Arzt des Elisabeth-Kinder-Hospitals zu Berlin. Berlin, W. S. Ullstein & Co.

Ob ein dringendes Bedürfnis nach diesem populären Buch (aus Ullsteins Sammlung praktischer Hausbücher) vorhanden war, mag dahingestellt sein. Es gibt eine Legion solcher Ratgeber für Mütter und die meisten derselben sind besser, als das zu besprechende Buch. Ref. hält es für verfehlt, den Müttern mit diagnostischen und therapeutischen Details zu kommen, ihnen „regelmäßige Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd beim Auswaschen des Mundes“ gegen Soor, Kalomel bei Magendarmkatarrh etc. zu empfehlen. Wenn Verf. aber schon das Bedürfnis hat, den Müttern die Anwendung therapeutischer Mittel anheimzustellen, so darf man wohl verlangen, daß seine diesbezüglichen Vorschläge vernünftig sind. Doch er empfiehlt Einreibungen mit warmem Öl bei Husten, phosphorsaure Salze (!) bei Rachitis etc. Daß das Scharlachexanthem nie im Gesichte auftritt, ist falsch. So bringt fast jede Seite des Buches Einzelheiten, gegen die die Kritik sich zu wenden hat.

Ein schlechtes, populär gehaltenes Buch muß mit allen Mitteln bekämpft werden, denn es kann Schaden stiften — falls es gelesen wird. Wir wünschen dem vorliegenden ein sanftes Ende.

NEURATH.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XIX.

Abteilung für Kinderheilkunde.

STOELTZNER (Berlin): Farbenanalytische Untersuchungen an rachitischen Knochen.

Nach STOELTZNER färbt sich in frisch abgestorbenen rachitischen Knochen das verkalkte Knochengewebe weder mit sauren noch mit basischen Farben, das osteoide Gewebe dagegen intensiv mit sauren Farben und außerdem deutlich mit Fettfarbstoffen. In Alkohol oder Formalin fixierte, hierauf entkalkte und schließlich in Celloidin eingebettete Objekte zeigen keine sichere farbenanalytische Differenzierung der osteoiden von der verkalkt gewesenen Substanz. Die Färbbarkeit des osteoiden Gewebes mit Fettfarben ist verschwunden. Die von STOELTZNER und SALGE seiner Zeit in den Knochen von mit Nebenniere substanz behandelten Rachitismfällen gefundenen eigentümlichen „Kugeln“ hat STOELTZNER jetzt auch in einem Falle von nicht behandelter Rachitis angetroffen; diese „Kugeln“ sind vermutlich Artefakte, die erst im Verlaufe der Präparation (Entkalkung und Celloidineinbettung) entstehen.

Derselbe: Die Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß.

STOELTZNER hat in 3 mit Phosphor behandelten Fällen von Rachitis die Knochen histologisch untersucht. In keinem der Fälle ließ sich an den untersuchten Knochen eine Phosphornekrose nachweisen, auch sprachen die histologischen Verhältnisse in keinem der Fälle für eine Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozeß. Da jedoch alle 3 Fälle mit hochgradiger allgemeiner Atrophie und mit schweren Komplikationen verbunden waren, betrachtet STOELTZNER seine negativen histologischen Befunde nicht als Beweismittel gegen den Nutzen der Phosphorbehandlung der Rachitis schlechthin, von deren Wirksamkeit er im Gegenteil überzeugt ist. STOELTZNER zieht aus seinen Untersuchungen nur den einen Schluß, daß der Phosphor in schwer komplizierten Fällen von Rachitis wirkungslos bleibt, daß man also in solchen Fällen von der Verordnung des Phosphors Abstand nehmen kann.

F. SIEGERT (Straßburg): Die Erblichkeit der Rachitis.

Die bisher gänzlich offene Frage, ob die Rachitis eine erbliche Erkrankung ist, entscheidet S. in bejahendem Sinne durch den Nachweis, daß unter ungünstigen sozialen Verhältnissen in den gleichen Massenquartieren bei übergroßer Kinderzahl sämtliche Kinder von Familien rachitischfrei bleiben oder erkranken, je nach fehlender oder überstandener Rachitis der Eltern, besonders der Mütter. Nur bei natürlicher Ernährung und nur, wo schwere Erkrankungen der Verdauungs- und Atmungsorgane in den zwei ersten Lebensjahren fehlten, fanden sich sämtliche Kinder rachitischfrei.

Die Prüfung eines großen Materials führt den Vortr. zu folgenden Schlüssen:

Die Heredität ist einer der wichtigsten ätiologischen Faktoren der Rachitis. Diese wird hauptsächlich durch die Mutter vererbt. Sie tritt milder und später auf bei Brustkindern, nur in Ausnahmen vor dem dritten Lebensmonat. Aber auch schwerste Rachitisformen finden sich bei hereditär belasteten Brustkindern, während die natürliche Ernährung bei fehlender hereditärer Disposition das beste Schutzmittel gegen Rachitis bildet. Ungewöhnlich langes Stillen und hohes Alter der Mütter sind an und für sich keine direkten Ursachen der Rachitis. Die Infektion als ätiologisches Moment ist ausgeschlossen, soziales Elend und Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane sind nächst der Heredität die hauptsächlichsten Ursachen. Zahnung und statische Funktionen des Kindes sind von konstitutionellen, erblichen Einflüssen abhängig.

Derselbe: Die rachitische Hand.

Vortr. bespricht die eigenartigen Veränderungen der Hand bei der Rachitis unter Demonstration zahlreicher Photographien und Ra-

diogrammen und bei gleichzeitiger Berücksichtigung der normalen Kinderhand und der bei Myxidiotie.

Typisch ist das verzögerte und unvollkommene Auftreten der Kerne der Karpalknochen und Epiphysen. Zuerst erkranken die Epiphysen der Ulna, dann des Radius, die distalen Enden der Metakarpnen, die proximalen der ersten Phalangen, schließlich auch der zweiten und dritten Phalangen. Die rachitische Hand ist lang und schmal, die myxidiotische kurz und breit, in der Mitte steht die normale.

Nur bei reichlichem Fettgewebe, fehlendem Gewebsturgor und weitem Abstand der knöchernen Phalangen entstehen die typischen Perlschnurfinger durch Einschnürung aller Gelenke. Von einer Auftreibung der Phalangen ist niemals etwas vorhanden, diese sind im Gegenteil relativ schlank. Bei der Lues kommt unter gleichen Umständen die Bildung von Perlschnurfingern zustande, aber das Radiogramm zeigt die Bildung knöcherner Periostschalen, in denen der eigentliche Knochen liegt wie etwa eine Zigarrenspitze im Etui.

Rommel (München) hebt die Wichtigkeit des Kalkstoffwechsels bei Rachitis hervor. Ein mit stark verdünnter Kuhmilch ernährtes Kind (z. B. $\frac{1}{6}$ l Milch + $\frac{1}{6}$ l Schleim pro Tag) bekommt zu wenig Kalk und zwar nur etwa 0.2 g (da in 1 l Kuhmilch etwa 1.6 g enthalten sind und nach BLAUBERG nur etwa 45% retiniert werden) gegenüber einem Kalkbedürfnis von 0.3 g (FORSTER). Man sieht häufig bei Kindern, welche mit sehr verdünnter Kuhmilch ernährt worden sind, Kraniotabes, ohne daß später rachitische Symptome auftreten. R. wirft die Frage auf, ob Kraniotabes immer zur Rachitis gehöre. Eine gestörte Kalkresorption können wir nach den Untersuchungen von RYDZEL und von REX ausschließen. Vielleicht ist aber die Kalkausscheidung in den Darm gesteigert. Nach REX ist bei erhöhter Kalkzufuhr die Ausscheidung in den Darm bei gesunden Kindern eine allmähliche, bei rachitischen eine schnelle und plötzliche. R. hat in Breslau einen Kalkstoffwechsel bei Ernährung mit Buttermilch gemacht und eine negative Kalkbilanz gefunden. Vielleicht ist hier das Säuremoment wichtig. Eine erhöhte Fettsäurebildung bedingt vielleicht eine gleichfalls erhöhte Kalkausscheidung. Die Rachitis ist eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne des Wortes.

Hochsinger (Wien) betont, daß die farbenanalytischen Methoden sehr wohl die Unterschiede zwischen osteoidem und verkalktem Gebiete zeigen. Bei atrophischen Kindern dokumentiert sich oft die Rachitis nicht so wie bei wohlgenährten. H. behauptet das Vorkommen kongenitaler Rachitis gegenüber SINGER. Aus den Photographien von Händen allein kann man die Rachitis im Anfange nicht immer diagnostizieren, weil dieselbe oft an den Rippen beginnt. Kraniotabes ist ein rachitisches Symptom.

Gernsheim (Worms) spricht sich für die Heredität der Rachitis aus, und zwar in 70–80% und meist von Seiten der Mutter. Mit Bezug auf die Ernährung glaubt er an eine Intoxikation bei Rachitis. Die Rachitis bei Brustkindern wird durch Beikost gebessert. Fette Kinder neigen mehr zu Rachitis als dürrtig genährte.

Rey (Aachen) ist der Meinung, daß nicht so sehr die Rachitis selbst erblich sei, als sich die Gewohnheiten, die Kinder zu ernähren, in den Familien forterben, und diese Gewohnheiten kämen meist von der Frau.

Feer (Basel) meint, daß die Erblichkeit der Rachitis schwer zu beweisen sei, er hat nachgeforscht, wie es mit dem Vorkommen der Rachitis in der Höhe beschaffen sei. Er hat gefunden, daß sie nur bei Kindern von dort Eingewanderten vorkommt. Immunität gegen Rachitis gibt es nicht; gesunde, rachitisfreie Landleute bekommen, wenn sie in die Stadt ziehen, öfters rachitische Kinder. F. glaubt, das Vorkommen kongenitaler Rachitis noch nicht ausschließen zu sollen. Die anatomischen Verhältnisse sind noch unklar.

Rommel (München) schlägt Nachforschungen vor, ob gut genährte Parvenukinder frei von Rachitis bleiben; das würde gegen die Erblichkeit sprechen. Es gibt keine Rachitis ohne eine Ernährungsstörung im weitesten Sinne.

Stoeltzner (Schlußwort) gesteht der Heredität einen gewissen Einfluß auf das Entstehen der Rachitis zu, bestreitet aber das Vorkommen kongenitaler Rachitis. In der Demonstration von SINGER über die rachitische Hand bemerkt St., daß er bei stärkerer rachitischer Verbildung des Thorax in der Regel eine Verdickung der Nagelphalangen, ähnlich den bekannten Trommelschlägelfingern, gefunden hat. Die Ansichten von ROMMEL weist St. mit Entschiedenheit zurück, da die ganze „Kalktheorie“ endgültig widerlegt sei, ebenso bestreitet St. entschieden, REX falsch zitiert zu haben. Daß die Kraniotabes zur Rachitis gehört, geht daraus hervor, daß man an den verdünnten Stellen immer abnorme Mengen von osteoidem Gewebe findet. Mit HOCHSINGER ist St. im allgemeinen einverstanden, gegen GERNSHEIM macht er geltend, daß die Fälle, in denen Zugabe von Beikost zur Brust auf die Rachitis günstig wirkt, jedenfalls Ausnahmen seien, da weit öfter das Umgekehrte stattfindet. Daß durch äußere Verhältnisse eine Immunität gegen Rachitis vorgetäuscht werden kann, geht daraus hervor, daß wilde Tiere, so lange sie in der Freiheit leben, nie rachitisch werden, während in den zoologischen Gärten die jungen Tiere derselben Arten außerordentlich häufig an Rachitis erkranken.

Siegert (Schlußwort) weist im allgemeinen die Ausstellungen zurück und spricht sich dahin aus, daß es keine kongenitale Rachitis gibt. Es gibt keine Rachitis ohne Rosenkranz. Das Wort Intoxikation für die Ernährungsstörung einzusetzen, führt uns nicht vorwärts. Der Klimawechsel ist für die Disposition zur Rachitis von Wichtigkeit. Es gibt jedenfalls rachitisfreie Familien.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie des sciences.

MAUCLAIRE und INFROIT: Über radiographische Diagnostik von Gallensteinen.

Da die Gallensteine zumeist aus Cholestein bestehen, welche Substanz für Röntgenstrahlen durchgängig ist, gestaltet sich die radiographische Diagnose der Cholelithiasis recht schwierig. Doch gelang es in einem Falle, wo Gallensteine mit Pericholezystitis und Darmadhäsionen das Bild eines durch ein Karzinom bedingten Darmverschlusses vortäuschten, eine deutlich beweisende Aufnahme zu erzielen. Die Vorträge gebrauchten bei diesem Falle eine harte Röhre und eine Expositionsdauer von 10 Minuten.

Bei einer Patientin mit stark vergrößerter Gallenblase war das Ergebnis der radiographischen Untersuchung negativ. Die Autopsie ergab in diesem Falle ein Karzinom des Pankreaskopfes. Die Untersuchungen an getrockneten Gallensteinen ergaben, daß die Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen im umgekehrten Verhältnis zu dem Gehalt derselben an mineralischen Salzen steht. Das Volumen der Gallensteine kommt hierbei nicht in Betracht.

BERTRAND: Arsen in Hühnereiern.

Nach Untersuchungen von B. läßt sich Arsen in der Schale, in der Eihaut, im Eidotter und Eiweiß in meßbarer Quantität nachweisen. Der Gesamtgehalt an Arsen beträgt pro Ei etwa 1.200 mg , wovon etwa zwei Drittel auf den Dotter kommen, während das Eiweiß den geringsten Gehalt aufweist. Diese Untersuchungsergebnisse lehren, daß das Arsen nicht in bestimmten Organen lokalisiert ist, sondern sich in allen Geweben verteilt. Es bildet wie Kohlenstoff, Phosphor und Schwefel einen normalen Bestandteil der lebenden Zelle.

BOHN: Der Einfluß der Radiumstrahlen auf die Entwicklung.

Vortr. hat seine Untersuchungen an Larven von Batrachiern und Echinodermen angestellt. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Radiumstrahlen nur auf Gewebe, das noch in Entwicklung begriffen ist, einen Einfluß ausüben, während sie bereits ausgebildetes Gewebe nicht beeinflussen. Deshalb wirken die Radiumstrahlen beim Menschen auf die in steter Neubildung begriffene Haut, nicht aber auf die bereits ausgebildete Muskulatur. Nur die Nervenzellen reagieren, obwohl sie bereits permanente Elemente darstellen, ebenfalls auf Radiumstrahlen.

Académie de médecine.

VAILLARD: Über die epidemische Dysenterie.

V. hat im Vereine mit DOPTER eine Dysenterieepidemie beobachtet, welche im Jahre 1902 zu Vincennes unter zahlreichen Soldaten wütete. Als ätiologischen Faktor glauben V. und D. auf Grund ihrer vielfachen Untersuchungen im Verlauf dieser Epidemie jenen Bazillus ansprechen zu dürfen, den CHANTEMESSE und VIDAL zuerst und nach ihnen SHIGA und zahlreiche amerikanische und deutsche Bakteriologen beschrieben haben. Bei Tierversuchen mit reinen Kulturen dieses Bazillus gelang es, eine Erkrankung hervorzurufen, welche durch ihre Symptome und Läsionen als identisch mit der spontanen Dysenterie beim Menschen bezeichnet werden konnte. Auch bei subkutanen Impfungen kam es zur Lokalisation in der Schleimhaut des Dickdarms und zum Teil in den Mesenterialdrüsen. Ebenso wurde durch Injektionen mit abgestorbenen Bazillen oder mit daraus gewonnenen Toxinen Läsionen des Dickdarms und Rektums provoziert, welche denen bei der menschlichen Dysenterie überaus ähnlich waren.

LEVEN: Alkohol und Adipositas.

Vortr. hat bei Patienten, die durch die bloße Entziehung der alkoholischen Getränke ohne sonstige Änderung der Diät oder ihres physischen Verhaltens beträchtlich abgemagert waren, die Kalorienmenge, welche durch die Entziehung des Alkohols entfallen war, durch Butter und Zucker ersetzt. Das Gewicht der Patienten, welche diesem Regime unterworfen wurden, blieb unverändert. L. glaube zur Annahme berechtigt zu sein, daß der Alkohol nicht durch die Zuführung von Kalorien fett mache, sondern dadurch, daß er gastro-intestinale Störungen hervorrufe. Diese Versuche bestätigen ferner, daß jedes nicht gut verdauliche Nahrungsmittel, welches immer die chemische Formel und der Kalorienwert desselben ist, Fettleibigkeit provozieren kann.

GOUGET: Über Tetanie als Folge einer karzinomatösen Pylorusstenose.

Ein 49jähriger Mann wurde plötzlich von einer andauernden Kontraktur der Muskulatur des Nackens und des Rumpfes befallen.

Erst einige Zeit nach seinem Eintritt ins Spital stellte sich Appetitlosigkeit, allgemeine Schwäche und schließlich Hämatemesis ein. Der Pat. starb und die Obduktion ergab eine starke Ausdehnung des Magens und eine Pylorusstenose auf karzinomatöser Grundlage. Dieser Fall beweist, daß entgegen der Ansicht von BOUVERER und DEVIC die Pylorusstenose, in deren Verlauf Tetanie auftritt, nicht stets eine Narbenstriktur nach Ulcus ventriculi sein muß. Er zeigt ferner die Notwendigkeit, beim Auftreten der Tetanie stets den Zustand des Magens zu untersuchen und schließlich auch, daß es eine permanente Form der Tetanie gibt, die sich auf den Rumpf beschränkt und die Extremitäten verschont.

Société médicale des hôpitaux.

HIRTZ: Einatmung von Amylnitrit gegen hysterische Anfälle.

H. teilt in seinem Namen sowie im Namen des Dr. LOUSLE die Krankengeschichte zweier hysterischer Patienten mit, deren Anfälle nach der Einatmung von Amylnitrit sofort aufhörten. Im ersten Fall handelte es sich um eine 26jährige Frau, die seit 3 Wochen Hemikontraktur, Hemianästhesie und Aphasie zeigte; der zweite Fall war ein 55jähriger Mann mit Hemiparese, Hemianästhesie und Sprachstörungen.

SIMONIN: Erkrankungen der Respirationsorgane bei Parotitis epidemica.

S. beobachtete 198 Fälle von Mumps. Nur in acht von diesen fand er Erkrankungen der Respirationsorgane. Es handelte sich um Laryngitis, Bronchitis, Pneumonie und Pleuritis. Auffallend erscheint S. der Umstand, daß in diesen 8 Fällen stets Pneumokokken als die Erreger der Erkrankung im Respirationstrakte anzusprechen waren. Votr. glaubt, daß in den analogen Fällen von Mumps immer der Pneumokokkus die Erkrankung der Respirationsorgane bedingen dürfte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 25. Februar 1904.

A. HABERER stellt einen Pat. vor, bei welchem wegen eines Aneurysma arterio-venosum der Art. brachialis die Exstirpation des Aneurysma mit bestem Erfolge vorgenommen worden ist.

RUD. SCHMIDT demonstriert bakteriologische Präparate eines Falles mit einem eigenartigen Symptomenkomplexe. Ein 58jähr. Mann erkrankte mit Schwindel, Schwäche, Druck im Epigastrium, Leber- und Milztumor. Die Diazoreaktion fiel positiv aus. Später traten Fiebersteigerungen hinzu, welche vor dem Tode in Febris continua von 39—40° übergingen. Im Mageninhalt waren GRAM-positive Bazillen, welche manchmal in Ketten angeordnet waren, enthalten. Bei der Obduktion fanden sich nekrotische Herde in der Leber, Leber- und Milztumor und im Magen drei Ulzerationen, welche an Milzbrand erinnerten. In der Milz und im Magensaft fanden sich wieder dieselben Bazillen, welche für Mäuse und Meerschweinchen pathogen und mit den Milchsäurebazillen nicht identisch sind.

Th. Escherich bemerkt, daß die Form der Bakterien an Streptotrichen (EPPINGER) erinnert, von welchen manche pathogen sind, und mahnt zu weiterer Prüfung zwecks näherer Feststellung der Bakterienart.

S. JELLINEK stellt ein Mädchen mit M. Basedowii vor, bei welchem eine starke braune Pigmentierung der Augenlider ausgesprochen ist. Dieselbe ist ein Frühsymptom der Krankheit. Die Färbekraft des Blutes bei M. Basedowii ist oft doppelt so groß, als dem Eisengehalt des Blutes entsprechen würde.

Ferner demonstriert derselbe einen 12jähr. Knaben mit einem hochgradigen Cirsoismus venosus, welcher auf einer Stenose der V. cruralis beruhen dürfte. Die ektatischen Venen reichen von der linken Inguinalgegend bis in die Höhe des Proc. xiphoideus.

W. BERALL demonstriert Pulscurven von Herzarhythmie infolge von Extrasystolen. Pat. hat an manchen Tagen keine Beschwerden, an anderen Tagen verursacht die Arrhythmie sehr quälende Herzsymptome. Bei Anstrengungen ist der Puls normal. Die Arrhythmie besteht darin, daß nach jedem 3.—4. Pulsschlag eine längere Intermission kommt. Es dürfte sich um eine Störung des Herzrhythmus durch Reize handeln, welche aus dem Verdauungstrakte stammen, da sich die Arrhythmie besonders häufig nach der Mahlzeit einstellt.

FERD. KORNFELD: Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.
(Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

H. Toleky bemerkt, daß er einige Tage nach einer Infektion bei einer Operation Bakteriurie bekommen habe, welche durch Medikamente nicht beeinflusst wurde und später von selbst verschwand.

F. Kornfeld erwidert, daß es Fälle von genuiner Bakteriurie gibt, deren Genese nicht aufgeklärt ist, manchmal kommt sie auch bei Fieber ohne Eiterung vor.

Th. Escherich bemerkt, daß das überwiegende Vorkommen der Bakteriurie bei Mädchen dadurch zu erklären wäre, daß die Bakterien von außen durch die Urethra in die Blase eindringen. Es gibt Fälle von Bakteriurie ohne krankhafte Erscheinungen; schwerere Allgemeinerscheinungen würden für eine Komplikation (Pyelitis, Zystitis) sprechen.

Fromm berichtet über 2 Fälle von Bakteriurie bei Säuglingen, bei welchen B. coli im Harn zu finden war. Die Bakteriurie ist in vielen Fällen ein Vorstadium der Zystitis.

J. Mannaberg spricht sich gegen die Annahme aus, daß die Bakterien aus dem unversehrten Darme oder durch das unversehrte Peritoneum in die Harnblase gelangen.

G. Singer bemerkt, daß in manchen Fällen die enterogene Entstehung der Bakteriurie anzunehmen sei.

H. Deutsch meint, daß vielen Fällen von Bakteriurie die mechanische Übertragung von Bakterien in die Urethra (durch Finger, Koitus) zugrunde liegen dürfte.

Notizen.

Wien, 5. März 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. Dr. RIEHL eine Frau mit einer ausgedehnten Röntgenverbrennung, welche den Hals, die oberen Partien der Brust sowie die Arme betrifft, und knüpft an diese Demonstration die Forderung, daß die Radiologen gleich den Chirurgen auch die Statistik ihrer Mißerfolge veröffentlichen. Prof. E. SCHIFF stimmte diesen Ausführungen vollinhaltlich bei. — Hierauf stellte Dr. H. LORENZ ein 11jähriges Mädchen mit Ostitis deformans hereditaria der rechten Tibia vor. Die Affektion geht mit hochgradiger Verlängerung und Verdickung des betreffenden Knochens einher. — Sodann erörterte Dr. AD. HECHT seine Versuche über das Reduktionsvermögen der Milch, welche ergeben haben, daß verschiedene Milchproben eine Lösung von Methylenblau in verschiedenem Maße zu entfärben vermögen; dieses der wasserstoffersetzenden Wirkung der Milch parallel gehende, thermolabile Reduktionsvermögen scheint eine den Fermenten der Milch selbst, nicht zufälligen Bestandteilen derselben, zukommende Eigenschaft zu sein. Dr. W. SCHLESINGER bemerkte hierzu, daß eine derartige Schlußfolgerung die Eliminierung anderer reduzierender Substanzen, z. B. des Zuckers, voraussetzen habe. — Schließlich hielt Dr. L. HOFBAUER den angekündigten Vortrag über die Differenzierung der verschiedenen Asthmaarten mittelst der stethographischen Methode. Votr. fand, daß den einzelnen Asthmaarten spezifische, die Thoraxbewegung registrierende Kurven entsprechen. So zeigte die Kurve des Asthma cardiale eine Verlangsamung der In- und Expiration, jene des bronchialen Asthma eine expiratorische Verlängerung, die Atmungskurve bei M. Basedowii sei zieckzackförmig. Man könne also unter Umständen aus der Form der Kurve auf die spezielle Genese des Asthma schließen. Doz. PAULI mahnte bei der Deutung der Kurven zur Vorsicht, zumal in denselben die Zwerchfellbewegung nicht in genügendem Maße zum Ausdruck komme. Prof. GROSSMANN wies auf die Inkonstanz der stethographischen Kurve bei dem nämlichen Krankheitsbilde hin und betonte, daß die Methode HOFBAUERS den Herzzustand im konkreten Falle gar nicht berücksichtige.

(Wiener Ärztekammer.) In der am 29. Februar 1904 abgehaltenen Versammlung der Wiener Ärztekammer erstattete Dr. STRICKER ein Referat über eine an die k. k. n.-ö. Statthalterei zu richtende Dringlichkeitseingabe, in welcher um endliche behördliche Regelung der Ambulatorienfrage ersucht wird. Dasselbe wurde einstimmig angenommen. — Zur Überprüfung der Jahresrechnungen für das Jahr 1903 wurden die Kammermitglieder DDr. ALFRED BASS und SAMUEL LICHTENSTEIN als Rechnungsrevisoren bestellt. — Nach § 17, Absatz 4 des Ä.-K.-G. wählte die Versammlung zur Vorbereitung von Krankenkassen-, Ambulatorien- und Standesfragen sowie zur Prüfung der Wahlakten eigene Komitees. — Ein

Antrag des Dr. GRÜN betreffend ein vom Reichsratsabgeordneten Dr. A. HEILINGER verfaßtes Gutachten über die angeblich irrtümliche Auslegung des § 343 St.-G. sowie ein Antrag des Dr. PUPINI, die Kammer möge an die kompetenten Stellen eine Eingabe richten, in welcher verlangt wird, daß die Behörden bei der Durchführung von Strafverfahren gegen Ärzte oder bei Erlassung von die Ärzte betreffenden Verordnungen etc. immer das Gutachten der Ärztekammer einzuholen haben, wurden dem Vorstande zur Beratung zugewiesen. — Zum Schlusse stellte Dr. STRICKER einen Dringlichkeitsantrag betreffend eine Eingabe an die Statthalterei um Einforderung eines Kammergutachtens vor Erteilung jeder Sanatoriumskonzession, welcher angenommen wurde.

(Turn- und Jugendspiele an Mittelschulen.) Mit Erlaß vom 24. Februar d. J. fordert der Unterrichtsminister die Lehrkörper der Mittelschulen neuerlich auf, der Pflege der körperlichen Übungen der Schuljugend, zumal in Form von fachgemäß geleiteten Jugendspielen, ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, stellt hierfür Remunerationen und Reisestipendien behufs Ausbildung von Spielleitern in Aussicht und ordnet mit Recht die Berücksichtigung der Spiele im Stundenplane an. Die Fürsorge der österreichischen Unterrichtsverwaltung für die körperliche Ausbildung der Mittelschüler im Freien ist des lebhaften Beifalles der Ärzte gewiß; leider erschweren die lokalen Verhältnisse der Großstadt, zumal der Mangel an günstig gelegenen Spielplätzen, die Durchführung dieser Aktion in hohem Maße.

(Universitätsnachrichten.) Am 19. Februar hat der Utrechter Ophthalmologe Professor Dr. SNELLEN seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Zum Nachfolger des scheidenden Leiters der Frauenklinik in der Berliner Charité Prof. Dr. A. GUSSEROW ist der Hallenser Gynäkologe Prof. Dr. ERNST BUMM bestimmt worden. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. EDUARD PFLÜGER in Bonn ist zum Mitgliede der k. Akademie der Wissenschaften zu Bologna ernannt worden. — Der Extraordinarius für Dermatologie Doktor J. RILLE in Leipzig ist zum ordentlichen Honorarprofessor dasselbst ernannt worden. — Dr. HERMANN KAPOSI hat sich als Privatdozent für Chirurgie in Heidelberg habilitiert.

(Auszeichnungen.) Der Privatdozent an der Wiener Universität Dr. ALEXANDER R. v. WEISMAYER und der Kurarzt in Arco Dr. OSKAR GECKE haben das Ritterkreuz des sachsen-ernestischen Hausordens, der Privatdozent an der Wiener Universität Dr. MAX NEUBURGER hat das Ritterkreuz des spanischen Zivilordens Alfons XII. erhalten.

(Witwen- und Waisen-Unterstützungsinstitut des Österreichischen Ärztevereins-Verbandes.) Das mit den Vorarbeiten betraute, aus den Herren Dr. W. SVETLIN, Dr. ANTON LOEW und Dr. HEINRICH ADLER bestehende Exekutivkomitee erstattet nach Durchführung seiner Aufgabe, indem es zugleich sein Amt zurücklegt, seinen Bericht, aus welchem hervorgeht, daß das Komitee auf eine erfolgreiche Tätigkeit zurückblicken vermag. Eine jährliche staatliche Subvention erscheint gesichert, eigene Veranstaltungen im abgelaufenen Jahre haben ein ansehnliches Reinerträgnis ergeben, zahlreiche Ärzte und ärztliche Korporationen sind schon angeworben, und so ist das Ziel des Verbandes, die Schaffung eines Pensionsfonds, in nicht mehr allzuferne Zeit gerückt. Das Komitee wird dem morgen in Wien zusammentretenden XIV. österreichischen Ärztevereinstage Bericht erstatten.

(Versammlung der Gemeindeärzte Niederösterreichs.) In einer Versammlung, welche am 25. Februar d. J. stattfand, haben die Gemeindeärzte des flachen Landes Niederösterreich ihre Wünsche und Bestrebungen zum Ausdrucke gebracht. Der Referent Dr. PAUL MAYER (Korneuburg) wies u. a. auf die Notwendigkeit der Einführung einer Witwen- und Waisenversorgung, einer Dienstespragmatik, der Krankenversorgung, der Regulierung der Dienstbezüge hin und sprach die nur allzu berechtigten Hoffnungen aus, daß sich der n.-ö. Landtag den Forderungen seiner Ärzteschaft wohlwollend gegenüberstellen werde.

(Der allgemeine polnische Ärzte- und Naturforscherkongreß), der für den Monat Juni d. J. nach Lem-

berg einberufen war, ist auf unbestimmte Zeit vertagt worden, da von den aus Russisch-Polen angemeldeten Teilnehmern mehr als siebzig sich schon auf dem Wege nach dem Kriegsschauplatz in Ostasien befinden, den übrigen aber die Ausfolgung von Reisepässen seitens der russischen Regierung, welche erforderlichenfalls eine entsprechende Anzahl von Ärzten zur Verfügung haben will, wahrscheinlich verweigert werden dürfte.

(Deutsche Regierung und Ärzteschaft.) Aus Berlin wird uns geschrieben: Der preußische Handelsminister hat eine Bemerkung des Abgeordneten Trimborn über die Ärzteaustände in Deutschland zum Anlasse einer Erklärung genommen, welche unsere Ärzteschaft jedenfalls mit großer Befriedigung erfüllen wird. Der Minister erkannte u. a. die Forderung der freien Arztwahl als im Prinzipie berechtigt an und stellte einen Erlaß an die Oberpräsidenten in Aussicht, der diese ermächtigen wird, überall einzuschreiten, wo die Kassenvorstände einen genügenden Bestand an Ärzten nicht nachzuweisen imstande sind. Am allerwichtigsten aber war wohl das ministerielle Bekenntnis, daß die wahre Ursache der Streitigkeiten darin liege, daß man die berechtigten Wünsche der Ärzte bei der letzten Novelle zum Krankenkassengesetze nicht erfüllt habe. — Diese ministerielle Enunziation scheint die Beantwortung der Resolution einer am 16. v. M. stattgehabten allgemeinen Ärzteversammlung zu bilden. — Ganz wie in Österreich.

(Der V. internationale Dermatologen-Kongreß) findet vom 12.—17. September d. J. zu Berlin statt. Folgende Themata werden zur Diskussion gelangen: 1. Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien, 2. Syphilitische Erkrankungen der Zirkulationsorgane. 3. Die Epitheliome und ihre Behandlung. 4. a) Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897; b) Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Lepra anaesthetica.

(Ärztlicher Pilgerzug.) Die „Deutsche Med. Zeitung“ reproduziert den Aufruf eines Komitees italienischer und französischer Ärzte für einen internationalen Ärztepilgerzug nach Rom gelegentlich des 50jährigen Jubiläums der Verkündigung des Dogmas von der unbefleckten Empfängnis vom 5. bis 14. April 1904 mit sechstägigem Aufenthalt in der ewigen Stadt. Unter geeigneter Führung werden die hervorragendsten Sehenswürdigkeiten Roms besucht, ärztliche Vorträge über medizinische Wunder, namentlich über die bestuntersuchten Wunderheilungen von Lourdes gehalten werden. Eine Zahl von Personen, deren Heilung sehr gut festgestellt ist, wird den Pilgerzug begleiten. (!)

(Eine Honorarfrage.) Der Kassenangehörige B. in W. war ins Wasser gestürzt und wurde angeblich noch lebend herausgezogen. Ein herbeigerufener Arzt machte durch lange Zeit Wiederbelebungsversuche, die jedoch erfolglos blieben. Die Honorarrechnung des Kollegen wurde von der zuständigen Krankenkasse mit der Motivierung zurückgewiesen, daß der Mann tot, also nicht Gegenstand ärztlicher Behandlung gewesen sei. Hiergegen entschied das Bezirksgericht, der Arzt habe sich um den Betreffenden nicht als um einen Toten bemüht, und solange der Tod nicht festgestellt sei, bleibe der menschliche Körper Gegenstand der ärztlichen Behandlung. Die Berufungsinstanz bestätigte das erstrichterliche Urteil. — Ein zweiter Fall, der die Frage der Honorierung eines Arztes durch eine Krankenkasse betrifft, ist kürzlich in der steiermärkischen Ärztekammer erörtert worden. Ein Arzt hatte einen bei einer Rauferei verwundeten ausländischen Arbeiter, der Mitglied einer Krankenkasse ist, behandelt und die Kammer befragt, wie er zu seinem Honorar gelangen könne; es wurde ihm darauf geantwortet, er solle sich zur Bemessung der Honoraransprüche unter Betonung „der Gefahr im Verzuge“ an die Aufsichtsbehörde der Kasse, die Bezirkshauptmannschaft, wenden. Für künftige Fälle aber werde ihm geraten, mit dem Kassensarzte ein Abkommen zu treffen, dahingehend, daß der Kassensarzte im Vertretungsfalle der Kasse gegenüber als Rechnungsleger erscheine.

(Die Frage des Praktizierens ausländischer Ärzte in Italien) ist vor wenigen Tagen im italienischen Abgeordnetenhaus besprochen worden. Der Regierungsvertreter beantwortete eine diesbezügliche Interpellation dahin, daß die fremden Ärzte bloß das Recht hätten, Ausländer zu behandeln und daß

etwaige Versuche, ihre Praxis auf die italienische Bevölkerung auszuweiten, nicht zu dulden seien. Die Regierung sei bestrebt, von den beteiligten Nationen das Recht der Reziprozität zu erhalten.

(Eine irländische Karzinomstatistik) wird von dem dortigen Gesundheitsamte publiziert. Wir entnehmen dem Berichte u. a., daß der Krebs in Irland überaus häufig familiär auftritt, ferner vielfach bei Personen, die in oftmaligem Kontakte mit Karzinomkranken stehen. Ungesunde Wohnungsverhältnisse scheinen sein Auftreten zu begünstigen. Mit dem letztgenannten Befunde steht es wohl auch im Einklange, daß das Karzinom unter den in ganz besonders ungünstigen sanitären Verhältnissen lebenden Chinesen Nordamerikas in geradezu erschreckendem Maße verbreitet ist.

(Der 23. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) findet vom 6. bis 9. April zu Berlin im LANGENBECK-Hause statt.

(Tuberkulose-Prophylaxe.) Zu Kopenhagen wird am 27. und 28. Mai d. J. eine Sitzung des internationalen Zentralbureaus zur Bekämpfung der Tuberkulose stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen u. a. folgende Themen: Spuckverbot, Anzeigepflicht, Disposition, Erziehung.

(British medical Association.) Die diesjährige Jahresversammlung wird vom 26.—29. Juli zu Oxford stattfinden.

(Statistik.) Vom 21. bis inklusive 27. Februar 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7926 Personen behandelt. Hiervon wurden 1641 entlassen, 176 sind gestorben (9,6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 92, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 165, Scharlach 17, Masern 408, Keuchhusten 52, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 3, Röteln 9, Mumps 147, Influenza 2, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 632 Personen gestorben (+ 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Hainpach der Distriktsarzt Dr. HEINRICH ZÄCKE, Ehrenbürger seines Wohnortes, im 60. Lebensjahre; in Kiel der Oberarzt der medizinischen Klinik Privatdozent Dr. ALFRED GROSS; in Lund der Physiologe Professor Dr. M. G. BLIX, 55 Jahre alt; in Kolumbus Dr. HARVEY C. TRAKER, Professor der pathologischen Anatomie an der dortigen Ohio Medical University.

Korwills (früher Weis') Blaue Eisenpillen. Diese mit Schokoladeüberzug hergestellten Eisenpillen behaupten trotz der großen Zahl neuer, allerdings von der Bildfläche meist wieder verschwindender Konkurrenzpräparate ihren Platz als eines der besten und sicher wirkendsten Mittel gegen Anämie und Chlorose. Korwills Eisenpillen haben vor anderen Präparaten den Vorzug, daß sie stets weich bleiben, ohne jedwede Darm- und Magenbeschwerden leicht verdaulich zu werden, die Zähne nicht angreifen, angenehmen Geschmack haben, daher auch von Kindern gerne genommen werden. Über Verordnung werden sie auch mit Acid. arsenic. 0,001 g pro dosi, 1 Pille = 1 Tropfen Sol. arsen. Fowl. hergestellt und sind durch alle Apotheken, sowie vom Hauptdepot Korwills Mohren-Apotheke, Wien, I., Tuchlauben 27, zu beziehen. Der Preis einer Schachtel à 100 St. ist K 2.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Frisch A. v. u. Zuckerkanal O., Handbuch der Urologie. I. B. J. Mit 176 Abb. und 5 Tafeln. Wien 1904, A. Hölder.
 Wladyslaw Neumann, Über den sogenannten Weichselzopf. Leipzig 1904, B. Koenig.
 Lehmann u. Neumann, Atlas und Grundriß der Bakteriologie. Lehmanns med. Handatlanten. Bd. X. 3. Auflage. München 1904, J. F. Lehmann.
 P. Ehrlich, Ges. Arbeiten zur Immunitätsforschung. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 Froussard, L'Entéro-Colite. Paris 1904, A. Malorne.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 7. März 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. M. HAUDEK: Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 10. März 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. NEUTRA: Über ein Ermüdungsphänomen bei Hysterie und Neurasthenie. (Vorläufige Mitteilung.) — III. Dr. OSKAR LEDERER: Zur Lehre von der Rumination.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das März-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die Oxalurie“. Von Dr. Gustav Toepfer in Karlsbad. — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt des Apothekers H. Nanning in Haag über „Extrakt Chinae Nanning“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Kronendorfer

natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.

Helmitol

Duotal

Creosotal

Protargol

Somatose

Mesotan

äußerlich.

Ersatz für Gaultheriaöl,
nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.

Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt,
3mal täglich aufzuspinseln.

Theocin-Natr. acetic.

prompt wirkend, leicht löslich.

Dos.: 0,3—0,5 g 3—4mal tägl., gelöst, nach
den Mahlzeiten.

Salizylpräparate
zur Behandlung
rheumatischer Affektionen.



Mächtige Diuretica
bei den meisten hydroptischen Erscheinungen.

Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit Theocin-Natr. acetic. energisch anzuregen und dann mit Agurin möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.

Aspirin

innerlich.

Beste Ersatz für Salizylate, angenehm
säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen
Nebenwirkungen.

Dos.: 0,5—1 g 3—5mal tägl. zu nehmen.

Agurin

essigsäures Theobrominnatrium.

Dos.: 1 g 3—4mal täglich.

Aristochin

Salophen

Hedonal

Heroin hydrochlor.

Vertreter für Österreich-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, selbstständig 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 Redaktion 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 Administrat., der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat EISELT und MAIXNER in Prag: Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Von Dr. Václav Plavec. — Über freie und inkarnerierte Hernien und deren Behandlung. Von Primararzt Dr. JULIUS SCHNITZLER, Privatdozent für Chirurgie. II. — Referate. MARX und EHRNROTH (Heilbronn): Eine einfache Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen- und Säugetierblut. — OTTO HESS (Marburg a. L.): Die Angina Vincenti. — NISSKE und WIENERS: Zur Untersuchungstechnik von Eiern und Larven des Ankylostomum duodenale. — LEREDDE und PAUTRIER (Paris): Die Indikationen und Kontraindikationen der Phototherapie beim Gesichtslupus. — A. SCHÜLLER (Wien): Über die Störung des Flankenganges bei Hemiplegikern. — ALEXANDROWSKI: Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris. — BAERMANN (Breslau): Über die Pathogenese der gonorrhöischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. — FICKER: Über den Nachweis von Typhusbazillen im Wasser durch Fällung mit Eisensulfat. — BARMANN: Untersuchungen über Laktoserum. — HOFFMANN und FISCHER: Über neue Methoden des Nachweises von Typhusbazillen. — ERICH RADTKE (Königsberg i. P.): Über gynaekologische Folgezustände der Placenta praevia. — I. SEMENOFF: Über einen seltenen Fall von Hydrophobie. — VIALA (Paris): Les vaccinations antirabiques à l'institut PASTEUR en 1902. — TSIKLINSKY (Moskau): Sur la flore microbienne thermophile du canal intestinal de l'homme. — RUSCHHAUPT (Zürich): Ein Beitrag zur Kasuistik der intrakraniellen Dermoiden. — Kleinere Mitteilungen. Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden. — Agurinwirkung. — Zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenschenkelraumes. — Über den Einfluß des Apertwassers auf den Stoffwechsel einer Fettsüchtigen. — Zur Behandlung der Chorea. — Die Behandlung der Fissura ani. — Über Rektalernährung. — Thiocol. — Trigemini. — Literarische Anzeigen. Vaginale und abdominale Operationen. Von Dr. KARL ABE in Berlin. — Die Mittelohrerkrankungen. Von Dr. ROBERT DÖLGER, Oberarzt im königl. bayer. Infanterie-Leibregiment, z. Z. kommandiert an die Unigenitäts-Ohrrenklinik (Vorstand Hofrat Professor Dr. BRZOLD). — Die Erkrankungen des Magens. Von F. RIEGEL. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel, 20.—26. September 1903. (Orig.-Ber.) XX. — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Orig.-Ber.) — Notizen und Neue Literatur. — Eingekommen. — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — Ärztliche Stellen. — Anzeigen.

Hierzu 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.

Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat Eiselet und Maixner in Prag.

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.

Von Dr. Václav Plavec.

Während in anderen Ländern und großen Städten die Zahl der Phosphorvergiftungen im Abnehmen begriffen ist, wurde während der letzten 10 Jahre die akute Phosphorintoxikation in Prag zu einer so beliebten Methode des Selbstmordes, daß ihr jährlicher Ausweis jenen der größten Staaten der Welt vielfach übertrifft. Trotz der traurigen Berichte, welche die Tagesblätter über den Verlauf dieser Vergiftung bringen, nimmt die Vorliebe für diese Methode des Selbstmordes stetig zu. In den 80er Jahren betrug die Zahl der im Allgemeinen Krankenhaus in Prag behandelten Fälle jährlich ungefähr 25, dagegen in den Jahren 1897 — 71; 1898 — 94; 1899 — 93, 1900 — 84, 1901 — 127 und im Jahre 1902 dürfte sie ungefähr ebensoviel betragen. Außerdem werden auch in den übrigen Prager Krankenhäusern Phosphorvergiftungen aufgenommen. In den letzten Jahren weist auch das Land mehrere Fälle von Phosphorvergiftung in selbstmörderischer Absicht auf. Dabei muß man noch bedenken, daß nicht alle Phosphorvergiftungen zur Anzeige gelangen, da es dem Selbstmörder, namentlich auf dem Lande, manchmal gelingt, die Ursache seiner Erkrankung bis zu seinem Tode zu verheimlichen.

Diese steigende Vorliebe für den Selbstmord mit Phosphor ließe sich auf eine doppelte Weise einschränken: Entweder

durch das Verbot des Verkaufes von Phosphorzündhölzchen¹⁾ oder durch eine in jedem Stadium der Phosphorvergiftung sicher wirksame Therapie. Gewiß wählt jeder Selbstmörder am liebsten ein sicher wirkendes Gift, und daher würden durch eine wirksame Therapie nicht bloß die bereits erkrankten Personen gerettet werden, sondern auch die Mehrzahl jener, die sich mit ähnlichen Absichten tragen. Schon im Jahre 1869 hat CHEVALIER (1) behauptet, die Zahl der Phosphorvergiftungen würde wesentlich abnehmen, wenn die medizinische Wissenschaft über ein sicheres Gegengift des Phosphors verfügte.

Zwar wurde von vielen Seiten darauf gedrungen, daß auch die österreichische Regierung den Verkauf von Phosphorzündhölzchen verbiete; etwas Bestimmtes wurde aber bis jetzt noch nicht veranlaßt, und daher ist es unsere Pflicht, unsere ganze Aufmerksamkeit inzwischen der Verbesserung der Therapie der akuten Phosphorvergiftung zuzuwenden.

Am meisten wurde über dieses Problem vor 30 Jahren gearbeitet, und es gelang damals auf Grund pathologischer und pharmakologischer Studien, die Therapie der Phosphorvergiftung derart zu verbessern, daß die frühere Mortalität von zirka 80% (2) auf zirka 45—50% (3) sank. Alte, unrichtige Theorien über die Wirkung des Phosphors im Organismus mußten fallen, und die Therapie wurde neueren Theorien zweckmäßig angepaßt. Zugleich gelang es damals, neue, sicherere Antidote des Phosphors zu finden: das Terpentinöl und die Kupfersalze. Zwar machte man später die Erfahrung, daß diese Gegengifte nicht so ideal und absolut sind, wie

¹⁾ In Schweden, Dänemark und in der Schweiz wurde die Zahl der Phosphorvergiftungen durch das Verbot des Verkaufes von Phosphorzündhölzchen auf ein Minimum herabgedrückt.

man ursprünglich behauptet hatte, aber ihr Wert wird auch heute noch anerkannt.

In den letzten 20 Jahren erlahmte das Interesse der Kliniker für die Pathologie und Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Aus leicht begreiflichen Gründen wäre es aber dringend notwendig, daß die Achtsamkeit der Prager Kliniken bezüglich der Phosphorvergiftung solange nicht nachlasse, als dieselbe in Prag so häufig vorkommen wird.

Die akute Phosphorvergiftung ist für das antidotäre Studium sehr verlockend, denn sie pflegt gewöhnlich einen subakuten und progressiven Verlauf zu nehmen (4, 5). Zunächst wird der Phosphor wegen seiner schweren Löslichkeit langsam resorbiert und verbleibt im Verdauungstraktus, besonders im Darm, durch mehrere Tage. Seine lokale Einwirkung auf die Schleimhaut ist nicht gefährlich. Nach den gastrointestinalen Anfangssymptomen entsteht in typischen Fällen, selbst wenn der Phosphor bereits in tödlicher Dosis resorbiert wurde, eine 1—2 Tage dauernde Euphorie, welche allmählich in das terminale Stadium der schweren Symptome übergeht. Auch der objektive pathologische Befund entwickelt sich nur langsam und ein Stadium der vollendeten Resorption des Phosphors ist nur undeutlich ausgeprägt. Dadurch unterscheidet sich die Phosphorvergiftung wesentlich von anderen Vergiftungen und es scheint, daß die Gegengifte bei der akuten Phosphorvergiftung viel mehr und länger zur Geltung kommen können als anderswo. Leider ist es bis jetzt noch nicht gelungen, ein vollkommen verlässliches Gegengift des Phosphors zu finden, und insbesondere nicht ein solches, welches auch nach der Resorption des Phosphors wirken würde.

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung ist, ähnlich wie die Therapie im allgemeinen, eine radikale, eine symptomatische und eine diätetische. Die radikale Therapie hat die Ursache aller entstehenden pathologischen Veränderungen, das ist den Phosphor selbst, im Auge.

I. Radikale Therapie.

a) Mit Rücksicht auf den im Darmtraktus vorhandenen Phosphor.

Welchen Weg die Therapie hier einschlagen muß, wird uns die Pathologie der Phosphorvergiftung zeigen. Ursprünglich hat man geglaubt, daß der Phosphor unlöslich sei, und hat daher gelehrt, daß der Phosphor selbst nicht giftig sei, und daß nur seine Oxydationsprodukte die Vergiftung erzeugen (Theorie von MUNK-LEYDEN). Später aber wurde gezeigt, daß der Phosphor in Wasser und namentlich in gewissen Körperflüssigkeiten (Galle) in minimaler Menge löslich sei, und daß seine Dämpfe organische Membranen durchdringen können (VOHL, BAMBERGER). Als aber von mehreren Seiten das Vorhandensein freien Phosphors im Blute und in den Organen bestätigt (6) und auf experimentellem Wege konstatiert worden war, daß die Oxydationsprodukte des Phosphors weder quantitativ, noch qualitativ eine solche Toxizität besitzen wie der freie Phosphor, erkannte man mit Bestimmtheit, daß die Resorption des freien Phosphors allein das Wesen der Phosphorvergiftung sei. Dadurch wurde aber die Therapie der Phosphorvergiftung vollständig verkehrt. Während man früher durch Darreichung schleimiger Getränke die Phosphorpartikelchen einzuhüllen trachtete, um die Oxydation des Phosphors zu verhüten, reicht man heutzutage selbst die stärksten Oxydantien, nur damit der freie Phosphor im Verdauungstrakte so rasch als möglich oxydiert und gebunden werde.

Schon vor der Theorie MUNK-LEYDENS war es bekannt, daß nach Einreibung des Phosphors in die Haut eine Lösung von unterchlorigsauren Salzen oder von Chlorkalk die Schmerzen lindert und die Phosphoreszenz des eingegebenen Phosphors unterdrückt (ELBEN (4), TAYLOR (7)). DUFLOS (8) gab zum inneren Gebrauche eine ähnliche Flüssigkeit an (1 T. Magnesia, 8 T. Chlorwasser, 8 T. Wasser), von welcher er behauptete,

daß sie den Phosphor zu Phosphorsäure oxydiere und hierauf diese neutralisiere. SCHRÖDER, HOFMANN und SCHUCHARDT (9) haben mit dieser Lösung keine bemerkenswerten Erfolge erzielt.

Auch das allgemein bekannte, seinerzeit als Spezifikum proklamierte Gegengift des Phosphors, das Terpentinöl, wirkt bloß vermöge der Oxydation. KÖHLER (6) hat zahlreiche Beweise geliefert, daß nur altes, ozonreiches Terpentinöl bei der akuten Phosphorvergiftung günstig wirke, und auch dieses nur dann, wenn es genommen wurde, bevor noch die tödliche Dosis des Phosphors resorbiert worden ist. Dieselbe Überzeugung haben auch THOMPSON, PERRY (23), BESSE, LEWIN, BINZ und viele andere. Je früher nach dem Genusse des Phosphors das Terpentinöl gereicht wird, eine desto größere Menge des genossenen Phosphors kann es oxydieren. Nach den experimentellen Erfahrungen KÖHLERS ist nach 24 Stunden schon soviel Phosphor resorbiert, daß die Darreichung von Terpentinöl keine Rettung mehr bringen kann.

VETTER und ROESSINGH (6) erklärten einzig und allein das Oleum terebinthinae gallicum für das richtige und beste Gegengift des Phosphors. Diesbezüglich gibt KÖHLER an, daß das Oleum terebinthinae gallicum am besten alt²⁾ und daher reich an Sauerstoff zu sein pflegt. Später haben ROMMELAERE und in neuester Zeit O. BUSCH (23) bestätigt, daß eine antitoxische Wirksamkeit bei der Phosphorvergiftung nur dem nicht rektifizierten, das ist dem oxydierten Terpentinöl zukommt. THORNTON (10) schlägt quasi einen Mittelweg ein, indem er angibt, daß nur altes, französisches, sauer reagierendes Terpentinöl am besten auf den Phosphor einwirke, daß aber dieses im Handel leider nicht zu bekommen sei.

Beim Zusammenmischen alten Terpentinöls mit Phosphor beobachtete KÖHLER eine so intensive Oxydation, daß sich das Gemisch von selbst entzündete. Bei langsamer Oxydation, wie sie im Verdauungstraktus vor sich gehen mag, bildet sich nach KÖHLER einerseits Phosphorsäure, andererseits terpeninphosphorige Säure, wodurch der Phosphor nach KÖHLER seine giftigen Eigenschaften vollständig einbüßt. Terpeninphosphorige Säure fand KÖHLER im Harn behandelte Tiere.

Behufs stärkerer Wirkung soll man das Terpentinöl weder als Emulsion noch als Mixtur reichen, sondern direkt in Tropfen oder Gelatine kapseln. Die Einzelgabe soll 1—2 g betragen, von welcher man bis auf 5—10 g pro die steigen kann.³⁾ Da der freie Phosphor längere Zeit im Verdauungstrakte verweilt, so rät die Mehrzahl der Autoren, das Terpentinöl 3 Tage hindurch nehmen zu lassen. Die Gesamtmenge des eingenommenen Terpentinöls soll nach KÖHLER das 100-fache des genossenen Phosphors betragen.

Die Darreichung des Terpentinöls hat aber manche Schattenseiten. Zunächst wird es von dem Kranken sehr ungerne genommen (KUNKEL (11)). Auch nach unseren Erfahrungen ruft es leicht Übelkeiten hervor, so daß wir in der Abteilung Hofrat EISELTS die weitere Darreichung manchmal wegen unüberwindlichen Widerwillens einstellen mußten, da sonst Erbrechen auftrat. Auch werden die Nieren durch das Terpentinöl nicht unbedeutend gereizt, was um so mehr ins Gewicht fällt, weil das Nierenparenchym schon durch die Phosphordegeneration sehr leidet.

Auf diese unangenehmen Nebenwirkungen des Terpentinöls muß um so mehr hingewiesen werden, da die Urteile über seine therapeutische Wirksamkeit und Nützlichkeit wesentlich voneinander abweichen. Während TARDIEU (12), KÖHLER (1) u. a. das Terpentinöl als das erste wirkliche und sichere Gegengift des Phosphors begrüßten, welches imstande sein sollte, die massenhafte Anwendung des Phosphors zu Vergiftungen zu unterdrücken, verkündete THOMPSON (13), daß die Evakuierung des Verdauungstraktus zweckmäßiger sei als die Darreichung des

²⁾ Jedes Terpentinöl absorbiert bei Berührung mit Luft beträchtliche Mengen von Sauerstoff (auch das rektifizierte); teils oxydiert es sich selbst zu Harz, teils bindet es den Sauerstoff locker (meist in Form des Ozon).

³⁾ LABOULBÈNE²³⁾ gab 30 g pro die.

Terpentinöls. Auch BAMBERGER (14), NAUNYN (15) und LEWIN (16) haben sich sehr skeptisch über die Wirksamkeit des Terpentinöls bei der Phosphorvergiftung ausgesprochen. CURIE und VIGIER und DEPAIRE (6) gelangten bei ihren Untersuchungen zu vollständig negativen Resultaten.

Andererseits beweisen die ersten Fälle französischer Autoren (ANDANT, SORBETS) (6), sowie auch die Versuche von PERSONNE, VETTER, KÖHLER, ROMMELAERE und ROESSINGH (6), daß das oxydierte Terpentinöl bei frühzeitiger Darreichung die toxische Wirkung eines großen Teiles des genossenen Phosphors annullieren kann.

Die Frage der antitoxischen Wirksamkeit des Terpentinöls ist auch bis heute noch nicht einheitlich beantwortet worden. Allgemein wird zwar ein größeres Gewicht auf die Evakuierung des Darmtrakts gelegt als auf die Darreichung von Terpentinöl, aber seine Bedeutung wird ungleich beurteilt. v. JAKSCH (17), RIESS (18), KIONKA (19), KUNKEL (11) u. a. verlassen sich nicht viel auf die Wirkung des Terpentinöls und geben es nur vollständigkeithalber. Mit einem größeren Vertrauen sprechen vom Terpentinöl LACASSAGNE (20), STRÜMPELL, ORTNER (21), KOBERT (22), O. BUSCH (23), SCHUCHARDT (10) und die Mehrzahl der französischen Kliniker. In letzter Zeit kehrte GILBERT (24) zum ursprünglichen Enthusiasmus zurück.

Unter solchen Umständen machte sich naturgemäß von neuem das Bestreben geltend, neue, ausgiebige und für den Körper unschädliche Oxydantien des Phosphors zu finden. Es wurde das Wasserstoffsperoxyd (22) (H_2O_2) vorgeschlagen und das Chlorwasser neuerdings erprobt, aber ohne Erfolg.

v. JAKSCH (17) hat zwar das Wasserstoffsperoxyd nie benutzt, glaubt aber dennoch, daß es gut wirken könnte, nur müßte man jedesmal eine frische Lösung verwenden; die Zubereitung einer frischen Lösung würde aber viel Zeit erfordern, während die Phosphorvergiftung ein möglichst rasches Eingreifen verlangt.

Das Wasserstoffsperoxyd könnte man in 1—3%iger Lösung (zur Magenausspülung) verwenden, es hat aber den Fehler, daß es bei Berührung mit Schleimhäuten, Mikroorganismen und manchen Pflanzenstoffen seinen überschüssigen Sauerstoff rasch abgibt. Obzwar es die Schleimhaut dabei sehr reizt, oxydiert es den Phosphor nur unbedeutend. Ich habe mich selbst davon überzeugt, daß eine Maceration zweier Köpfchen von Phosphorzündhölzchen in konzentrierter Wasserstoffsperoxydlösung noch am zweiten Tage nach Phosphor roch und die SCHERERSche Reaktion gab.

Das Chlorwasser wird angeblich (allerdings in verdünnter Lösung) vom Magen gut vertragen (KUNKEL) und wurde in letzter Zeit von SCHNEIDER (18) auf Grund seiner Experimente an Kaninchen wiederum empfohlen.

Von den neueren Oxydationsmitteln hat nur das übermangansaurer Kali eine dauernde Anerkennung erlangt, da es tatsächlich unter allen Oxydationsmitteln am besten auf den Phosphor einwirkt. Die Untersuchungen, welche ANTAL (25) zu diesem Zwecke bei BOKAI angestellt hat, sind glänzend ausgefallen. In Wasser oder Öl suspendierter Phosphor wird nach diesen Autoren durch eine Lösung des übermangansaurer Kali fast augenblicklich zu Phosphorsäure oxydiert. BOKAI (26) nimmt außerdem noch an, daß diese Oxydation im Magen noch kräftiger ist, weil das übermangansaurer Kali bei Gegenwart von freier Salzsäure bis zu Manganchlorid desoxydiert wird. Nach BOKAI genügt es, nach dem Erbrechen oder nach der Magenausspülung entweder einfach oder mit Hilfe einer Sonde 2 g übermangansaurer Kali in 600—1000 g Wasser gelöst zu geben; erbricht der Kranke diese Lösung, so muß sie noch einmal gereicht werden. An Hunden hat man nachgewiesen, daß die Magenschleimhaut darunter keineswegs leidet. HAJNOS (57) und ERDÖS (10) haben diese Methode in 3 Fällen von akuter Phosphorvergiftung mit gutem Erfolge angewendet. Auch THORNTON lobt das übermangansaurer Kali auf Grund seiner eigenen Tierversuche als das beste Gegengift des Phosphors.

SCHREIBER (18) empfiehlt, statt des Kalisalzes das übermangansaurer Natrium, weil es weniger schädlich ist. Außerdem enthält das übermangansaurer Natron in gleichem Gewicht mehr verfügbaren Sauerstoff als das Kalisalz.

MÜNZER und LANZ stimmen mit diesen Ansichten über die Sicherheit der Wirkung des übermangansaurer Kali als Gegengift des Phosphors überein. In den 12 Fällen von LANZ aus der Klinik v. JAKSCH, welche mit übermangansaurer Kali behandelt wurden, war die Mortalität nicht kleiner, sondern größer (41.6%) als in den früheren Fällen (36.6%).

LANZ spülte zuerst den Magen mit einer $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ %igen Kalium hypermanganicum-Lösung aus und führte dann in den Magen einen Liter einer stärkeren ($\frac{1}{2}$ %ige) Lösung ein; doch erbrechen nach LANZ die Patienten diese Lösung in kurzer Zeit entweder vollständig oder teilweise. Dieselbe Erfahrung haben auch wir in der Klinik des Prof. MAIXNER gemacht, und es ist also die vollständige Durchführung der ursprünglichen Methode der ungarischen Autoren beim Menschen beschwerlich, manchmal auch unmöglich.

Im allgemeinen ist das übermangansaurer Kali ein viel verlässlicheres Gegengift des Phosphors als das Terpentinöl. Selbst v. JAKSCH hält trotz der eben angeführten Resultate aus seiner Klinik diese Methode für sehr beachtenswert. Leider erstreckt sich die Wirksamkeit des übermangansaurer Kali wiederum nur auf den nicht resorbierten Phosphor und auch da nur auf den im Magen oder im obersten Darmabschnitte befindlichen, denn wenn auch der Kranke die konzentrierte Kali hypermanganicum-Lösung nicht erbricht, so verliert doch das übermangansaurer Kali nach seinem Übertritt in den Darm bald seinen freien Sauerstoff durch die Anwesenheit des stark reduzierenden Darminhalts.

In der Klinik des Herrn Prof. MAIXNER wurde in den letzten 4 Jahren mit Kalium hypermanganicum-Lösung ausgespült, und die Resultate sind sehr befriedigend. Während dieses Zeitraumes wurden 62 Phosphorvergiftungen behandelt, von denen 15 starben. Die Mortalität betrug bloß 24%, obzwar nach der Magenausspülung keine stärkere Kalium hypermanganicum-Lösung im Magen zurückgelassen und auch kein anderes Antidot, sondern nach der Ausspülung nur Aqua laxativa gereicht wurde. Die letzten 8 Jahre vordem waren 65 Phosphorintoxikationen aufgenommen worden, von denen 30 starben (Mortalität = 46%).

Im Laboratorium des Herrn Prof. MAIXNER habe ich mich davon überzeugt, wie das fein suspendierte übermangansaurer Kali den Phosphor rasch oxydiert. Kurze Zeit nach dem Mischen beider Lösungen hört der Phosphorgeruch und die SCHERERSche Reaktion auf. Auch bei der Magenausspülung mit Kalium hypermanganicum-Lösung habe ich beobachtet, daß der Phosphorgeruch der aus dem Magen abfließenden Flüssigkeit sich viel früher verliert, als wenn man mit reinem Wasser ausspült.

Unter allen bekannten Gegengiften des Phosphors sind es nur die Kupfersalze, welche nicht durch Oxydation wirken. Ursprünglich haben MUNK und LEYDEN (9) das Kupfersulfat als Emetikum bei der Phosphorvergiftung vorgeschlagen, BAMBERGER (9) hat aber auf Grund einer besonderen chemischen Beobachtung gezeigt, daß sich der freie Phosphor in Kupfersalzlösungen zuerst mit einer Schichte aus schwer löslichem Kupferphosphid, später aus reinem Kupfer überzieht. Weil man nun damals glaubte, daß die Verdampfung des Phosphors und das Eindringen seiner Dämpfe durch die Schleimhaut ausschließlich die Resorption des Phosphors bedingt, empfahl BAMBERGER das Kupfersulfat nicht bloß als Emetikum, sondern auch als echtes Gegengift des Phosphors, welches durch Einhüllung der Phosphorpartikelchen auf mechanische Weise die weitere Verdampfung verhüten soll. Abgesehen davon, daß BAMBERGER selbst hinzufügt, daß ihm auf diese Weise die vollständige Unterdrückung der Phosphorverdampfung nur bei einer Temperatur von unter 30° gelang, müssen wir berücksichtigen, daß sich die angeführte Reaktion nur

langsam entwickelt und die Brechwirkung früher eintritt; das Kupfersulfat wird also vor Beendigung der Reaktion erbrochen (SCHUCHARDT)(10). Dieser Übelstand war auch BAMBERGER schon bekannt, und er schlug deshalb vor, nach einem gründlichen und wiederholten Erbrechen infolge Kupfersulfat in der weiteren Behandlung entweder eine schwache Kupfersulfatlösung oder in Wasser suspendiertes Kupferkarbonat zu geben. Dieses ruft kein Erbrechen hervor, aber es muß verdünnter Essig nachgetrunken werden, weil es für sich allein unlöslich ist. Das Einnehmen der Kupfersalze muß in Zwischenräumen von einer halben bis zu einer ganzen Stunde mehrmals wiederholt werden.

Seinerzeit hat TOMSA (4), in letzter Zeit ORTNER⁴⁾ die modifizierte Methode BAMBERGERS gelobt. THORNTON hat nach der Darreichung der Kupfersalze keinen günstigen Erfolg gesehen, dagegen gibt v. JAKSCH oft eine Kupfersulfatlösung (0.5 : 200.0) oder spült mit einer schwachen Lösung desselben Präparates aus.

Meiner Meinung nach bieten die Kupfersalze keine besonderen Vorteile, insbesondere lassen sie sich mit dem übermangansäuren Kali gar nicht vergleichen; denn konzentrierte Lösungen reizen die Magenschleimhaut und schwache Lösungen sind fast wirkungslos. Dagegen wirken die Kupfersalze wegen des großen lokalen Einflusses auf die Magenschleimhaut und wegen der Anregung der Antiperistaltik eher als andere Gegengifte des Phosphors bloß auf den im Magen befindlichen Phosphor.

(Fortsetzung folgt.)

Über freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung.

Von **Primararzt Dr. Julius Schnitzler**, Privatdozent für Chirurgie.*)

II.

Ich habe Ihnen, m. H., im vorhergehenden die Mißerfolge und Unannehmlichkeiten, welche nach ganz einfachen Radikaloperationen — Operationen, die zu ihrer Ausführung kaum mehr als eine Viertelstunde, oft noch kürzere Zeit, beanspruchen — besonders ausführlich mitgeteilt, weil ja diese Schattenseiten der Operation bei der Indikationsstellung schwer ins Gewicht fallen. Und doch sind diese Komplikationen weder häufig, noch schwerwiegend genug, um gegenüber den großen Vorteilen der Radikaloperation ins Gewicht zu fallen. Allerdings muß hervorgehoben werden, daß aus allen Statistiken hervorgeht, daß die früher eingehend besprochenen Eiterungen das funktionelle Resultat nicht trüben, daß also trotz schwerer und langwieriger Eiterungen die definitive (rezidivfreie) Heilung die Regel bildet. Über die Häufigkeit der Epiploitis haben wir keine Statistik; nach meinen persönlichen Erfahrungen dürfte sie kaum in 1% der Fälle, und in schwerer Form natürlich noch viel seltener vorkommen. So bleibt als Kontraindikation doch nur die Mortalitätsgefahr übrig und die beträgt, wie erwähnt, in den letzten Jahren kaum mehr 1/2%. Und um diesen Preis befreit sich der Bruchkranke nicht nur von der Gefahr der Inkarzeration, sondern auch von allen Unbequemlichkeiten und Belästigungen, vor allem Einschränkungen in der freien Körperbewegung und Lebensbetätigung, die das Bruchleiden nach sich zieht. Es ist wohl begreiflich, daß die weitaus überwiegende Zahl der Bruchkranken sich leicht zur Operation entschließt, und daß tatsächlich der Chirurg verhältnismäßig häufiger in die Lage kommt, einen die Radikaloperation wünschenden Kranken wegen einer bestehenden Kontra-

indikation zurückzuweisen, als einem Unschlüssigen zuzureden. Daß aber auch hier individualisiert werden muß, daß bei sehr weiter Bruchpforte, schlechter Muskulatur etc. eine radikale Heilung unwahrscheinlicher wird, daß sehr große, verwachsene Hernien einen viel höheren Gefährquotienten haben, daß andererseits eine gleichzeitig bestehende Ektopie des Hodeus, eine Hydrokele, eine Varikokele den Entschluß zur Operation nur noch erleichtern, soll hier nur angedeutet werden.

Auch auf die einzelnen Arten der Radikaloperation bei den verschiedenen Lokalisationen kann hier nicht eingegangen werden. Nur das möchte ich hervorheben, daß bei den angewachsenen Nabelhernien der Individuen im 4. und 5. Lebensdezennium doch häufiger zur Radikaloperation gegriffen werden sollte, als dies der Fall zu sein scheint. Wir haben hier in der Exstirpation des Nabels, Bloßlegung der Muskeln und exakten Bauchdeckennaht eine verhältnismäßig einfache, von CONDAMIN und GERSUNY ausgebaute Methode, die gute Dauerresultate gibt und die Kranken vor den besonders gefährlichen Inkarzerationen der Nabelbrüche bewahrt.

Wenn wir uns nun zur Besprechung der inkarzerierten Hernie wenden, so erinnere ich Sie, m. H., zunächst an die früher zitierte Zahl BERGERS, welcher die durch Inkarzeration bedingte Mortalität Bruchkranker mit 3‰ berechnet, zugleich aber angibt, daß aus den schon erwähnten Gründen die Zahl in Wirklichkeit viel größer ist, so daß wir mit 5‰ — der Zahl, wie sie der Mortalität der Radikaloperation zukommt — auch noch hinter der Wirklichkeit zurückbleiben dürften.

Nicht die klassischen, Ihnen allen wohlbekannten, Arzt und Patienten in gleicher Weise alarmierenden Symptome der Inkarzeration sollen hier geschildert werden. Ich möchte Sie vielmehr daran erinnern, daß mitunter, speziell bei torpiden, älteren Leuten und bei sehr großen Hernien, das sonst so typische Bild an Charakteristik verlieren und zu folgenreicheren Irrtümern Anlaß geben kann. Vor allem erwähne ich hier wieder die großen Nabelbrüche dicker alter Frauen. Wir hören in solchen Fällen oft, die Hernie sei schon seit Jahren nicht mehr zurückgegangen, ein Teil sei aber gerade heute wieder zurückgebracht worden, ein bischen Stuhl sei auch heute abgegangen, Erbrechen sei nur einmal und in geringem Maße aufgetreten; wir finden dabei die Hernie an manchen Stellen nicht stark gespannt und so eindrückbar, daß eine teilweise Reponibilität vorgetäuscht wird. Wie leicht und wie gerne wird der weniger Erfahrene, dem vor allem die schlechten Resultate der Operationen solcher Nabelbrüche bekannt sind, sich bei diesem nicht eindeutigen Symptomenkomplexe dazu bestimmen lassen, nur die beliebte „Kotstauung“ in der Hernie anzunehmen, eine Inkarzeration auszuschließen und die Operation zu verschieben, bis aus der unsicheren Prognose eine zweifellos schlechte geworden ist! Hier habe ich Ihnen nur in einem Beispiel skizziert, wie viele von den typischen Symptomen der inkarzerierten Hernie unter Umständen fehlen können.

Was zunächst den Schmerz betrifft, so gibt es eben torpide, speziell ältere Leute, deren geringere Empfindlichkeit nicht außer acht gelassen werden darf. Dazu kommt, daß wohl die rapid einsetzende elastische Einklemmung von Leisten- und Schenkelhernien stets lebhaftere Schmerzen und oft genug Shockererscheinungen hervorruft, daß aber jene Einklemmungen, die durch Vergrößerungen einer schon länger bestehenden Hernie oder durch Lagewechsel (Volvulus) in der Hernie entstehen, viel weniger foudroyante subjektive Symptome herbeiführen. Auch bleiben gerade solche Hernien oft genug infolge geringer Spannung eindrückbar, wodurch, wie erwähnt, eine wenigstens teilweise Reponibilität vorgetäuscht wird. Es möge hier daran erinnert werden, daß ja die als charakteristisch bezeichnete Spannung der inkarzerierten Bruchgeschwulst durch das sogenannte Bruchwasser, dessen Menge und Beschaffenheit von verschiedenen Faktoren abhängig ist, bedingt ist

⁴⁾ ORTNER verschreibt:

Rp. Cupri carb.	1-2 g
Aq. destill.	100
Syr. simpl.	20
D. S. 1/2stündlich ein Löffel.	

und daß Schwankungen in dieser Spannung vorkommen können. Vor allem fehlt aber unter Umständen Bruchwasser vollständig, und gerade bei den allereinsten und daher allerschwersten Inkarzerationen kann diese fehlende Bruchwasseransammlung und daher auch fehlende „charakteristische“ Spannung den Ungeübten in der Diagnose schwankend machen. Auch die Auftreibung des Bauches, der Meteorismus, fehlt oft genug bei inkarzierten Hernien, speziell bei den hohe Dünndarmschlingen betreffenden, naturgemäß besonders gefährlichen Inkarzerationen. Das Erbrechen, das wohl niemals dauernd fehlt, kann wieder bei relativ schlaffen und tiefe Schlingen betreffenden Einklemmungen erst spät auftreten, und vor allem muß davor gewarnt werden, auf sogenanntes fäkalentes Erbrechen zu warten, ehe man die Operation für indiziert erachtet, ein Standpunkt, der leider noch immer Vertreter hat! Zunächst kann das sogenannte fäkalente Erbrechen, d. h. das Erbrechen von tiefem Dünndarminhalt, nur bei tiefer sitzenden Inkarzerationen auftreten; sitzt die Inkarzeration höher, so folgt dem galligen Erbrechen noch das Erbrechen dünner, grünlichgelb gefärbter Massen, eventuell auch hämorrhagisches Erbrechen, aber der Tod tritt schließlich ein, ohne daß es zu fäkulentem Erbrechen gekommen wäre. Andererseits kommt es vor, daß der Magen und Dünndarm schwappend gefüllt sind, der Kranke aber trotz bestehender Inkarzeration nicht erbricht. Auch bezüglich des Abganges von Stuhl und Winden gibt es genug Quellen der Täuschung. Der unterhalb der Inkarzerationsstelle gelegene Stuhl, der durch die Irrigationen herausbefördert wird, die eventuell mit der Irrigation in den Darm gebrachte Luft, die als freudig begrüßter Flatus den Anus wieder verläßt — sie genügen oft optimistischen Ärzten, um von der Diagnose einer Inkarzeration abzugehen. Und doch gilt auch hier, daß man nie ein einziges Symptom als ausschlaggebend betrachten darf, daß vielmehr eine genaue Abschätzung aller Krankheitserscheinungen vorgenommen werden muß. Ja, man könnte bei der inkarzerationsverdächtigen Hernie sagen: so lange nicht jedes der für Inkarzeration sprechenden Symptome beseitigt ist, so lange nur noch ein einziges Zeichen vorhanden ist, das mit der Annahme der Inkarzeration vereinbar ist, muß die Hernie als eine inkarzierte betrachtet werden, und daß eine Inkarzeration so rasch als möglich beseitigt werden muß, diesen alten Satz zu wiederholen, würde ich gar nicht mehr wagen, wenn nicht langjährige Spitalerfahrung mir zeigen würde, wie schwer und wie oft hier noch gesündigt wird.

M. H.! Ich habe, wie schon eingangs erwähnt, in dem jetzt abgelaufenen Wintersemester, u. zw. innerhalb von kaum 2 Monaten, 4 Kranke auf meine Abteilung eingeliefert bekommen, bei denen es infolge der verschleppenden Behandlung von inkarzierten Hernien nicht nur zur Gangrän des inkarzierten Darmes, sondern auch schon zu diffuser Peritonitis gekommen war, so daß die vorgenommenen, unter diesen Verhältnissen natürlich ziemlich komplizierten Operationen den Tod der 4 Patienten nicht mehr verhindern konnten. Drei dieser Patienten waren hier in Wien tagelang zu Hause „behandelt“ worden, der vierte war aus der Umgebung Wiens. In dem einen der Fälle hatte man erwartet, „bis fäkalentes Erbrechen kommt“, in einem anderen hatte der Arzt mit Überweisung in das Spital gezögert, „weil der Puls noch gut war“. Wenn man bedenkt, m. H., daß die Operation der inkarzierten Hernie in den ersten 12—24 Stunden fast ebenso gute Resultate liefert, wie die Radikaloperation des freien Bruches, daß aber dann von Stunde zu Stunde die Prognose schlechter wird, daß die Operation der gangränösen Hernie weit über 50% Mortalität gibt, da muß man wohl über jene Ärzte staunen, die heute noch die Verantwortung übernehmen, eine Hernie nach festgestellt oder auch nur vermuteter Inkarzeration der Hand des Chirurgen vorzuenthalten.

Ich gehe allerdings nicht so weit wie manche Chirurgen, die jeden Taxisversuch verpönnen und nur die sofortige

Herniotomie gelten lassen. Aber die Taxis muß zweifellos auf gewisse Fälle beschränkt werden und erfordert kaum geringere Sachkenntnis als die Herniotomie. Vor allem muß entschieden werden, wie viele Stunden nach eingetretener Inkarzeration noch ein Taxisversuch ausgeführt werden darf. Da muß zwischen größeren und kleineren Hernien deshalb unterschieden werden, weil die kleineren zumeist enger inkarziert sind, daher schneller schweren Ernährungsstörungen (Gangrän) verfallen, und weil sie weniger oder gar kein Bruchwasser enthalten, daher bei den Manövern der Taxis leichter Schädigungen ausgesetzt sind. Man soll daher meiner Ansicht nach bei den kleinen, straff inkarzierten Hernien höchstens während der ersten 12 Stunden, bei größeren Hernien höchstens im Laufe der ersten 24 Stunden einen, und zwar nur einen Taxisversuch machen. (Bei den großen Nabelhernien mit ihren vielnischigen Bruchsäcken habe ich überhaupt nie einen Erfolg der Taxis gesehen.) Aber selbst nach überraschend kurzer Inkarzerationsdauer kann unter Umständen der Darm schon schwer geschädigt sein. Ich selbst habe einen lehrreichen Fall der Art gesehen.

Ein 54jähriger Mann wurde wegen einer seit 12 Stunden inkarzierten Skrotalhernie auf meine Abteilung aufgenommen. Der Mann war sonst gesund, recht kräftig, der Allgemeinzustand gut; die faustgroße Hernie bot die typischen Inkarzerationserscheinungen und sollte operiert werden. In der Narkose ging jedoch die Hernie, als das Operationsterrain gewaschen wurde, also ohne jede Gewaltanwendung zurück und, da der Patient für die Radikaloperation zu alt erschien, ließ man ihn aus der Narkose wieder erwachen und brachte ihn auf das Zimmer. 6 Stunden nach der Reposition beginnt der Kranke zu erbrechen, es folgen eine Menge schleimiger, zum Teile dunkelgefärbter Stühle und innerhalb weniger Stunden stirbt der Mann unter Kollapserscheinungen. Die Sektion ergab eine fibrinös-eitrige Peritonitis, ausgehend von der inkarziert gewesenen Ileumschlinge, welche ganz blaß geblieben war und offenbar einer anämischen Gangrän verfallen war. Hier waren also nach so kurzer Inkarzerationsdauer bereits so schwere Zirkulationsstörungen eingetreten, daß die Erholung des Darmes ausgeschlossen war. So extreme Fälle sind ja glücklicherweise selten (ich habe zwei analoge Fälle von LOYD ROBERT gefunden), aber die ganz kleinen, oft nur eine Darmwand enthaltenden Schenkelbrüche verfallen oft in längstens 48 Stunden schon der Gangrän und sollten daher von Taxisversuchen in der Regel ausgeschlossen bleiben. Ganz zu verpönnen sind aber alle prolongierten oder forcierten Taxisversuche. Vor einigen Jahren hatte ich an meiner Abteilung einen kräftigen, jungen Mann, der infolge einer derartigen Taxis, die zur Massenreposition der Hernie mit Gangrän führte, erst eine komplizierte Laparotomie mit Darmresektion durchmachen mußte, um zu genesen, während unlängst ein ebenfalls kräftiger und sonst ganz gesunder junger Mann in bereits rettungslosem Zustand an meine Abteilung geliefert wurde: der Darm war durch die forzierte Taxis mit seinem Mesenterium gedreht und so in die Bauchhöhle zurückgeschoben worden; Gangrän und jauchige, letale Peritonitis war die Folge gewesen. Die Literatur, welche von solchen Mißerfolgen der Taxis berichtet, ist ja eine sehr große und ist unlängst wieder um eine Reihe von Fällen durch HABERER vermehrt worden. Um jede forzierte Taxis zu verhindern, bin ich auch unbedingt gegen Taxisversuche in der Narkose. Hingegen habe ich schon häufig die überraschendsten Erfolge durch eine kräftige Morphiuminjektion gesehen; die vorher prall gespannte Hernie wird nach Eintreten der Morphiumwirkung weich und geht spontan oder auf leichtesten Druck zurück. Ich habe allerdings diese Erfolge nur bei Leistenhernien gesehen und habe daraus die Überzeugung gewonnen, daß doch entsprechend einer alten, heute ziemlich verlassenem Anschauung, die Aktion der den Leistenkanal begrenzenden

willkürlichen Muskeln an der Inkarzeration von Leistenbrüchen beteiligt ist.

Ich lasse aber jedem mit einer inkarzerierten Hernie behafteten Kranken (natürlich mit Ausnahme der Kinder) eine Injektion von 0·015—0·03 Morphium geben und gestatte dann, wenn die Inkarzerationsdauer die früher angegebenen Grenzen nicht überschritten hat, einen ganz sanften Repositionsversuch. Besteht die Inkarzeration schon länger oder handelt es sich um einen mehrkammerigen Nabelbruch, so wird von jedem Repositionsversuch abgesehen und die Morphiuminjektion war einfach die (auch sonst an meiner Abteilung übliche) Vorbereitung zur Narkose oder auch zur lokalen Anästhesie, von welcher ich bei der Herniotomie im Gegensatz zur Radikaloperation häufig Gebrauch mache. Vermeidet man doch dadurch die sonst bei der Herniotomie nicht so gering zu veranschlagende Gefahr der Aspiration des Erbrochenen, einer häufigen Todesursache bei solchen Kranken; der Tod tritt in solchen Fällen nicht selten durch Erstickung noch auf dem Operationstisch ein, in anderen Fällen infolge der in den allernächsten Tagen eintretenden Aspirationspneumonie.

Die Herniotomie hat wohl ihr klassisches, typisches Gepräge, und zwar mit Recht verloren. An Stelle des alten Debridement mit dem geknüpften Herniotom, das eigentlich ohne Kontrolle des Auges manipulierte, ist die offene Durchschneidung des einschnürenden Ringes getreten, ein Verfahren, für das zuerst RIEDEL, dann FRANK, v. DITTL u. v. a. eintraten, und das heute allgemeine Geltung erlangt hat. Dieses Vorgehen ist nicht nur das naturgemäße, es ist auch das einfachste und für den praktischen Arzt, der ja außerhalb der Großstadt oft genug selbstständig eine inkarzerierte Hernie operieren muß, nicht schwieriger ausführbar, als die alte Herniotomie. Vor allem sind durch die offene Bloßlegung des Inkarzerationsringes die unangenehmen Blutungen, die früher beim Debridement so gefürchtet waren, die allerdings ganz enorm selten sind, leicht zu vermeiden und, falls sie sich doch einmal ereignen, viel bequemer zu beherrschen. — Auf die Variationen in der Lokalisation der Inkarzerationsstelle will ich hier nicht eingehen, vielmehr gleich zu der wichtigen Frage der Beurteilung der Lebensfähigkeit des inkarzerierten Eingeweidés übergehen. Schon das bei der Inzision des Bruchsackes sich entleerende Bruchwasser kann wichtige Anhaltspunkte liefern. Der vollkommene Mangel an Bruchwasser bei einer schon mehr als einen halben Tag inkarzerierten Darmschlinge beweist, daß die Einklemmung eine sehr enge, Venen und Arterien vollkommen verschließende war und macht daher eine schwere Schädigung des eingeklemmten Darmes schon nach relativ kurzer Zeit wahrscheinlich. Stark blutig gefärbtes Bruchwasser deutet auf vorwiegende Kompression der Venen bei wenigstens teilweise ermöglichter arterieller Blutzufuhr. In solchen Fällen finden wir meist einen blutig infarzierten Darm und müssen uns, wenn die Inkarzeration eine bestimmte Zeitdauer nicht überschritten hat und das betreffende Darmstück eine nicht zu kurze Strecke umfaßt, auf eine mehr oder weniger heftige Darmblutung gefaßt machen, deren Zustandekommen und Bedeutung ich vor Jahren auseinandergesetzt habe. Ist das Bruchwasser mißfärbig und übelriechend, so ist schon eine so schwere Schädigung der Darmwand zu erwarten, daß der Darm kaum mehr reponibel sein kann und finden wir im Bruchwasser Darminhalt, so muß der gangränöse Darm bereits perforiert sein. In letzterem Fall wird ja die Bruchgeschwulst und deren nächste Umgebung schon die Zeichen der Phlegmone, resp. Jauchung gezeigt haben. Wir besitzen übrigens auch vielfache Untersuchungen über den Bakteriengehalt des Bruchwassers; die Resultate sind recht widersprechende, indem die positiven Befunde sowohl in Bezug auf den Zeitpunkt des Auftretens von Bakterien im Bruchwasser, als auch bezüglich der dazu erforderlichen, resp. daraus erschließbaren Darmwandschädigung in weitesten Grenzen differieren. Für die Praxis ist dies allerdings bedeutungslos; der Operateur muß

sich sein Urteil über die Lebensfähigkeit des inkarzerierten Darmes sofort bilden, die Entscheidung bezüglich seines Vorgehens sofort treffen, und kann nicht erst das Resultat des bakteriologischen Kulturverfahrens abwarten.

Wir müssen — und können es ja glücklicherweise auch — an den grobanatomischen Merkmalen des inkarzerierten Darmes erkennen, ob er in die Bauchhöhle wieder versenkt werden darf oder reseziert werden muß. Niemand hat wohl in klassischer Weise diese Merkmale geschildert, als ALBERT, der nicht müde wurde, diese wichtigsten Grundlagen des entscheidenden Vorgehens bei der Herniotomie seinen Schülern einzuprägen. Hier sei nur erinnert, daß der blutig infarzierte, dabei aber glänzende und konsistente Darm noch erholungsfähig ist, daß der glanzlose und matsche Darm niemals in die Bauchhöhle versenkt werden darf. Da es sich aber hier nicht um ganz scharfe Grenzen, sondern um fließende Übergänge handelt, ist in der letzten Zeit der Vorschlag aufgetaucht, den nur „verdächtigen“ Darm nach erfolgter Lösung der Einklemmung in der Wunde vorgelagert zu fixieren, ihn durch Tamponade von der Bauchhöhle abzugrenzen und nun zuzuwarten, ob der Darm sich in den nächsten Tagen erholt oder nicht, um ihn dann sekundär entweder zu reponieren oder zu resezieren. Ich bin auf Grund meiner Erfahrungen kein Freund dieses zunächst so plausibel erscheinenden Auskunftsmittels. Zunächst glaube ich, daß ein eventuell in der Bauchhöhle erholungsfähiger Darm unter den weniger günstigeren Verhältnissen in der Wunde eher einer lokalen Gangrän unterliegen könnte. Ferner setzt dieses Verfahren den Kranken mit Ausnahme jener seltenen Fälle, in denen sich der vorgelagerte Darm später spontan retrahiert, einer zweiten Operation aus. Endlich funktioniert der vorgelagerte und schon vorher geschädigte Darm mangelhaft und man ist infolgedessen oft zu einer Eröffnung der vorgelagerten Schlinge gezwungen, womit jeder Vorteil dieser Methode entfällt. Meiner Ansicht nach soll daher ein nicht mehr ganz sicher als erholungsfähig zu betrachtender, inkarzerierter Darm sofort reseziert werden und nur darüber kann diskutiert werden, ob nun zunächst ein Anus praeternaturalis etabliert oder aber die Kontinuität des Darmes sofort wieder hergestellt werden soll. Man hat sich natürlich an die Statistik gewendet, um eine Basis für die Beantwortung dieser Frage zu gewinnen. Wenn wir aber sehen, daß einerseits hervorragende Chirurgen, wie v. MIKULICZ, v. BRUNS u. a., unbedingt die Resektion und Darmvereinigung empfehlen, andererseits Chirurgen mit nicht geringer Erfahrung, wie v. BRAMANN, Anhänger der Anlegung eines Anus praeternaturalis sind, so wird es klar, daß es eine prinzipielle Beantwortung dieser Frage nicht gibt. Man muß nur konstatieren, daß die Resultate der Resektion und Naht sich auf Grund einer Reihe von technischen Fortschritten gebessert haben. Hierher zählt zunächst die Anwendung der Lokalanästhesie, welche die bei gewissen Fällen so große Gefahr der Aspiration von Erbrochenem beseitigt, worauf ich schon früher hingewiesen habe. Ferner zählt hierher die Erkenntnis, daß der zuführende Darm sehr weit über die inkarzerierte Stelle hinaus geschädigt zu sein pflegt, und daß man daher die Resektion nicht zu sparsam bemessen darf. Auch in der Art der Darmvereinigung haben wir große Fortschritte gemacht; ich zähle hierzu nicht den Murphyknopf, dessen Vorzüge durch die mit seiner Verwendung verbundenen Nachteile aufgewogen werden, sondern die Ersetzung der endständigen, axialen Darmvereinigung durch die laterale Anastomose und blinden Verschluss der Enden, eine Art der Darmvereinigung, die alle anderen an Sicherheit weit übertrifft. Endlich rechne ich zu den technischen Verbesserungen bei der Operation gangränöser Hernien auch die Anwendung der Tamponade an Stelle der Naht. Auf die näheren technischen Details der Resektion gangränöser Hernien will ich hier nicht eingehen.

Einige Zahlen mögen Ihnen, m. H., die große Mortalität der gangränösen Hernien illustrieren. ROTHE be-

richtet über 146 inkarzerierte Hernien aus der Breslauer Klinik, 12mal wurde Taxis ausgeführt; kein Todesfall. Unter 97 blutigen Repositionen betrug die Mortalität 11·3%, unter 35 gangränösen Hernien 54·3%. AKERMANN hat 235 gangränöser resp. „verdächtiger“ Hernien aus dem Materiale nordischer Chirurgen zusammengestellt. Reposition oder Fixation in der Wunde ergab 41·6% Mortalität, Übernähung einzelner gangränöser Stellen 26·8% Mortalität, Enterostomie 18·6%, Resektion 40% Mortalität. FUCHSIG und HAIM berichten über 175 inkarzerierte Hernien mit 135 Herniotomien. Von den Herniotomierten starben 23·7% und von den mit primärer Darmresektion behandelten Kranken 54%. Sind diese Zahlen auch recht unbefriedigend, so zeigt doch ein Vergleich mit einer bei BERGER ersichtlichen Zusammenstellung aus den Jahren 1861—1864, daß die Verhältnisse vor wenigen Dezennien noch unvergleichlich trauriger waren. Starben doch damals von 227 Herniotomierten 172 oder 75%, während jetzt die Mortalität der Herniotomien im ganzen zirka 20% beträgt. Die Mortalität steigt in erschreckendem Maße mit der Einklemmungsdauer. Keiner der anderen Faktoren, weder das Alter oder der sonstige Gesundheitszustand des Patienten, noch die Lokalisation oder die Größe der Hernie übt einen so gewaltigen Einfluß auf die Chance der Herniotomie, wie die seit Beginn der Einklemmung verstrichene Zeit. Ist in den ersten Stunden der Inkarceration die Gefahr der Herniotomie kaum größer als die der einfachen Radikaloperation, also nicht einmal 1%, so steigt sie mit der längeren Einklemmungsdauer in rapider Progression und nichts ist verfehlter, als bei alten und dekrepiden Leuten eine Herniotomie hinauszuschieben und die Zeit mit neuerlichen Taxisversuchen, Klysmen, Bädern etc. zu verlieren. Auch hochbetagte Greise überstehen eine rasch und rechtzeitig ausgeführte Herniotomie zumeist; sie erliegen den Folgen der Inkarceration fast immer, wenn man aus Angst vor den Gefahren der Operation diese unlogischer Weise hinausschiebt. Wie groß die Gefahr einer solchen Verschleppung, wie naheliegend gerade die Vermehrung hierzu bei den Nabelhernien ist, habe ich schon früher hervorgehoben. — Zwischen jenen Darmveränderungen infolge von Inkarceration, welche einer Restitutio ad integrum Platz machen, und der Gangrän stehen seltener zu beobachtende Strukturveränderungen, welche zu einer sekundären Stenose des inkarzeriert gewesenen Darmes führen. Erlauben Sie mir, m. H., Ihnen einen typischen derartigen Fall, den ich erst unlängst operiert habe, zu skizzieren. Ich wurde eines Abends zu einer 70jährigen Frau gerufen, bei der seit zirka 16 Stunden eine rechtsseitige, kleine, inkarzerierte Schenkelhernie besteht. Der Hausarzt hatte vorsichtige Taxisversuche vergeblich gemacht. Er hatte daher die Notwendigkeit der Operation bereits der Kranken nahegelegt und ich konnte das nur bestätigen. Zirka 18 Stunden nach Eintritt der Inkarceration machte ich die Herniotomie, bei der sich eine zirka 8 mm lange Ileumschlinge straff eingeklemmt, aber ganz lebensfähig vorfand. Reposition, Radikaloperation, glatte Heilung. Die Pat. verließ nach 10 Tagen das Bett und war dann 3 Wochen ganz gesund. Dann aber stellten sich unverkennbare Symptome einer Darmstenose, Koliken, Darmsteifung etc. ein, so daß ich 5 Wochen nach der Herniotomie zur Laparotomie schreiten mußte. Da fand sich nun die inkarzeriert gewesene Schlinge einig Zentimeter oberhalb der Bruchpforte an die vordere Bauchwand leicht adhären, entsprechend den beiden Inkarcerationsringen hochgradig narbig verengt, der Darm oberhalb der Narben stark dilatiert und hypertrophiert, der distal gelegene Darm kollabiert und dünnwandig. Eine Enteroanastomose brachte der Pat. Heilung. Eine Reihe analoger Beobachtungen liegt vor, welche zeigen, daß man auch vom Standpunkte der Vermeidung einer derartigen Stenosenbildung nicht rasch genug mit der Beseitigung einer inkarzerierten Hernie vorgehen kann. Die Gefahr der frühzeitig gemachten Herniotomie kommt kaum in Be-

traucht gegenüber der Gefahr, welche die während des Zwartens unaufhaltsam vor sich gehenden Darmwandveränderungen bedeuten. Ich begreife den Arzt nicht, der, während er einen eingeklemmten Bruch zu behandeln hat, ruhig schlafen gehen kann. Der alte Satz, daß eine inkarzerierte Hernie vor dem nächsten Wechsel der Tageszeiten beseitigt sein muß, gilt heute wie ehemals; muß man doch in Bezug auf die Brucheinklemmung sagen: „Zeit verloren, alles verloren.“

Referate.

MARX und EHRNROTH (Helsingfors): Eine einfache Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen- und Säugetierblut.

Das Prinzip der Methode beruht in dem mikroskopisch erkennbaren Unterschied der Wirkung homologer und heterologer Sera auf frisches Menschenblut. Die Menschenblutkörperchen werden durch ein fremdes Serum schnell agglutiniert, so zwar, daß unter Umständen die Erythrozyten unmittelbar nach dem Zusatz des Serums sich abplatteten und zu Häufchen fest verkleben; ist das fremde Serum weniger konzentriert und älteren Datums, so verläuft die Agglutination weniger stürmisch; in allen Fällen aber ist der Unterschied gegenüber der Einwirkung eines homologen Serums auf frisches Menschenblut außerordentlich deutlich.

Affenblutserum übt eine ähnliche Wirkung aus wie homologes Serum; ein Unterschied war darin zu erkennen, daß die menschlichen Erythrozyten bei der Einwirkung von Menschenserum zumeist Stechapfelform annehmen, daß sie bei Zusatz von Affenserum dagegen schrumpften, polygonal wurden und keine Stechapfelform zeigten.

Die Technik des Verfahrens ist folgende („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 7): Aus dem in Substanz getrockneten oder an Leinwand, Holz, Sand, Fliespapier oder ähnlichen Gegenständen angetrockneten Blut wird durch Zusatz eines oder mehrerer Tropfen 0·6%iger Kochsalzlösung auf den Objektträger eine möglichst konzentrierte (braun- bis schwarzbraunrote) Lösung hergestellt. Dann entnimmt man mit geglähter Nadel der eigenen Fingerspitze einen kleinen Tropfen Blut und verrührt ihn mit einem Glasstab während 5—6 Sekunden in der Blutlösung auf dem Objektträger. Bedecken mit einem Deckgläschen und Betrachtung bei schwacher und starker Vergrößerung während der nächsten 15 Minuten. Je frischer das heterologe Blut und je konzentrierter die Lösung war, um so schneller vollzieht sich die Reaktion; bei wenige Monate altem Blut läuft sie meist in einigen Sekunden ab, wird aber auch da noch von Minute zu Minute deutlicher, bei einige Wochen altem Blut tritt sie ganz stürmisch, fast unmittelbar nach der Vermischung ein. Statt das Präparat gleich mit dem Deckglas zu bedecken, kann man es nach 2—3 Minuten auch auf dem Objektträger austreichen und trocknen lassen; man erhält so sehr hübsche Demonstrations- und Dauerpräparate. B.

OTTO HESS (Marburg a. L.): Die Angina Vincenti.

Das Krankheitsbild der Angina diphtheroides Vincenti ist charakterisiert („Deutsche med. Wschr.“, 1093, Nr. 42) durch eine Exsudation auf die Mandeln, durch Drüsenschwellungen am Halse, Schluckbeschwerden und Fieber, hat also Ähnlichkeit mit der Diphtherie, verläuft jedoch meist sehr mild und schnell; 2. sie kann mit Lues (Angina syphilitica) verwechselt werden; 3. sie ist interessant und leicht zu erkennen durch ihren bakteriologischen Befund; dieser ist meist charakterisiert durch die Symbiose eines Bazillus (Bacillus fusiformis) und einer Spirille (Spirochaete denticola). Das klinische und bakteriologische Bild ist folgendes: Auf einer Mandel bildet sich ein leicht abhebbarer, grauer Belag; am folgenden Tage erscheint die Membran auf leicht ulzerierter Unterlage; am dritten bis vierten Tage wird sie dicker und weicher. In der Weiterentwicklung lassen sich zwei Verlaufsarten unterscheiden: 1. Die seltenere krupöse Form (Pseudomembranen ohne

größeren Substanzverlust, enthält nur den Bazillus und verläuft leicht). Die Membran löst sich schnell vom Rande aus; es resultiert eine ganz oberflächliche Ulzeration; die Membran wird verschluckt oder ausgehustet; am folgenden Tage ist eine neue dünne Membran vorhanden, die nach einigen Tagen schwindet; es bestehen ein mäßiges Fieber auch 2—3 Tage und eine Schwellung der Submaxillardrüsen. 2. Die häufigere diphtherisch-ulzeröse Form (Ulzeration und Nekrose) enthält die Symbiose. Am zweiten bis vierten Tage bildet sich unter der Pseudomembran eine mehr oder weniger tiefe Ulzeration. Das Exsudat ist weich, grau, gelblich-grau, grünlich, kreidig oder schmierig; unter ihm findet sich die filzige, leicht blutende Ulzeration mit dem aufgeworfenen, leicht infiltrierten oder unterminierten Rande; die umgebende Schleimhaut ist dunkelrot und ödematös. Es bestehen heftige Schluckbeschwerden, Salivation, Foetor ex ore. Das Zäpfchen und die andere Mandel können ebenfalls befallen werden. Die Temperatur steigt auf 38 bis 39°; es treten hinzu starke Drüsenschwellungen am Halse, Gliedersteifigkeit, stets Appetitmangel und schlechter Geschmack im Munde. Die Störung des Allgemeinbefindens ist meist nur eine mäßige, kann jedoch auch schwer sein. — Am achten bis zehnten Tage erfolgt die Abstoßung der Membranen, die Reinigung der Geschwüre und damit meist eine auffallend rasche Besserung der Krankheitserscheinungen. Längere Dauer ist selten. Die Krankheit befällt meist jugendliche Personen; die Prognose ist gut.

Die Therapie besteht in Gurgeln mit Kali chloricum, Kamillen-, Salbeitee, Pinselungen mit LUGOLscher Lösung, Jodvasogen, 5% Argent. nitricum, Perubalsam und im Auftragen von Methylenblau.
L.

NISSLE und WÄGENER: Zur Untersuchungstechnik von Eiern und Larven des *Ankylostomum duodenale*.

Bei der großen Bedeutung, welche heute die Ankylostomiasis insbesondere für den Bergarzt, besitzt, haben sich die Verff. bemüht, ein einfaches Verfahren zu finden, um den Nachweis von Ankylostomum-Eiern wesentlich zu erleichtern und außerdem den Gehalt eines Stuhles an solchen mit einiger Genauigkeit zahlenmäßig feststellen zu können. Nach einem für die Züchtung von Amöben bewährten Verfahren wird eine 1%ige sterilisierte Agarlösung in Petrischalen gegossen und nach ihrem Erkalten der durch Wasserzusatz dünnflüssig gemachte Kot mit einem Haarpinsel in dünner Schichte aufgetragen; die Platte bleibt bei Zimmertemperatur in einer feuchten Kammer stehen. Am 3. Tage sind stets nur freie Larven vorhanden, deren Zahl nun mit Hilfe schwacher Vergrößerung genau festzustellen ist. Die Zählung der beweglichen Larven gelingt weit leichter, als die der kleineren und unbeweglichen Eier. Die Übertragung einzelner Eier oder Larven auf eine neue Platte ermöglicht leicht das genauere Studium der Entwicklung ebenso wie der Wirksamkeit entwicklungshemmender Mittel.

Die Verff. beschreiben auch ein Verfahren, um Dauerpräparate von Ankylostomum-Eiern und -Larven herzustellen, das im Originale nachgelesen werden muß.
A.

LEREDE und PAUTRIER (Paris): Die Indikationen und Kontraindikationen der Phototherapie beim Gesichtslupus.

Die Phototherapie gibt, abgesehen von der Radiotherapie, die besten Erfolge unter allen Behandlungsarten des Gesichtslupus („Revue internat. de thérapie physique“, 1. Sept. 1903). Diese Überlegenheit ist auf die gleichmäßige Tiefenwirkung zurückzuführen. Da Veränderungen beim Gesichtslupus oft vollständig im hypodermatischen Gewebe ihren Sitz haben, ist Heilung eben nur von einer Methode zu erhoffen, die in die Tiefe ihre Wirkung erstreckt. Die Phototherapie ist ganz schmerzlos und infolge Abänderung des FINSSENSchen Apparates so billig, daß sie auch weniger Bemittelten zugänglich ist. Anfangs mag man freilich noch einfachere jedem Arzte anwendbare Methoden versuchen. Ist aber nach Ablauf einer Frist von einigen Monaten keine Heilung erzielt

worden, dann tritt die Behandlung nach FINSSEN in ihre Rechte. Die Exstirpation ist jedoch dann vorzuziehen, wenn man auf eine Vereinigung der Wundränder per primam rechnen darf. J. St.

A. SCHÜLLER (Wien): Über die Störung des Flankenganges bei Hemiplegikern.

Zur Prüfung des Flankenganges, d. i. des Seitwärtsgehens, wurde Verfasser („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 2) durch Beobachtungen an Hunden veranlaßt, denen er die Extremitätenregion einer Hemisphäre exstirpiert hatte; bei diesen ist die Bewegung nach der gesunden Seite überhaupt nicht ausführbar. Beim hemiplegischen Menschen ist sie behindert, indem dieser bei der Adduktion mit dem gelähmten Beine schleift. Diese Eigentümlichkeit der Gangart erklärt sich aus der Verlängerung des spastischen Beines. Das Gehen nach der gelähmten Seite ist nicht behindert. Das Symptom ist stets leicht, ohne Belästigung, auch ohne Entkleidung festzustellen, auch bei kleinen Kindern; es ermöglicht, eine Funktionsstörung selbst in jenen leichten Fällen nachzuweisen, wo der Gang geradeaus, auf den sich die Untersuchung gewöhnlich beschränkt, nicht merklich gestört ist. Bei der hysterischen Hemiplegie ist der Flankengang nach beiden Seiten hin gestört, das gelähmte Bein schleift nach rechts und links; demgemäß ist das Symptom zur Unterscheidung organischer und funktioneller Hemiplegien zu verwenden.
INFELD.

ALEXANDROWSKI: Beitrag zur Behandlung des Ulcus oruris.

Verf. schlägt folgendes Verfahren vor, welches sich in seiner Landpraxis bewährt hat („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. OKS, Petersburg, 1903, Nr. 13): Die affizierte Partie wird mit einem desinfizierenden Mittel gewaschen, mit Lapis geätzt, leicht mit Jodoform gepudert, mit hygrokopischer Watte oder Gaze, die in gleichen Teilen von Ol. camph. und Ol. carbolic. getränkt ist, bedeckt, worauf auf das Ganze ein dünnes Wachstuch und einfache Watte gelegt und verbunden wird. Alle 2 Tage Verbandwechsel. Nach dem ersten Verbandwechsel ist die affizierte Partie mit schönem Granulationsgewebe bedeckt; der Gestank verschwindet, der Erkrankungsherd ist bedeutend verkleinert, an der Peripherie beginnt das Gewebe zu vernarben, und die Patienten fühlen sich wohler. Vollständige Heilung tritt in 2 bis 4 Wochen ein.
L—y.

BAERMANN (Breslau): Über die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln.

Jede Epididymitis, die im Verlauf einer gonorrhoeischen Urethritis auftritt, ist durch eine lokale Invasion von Gonokokken bedingt; die Gonokokken lassen sich stets aus der Punktionsflüssigkeit züchten („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 40).

In der überwiegenden Mehrzahl der Epididymitiden tritt sehr rasch eine bisher klinisch nicht diagnostizierte Abszeßbildung ein. Diese Eiterungen stellen entweder Stauungs-, also Pseudoabszesse mit eventuellem sekundären Zerfall der Wandung des Vas epididymidis dar, oder sie sind event. zum Teil als reine Abszesse aufzufassen, die im Umbüllungsbindegewebe, wohin die Gonokokken durch den Lymphstrom verschleppt sind, entstehen.

Bei den zur Vereiterung kommenden Fällen tritt stets gleichzeitig eine mehr oder minder hochgradige Hydrokele auf, die ebenfalls durch lokale Einwanderung der Gonokokken in die Blätter der Tunica vaginalis bedingt ist. Auch bei Jahre lang bestehenden epididymitischen Resten lassen sich unter Umständen Gonokokken bakteriologisch nachweisen. Diejenigen Epididymitiden, welche im Anschluß an eine primäre nichtgonorrhoeische Urethritis auftreten sind gleichfalls durch eine lokale Invasion des betreffenden, die Urethritis verursachenden Mikroorganismus bedingt. Die frühzeitige Punktion der mit heftigen Entzündungserscheinungen einhergehenden Epididymitiden ist therapeutisch zu empfehlen, da durch dieselbe event. Pseudoabszesse oder im Bindegewebe sitzende Abszesse

zur Entleerung kommen und so das Vas epididymidis selbst vor einer event. Mitbeteiligung an dem Einschmelzungsprozeß geschützt wird.

Die Punktion der entzündlichen Hydrokele ist gleichfalls zu empfehlen, da durch ihre Entleerung bessere Zirkulationsverhältnisse und damit günstigere Resorptionsbedingungen geschaffen werden. G.

FICKER: Über den Nachweis von Typhusbazillen im Wasser durch Fällung mit Eisensulfat.

Um die in einem verdächtigen Wasser enthaltenen Typhusbazillen ohne nennenswerte Verluste zu erhalten, empfiehlt FISCHER („Hygien. Rundschau“, 1904, Nr. 1), das mit Sodälösung alkalisch gemachte Wasser mit einer Eisensulfatlösung zu versetzen, hierauf zu zentrifugieren und den erhaltenen Eisenniederschlag durch neutrales weinsaures Kali aufzulösen.

Bei künstlich mit Typhusbazillen versetztem Wasser bewährt sich dieses Verfahren so gut, daß sich 97—98% der Einsaatmenge im gelösten Sediment vorfinden. A.

BAUMANN: Untersuchungen über Laktoserum.

Im Gegensatz zu WASSERMANN und SCHÜTZE konnte Verf. konstatieren („Hygien. Rundschau“, 1904, Nr. 1), daß das durch Injektion von roher Milch erzeugte Serum auch gekochte Milch und das durch Einspritzung gekochter Milch gewonnene Serum auch rohe Milch fällt.

Trotzdem im allgemeinen das nach Injektion einer Milchart erhaltene Serum streng spezifisch für die bestimmte Milchart ist, beobachtete auch er „Doppelwertigkeit“ aber nur bei Schaf- und Ziegenmilchimmuneris und erklärt dies mit der Nachbarschaft in der Tierreihe. Das Laktoserum wird erst bei einer Temperatur von 70° inaktiviert, gewinnt dabei die Fähigkeit, die fallende Wirkung frischen Laktoserums zu hemmen und kann durch Zusatz normalen Serums nicht reaktiviert werden. Das Laktoserum erzeugt auch in Albuminlösungen (Molken) Niederschläge.

Auch BAUMANN'S Versuche sprechen dafür, daß in der Milch neben Kasein und Albumin noch mindestens ein dritter Eiweißkörper vorhanden ist. Versuche, durch Milchinjektion an Hunden ein Laktoserum zu gewinnen, scheiterten, woraus Verf. schließt, daß im Körper der Hunde passende Rezeptoren fehlen; es gelang auch nicht, ein Antilaktoserum herzustellen. A.

HOFFMANN und FICHER: Über neue Methoden des Nachweises von Typhusbazillen.

Die von ROTH gemachte Beobachtung, daß das Koffein unter gewissen Bedingungen Kolibakterien im Wachstum hemme, während sich Typhusbazillen in derselben Lösung vermehren, benützte die Verf., um ein Anreicherungsverfahren für Typhusbazillen auszuarbeiten und so ähnlich wie beim Nachweis von Cholera Bazillen den Nachweis von Typhusbazillen bei gleichzeitiger Anwesenheit von Fäzes- und Wasserbakterien zu ermöglichen. Die an Typhusstäbchen und an mit Typhusbazillen versetzten Wasserproben gemachten Untersuchungen ergaben ein sehr günstiges Resultat; es gelang in der Tat, durch Koffeinzusatz eine Anreicherung der Typhusbazillen zu erzielen und gleichzeitig alle anderen Keime bedeutend zurückzudrängen. Die genaue Schilderung des angewandten Verfahrens muß im Originale („Hygien. Rundschau“, 1903, Nr. 1) nachgelesen werden. A.

ERICH RADTKE (Königsberg i. P.): Über gynäkologische Folgezustände der Placenta praevia.

Nacherhebungen bei den mit Placenta praevia behandelten Patientinnen der Klinik ergaben, daß 30% nachher steril blieben. Unter den Sterilitätsursachen, sowie bei den 28% von nachfolgenden Abortusfällen spielt die Endometritis eine bedeutsame Rolle, bei letzteren außerdem tiefere Zervixlazerationen. Rezidivierende Placenta praevia ist nur in 2 1/2% verzeichnet, während für tiefen

Sitz der Placenta drei nachfolgende Geburtsgeschichten sprechen. Die Mehrzahl der durch Nachuntersuchung festgestellten gynäkologischen Veränderungen post placentam praeviam ist wohl als durch die Placentaranomalie bedingt anzusehen (Endometritis, Zervixrisse, Parametritis), zumal anamnestiche Angaben für die Zeit ante placentam praev. diesbezüglich negative Angaben enthalten. Betreffs des späteren Allgemeinbefindens ließ sich feststellen, daß von 80 Patientinnen 57, also fast drei Viertel an anämischen Beschwerden litten, davon die überwiegende Mehrzahl direkt seit der Placenta praevia. Aus diesen Erhebungen folgert der Autor („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1903, Nr. 51), daß den Ärzten die Pflicht erwächst, die betreffenden Patientinnen auch späterhin im Auge zu behalten, sie nach einem gewissen Zeitraume zur Nachuntersuchung zu bestellen und dann die dabei konstatierten lokalen oder allgemeinen Störungen therapeutisch zu bekämpfen. FISCHER.

I. SEMENOFF: Über einen seltenen Fall von Hydrophobie.

Der Fall bietet besonderes Interesse aus dem Grunde, weil aus demselben die Möglichkeit hervorgeht, daß bei Übertragung der Tollwut nicht unbedingt eine vorangehende, wenn auch geringe Verletzung, erforderlich ist, sondern daß eine solche auch dann stattfinden kann, wenn der Speichel des tollwutkranken Tieres in die an und für sich vollständig unversehrte Mundhöhle gelangt und verschluckt wird.

S. hat bei dem betreffenden Kranken, einem Bauern, trotz sorgfältigster Untersuchung nirgends am Körper eine Spur einer Verletzung, selbst einer Kratzwunde, feststellen können („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. Oks, Petersburg, Bd. 12, H. 13). Auch versicherte der Patient selbst mit aller Entschiedenheit, niemals von einem Tiere gebissen, bzw. gekratzt worden zu sein. Den einzigen Anhaltspunkt gab folgende Erzählung des Patienten: Er habe während des Sommers längere Zeit auf dem Hofe in einem Wagen geschlafen und stets zu seinen Füßen seinen kleinen Hofhund gehabt. Der Hund sei aber stets gesund gewesen, jedenfalls habe er ihn, den Kranken, niemals gebissen oder gekratzt. Eines Tages sei der Hund verschwunden und seitdem nicht wieder zurückgekehrt. Man konnte also annehmen, daß der Hund tollwutkrank gewesen sei und vielleicht seinen fest schlafenden Herrn zwar nicht gebissen, aber vielleicht, was er auch sonst häufig tat, liebkost und diesem das Gesicht geleckt habe. Es ist möglich, daß der Speichel dann auf die Lippen, von hier auf die Mundschleimhaut gelangt und von dem Kranken verschluckt worden ist; die sorgfältigste Untersuchung der Lippen- und Mundschleimhaut hat auch nicht die geringste Spur einer Verletzung zu entdecken vermocht. L.

VIALA (Paris): Les vaccinations antirabiques à l'institut PASTEUR en 1902.

Aus dem vorliegenden Bericht („Annales de l'institut PASTEUR“, Bd. 17, pag. 365) ergibt sich, daß im Pariser PASTEUR-Institut im Jahre 1902 1106 Personen der Schutzimpfung gegen Wut unterzogen wurden. Von denselben sind drei an Wut gestorben, bei einem von diesen brach aber die Erkrankung noch vor Abschluß der Behandlung aus; es verbleiben mithin für die Betrachtung der Ergebnisse der Schutzimpfung 1105 Geimpfte mit zwei Todesfällen = 0.18%. In beiden Todesfällen handelte es sich um Verletzungen an der Hand, die Inkubation (zwischen Verletzung und Tod) betrug in einem Falle 3, in dem anderen 4 Monate. In 150 Fällen wurde die Wut bei dem beißenden Tiere durch den Impfversuch sichergestellt, in 625 Fällen durch die tierärztliche Untersuchung nachgewiesen, in 330 Fällen bestand Wutverdacht. Dr. S.

TSIKLINSKY (Moskau): Sur la flore microbienne thermophile du canal intestinale de l'homme.

Verf. untersuchte das Mekonium sowie die Fäzes von Säuglingen und Erwachsenen auf das Vorhandensein thermophiler Bakterien. Er fand hierbei („Annales de l'institut PASTEUR“, Bd. 17,

pag. 217), daß sich in dem Darmkanal Erwachsener und Säuglinge außer der großen Zahl von Bakterien, die bei der gewöhnlichen Temperatur des Darmes wachsen, auch eine Reihe fakultativer und obligater thermophiler Bakterien finden, die zur selben Zeit wie die übrigen Bakterien, also in den ersten Stunden des extrauterinen Lebens, im Darmkanal erscheinen und wahrscheinlich keine bedeutende Rolle bei den hier vor sich gehenden chemischen Prozessen spielen. Ihr konstantes Vorkommen in den Fäzes dürfte seine Erklärung in der weiten Verbreitung und der großen Widerstandsfähigkeit dieser Bakterien finden. Verf. erblickt in den Ergebnissen seiner Arbeit eine weitere Stütze für seine Annahme, daß die thermophilen Bakterien nur Varietäten der gewöhnlichen, nicht thermophilen Bakterien sind. Dr. S.—

RUSCHHAUPT (Zürich): Ein Beitrag zur Kasuistik der intrakraniellen Dermoid.

Verf. fand bei der Obduktion eines 24jähr. Mannes, der an einer Lungentuberkulose verstorben war, am Kleinhirn ein in daselbe eindringendes Dermoid, das Haare und Detritus enthielt. Intra vitam bestanden niemals Symptome, die auf ein Gehirnleiden hätten schließen lassen; der Mann soll nur geistig etwas zurückgeblieben sein. In der Besprechung des Falles geht Verf. auf die Genese der Atherome der Haut und der meningealen Cholesteatome, meningealen Epidermoide, ein. Der von TANNENHAIN in der „Wiener klinischen Wochenschrift“ ausführlich publizierte Fall eines Dermoid des Gehirns wird nicht erwähnt („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 14, pag. 945). Dr. S.—

Kleine Mitteilungen.

— Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden beschreibt LANDSTRÖM („Centralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 47 u 48). Man verwendet zu derselben eine von STILLE gefertigte Klemmzange. Letztere hat ein ungefähr 7 cm langes 4—5 mm breites Gebiß und wird mittelst Flügelschraube zusammengedrückt. Die Operation läßt sich in geeigneten Fällen leicht im Ätherrausch nach SUDECK ausführen. Nach der üblichen Vorbereitung wird in Seitenlage des Patienten der Sphinkter kräftig dilatiert und dann werden die Teile, die man entfernen will, mit der Balkenzange gefaßt, d. h. die Klemme an der Basis des Knotens, der Falte, angelegt und mittelst der Schraube ein möglichst kräftiger Druck ausgeübt, der abgeklemmte Teil dann unmittelbar an der Zange abgeschnitten und dann kann man sogleich die Klemme abnehmen, da infolge der außerordentlichen Kraft des Zuklemmens keine Blutung erfolgt. Es läßt sich so die Zange eventuell an mehreren Stellen anlegen, ohne daß die zusammengedrückten Flächen auseinandergehen. Nach der Operation wird ein mit Xeroformgaze umwickelter Drain in den Darm geführt, der am 2. Tage entfernt wird. Der nach 5—6 Tagen auf Rizinus erfolgende Stuhl macht keine besonderen Schmerzen. Nach einer Woche ist die abgeklemmte Stelle eine $\frac{1}{3}$ —1 cm breite reine Wunde, die im allgemeinen in 2 Wochen geheilt ist.

— Eine Reihe von Fällen, die RECHE zur Darlegung der Agurinwirkung publiziert („D. Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 6) beweist, daß wir mit Agurin fast ausnahmslos die erwünschte Steigerung der Diurese erzielen können. Irgend welche üble Nebenwirkungen sind nie aufgetreten. Das Präparat — meist in Tablettenform gegeben — wurde auch bei längerem Gebrauch stets gut vertragen. Als höchste Tagesdosis wurden 3 g verabreicht. In den Fällen, die eine Kombination von Myodegeneratio cordis und Nephritis darstellen, war eine gewisse Besserung der Beschwerden unverkennbar; nur in einem durch beginnende Leberzirrhose erschwerten Fall war überhaupt kein Erfolg zu sehen. Auch bei der Behandlung von Klappenfehlern wurden von Agurin stets sehr gute Erfolge gesehen. Selbst bei zwei schweren Fällen von Aorteninsuffizienz hat R. wenigstens eine zeitweilige Besserung mit Agurin erzielt. Endlich ist auch bei Nephritis der erwünschte Erfolg nicht ausgeblieben.

— Zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes berichtet E. PAYR („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 72) folgendes: Die KOCHERsche Methode der osteoplastischen Resektion beider Oberkiefer leistet für die übersichtliche Zugänglichmachung des Nasenrachenraumes mehr als die bisher geübten Voroperationen an Oberkiefer, Gaumen, Nase und Jochbein. Die Technik des Verfahrens ist nicht schwierig. Die Methode hat den Vorzug, fast gar nicht zu entstellen und auch die Funktion der durch sie betroffenen Teile nur in sehr geringem Grade zu stören. Der Eingriff wurde in allen bisher ausgeführten Fällen sehr gut vertragen. Die ihm naturgemäß anhaftenden Gefahren, Blutung und Aspiration lassen sich durch geeignete Maßnahmen auf ein Minimum beschränken. PAYR empfiehlt, die Ausführung des Eingriffs bei steiler Elevierung des ganzen Körpers und Überhängen des Kopfes über den Rand des Operationstisches vorzunehmen. Dadurch wird die präliminare Tracheotomie und die präventive Ligatur beider Karotiden vermieden. Er glaubt auch, bei einer Reihe anderer blutiger Eingriffe an Nasen-, Mund- und Rachenhöhle diese Modifikation der Operation am hängenden Kopf empfehlen zu können.

— Über den Einfluß des Apentwassers auf den Stoffwechsel einer Fettsüchtigen hat JACOBY, von GERHARDT angefordert, Versuche ausgeführt („Berliner klin. Wschr.“). Die Resorption der stickstoffhaltigen Körper war eine ausreichende und die Verminderung während der Hauptperiode angesichts der abführenden Eigenschaft des Apentwassers eine unerhebliche. Die Verwertung des mit der Nahrung zugeführten Fettes war etwa so, wie man sie bei einem Gesunden hätte erwarten können. Die Verminderung während der Brunnenperiode muß als geringfügig bezeichnet werden. Die Stoffzufuhr war eine durchaus hinreichende. Das geht auch aus dem positiven Ausfall der Stickstoffbilanz hervor. Es ist somit in diesem Falle gelungen, eine Fetteinschmelzung des Körpers ohne Schädigung des Eiweißbestandes zu erzielen.

— Zur Behandlung der Chorea empfiehlt CARLOS MAURO subkutane Phenolinjektionen („Kl.-th. Wschr.“, 1904, Nr. 8). Er gibt:

Rp. Ac. carbol. crystall.	1·5
Glycerini	5·0
Aq. destill. sterilis.	45·0

Von dieser 3%igen Lösung enthält jede PRAVAZsche Spritze 0·03 g Phenol. Es werden je nach der Schwere des Falles und dem Alter des Patienten täglich 2—3 Injektionen, am besten in die Glutäalgegend, verabreicht. Bei Kindern unter 10 Jahren empfiehlt sich die Anwendung einer 1%igen Phenollösung. Bei einem typischen Fall von Chorea, der nach dieser Methode behandelt wurde, verschwanden die begleitenden Gelenkschmerzen nach 3 Tagen, zu Beginn der zweiten Woche nahmen die choreatischen Bewegungen an Intensität ab, nach dreiwöchentlicher Behandlung konnte der Patient als geheilt betrachtet werden.

— Die Behandlung der Fissura ani muß nach KATZENSTEIN („Ther. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 12) folgende Postulate erfüllen: Die in der Fissur liegenden Nervenendigungen abzustumpfen, den Sphinkterkrampf zu beseitigen und die Heilung der Fissur zu ermöglichen. Zu diesem Behufe verwendet er eine Kombination von Kokain, Belladonna und Ichthyol. Kokain macht die Fissur unempfindlich, große Dosen von Extractum Belladonnae heben den Krampf auf und das desinfizierende und die Oberflächen der Fissur glättende Ammonium sulfo-ichthyolicum bringt die Fissur zur Heilung:

Rp. Extract. Belladon.	0·5
Cocain. mur.	0·05
Ammon. sulf. ichthyol.	ad 6·0
MDS. Vor dem Gebrauch erwärmen und umschütteln.	

Es wird ein kleines Stückchen Watte zu einem stricknadel dicken Faden aufgewickelt und in die etwas angewärmte Mischung eingetaucht. Der in Seitenlage befindliche Patient hebt die obere Hinterbacke etwas ab und durch Betastung der den Anus umgebenden Haut, die schmerzhaft ist, wo sie der Fissura gegenüberliegt, stellt man fest, wo die Fissur gelegen ist. Hat man z. B. gefunden, daß sie sich an der vorderen Kommissur befindet, dann legt man den imprägnierten Wattefaden an die entgegen-

gesetzte Seite, also an die hintere Kommissur, und schiebt nun vorsichtig der hinteren Mastdarmwand entlang mit einer feinen Knopfsonde den Wattefaden in den Mastdarm hinein. So vermeidet man jede Berührung der Fissur und macht die ganze Prozedur zu einer schmerzlosen. Die Watte bleibt mindestens 5 Minuten liegen und wird eventuell vom Patienten durch das außerhalb liegende Ende entfernt oder sie bleibt bis zur nächsten Stuhlentleerung liegen, die meist schmerzlos verläuft. 8—14 Tage täglich ein- bis zweimalige Applikation des Belladonna-Kokain-Ichthyols führt zur vollkommenen Behebung der Beschwerden. Regulierung des Stuhles, Verabreichung von Sitzbädern beugen dem Neuaufreten dieses hartnäckigen schmerzhaften Leidens vor.

— Über **Rektalernährung** berichtet DEUCHER („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte“, 1903, Nr. 2). Er nennt die besten Nährklystiere solche von Eiern mit Kochsalz und besonders Zuckerlösungen mit Opium. Soll die Ernährung durch den Mastdarm nur einige Tage geschehen, so kommt man mit Zucker allein aus; sonst ist es am zweckmäßigsten, täglich ein Klystier von drei Eiern auf 250 und zwei Zuckerklystiere von 50 auf 500 Wasser zu verabreichen. Auf die Dauer werden von diesen Flüssigkeiten nur zwei Drittel resorbiert. Im allgemeinen müssen die Indikationen für die Rektalernährung eher eingeschränkt als erweitert werden, da es doch nicht gelingt, den Bedarf des Körpers an Kalorien durch diese zu decken. Das beste leistet die Rektalernährung bei frischen Magengeschwüren und bei Vergiftungen durch ätzende Substanzen. Denn hier handelt es sich in erster Linie darum, den Magen für einige Zeit außer Funktion zu setzen. Ebenso segensreich wirkt sie nach großen Operationen im Gebiet des Magens und Darmes, ebenso bei der Behandlung der Perityphlitis. Bei unstillbarem Erbrechen auf Grund von Schwangerschaft, Hysterie, Urämie und Hirnerkrankungen kommt es auf den speziellen Fall an, ob man Nährklystiere oder nur solche von Salzwasser verabreichen soll. Letztere genügen fast stets in Fällen von inoperablem Karzinom, namentlich der Speiseröhre und des Magens, weil solche Patienten fast nur an Durst und nicht an Hunger leiden, wozu auch noch kommt, daß gerade in derartigen Fällen die Ausnützung der Nährklystiere im Darm eine sehr schlechte ist. Ebenso kommt man mit Salzwasserklystieren gut aus bei gewissen Formen von Herzkollaps, bei manchen Formen von Diarrhöe, bei denen eine Nahrungszufuhr per os nicht erwünscht ist, endlich auch bei Magensaftfluß und den meisten Formen von Magenatonie.

— Mit **Thiocol** hatte MORIN („Méd. or.“, 1903) gute Erfolge bei chronischer Bronchitis und Lungenemphysem, Pneumonie, Keuchhusten und Lungentuberkulose. Bei Kindern gibt man 0.3 g auf 2 g Laktose dreimal täglich, bei Greisen 2.0 g auf Orangeschalen- und Terpentinsirup 25.0 g ana, bei Erwachsenen 3 Kapseln à 1 g täglich.

— Einiges über **Trigemin** berichtet KOENNECKE („Deutsche Zahnärztl. Wschr.“, VI, 31). Dasselbe ist in Dosen von 0.75 g ein sicherer Analgetikum. Wenn Verf. auch derzeit noch nicht in der Lage ist, ein abschließendes Urteil über das neue Präparat abzugeben, so hält er dasselbe dennoch jedenfalls für weitere Versuche geeignet und möchte es derzeit speziell bei Pulpitis besonders empfehlen.

Literarische Anzeigen.

Vaginale und abdominale Operationen. Klinischer Beitrag zur modernen Gynäkologie. Von **Dr. Karl Abel** in Berlin. Mit 11 Abbildungen im Text. Berlin 1903, August Hirschwald.

ABELS Buch ist eine glänzende Streitschrift für die vaginalen Methoden, die heute noch immer von verhältnismäßig wenigen Gynäkologen geübt und von der überwiegenden Zahl derselben skeptisch betrachtet werden. Es hat den großen Vorzug vor einer Reihe klinischer Arbeiten, daß das zugrundeliegende Materiale den Händen eines Operateurs entstammt, der mit sichtlicher Objectivität an die Beurteilung seiner operativen Erfolge gegangen ist. Das Werk bietet in vielfachen Beziehungen, so insbesondere quoad In-

dikationstellungen und Technik, soviel des Lehrreichen und Interessanten und ist in so klarer und übersichtlicher Form der Darstellung abgefaßt, daß seine Lektüre nur Anregung und Genuß mit sich bringt.

FISCHER.

Die Mittelohreiterungen. Auf Grundlage der statistischen Berichte BEZOLDS (1869—1896 inkl.) und einer eigenen Fortsetzung derselben bis zum Jahre 1901 inkl., bearbeitet von **Dr. Robert Dölger**, Oberarzt im königl. bayer. Infanterie-Leibregiment, z. Z. kommandiert an die Universitäts-Ohrenklinik (Vorstand Hofrat Professor Dr. BEZOLD). München 1903. J. F. Lehmann.

Die großen Verdienste, welche sich BEZOLD um die Erkenntnis und Behandlung der eitrigen Mittelohrprozesse erworben hat, sind heute allen Ärzten bekannt und von allen auch anerkannt. Einen wahren Bienenfließ wendet BEZOLD seit einem Menschenalter an die statistische Bearbeitung seines überaus reichen Materials. Diese statistischen Berichte nun, sowie die Fortsetzung derselben bis inkl. 1901 durch den Verf., liegen in dessen schöner und überaus lesenswerter Abhandlung zugrunde. Es ist nicht möglich, in einem kurzen Referate der überaus sachkundigen und allseitigen Beleuchtung, welche D. dem Gegenstande angedeihen ließ, auch nur annähernd gerecht zu werden. Wir fassen daher unser Urteil in den einen Satz zusammen: Der hohe Wert, welcher der Abhandlung innewohnt, sichert ihr einen bleibenden Platz in der otiatrischen Literatur.

EITELBERG.

Die Erkrankungen des Magens. Von **F. Riegel**. I. Teil: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Zweite vermehrte und neubearbeitete Auflage. Wien 1903. Alfred Hölder.

In der neuen Auflage seines Buches hat R. die zahlreichen Fortschritte auf dem Gebiete der Magenpathologie sorgfältig berücksichtigt und kritisch beleuchtet. Klarheit der Darstellung und Übersichtlichkeit der Stoffanordnung sind erhalten geblieben, trotzdem einzelne Kapitel, wie z. B. die „Chemische Untersuchung des Mageninhaltes“, eine wesentliche Erweiterung erfahren haben. Ganz besonders sei das Kapitel „Heilmittel und Hilfsmittel“ hervorgehoben, das als wahre Fundgrube der Belehrung und Anregung zu bezeichnen ist.

BR.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XX.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

BAISCH: Die Begutachtung von Genitallerkrankungen für die Alters- und Invaliditätsversicherung.

Die Schwierigkeit der Begutachtung liegt nicht bei den schweren Erkrankungen, sondern bei den geringfügigen Genitalveränderungen: Lageveränderungen, Metritis, Endometritis usw., weil sich mit diesen meist die ganze Skala der hysterischen Beschwerden kombiniert. Ist die gynäkologische Organerkrankung die Ursache der Hysterie? Gerade an dem Material der Unfall- und Invaliditätsfälle läßt sich dieses Problem genau studieren, da diese Patienten dauernd in ärztlicher Kontrolle bleiben und da der Bezug und die Höhe der Rente einen Indikator für die Wirkung der Therapie abgibt. Ist nämlich die Hysterie die Folge des Genitaleidens, so muß sie mit Beseitigung derselben ebenfalls verschwinden.

Referent teilt sein Material von ca. 100 Fällen in 3 Gruppen:

a) Schwere Unterleibsleiden, Tumoren etc. Von diesen wurden 90% objektiv und subjektiv geheilt.

b) Fälle mit geringen gynäkologischen Veränderungen, Bahnveränderungen etc. in Verbindung mit hysterischen Beschwerden. In allen Fällen (31) wurde die gynäkologische Affektion beseitigt, aber nur ein Drittel der Patienten objektiv und subjektiv geheilt.

c) Fälle von reiner Hysterie mit Unterleibsbeschwerden bei völlig normalen Genitalien. Auch hier wurde nur ein Drittel so weit gebessert, daß sie keine Rente beziehen und keine Berufung gegen diesen Entscheid einlegten.

Reine Hysterie und Hysterie in Verbindung mit leichten Genitalerkrankungen verhalten sich also therapeutisch vollkommen gleich. Die Heilung des Genitalleidens hat nur ausnahmsweise Heilung der Hysterie zur Folge, ist also Suggestionenwirkung. Dagegen zeigen die Unfallkrankungen, speziell die Fälle traumatischer Neurose, worin eigentlich die Ursache der Hysterie gelegen ist; es sind psychische Momente, welche bei dazu Disponierten die Neurose zum Ausbruch kommen lassen. Therapeutisch ist trotzdem Beseitigung des Genitalleidens, event. durch Operation, geboten, da dadurch die Begutachtung wesentlich vereinfacht und die günstigsten Vorbedingungen für eine antihysterische Behandlung geschaffen werden, doch sind nur lebenssichere, kleinere Eingriffe indiziert; ALEXANDER-ADAMS, Kolpotomie und ähnliche Laparotomien bei Hysterie sind dagegen kontraindiziert, da sie regelmäßig eine Verschlimmerung der hysterischen Beschwerden zur Folge haben.

Wille weist auf die Schwierigkeit der Diagnosenstellung hin, erleichtert wird diese dadurch, daß für die Hysterie bestimmte Stigmen bestehen, bei Neurasthenie und noch mehr bei Nervosität fehlen diese objektiven Symptome. Gesteigerte Patellarreflexe, Fehlen der Konjunktivalreflexe finden sich auch gewöhnlich bei Neurasthenie, hingegen nicht das Fehlen des Gaumenreflexes. Die Ovarie ist kein eindeutiges Zeichen. Sehr wichtig ist hingegen zur Sicherung der Diagnose eine genaue Aufnahme der Anamnese. Folgende vier Zeichen werden fast stets angegeben: Vielseitigkeit, Wechsel der Beschwerden, Abhängigkeit von Gemütsbewegungen und endlich die Übertreibung. Deshalb ist die Frage: „Werden die Schmerzen nach Ärger stärker?“ sehr wichtig. Bei Bejahung kann man stets ein Nervenleiden diagnostizieren und in diesem Falle ist natürlich ein operativer Eingriff kontraindiziert. B. benutzt daher Fragebogen; derselbe nimmt Rücksicht auf Genitalstörungen und nervöse Beschwerden, die ersteren bestehen in Unregelmäßigkeit der Menstruation, Sterilität, Vorfal etc., endlich in einem subjektiven charakteristischen Gebärmutterschmerz. Viel größer ist die Zahl der nervösen Beschwerden.

Menge: Die Nervosität begegnet uns viel häufiger als die echte Hysterie bei gynäkologischen Erkrankungen. Klinisch bedeutungsvoll ist vor allem die Rückwärtsverlagerung des Uterus. M. hält sie unter allen Umständen für pathologisch, denn bei dieser ist fast stets eine Neigung zum Descensus vorhanden, ferner kann der Uterus auch ohne Descensus inkarzerieren und dann beobachten wir häufig Anschwellung des Uterus, welche nach der Aufrichtung häufig zurückgeht; endlich erschwert die Retroflexio die Konzeptionsfähigkeit und verursacht durch Vorlagerung des Ovariums Schmerzen beim Koitus. Alles dieses weist auf eine pathologische Lage hin, wie weit jedoch die Beschwerden eine Folge dieser Lageanomalie sind, ist eine andere Frage. Die Beschwerden sind allerdings meist die Ursache einer Nervenkrankung. Die Emissio gravidarum sieht M. als eine Reflexneurose an; vielleicht gehen am Endometrium derartige Veränderungen vor sich, die reflektorisch das Erbrechen auslösen. Häufig findet sich neben der Dysmenorrhöe ein Ovulationsschmerz, der unabhängig von dem Menstruationsschmerz ist.

Jung weist darauf hin, daß Unfälle fast nie gynäkologische Erkrankungen hervorrufen können; Verwachsungen, Exsudate etc. sind ein zufälliges, aber kein abhängiges Leiden.

Binswanger: EULENBURG hält die Hysterie für eine relativ seltene Erkrankung. Dieses hängt von der Definition der Hysterie ab, davon, was wir unter Hysterie verstehen. Die Mehrzahl der nervösen Erkrankungen funktioneller Art entstehen auf dem Boden der erbten Prädisposition. Syphilis, allgemeine Tuberkulose, Alkoholismus bewirken eine partielle Nervenschädigung, welche sich später durch funktionelle Aberration kundgibt. Analog können Schädigungen in der frühesten embryonalen Entwicklung wirken. So kann z. B. Epilepsie entstehen. Diese Krankheit kann aber selbstverständlich auch später erworben werden. Die nervöse Konstitution besteht in einer verringerten Widerstandskraft der Individuen, sie wirkt jedoch ganz verschiedenartig in den angegebenen funktionellen Systemen. Hysterisch sind alle jene Krankheitserscheinungen, die in einer Störung des psychophysischen Gleichgewichts der kortikalen Region bestehen. Auf eine psychologische Grundformel läßt sich die Hysterie nicht zurückführen, die Mehrzahl der hysterischen Symptome sind psychogen und beruhen auf einer Steigerung der Empfindlichkeit, andere aber dokumentieren sich durch einen Ausfall der Empfindungen; hierher gehört die halbseitige Sensibilitätsstörung. Zur Feststellung ist die gleichzeitige Berührung beider Seiten mit Stecknadeln wichtig. Dies Symptom findet sich bei der einfachen Neurasthenie nicht. Eine scharfe Grenze läßt sich jedoch zwischen Neurasthenie und Hysterie nicht ziehen, und besonders Traumen können Hystero-Neurasthenie bedingen. Wahre Hyperästhesien lassen sich schwer feststellen, viel leichter natürlich Abschwächung der Empfindlichkeit. Sehr wichtig sind für die Diagnosenstellung der Hysterie die sogenannten Mitempfindungen; Schmerz an zwei getrennten Stellen bei Berührung einer Stelle. Der zweite Punkt, welcher bei Hysterie zu beobachten ist, ist der hysterische Charakter mit den Schwankungen der Affekterregbarkeit. Gerade bei Hysterischen warnt B. vor der Aufnahme einer Anamnese in dem Sinne, wie es WILLE tut, denn hierdurch werden hysterische Beschwerden sicher hervor-

gerufen. Bei Hysterie finden sich am häufigsten gemischte wandelbare Schmerzen; sie sind ein Teil der pathologischen Affekterregbarkeit. Wichtig ist die Ablenkbarkeit des Schmerzes, der physische Schmerz ist durch Erregung der Aufmerksamkeit ablenkbar; psychotherapeutisch läßt sich dieses benutzen. Sehr wichtig sind für die Diagnose der Hysterie die Abasie und Astasie; die Kranken können im Liegen die Beine richtig bewegen, nicht aber beim Gehen und Stehen. Lähmung durch Vorstellung findet sich ebenfalls bei Hysterie. Latente Hysterie ist ein unglücklicher Ausdruck, es soll heißen, eine Hysterie besteht, läßt sich aber nicht nachweisen. Die hysteropathische Disposition wäre allein als latente Hysterie zu bezeichnen. Allerdings muß man schwere und leichte Hysterie unterscheiden, erstere und mittelschwere Formen sind am häufigsten, sie bilden die sogenannte vulgäre Hysterie.

Raether betont die Bedeutung der Parametritis posterior, durch die hysterische Beschwerden erzeugt werden können.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 3. März 1904.

FREY demonstriert ein 20 Monate altes Kind mit Hyperplasie der Bronchialdrüsen, für welche folgende Symptome sprechen: Inspiratorischer Stridor, inspiratorische Einziehungen der Thoraxwand, Dämpfung an der vorderen Brustfläche zwischen der 2.—4. Rippe, links bis zur Parasternallinie, rechts bis zur vorderen Axillarlinie reichend, Dämpfung rückwärts zwischen der 3.—5. Rippe zu beiden Seiten der Wirbelsäule, vermehrte Resistenz beim Palpieren der Dämpfungsbezirke und bronchovesikales Atmen daselbst. Im Röntgenbilde zeigen sich in der rechten Lunge ausgedehnte Schattenherde, welche von der Hilusregion ausstrahlen. Die Thymus ist hyperplastisch.

K. HOCHSINGER stellt ein 2 $\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind mit mongoloider Idiotie vor. Die Lidspalten sind klein und schief gestellt, die Nasenwurzel ist flach und vertieft, aus dem offenen Munde ragt die Zunge etwas hervor. Weitere krankhafte Veränderungen sind: Schläfengegend flach, Verbildung der Ohrmuscheln, Andeutung von Pectus carinatum, verursacht durch Verbiegung der Rippenknorpel, Schaffheit der Gelenke und des Fettpolsters, Unvermögen zu stehen und zu gehen, abnorme Kleinheit des Penis, kleiner Schädelumfang (43 cm). Die Fontanellen sind offen, die unteren Schneidezähne brechen erst jetzt durch, das Sprachvermögen fehlt, die Intelligenz ist sehr gering. Das Kind zeigt Symptome geringgradiger Rachitis, litt vor 6 Monaten an Laryngospasmus, der Fazialis war mechanisch übererregbar. Die Thyreoidea ist erhalten. Unter Schilddrüsenfütterung hat sich die Intelligenz etwas gehoben, der Laryngospasmus und das Fazialisphänomen sind fast ganz geschwunden.

W. Knöpfelmacher betont, daß das Krankheitsbild mit der Schilddrüse und auch mit dem Myxödem in keinem Zusammenhange steht. Bei den von ihm beobachteten Fällen von mongoloider Idiotie äußerte die Thyreoidea-therapie keinen Einfluß auf das Krankheitsbild.

THEINER führt einen hereditär-luetischen Knaben mit syphilitischen Hautveränderungen in den Achselhöhlen vor. Pat. ist mehrmals antiluetisch behandelt worden.

Ferner demonstriert derselbe einen 11jährigen Knaben mit Syphilis hereditaria tarda. Die rechte Tibia ist enorm verdickt, die Haut und die Weichteile der Unterschenkel zeigen außer Narben keine Veränderung. Es bestehen weiter Keratitis parenchymatosa an beiden Augen, Lymphdrüsenanschwellung und Rhagadenbildung an den Lippen. Der Vater, welcher luetisch infiziert war, starb im 39. Lebensjahre an einer Gehirnblutung, die Mutter hat einmal abortiert, 11 Kinder starben im frühesten Alter.

HAMBURGER hält das Schlußwort zu seinem Vortrage: **Biologisches zur Säuglingsernährung.**

Vortr. weist darauf hin, daß seine Ausführungen, die zwar theoretisch sind, aber eine experimentelle Grundlage haben, den Zweck verfolgen, zu den bereits bekannten Momenten einen neuen Beweis dafür beizubringen, daß die beste Ernährung des Kindes die durch Frauenmilch ist. Die biologische Forschungsmethode hat Beweise dafür beigebracht, daß die Umwandlung des Eiweißes der Tiermilch in Menscheneiweiß im Darmkanal stattfindet.

SPERK: **Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.**

Die Buttermilch, welche je nach ihrer Gewinnung aus süßer Milch oder saurem Rahm süß oder sauer ist, zeigt folgende prozentische Zusammensetzung: Wasser 91·3, Fett 0·5, Eiweiß 3·5, Milchzucker und Milchsäure 4, Aschenbestandteile 0·7. Die Unterschiede zwischen der Frauenmilch und der Buttermilch sind folgende: die Frauenmilch besitzt eine geringe Azidität, ihr Kasein ist an Kalk gebunden und

durch Lab gerinnbar, ihr Eiweißgehalt beträgt 0·9%, sie ist fettreich und steril. Die Buttermilch hat einen geringeren oder höheren Säuregrad, ist kalkreich und fettarm, ihr Kasein ist bereits geronnen, daher durch Lab nicht mehr fällbar, ihr Eiweißgehalt beträgt 3·5% und sie liefert bei Kulturversuchen eine reiche Vegetation von Milchsäurebazillen, eventuell auch anderen Mikroorganismen. Die Buttermilch ist demnach fast ein Antagonist der Frauenmilch und wird doch in manchen Ländern zur Ernährung von Säuglingen angewendet. Im St. Anna-Kinderspitale wurden seit 2 Jahren analoge Versuche mit einer hygienisch einwandfrei hergestellten Buttermilch gemacht, welche in vielen Fällen ein ermunterndes Resultat ergeben haben. Als spezielle Indikation für die Ernährung mit Buttermilch ergaben die Versuche chronische, mit Atrophie einhergehende Darmkatarrhe, bei welchen die Buttermilch sich in vielen Fällen der Kuhmilch und Frauenmilch in ihrer Bekömmlichkeit als überlegen erwies, indem das Erbrechen und die Diarrhöe sistierten. Vielleicht ist die Ursache dieser günstigen Wirkung in dem Säuregehalte der Buttermilch zu suchen. Beim Übergang zur Ernährung mit Buttermilch wird letztere mit Milch versetzt, dann wird reine Buttermilch mit einem Zusatz von Mehl und Zucker verabreicht, wobei der Stuhl sorgfältig kontrolliert und beim Auftreten von Diarrhöe mit der Buttermilch ausgesetzt wird. Vortr. fordert zur Nachprüfung seiner Resultate auf.

Notizen.

Wien, 12. März 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. PÁL einen Pat. vor, bei welchem Stauungserscheinungen erst 1½ Jahre nach der wegen Leberzirrhose ausgeführten TALMASchen Operation verschwunden sind, nachdem sich nämlich breite Adhäsionen der Leber mit der Nachbarschaft ausgebildet hatten. — Professor H. SCHLESINGER führte einen Hämophilen vor, bei dem schwere Magen- resp. Darmblutungen durch Adrenalin prompt gestillt worden sind. (stündlich 10 gtt. einer 1/1000igen Lösung). — Dr. H. WAGNER demonstrierte eine Frau nach erfolgreicher retrograder Sondierung einer gonorrhöischen Mastdarmpfistrikur von einer Kolostomie aus. — Dr. KÖNIGSTEIN stellte ein Kind mit einer die Augenlider partiell verbindenden Membran vor, deren Entstehung auf diphtheritische Conjunctivitis zurückzuführen ist. — Dr. WIESEL zeigte mikroskopische Präparate einer Leber mit multiplen nekrotischen Herden nach Pankreashämorrhagie. — Dr. G. HOLZNECHT stellte zwei Fälle von Schädigungen durch Röntgenstrahlen vor, u. zw. dauernde Alopecie und Teleangiectasien der Kopfhaut nach Bestrahlung wegen Favus und Hautatrophie an der Palma nach derselben Therapie wegen Psoriasis palmaris. Ferner zeigte H. einen durch Radiotherapie geheilten Fall von hartnäckiger Tylosis und Rhagadenbildung der Hände. In der Diskussion warnten die Prof. RIEHL, EHRMANN und SCHIFF vor der Anwendung der Röntgentherapie bei Fällen, welche durch ungefährlichere Mittel heilbar sind, und u. a. betonten die individuell verschiedene Reaktion gegenüber den Röntgenstrahlen. Dr. R. KIENBÖCK meinte, die Röntgentherapie sei immer dann indiziert, wenn die durch sie verursachten Hautveränderungen dem bestehenden Leiden vorzuziehen sind. — Prof. KREIDL demonstrierte hierauf den Darm eines Hundes, bei welchem er ein 25 cm langes Dünndarmstück von der Muscularis entblößt hat; binnen 14 Tagen hat sich eine Dilatation dieses Darmstücks mit Stauung der Ingesta in demselben ausgebildet. Ferner zeigte K. einen Hund, der, trotzdem ihm die Muscularis des ganzen Magens entfernt worden ist, normale Verdauung zeigt. — Sodann demonstrierte Prof. TANDLER ein von einem 16jähr. Manne stammendes Leberpräparat mit Persistenz der Vena umbilicalis; dieselbe zieht als fingerdickes Gefäß vom Nabel zur V. portae. — Schließlich stellte Prof. SPIEGLER einen Mann mit Psorospermiosis der Haut, einer auf knötchenförmigen Epithelwucherungen bestehenden Affektion, vor.

(XIV. österreichischer Ärztereinstag.) Der gegenwärtig bereits siebenunddreißig Einzelvereine umfassende Österreichische Ärztereinsverband hat am 6. d. M. unter zahlreicher Beteiligung von Delegierten aus allen Teilen des Reiches seinen XIV.

Vereinstag abgehalten. Derselbe bot ein Bild erfreulicher Arbeit und regen sozialen Schaffens. Nach Erstattung des Rechenschaftsberichtes referierte der zum Ehrenpräsidenten des Witwen- und Waisen-Unterstützungsinstitutes gewählte Dr. ANTON LÖW über die Entwicklung dieser humanitären Schöpfung. Das Witweninstitut soll sich auf alle Ärzte Österreichs erstrecken, der Jahresbeitrag beträgt nur zwei Kronen, wofür die Ärztenwitwen eine jährliche Subvention von vorläufig 300 Kronen erhalten. Hoffentlich — sagte Ref. — wird dieses eminent wohlthätige und notwendige Institut zum Segen der Hinterbliebenen von Ärzten wachsen und gedeihen und damit auch die Höhe der darzubietenden Subventionen zunehmen können. Derzeit schon ist dem Witweninstitut durch die Intervention des Sektionschefs v. KUSY eine namhafte jährliche Subvention von der Regierung auf Jahre hinaus gesichert. — Sodann berichtete Dr. KARL KOHN über die Reichsorganisation der Ärzte und trat mit warmen Worten für dieselbe ein. — Schließlich erstattete Dr. HEINRICH ADLER ein meisterhaft ausgearbeitetes und eingehend motiviertes Referat, betreffend die Kreierung einer Reichszentralstelle für Sanitätsangelegenheiten. Dasselbe wies darauf hin, daß unser Sanitätsgesetz der Einheitlichkeit entbehre und sich daher oftmals in Kompetenzstreitigkeiten erschöpfen müsse, daß es machtlos sei, da seine Exekutive nicht in die Hände von Fachmännern gelegt wurde, und daß auch die Verwaltung des Reichssanitätswesens zu dessen größtem Schaden in Sanitätsdepartements mehrerer Fachministerien zersplittert sei. Dies alles könnte anders werden, die Sanitätspolizei, das Krankenkassenwesen, die Notstandsangelegenheiten usw. rüstig vorwärts schreiten durch Schaffung eines Sanitätsministeriums mit einem Fachmanne an seiner Spitze. Referent unterbreitete daher dem Vereinstage folgenden Antrag: „Der Geschäftsausschuß des Österreichischen Ärztereinsverbandes wird beauftragt, zur Unterstützung der von den Ärztekammern Österreichs eingeleiteten Aktion an die beiden Häuser des Reichsrates und die Regierung eine Petition wegen Schaffung einer Reichszentralstelle für Sanitätsangelegenheiten zu richten.“ Dieser Antrag wurde mit dem Zusatzantrage BRENNERS (Brüna), „es sei eine Petition um Errichtung eines Sanitätsministeriums, und wenn dies vorläufig nicht errichtet würde, um die Schaffung einer selbständigen Zentralstelle für Sanitätsangelegenheiten an den Reichsrat und die Regierung zu richten,“ einstimmig angenommen.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung von 5. März 1904 wurde nachstehende Tagesordnung erledigt: 1. Gutachtliche Äußerung über die Qualifikation von Bewerbern um neusystemisierte Stellen von Vorständen gynäkologischer Abteilungen im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten. 2. Gutachten über die Versetzung von Fruchtsäften mit Salizylsäure als Konservierungsmittel von sanitären Standpunkte. 3. Begutachtung beantragter Änderungen der Instruktion für die Geschäftsführung eines Landes-sanitätsrates. 4. Gutachten über die Ableitung der Abwässer aus einem projektierten Brauhause in Böhmen. 5. Gutachtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigte Stelle eines Landes-sanitätsinspektors in Tirol und um erledigte Oberbezirksarztstellen in Steiermark und Böhmen. 6. Gutachtliche Äußerung über die vom Vereine „Heilanstalt Alland“ angeregte Anbahnung wissenschaftlicher Forschungen über Tuberkulose und der speziellen Ausbildung von Ärzten im Dienste der Bekämpfung der Tuberkulose durch Gewährung von Unterstützungen an geeignete ärztliche Hilfskräfte.

(Aus der mährischen Ärztekammer.) Dr. G. in P. hatte die Vieh- und Fleischschau in seiner Gemeinde wegen ungenügender Honorierung zurückgelegt. Die zuständige Bezirkshauptmannschaft ordnete hierauf an, daß ihm diese Funktion gegen genügende Honorierung wieder übertragen werde, die Statthalterei jedoch hob diese Anordnung auf. Nun übertrug die Gemeinde das Amt der Vieh- und Fleischschau — einem Laien. — Mit Recht weist die mährische Ärztekammer an der Hand dieses Falles darauf hin, daß dem Zwecke der Fleischschau wohl recht schlecht gedient werde und in dem Sanitätsgesetze eine empfindliche Lücke vorhanden sein müsse, wenn es vorkommen kann, daß einem Laien eine so verantwortungsvolle Funktion übertragen wird.

(Was ist öffentliche Reklame?) Die mährische Ärztekammer hat diese Frage in ihrer nunmehrigen Standesordnung in folgender Weise beantwortet: Öffentliche Reklame ist das dauernde Anbieten ärztlicher Hilfe in öffentlichen Blättern, durch Plakate und sonstige dazu geeignete Druckwerke. Ausgenommen hiervon und erlaubt ist die Ankündigung in den politischen Blättern des Wohnbezirkes, jedoch muß der Entwurf des Inserates vor dem Erscheinen dem Kammervorstande zur Überprüfung und Genehmigung vorgelegt werden. Erlaubt ist weiters die einmalige Aussendung von Zirkularen.

(Tuberkuloseprophylaxe in Böhmen.) Der erste Zweigverein des deutschen Landeshilfsvereins für Lungenkranke in Böhmen ist am 6. d. M. ins Leben getreten. Er umfaßt schon heute mehrere hundert Mitglieder aller Stände und Berufsarten, darunter Gemeinden, Kassen und Vereine. In der konstituierenden Versammlung sprach v. JAKSCH (Prag) „Über die Zwecke und Ziele der Hilfsvereine“.

(Telegraphische Erkrankungsanzeigen) sind nach einem Erlasse des Ministeriums des Innern gebührenfrei, wenn sie wegen Blattern und blatternverdächtiger, sowie Flecktyphus und flecktyphusverdächtiger Erkrankungen an die politischen Behörden gerichtet werden. Die Telegraphen-Annahmestellen sind angewiesen worden, darauf zu achten, daß derartige Telegramme auf den unumgänglich notwendigen Umfang eingeschränkt bleiben.

(Statistik.) Vom 28. Februar bis inkl. 5. März 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7907 Personen behandelt. Hiervon wurden 1605 entlassen, 204 sind gestorben (11,2% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 94, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 133, Scharlach 32, Masern 408, Keuchhusten 38, Rotlauf 24, Wochenbettfieber 1, Röteln 3, Mumps 120, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 628 Personen gestorben (— 4 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der k. u. k. Regimentsarzt Dr. ARTHUR HIEMESCH; in Klosterneuburg bei Wien der Stadtarzt und Vorstand des dortigen Krankenhauses Dr. NATHAN GRÜNWARD; in Marienbad Dr. JOHANN ROBERT DAVID, 31 Jahre alt; in Neapel der Professor der allgemeinen Pathologie, Senator Dr. ANTONIO DE MARTINO.

Die Pastilli jodo-ferrati comp. „Jahr“ sind ein höchst wohlschmeckendes, appetitanregendes, blut- und knochenbildendes Stärkungsmittel für Kinder und Erwachsene. Es sind dies zirka 1,50 g schwere, mit reiner Schokolade überzogene, aus Kali jod. 0,03, Ferratin 0,10, Duotal-Calc. glycerino-phosphor. aa. 0,05 und indifferenten Geschmackskorrigentien bestehende Pastillen, die in Fällen, wo Lebertran und dessen Zusammensetzungen, Eisen, Jod, angezeigt wären, zu gebrauchen sind. Sie bieten infolge ihrer eminenten Zusammensetzung, der unbegrenzten Haltbarkeit, des feinen Geschmacks einen willkommenen Ersatz desselben und können ohne Rücksicht auf die Jahreszeit ununterbrochen sowohl im Sommer als auch im Winter gebraucht werden. Pastilli jodo-ferrati comp. werden auf jeweilige ärztliche Anordnung Kindern 2—4 Stück, Erwachsenen 6—9 Stück täglich gegeben, wobei saure Speisen und rohes Obst zu vermeiden sind.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- M. Benedikt, Kristallisation und Morphogenesis. Wien 1904, M. Perles. — K. 2.—
 Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. 20. Bd. Berlin 1904, Julius Springer.
 Albers-Schönberg, Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchungen f. d. innere Medizin. Berlin 1904, L. Simion Nachf. — M. 1.—
 W. A. Freund, Neurasthenia hysterica. Berlin 1904, L. Simion Nachf. — M. 1.—
 H. Strauss, Bedeutung der Kryoskopie. Berlin 1904, L. Simion Nachf. — M. 2.—
 J. L. Beyer, Verwendung kolloidaler Metalle. Berlin 1904, L. Simion. — M. 1.—
 R. Schmidt, Liebe und Ehe in Indien. Berlin 1904, H. Barsdorf.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 14. März 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. ARTHUR KLEIN: Vorstellungen über Immunität und Krankheitschutz.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 17. März 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. — II. Dr. K. HOCHSINGER: Die Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrozephalie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gehört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.



Eigentümerin 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.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme. Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern Ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos. Telephone 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephone 7967.

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 Redaktion 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 zespaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Otogene Senkungsabszesse. Von Dr. ERNST URBANTSCHITSCH. — Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat EISELT und MAIXNER in Prag. Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Von Dr. Václav PLAVEC. — **Referate.** LEJARS (Paris): Nutzen und Grenzen der chirurgischen Behandlung des Krebses. — F. LESSER (Berlin): Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus. — L. DE MOOR (Gand): Beitrag zum Studium der therapeutischen Wirkung des Bromipin. — M. FICKER (Berlin): Über ein Typhusdiagnostikum. — COHN: Zur Kenntnis des Erregers der Dermatitis coccidioides. — J. KRON (Berlin): Ein Fall von Arseniklähmung. — PERLOW: Beitrag zur Wirkung des Xeroforms. — LEO LANGSTEIN und ERICH MEYER (Basel): Beiträge zur Kenntnis der Alkaptonurie. — MESSING (Warschau): Über Entzündung bei den niederen wirbellosen Tieren. — **Kleine Mitteilungen.** Resorptionsfähigkeit des tierischen Peritoneum. — VALYL. — Blutveränderungen nach thermischen Reizen. — Kombination von Aspirin und physikalischen Heilmethoden. — Zur Frage der operativen Therapie der Bauchfelltuberkulose. — Laktagol. — Indikation und die Erfolge der Talmaschen Operation. — Bismutose. — Therapie der Morphinvergiftungen. — Über Vanadin-Sanguinal und Vanadinstreupulver. — Trunksuchtbehandlung. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Urologie, herausgegeben von Prof. Dr. ANTON V. FRISCH und Doz. Dr. ORTO ZUCKERKANDL. — Feuilleton. Budapest Briefe. (Orig.-Korresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.* (Orig.-Ber.) — Akademische Fragen. Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT VII. — **Notizen.** — **Eingesendet.** GUSSENBAUER-Denkmal. — **Neue Literatur.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Otogene Senkungsabszesse.

Von **Dr. Ernst Urbantschitsch.** *)

I.

Wenn man heutzutage nicht mehr so häufig vom Ohr ausgehende Senkungsabszesse zu Gesicht bekommt, so ist dies unbedingt auch als ein Erfolg unserer Disziplin zu betrachten, zum großen Teil freilich ist es aber auch auf den Umstand zurückzuführen, daß in der gegenwärtigen Zeit reichlich Gelegenheit geboten wird, spezialärztlicher Behandlung teilhaftig zu werden.

Das Zauberwort, das diese Erkrankung so oft aus unserem Gesichtskreis bannt, heißt: Operation. Wir leben glücklicherweise in einem recht operationslustigen — oder besser gesagt operationsgeneigten — Zeitalter. Ärzte wie Kranke haben die früher zuweilen unüberwindliche Scheu vor einem blutigen Eingriff im großen und ganzen verloren; die Einsicht, wie in einer Operation oftmals die einzige Rettung gelegen ist, die glücklichen Erfolge, die die Asepsis und Antisepsis im Verein mit der stets vorwärts schreitenden Technik mit sich gebracht haben, und schließlich die Häufigkeit der Operationen haben redlich zu diesem Standpunkt verholfen.

Während früher dem Eiter meist allzu viel Zeit gelassen wurde, von seinem Entstehungsort aus in fern gelegene Partien des Körpers zu wandern, kommt man jetzt seiner

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doktorenkollegiums am 29. Februar 1904.

Wanderungstendenz meistens durch eine künstlich angelegte Abflußöffnung zuvor, so daß er den ihm vorgeschriebenen Weg zurücklegen muß. Hier und da werden aber zu allen Zeiten otogene Senkungsabszesse auftreten, denn diagnostische Irrtümer wird es immer geben, auch werden sich stets Patienten finden, denen man die Notwendigkeit einer Operation erst ad oculos demonstrieren muß, bevor sie darauf einwilligen, also erst nach voller Ausbildung des Abszesses, und schließlich können sich derartige Abszesse mit solcher Raschheit bilden, daß man zu einer Zeit operieren müßte, wo eine spontane Rückbildung des Prozesses in sehr vielen anderen Fällen noch eintritt, in denen man sich also berechtigt fühlen kann, mit der Operation noch zuzuwarten. Das seltene Vorkommen dieser Krankheitsform, die wichtige, oft lebensrettende Diagnose sowie die Fülle interessanter Einzelheiten rechtfertigen wohl die Darstellung dieser Krankheitsbilder.

Die Senkungsabszesse, von denen hier die Rede ist, nehmen fast durchwegs vom Mittelohr ihren Ausgang. In der Regel ist das ganze Mittelohr von der eitrigen Entzündung ergriffen, also Paukenhöhle und Warzenteil; bei der Beurteilung solcher Prozesse ist jedoch zu berücksichtigen, daß es Fälle gibt, in denen diese Räume durch eine Membran getrennt sind (HUSCHKE [2] 1), Fälle, die früher zu den großen Seltenheiten gerechnet wurden, die jedoch nach den heutigen Beobachtungen keineswegs gar so selten vorkommen.

Der Grund, warum der Eiter die ihm vom Mittelohr gesetzten Schranken durchbricht, ist in vielen Fällen vor allem in dem Mißverhältnis zwischen der Flüssigkeitsmenge und dem Rauminhalt zu suchen; der

1) Siehe Literaturverzeichnis am Schlusse des Vortrages.

Eiter findet eben in seiner Höhle nicht genug Platz. Daß die Tube nicht als Abflußweg geeignet ist, erklärt sich von selbst durch die schon im normalen Zustand bestehende Kleinheit des Isthmuslumens (ca. 1 mm), wobei noch zu berücksichtigen ist, daß es bei entzündlichen Prozessen durch die Schwellung der Schleimhaut fast durchwegs zum vollkommenen Verschuß der Öffnung kommt. Nun findet allerdings fast stets eine Trommelfellperforation statt, die sich jedoch bei übermäßiger Suppuration dann ebenfalls als viel zu klein erweist, um günstige Abflußbedingungen zu schaffen; gewöhnlich bildet sie nur einen Spalt von 3—5 mm Länge. Wäre aber immerhin die Trommelfelloffnung verhältnismäßig groß, so würde wohl der Eiter aus der Paukenhöhle leicht abfließen können, der Eiter aus dem Warzenteil müßte jedoch einen zu weiten und zu komplizierten Weg zurücklegen, so daß es ihm leichter fällt, sich selbst Bahn zu brechen.

Ursprünglich dachte man daran, daß es möglicherweise spezifische Bakterien sind, die eine rapide Einschmelzung des Knochengewebes herbeiführen, doch bestätigte sich diese Annahme nicht [SCHEIBE (3, 4)]. In erster Linie handelt es sich wohl um die Virulenz der Bakterien. Während stark virulente Mikroorganismen eine rasche Gewebeseinschmelzung und Eiterproduktion veranlassen, verursachen schwach virulente oft bloß eine Verdickung des Periosts und im Gefolge Osteophytenbildung (KOCHER und TAVEL [5]). Daß dabei die Bakterienart den Verlauf der Phlegmone beeinflusst, ist begreiflich. So ist z. B. der Verlauf der Erkrankung bei alleinigem Vorhandensein der FRÄNKEL-WEICHELBAUMSchen Pneumokokken meist unvergleichlich besser als bei Streptokokken oder den Gas produzierenden Bakterien. Ein Beispiel hierfür gibt DE QUERVAIN (6). Übrigens werden sich Reinkulturen von Bakterien nur bei akuten Fällen finden; bei chronischen zeigen sich fast durchwegs Mischinfektionen.

Die Stelle, an der der Durchbruch erfolgt, hängt erstens von dem individuellen anatomischen Bau der umgebenden Wandungen ab und zweitens von eventuellen pathologischen Veränderungen dieser. So wird eine gesunde dünne Wand leichter durchbrochen als die anderen, ebenfalls gesunden Wände; hingegen wird eine von der Entzündung mit ergriffene dickere Wandung gewiß weniger Resistenzkraft besitzen als eine viel dünnere, jedoch normale. Demgemäß erfolgt der Durchbruch: 1. nach oben durch das Tegmen tympani; 2. nach hinten durch die Wand des Sinus transversus; 3. nach außen durch die Kortikalis des Warzenfortsatzes; 4. nach unten durch die untere knöcherne Begrenzung des Warzenteils; 5. nach unten medialwärts in der Richtung der Ohrtrumpete.

Betrachten wir nun die Wege, die der vom Ohr stammende Eiter zurückzulegen pflegt, so möchte ich drei Arten von dissezierenden Abszessen unterscheiden, wobei mir die Fascia colli als Einteilungsprinzip gilt. Infolge der wichtigen Rolle, die diese bei den Eitersenkungen spielt, muß ich kurz die anatomischen Verhältnisse streifen. An der Fascia colli lassen sich nach HYRTL (1) drei Blätter unterscheiden²⁾: ein oberflächliches Blatt, Fascia superficialis, das sich zwischen beiden Kopfnickern ausspannt, diese durch Spaltung des Blatts in je eine Scheide hüllt, fußwärts am Brust- und Schlüsselbein festhaftet und nach hinten zu in die Fascia nuchae, übergeht; ein tiefes Blatt, Fascia profunda, das, unterhalb des Kopfnickers gelegen, die Einscheidung der großen Halsgefäße und der am Brustbein inserierenden Muskeln besorgt und in die Achselhöhlenfaszie übergeht, und endlich ein drittes Blatt, Fascia praevertebralis, an der Vorderfläche der Wirbelsäule, das den Musculus longus colli und den Rectus capitis anticus maior deckt. Nach diesen Faszien unterscheide ich nun: 1. einen Abscessus dis-

secans superficialis, der über der oberflächlichen Faszie zu liegen kommt; 2. einen Abscessus dissecans profundus nach innen vom oberflächlichen Blatt am Hals zwischen dem oberflächlichen und tiefen Faszienblatt; je nachdem dieser an den seitlichen Partien des Halses oder am Nacken auftritt, wäre dieser als A. d. p. colli oder nuchae zu bezeichnen; und 3. einen Abscessus dissecans praevertebralis oder retropharyngealis zwischen zweitem und drittem Blatt. Da die Bezeichnung „Abscessus retropharyngealis“ bereits allgemein üblich ist, werde ich mich im folgenden dieses Namens bedienen.

I. Abscessus dissecans superficialis.

Begünstigend für den Austritt des Eiters durch die Kortikalis des Warzenteiles ist: a) Dünnhheit der äußeren Knochenplatte und b) abnorme Persistenz der Sutura squamomastoidea, einer Naht, deren normaler Schluß ans Ende des Fötallebens fällt, längstens aber im Laufe des ersten Lebensjahres stattfinden soll, die aber in abnormen Fällen bis zur Pubertätszeit persistiert. Solche Betrachtungen stellten u. a. GRUBER (7), KIESSELBACH (8), KIRCHNER (9), MOOS (10) und BEZOLD (l. c.) an; letzterer fand unter 200 Schläfenbeinen 4 ganz und 41 teilweise erhaltene Fissuren, MOOS unter 239: 3 vollständige Fissuren und 54 Spuren davon.

Da die äußere Lamelle des Warzenfortsatzes, die nach den Untersuchungen von HUSCHKE eine Dicke von 1—3''' (beiläufig 2—6 mm) besitzt, sich im späteren Alter immer mehr und mehr zu verdünnen pflegt, so sehr sogar, daß in extremen Fällen die äußere Lamelle „durch Fingerdruck wie eine Eischale gebrochen werden kann“ [CRUVEILHIER (11)], so scheint im höheren Lebensalter diese Stelle für einen eventuellen Eiterdurchbruch besonders disponiert. Übrigens erfolgt auch in jüngeren Jahren eine Knochenperforation in erster Linie hier, und wenn es in der bei weitem größten Mehrzahl der Fälle von hier aus nicht zu Senkungsabszessen kommt, so ist dies dem Umstand zu verdanken, daß der Krankheitsprozeß an diesem Ort für Arzt und Patient am leichtesten diagnostizierbar bzw. augenscheinlich ist, so daß eine Vernachlässigung des Leidens viel seltener vorzukommen pflegt.

Wegen der oberflächlichen Lage dieser Abszesse kommt es nämlich zur Mitbeteiligung der Haut an diesem Prozeß; diese ist stark gerötet, ödematös geschwollen und fühlt sich warm (bzw. heiß) an. Meist ist oberflächliche Fluktuation außerordentlich leicht nachzuweisen und der Knochen ist so wohl beim Beklopfen wie auf Druck sehr empfindlich. Ergänzt wird das Bild noch durch die Alteration des Allgemeinbefindens (Fieber, Mattigkeit, Appetitlosigkeit usw.).

Kommt es zur Eitersenkung, so zieht der Eiter zwischen Platysma und oberflächlicher Halsfaszie abwärts, eine besondere Gefährlichkeit zeigen diese Abszesse schon aus dem Grunde nicht, da sie ja mit keinen wichtigeren Organen in Berührung kommen, die zum größten Teil durch den Musculus sternocleidomastoideus, ganz durch die tiefe Halsfaszie geschützt sind. Auch ein Eindringen des Eiters in den Brustraum ist gehindert, da die oberflächliche Faszie am Brust- und Schlüsselbein festhaftet.

Sehr selten bricht der Eiter in der Regio temporalis durch, u. zw. durch Perforation von pneumatischen Zellen in der Höhe der Schläfenbeinschuppe (CHOLEWA) oder des Os zygomaticum [BEZOLD (29), SCHWARTZE (30)].

II. Abscessus dissecans profundus.

Viel größere Schwierigkeiten stellen sich der Diagnose entgegen, wenn der Eiter durch die Spitze des Warzenfortsatzes dringt und so in den Raum zwischen oberflächlicher und tiefer Faszie gelangt. Erleichtert wird diese Art der Weiterverbreitung der Infektion durch Verdünnung dieser (unteren) Knochenpartie (BEZOLD fand unter 400 Schläfenbeinen 22mal derartige Verdünnungen der Kortikalis); ferner durch die Sutura occipitomastoidea, zumal sich die Cellulae

²⁾ FROBIEP und MALGAIGNE sprechen von vier Blättern; Meinungsverschiedenheiten, die sich durch den äußerst komplizierten Bau dieser Faszie vollauf begreifen lassen.

mastoideae oftmals bis dahin ausbreiten. Anatomische Eigentümlichkeiten ermöglichen mitunter einen Durchbruch in der Höhe des Paukentodens, besonders wenn sich an dieser Stelle pneumatische Zellen befinden; bisweilen erstrecken sich solche sogar bis ins Occiput [SCHWARTZE (16) und MERKEL (17)]. Auch Rachitis begünstigt zuweilen die Entstehung der tiefen Abszesse, da sich hier gar nicht so selten Defekte in der äußeren Knochenlamelle der Warzenfortsatzspitze vorfinden (KIESELBACH).

Über die Ausbreitung dieser Plegmone machte BEZOLD im Jahre 1881 zuerst experimentelle Studien durch Injektion gefärbter Gelatine. Hierbei zeigte es sich, daß die Gelatine von der Insertionsstelle des Sternocleidomastoideus sich zuerst nach vorn, dann gegen die rückwärtigen Partien des Halses ausbreitete; zunächst längs des Musculus biventer und der Arteria occipitalis, dann in der Regio submaxillaris und um die großen Halsgefäße.

Im Nacken drang die Gelatine in die Interstitien der Halsmuskeln und sammelte sich an drei Stellen an, u. zw. 1. zwischen M. trapezius und M. splenius; 2. zwischen diesem und dem Plexus und 3. zwischen letzterem und den kleinen Wirbelsäulenmuskeln, hier bis zum zweiten Brustwirbel.

BEZOLD (18) war ja auch der erste, der über diese Form der Senkungsabszesse eine zusammenhängende, systematische Abhandlung verfaßte (a. 1881), weshalb diese Art der Mastoiditis mit seinem Namen belegt wurde („BEZOLDSche Mastoiditis“); allerdings wurden bereits vor ihm vereinzelte Fälle publiziert, so von SCHWARTZE im Jahre 1867, von BOECKE im Jahre 1872. Weitere Arbeiten stammen von HAMON DU FOUGERAY (19) und von POULSEN (20). Letzterer beschreibt allerdings nur die Phlegmonen, die vom Ohr ausgehen, ohne Rücksicht auf Senkungsabszesse (530 Fälle).

Die tiefen Halsabszesse charakterisieren sich durch eine diffuse, harte Anschwellung der seitlichen Halspartie, die bis zum oberen Ende des Kopfnickers (nie darüber!) reicht. Gemäß ihrer Lage unterhalb dieses Muskels ist in den reinen Fällen keine Fluktuation nachzuweisen und die Haut darüber erscheint normal. Die Perkussion des Warzenfortsatzes erzeugt immer Schmerz [MOOS (21)], auch besteht fast durchwegs Druckempfindlichkeit. Die Schmerzen strahlen gegen das Hinterhaupt sowie gegen die Schläfe aus. Der Kopf kann entweder gar nicht oder nur unter sehr heftigen Schmerzen gedreht werden. In einem späteren Stadium tritt Rötung der Haut und Zunahme der Schwellung nach unten, vorn und hinten auf und dann erfolgt entweder Durchbruch des Eiters nach außen oder es erfolgt sein Abfluß auf folgenden zwei Wegen: 1. auf dem Wege, auf dem er gekommen ist, das ist Rückzug des Eiters durch die Warzenzellen in die Paukenhöhle und von hier durch die Trommelfellöffnung nach außen, besonders bei einem auf die Schwellung ausgeübten Druck [CHOLEWA (22)]. Oder 2. statt durch das Trommelfell bricht sich der Eiter zwischen knöchernem und knorpeligem Gehörgang Bahn. Unter 18 Halsabszessen fand BEZOLD (23) 5mal Entleerung des Eiters nach letzterem Modus. In manchen Fällen durchbricht der Eiter die Kopfnickerscheide und bietet so das Bild eines Sternocleidomastoideus-Abszesses. Bleibt er jedoch ganz unter der oberflächlichen Halsfaszie, so gelangt er auch häufig bis zur Clavicula, wie die Fälle von SCHWARTZE (24), DE ROSSI (l. c.), THIRY (25), LEWIS (26) und HAUG (77) zeigen.

Daß tiefe Halsabszesse die Neigung haben, sich auf Gegenden über dem Zungenbein zu lokalisieren, gehört schon deshalb zu den großen Seltenheiten, da über dem Zungenbein die Halsfaszie einen aponeurotischen Charakter trägt und deshalb mehr Schutz gegen eine Infektion dieser Partien bietet. Einen typischen Fall für einen „Abscess rétro-maxillaire“ beschrieb GUYE (27). KIRCHNER (28) weiß von einem Fall zu berichten, in dem der Eiter längs des Musculus biventers bis zum Unterkiefer vordrang.

Sehr schwere Erscheinungen rufen die Nacken- und Rückenabszesse hervor. Dieselben können sich bilden, wenn sich der Eiter an der Hinterseite des Processus mastoideus oder auch an der Sutura occipito-mastoidea Bahn bricht. Es tritt dann eine harte und schmerzhaftige Nackenmuskelschwellung auf mit mehr oder minder starker Beschränkung der Kopfbewegungen, Torticollis, sowie bisweilen außerordentlich heftigen Hinterhauptneuralgien. Erst in späteren Stadien tritt deutlichere Fluktuation und Rötung auf. Durch Weiterstreiten des Prozesses kann sich dieser bei Vernachlässigung bis auf den Rücken fortpflanzen.

In einzelnen Fällen kann das Perikranium in großer Ausdehnung vom Os occipitale und den Nackenmuskeln abgehoben werden [DE QUERVAIN (6)]. In einigen Fällen [MOOS (10), URBANTSCHITSCH (76)] konnte der Eiter durch Druck auf den Nackenabszeß aus dem äußeren Gehörgang zum Austritt gebracht werden. Einen sehr großen derartigen Abszeß beobachtete DE QUERVAIN (6), in dem Cholesteatom des Cavum tympani und der Cellulae mastoideae bestand, mit Verlegung des äußeren Gehörganges durch Granulationen. BEZOLD (12) beobachtete eine Ausdehnung eines Senkungsabszesses bis zu den oberen Brustwirbeln. Beschreibungen von Nackenabszessen verdanken wir ferner DE ROSSI (l. c.), GUYE (l. c.), SCHWARTZE (13), THIRY (14), KRETSCHMANN (15).

III. Abscessus dissecans retropharyngealis.

Da sich zwischen Wirbelsäule und Pharynx reichlich lockeres Bindegewebe vorfindet, und zwar von der Basis cranii bis zur Brust, so ist es leicht begreiflich, daß es gerade hier leicht zu Eiteransammlungen kommen kann. Nur in Ringknorpelhöhe wird dieser Bindegewebsraum enger und umgibt den Ösophagus; deshalb findet der Eiter hier gewöhnlich in seiner Weiterverbreitung eine Grenze. Wird diese Grenze jedoch überschritten, so ist ein unglücklicher Ausgang meist unvermeidlich, erstens, da man dann den Eiter von außen nicht mehr erreichen kann, und zweitens, da dann die Suppuration fast unvermeidlich in das Mediastinum übergreift, nachdem in der Gegend der Arteria thyreoidea inferior eine Kommunikation mit den verschiedenen Räumen des Brustkorbes besteht [KÖNIG (31)].

Überblicken wir kurz die Ursachen für die Entstehung von Retropharyngealabszessen, so findet man dafür verantwortlich: 1. Verletzungen mit primärer oder sekundärer Infektion; 2. Karies der Halswirbeln; 3. Vereiterung der retropharyngealen Lymphdrüsen, die ihren Zufluß vom Gaumen und Rachen her beziehen [BOKAI (31)], insbesondere wenn sich ein Eiterherd in der Nachbarschaft vorfindet. Eine Resorption des Eiters in die Lymphgefäße und von da in die Rachen- und Drüsen ist nämlich sehr leicht möglich [WEIL (32)]. Und 4. endlich eitrige Ohrerkrankungen.

Der Weg, auf dem der Eiter aus dem Ohr in den Rachen gelangt, kann im Prinzip ein zweifacher sein; entweder dringt der Eiter vom Mittelohr direkt in den Rachen oder er passiert vorerst die Schädelhöhle und gelangt von hier durch ein an der Basis cranii befindliches Foramen in den Pharynx.

Bei ersterem Modus kann der Eiter die Gefäßkanäle zum Durchtritt benützen, doch bildet er sich häufiger einen neuen Weg durch Einschmelzung von Knochen. Die auf diese Weise gebildete Knochenfistel führt entweder durch den Boden des Antrum (Processus mastoidei), durch die vordere Gehörgangswand oder auch durch die vordere Paukenhöhlenwand. In letzterem Falle sucht nach HAUG (33) der Eiter in das peritubare Gewebe zu dringen, wobei der Semicanal tensoris tympani die Rolle eines Leiters der Infektion zwischen Mittelohr und Pharynx spielen soll. In einzelnen Fällen kann eine vollständige Lostrennung der knöchernen von der membranösen Tube erfolgen [GRUBER (34)].

Bei der zweiten Entstehungsart kann der Durchbruch z. B. durch das Tegmen tympani stattfinden (KESSEL). Der

Eiter ergießt sich dann in die mittlere und hintere Schädelgrube und von hier durch das Foramen ovale oder rotundum, bzw. durch das Foramen lacerum anterius nach abwärts, er kann dann nach hinten bis zum Ansatz der kurzen, tiefen Nackenmuskeln und nach vorn längs des Os basilare occip. auf die vordere Seite der Wirbeln gelangen. In analoger Weise kann der Eiter bei Durchbruch nach hinten („à travers la gouttière du sinus transverse“) zum Foramen jugulare (lacerum posterius) und längs der großen Gefäße gegen den Hals zu dringen; so in zwei Fällen von DE ROSSI (35), dessen ein Fall schon deshalb sehr interessant ist, da der Eiter in die Halsvene drang, die ihn bis in den Hals drainierte, wo er als Senkungsabszeß zutage trat; und in einem Fall von KESSEL (36), in dem der tiefe Extraduralabszeß in der Nähe des Foramen lacerum sinistrum saß und einen Retropharyngealabszeß verursachte. „Die Karotis war an dieser Stelle ganz nach vorn gedrängt und zu einem dünnen Rohr mit stecknadelkopfgroßem Lumen zusammengeschrumpft. Die Sonde gelangte nach unten in einen von dem ursprünglichen Herd an der Pyramidenspitze ausgehenden, retropharyngealen Senkungsabszeß.“ Bei diesem Verlauf sind u. a. auch Lähmungserscheinungen der im Foramen jugulare laufenden Nerven beobachtet worden, so vollständige Zungenlähmung, erschwertes Atmen, Aphonie, rasches Ansteigen des Pulschlagel usw. (KESSEL). Einen Fall von Retropharyngealabszeß, der aus einem extraduralen Abszeß hervorging, beschrieb in jüngster Zeit auch BRAUNSTEIN (37).

Retropharyngealabszesse kommen hauptsächlich bei akuten Entzündungen vor; BEZOLD (18) sah sich sogar veranlaßt, zu behaupten, daß diese Abszesse einzig und allein das Resultat akuter Prozesse sein können. Eine Bekräftigung dieser Ansicht lieferten die Untersuchungen von SCHWARTZE, HARTMANN und STEINBRÜGGE (38), die die eben erwähnte Erscheinung auf eine bei der chronischen Otitis stattfindenden Knocheneubildung zurückführen. Dieser zufolge verschließen sich nach und nach alle Knochenzellen und auch die Diploë des Warzenfortsatzes an der Spitze und die Innenwand desselben verdickt sich stark, weshalb nach Ansicht dieser Autoren so selten ein Eiterdurchbruch bei chronischer Mittelohrentzündung vorkomme. Immerhin werden jedoch auch Fälle von Senkungsabszeß bei chronischen Entzündungen mitgeteilt.

Der Verlauf der Rachenabszesse hängt von der Wegsamkeit des Fistelganges einerseits, andererseits von den Eitermassen ab. Bei den akuten Fällen bildet sich die Senkung rasch im Laufe oft weniger Tage unter heftigem Fieber, starkem Halsschmerz und Kieferklemme; in chronischen hingegen erfolgt die Bildung langsamer, meist ohne besondere Rachenbeschwerden. Die Halsschmerzen sind einseitig und erklären sich hinlänglich durch die mitunter beträchtliche Vorwölbung an der hinteren Rachenwand, die bei der Untersuchung deutliche Fluktuation zeigt; die Geschwulst behindert meist auch den Schluckakt. Übrigens ist die Nahrungsaufnahme schon durch die Kieferklemme sehr erschwert. In sehr schweren Fällen ist der Kopf stark in den Nacken gebeugt, jeder Versuch einer Anteflexion steigert die Atemnot.

Die Retropharyngealabszesse gehören, sich selbst überlassen, unbedingt zu den allergefährlichsten Abszessen, insbesondere wegen der unmittelbaren Nähe der Trachea und des Einganges in den Kehlkopf. Der Tod erfolgt meist durch Ersticken, und zwar entweder durch direkte Kompression der Trachea oder Einstürzen des Eiters bei spontaner Eröffnung des Abszesses in den Larynx oder durch Glottisödem. So berichtet JACOBY (39) von einer vom Ohr ausgehenden Phlegmone bis zum peritrachealen Zellgewebe und eitrig-schleimiger Infiltration desselben; trotz Ausführung der Tracheotomie erfolgte Exitus letalis. In einem Fall von BALLANCE (40) erfolgte der Tod durch Glottisödem. Interessante Beobachtungen stellten ferner an: CALMETTES (41), GRUBER (42), SCHWARTZE (43), GUYE (44), KIESSELBACH (l. c.).

*Aus den internen Abteilungen der Professoren
Hofrat Eiselt und Mairner in Prag.*

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.

Von **Dr. Václav Plavec.**

(Fortsetzung.)

Im allgemeinen kann kein einziges der bekannten Gegengifte des Phosphors als sicher geeignet gelten, allen Phosphor nicht bloß im Magen, sondern auch im übrigen Darm zu beeinflussen. Die schwache Wirkung der Gegengifte wird außerdem noch wesentlich beeinträchtigt durch einen reichlichen Inhalt aus unverdauter Nahrung, welche die Gegengifte des Phosphors selbst zerlegt oder bindet. ANTAL (25) z. B. erhielt bei der Untersuchung der Wirksamkeit des übermangansauren Kali viel bessere Resultate bei Hunden als bei Kaninchen. Diesen Unterschied erklärt er mit großer Wahrscheinlichkeit als Folgezustand der ungleichen Verdauung bei diesen beiden Tiergattungen; bei Kaninchen ist nämlich der Magen stets mit einer großen Menge unverdauter Nahrung gefüllt.

Deswegen ist die wichtigste Methode zur Beseitigung des Phosphors aus dem Verdauungstraktus die Evakuierung des Magens und des Darmes. Wenn wir also rationell vorgehen wollen, müssen wir stets mit dieser mechanischen Methode beginnen, denn mittelst derselben entfernen wir nicht nur schnell den größeren Rest des noch nicht resorbierten Phosphors, sondern auch alle eventuellen Nahrungsreste und schaffen auf diese Weise die besten Bedingungen für eine ausgiebige Wirksamkeit der eigentlichen Gegengifte des Phosphors.

Die Evakuierung des Verdauungstraktus ist die älteste und bis jetzt verlässlichste Methode zur Einschränkung der weiteren Resorption des Phosphors. Schon TAYLOR (7), MIALHE (28), später THOMPSON (13) und NAUNYN (15), in neuester Zeit v. JAKSCH und KUNKEL empfehlen warm die gründliche Durchführung dieser Methode vor der Darreichung der eigentlichen Gegengifte selbst. Ursprünglich war diese Methode auf die Darreichung von Emetika und Laxantia beschränkt, und erst in den siebziger Jahren gewann sie an Vervollkommenung durch das Bekanntwerden der Magenausspülung.⁵⁾

Die Entleerung des Verdauungstraktus muß von oben und unten geschehen. In beiden Fällen können wir entweder pharmakologische, auf die Peristaltik wirkende (Emetica, Laxantia) oder rein mechanisch wirkende Mittel anwenden (Magenpumpe, Klysmen).

Von den Brechmitteln soll stets das Kupfersulfat verwendet werden; unter Umständen können aber auch die anderen Emetica benützt werden, ausgenommen die Antimonpräparate (SCHUCHARDT). Gleich dem Kupfersulfat müssen auch die anderen Emetica binnen weniger Stunden mehrmals hintereinander gereicht werden, damit die Entleerung des Magens von dem Phosphor eine möglichst gründliche sei.

Die vollkommene Beseitigung des freien Phosphors ist wegen seiner Adhärenz und wegen des Faltenreichtums der Magenschleimhaut auf dem Wege des Erbrechens niemals so gründlich zu erzielen wie durch die künstliche Magenausspülung. Daher ist es, wenn es die Umstände erlauben, immer ratsam, die Therapie der akuten Phosphorvergiftung mit einer länger fortgesetzten Magenausspülung zu beginnen.

Die Magenausspülung besitzt gegenüber der Methode der Darreichung von Brechmitteln und Gegengiften große Vorteile. Vor allem ist sie für den Magen und den Organismus überhaupt vollkommen unschädlich; ferner beseitigt sie den genossenen Phosphor gründlicher als alle anderen Methoden. Durch die Einführung einer größeren Flüssigkeitsmenge wird der Magen ausgedehnt, werden die Schleimhautfalten geglättet, und durch den Flüssigkeitswirbel wird nicht nur ein gewisser, wenn auch unbedeutender Teil des Phosphors

⁵⁾ FREDERICH WATERHOUSE²⁹⁾ benutzte die Magenpumpe bei der Phosphorvergiftung schon im Jahre 1869.

gelöst, sondern werden auch größere, an der Wand haftende Phosphorpartikel losgerissen und mit dem Schleim und den Nahrungsresten durch den Schlauch nach außen befördert.

Wurde der Phosphor bald nach einer Mahlzeit genommen, dann kann es geschehen, daß die Speisen zur Zeit der Ausspülung noch wenig verdaut sind und unaufhörlich den Magenschlauch verstopfen. Durch Verschiebung des Schlauches oder dessen rasches Zusammendrücken wird zwar das Hindernis gewöhnlich beseitigt, aber nach einer Weile ist der Schlauch wiederum verstopft. In solchen Fällen ist es ratsam, zuerst einmal ein Emetikum zu geben und dann erst den Magen auszuspülen. Gewöhnlich aber kommt der Vergiftete bereits nach reichlichem Erbrechen in unsere Behandlung, denn nach der Statistik von LEWIN stellt sich in 88% der Fälle bald nach dem Genusse des Phosphors ein natürliches und hartnäckiges Erbrechen ein, so daß ein Emetikum gar nicht erst gegeben werden muß.

Die Ausspülung kann entweder mit gewöhnlichem Wasser oder mit einer Lösung eines der genannten Gegengifte erfolgen. HARTMANN und BUCHHEIM (29) haben gezeigt, daß der gelbe Phosphor nur in unbedeutendem Grade im Wasser löslich ist, und zwar in warmem Wasser mehr als in kaltem; daher verwenden wir zur Ausspülung stets möglichst warmes Wasser, d. i. 37—38grädiges.

Für die Dauer der Ausspülung ist uns nicht nur die vollkommene Klarheit des Spülwassers, sondern auch der Umstand maßgebend, ob das Spülwasser noch nach Phosphor riecht.⁶⁾ In der Abteilung EISELTS wurde, wenn der Phosphorgeruch des Spülwassers bereits geschwunden ist, doch noch mit 30 l Wasser ausgespült. Manchmal sind zu einer ganzen Ausspülung 50—80 l Wasser notwendig. Da es sich um die Dilatation des Magens handelt, muß man eine größere Flüssigkeitsmenge (1—2 l) auf einmal eingießen. Dann muß man aber auch warten, bis alles Wasser wieder abgeflossen ist.

Wollen wir zur Ausspülung eine Lösung eines der bekannten Gegengifte verwenden, so eignet sich dazu am besten eine Lösung von übermangansaurem Kali. Die Konzentration der Lösung richtet sich danach, wie lange wir mit dem übermangansauren Kali ausspülen wollen; zur gänzlichen Ausspülung mit demselben müssen wir eine schwache (ungefähr 0.1%ige) Lösung wählen. Die Benützung konzentrierter Lösungen nach dem Vorgange ungarischer Autoren hat den Vorteil größerer Oxydationskraft. Daher ist es meiner Ansicht nach am besten, den Magen zuerst mit reinem Wasser so lange auszuspülen, bis dieses klar abfließt, dann mit ungefähr 20 l einer stärkeren (0.2—0.4%igen) Kalium hypermanganicum-Lösung und hierauf wiederum mit reinem Wasser, um das überschüssige übermangansaure Kali zu entfernen.

Würden wir das übermangansaure Kali nach ANTAL und BOKAI im Magen zurücklassen, dann könnten wir den zweiten Akt der Evakuation des Verdauungstraktus, die Entleerung des Darmes, nicht so gut vornehmen. In dieser Beziehung müssen wir uns vorwiegend auf die Laxantien verlassen, denn die Ausspülung läßt sich nur beim Dickdarm anwenden. Und da muß man zugeben, daß die Laxantien und das übermangansaure Kali sich nicht gut miteinander kombinieren lassen. Ich habe bereits die Erfahrung von LANZ angeführt, daß die zurückgelassene Kalium hypermanganicum-Lösung oft erbrochen wird, und die gleichzeitig gereichten Laxantien würden dieses Erbrechen nur befördern. Übrigens müßte man alle Laxantien organischen Ursprungs von vornherein ausschließen, weil das übermangansaure Kali die organischen Substanzen oxydiert; dadurch aber wäre die Wirksamkeit beider Agentien geschädigt: das übermangansaure Kali würde seinen Sauerstoff verlieren und das betref-

fende Laxans seine abführende Wirkung. Es würden zwar noch die salinischen Abführmittel übrigbleiben, aber deren Einwirkung auf die Peristaltik ist verhältnismäßig gering.

Es gibt viele Toxikologen, welche sich mit der Magenausspülung begnügen, die Evakuation des Darmes aber unterschätzen und den Gegengiften des Phosphors den Vorzug geben, die sie unmittelbar nach der Magenausspülung nehmen lassen. Sie nehmen an, daß der Magen lange der Hauptsitz des genossenen Phosphors ist, und daß nur bei den viele Stunden oder mehrere Tage alten Vergiftungen ein gewisser kleinerer Teil des Phosphors in den Darm übergegangen ist. SCHUCHARDT (10) z. B. glaubt, daß Abführmittel nur dann angezeigt sind, wenn wir annehmen können, daß der Phosphor in fester Form weiter nach abwärts in den Verdauungstraktus übergegangen ist. In ähnlicher Weise gibt ORTNER (21) Drastika (statt der zweiten Verabreichung des Kupfersulfats) nur dann, wenn es sich nicht um eine ganz frische Vergiftung handelt und der Zustand des Patienten es gestattet.

Auch RIESS (18) empfiehlt Abführmittel nur dann, wenn der Vergiftete nicht allzu sehr verfallen ist.

In der Toxikologie von LACASSAGNE, HILDEBRANDT (30), KOBERT und LEWIN werden bei der Therapie der Phosphorvergiftung die Laxantia gar nicht erwähnt. BOKAI und die anderen ungarischen Autoren verlassen sich einzig und allein auf das übermangansaure Kali und machen bei ihrer Methode von Abführmitteln keinen Gebrauch. v. JAKSCH (17) empfiehlt zwar die Evakuation des Darmes sehr warm, gibt aber nach der Magenausspülung zunächst Kupfersulfat oder Terpentinöl. Dabei ist es auffallend, daß wir bei seinen 40 genauer beschriebenen Fällen zahlreiche Belege finden, daß die Verabreichung von Abführmitteln nicht verzeichnet ist oder daß dieselben in kleiner Menge gegeben wurden.

KUNKEL (11) und KIONKA (19) tadeln diese Außerachtlassung der Laxantien und glauben, daß die Entleerung des Darms eine der wichtigsten Aufgaben der Therapie der akuten Phosphorvergiftung ist. Von den älteren Autoren sind es hauptsächlich TAYLOR, MIALHE, THOMPSON und NAUNYN, welche die reichliche Verabreichung energisch wirkender Abführmittel empfehlen.⁷⁾

Wenn wir dem Schicksal des Phosphors im Verdauungstraktus näher nachforschen, so kommen wir leicht zu der Erkenntnis, daß die Evakuation des Darmes nicht weniger wichtig ist als die Evakuation des Magens. Die Ansicht SCHUCHARDTS und ORTNERs, daß man Laxantia nur dann zu geben habe, wenn es sich um eine ältere Vergiftung handelt, ist ganz unrichtig. Es genügt eine einfache Durchsicht der in der Literatur niedergelegten Sektionsbefunde bei der Phosphorvergiftung, um zu erkennen, daß der Magen nicht einmal in frischen, d. i. nur einige wenige Stunden alten Phosphorvergiftungen der ausschließliche Sitz des genossenen Phosphors ist, sondern daß dieser bald, oft vielleicht sofort tief in den Darm übergeht und erst im Dickdarm stehen bleibt.

Schon SCHRAUBE (2) war es auffallend, daß selbst frühzeitig gereichte Emetika nicht imstande sind, den Vergifteten zu retten, und er erklärt sich dies in der Weise, daß der Phosphor den Schleimhautwänden innig anhaftet und nicht entfernt werden kann. Wenn auch die Richtigkeit dieser Ansicht nicht bezweifelt werden kann, so steht dennoch fest, daß dadurch nur eine einzige Ursache für die Ohnmacht der Therapie von damals angegeben wird. ANTAL (25) hat zwei Hunden den Magen sofort nach Einführung der Phosphormilch ausgespült, und doch gingen die Hunde zugrunde. Hier wurde also der gesamte Phosphor aus dem Magen entfernt, so daß wir annehmen müssen, daß die tödliche Dosis des Phosphors gleich nach dem Genusse der Gifflösung in den Darm übergang. v. JAKSCH (17) fand in einigen Fällen selbst mit

⁶⁾ Der Geruch vermag noch so unbedeutende Spuren des Phosphors herauszufinden, daß er nach DUSART empfindlicher ist als die Reaktion von MITTSCHERLICH.

⁷⁾ TARDIEU (13) bringt zahlreiche Fälle von Phosphorvergiftungen aus seiner Zeit; in manchen wurde wegen Schmerzen im Leibe Opium gereicht; Abführmittel wurden nur selten gereicht und auch da nur schwache.

den empfindlichsten Reaktionen keinen Phosphor im Spülwasser mehr, wiewohl die Magenausspülung nur einige wenige Stunden nach dem Genusse des Phosphors vorgenommen worden war⁸⁾; bei einem dieser Fälle fand er aber (Nr. 22) Phosphor im Stuhle, welcher $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Aufnahme des Patienten und $6\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Genusse des Phosphors erfolgt war.

E. HOFMANN (31) erinnert daran, daß auch in den akuten Fällen Phosphor im Darminhalt gefunden wurde. LANZ z. B. beschreibt einen Fall, wo der Magen 2 Stunden nach dem Genusse des Phosphors mit 90 l einer $\frac{1}{4}\%$ igen Kalium hypermanganicum-Lösung ausgespült und dennoch in den Fäces Phosphor nachgewiesen wurde. MASCHKA (32) fand bei einem Säugling, der den Phosphor von 3 Zündhölzchen bekommen hatte, letzteren im Dickdarm, obwohl das Kind keine Diarrhöen gehabt hatte und nach 6 Stunden gestorben war. Ähnliche Fälle beschreiben JÄDERHOLM (29), PALTAUF (33), HAMMER (34) und LANGER (35).

Aus dem Angeführten geht hervor, daß der Phosphor rasch (oft vielleicht augenblicklich) aus dem Magen in die tieferen Darmpartien übergeht, so daß man glauben könnte, daß er selbst die Peristaltik anregt und auf diese Weise automatisch auf seine Elimination nach außen hinarbeitet. Unter solchen Umständen könnte eine frühzeitige Darreichung von Abführmitteln überflüssig erscheinen, wenn uns nicht die weitere Beobachtung zu ganz entgegengesetzten Ansichten führen würde. So schnell der Phosphor in den Dickdarm übergeht, so langsam wird er nach außen befördert. Die durch ihn gesteigerte Peristaltik erlahmt im Dickdarm, der Phosphor wird gemeinsam mit den Nahrungsresten zu festen Fäces geformt und infolge der Verdampfung langsam resorbiert.

Nur manchmal pflanzt sich die gesteigerte Peristaltik bis an das Ende des Darms fort. Nach LEWIN (36) treten natürliche Diarrhöen bei der akuten Phosphorvergiftung nur in 30% der Fälle auf. Auch HESSLER (37), SENFTLEBEN (38) und SCHUCHARDT (29) bemerken, daß im klinischen Bilde der Phosphorvergiftung die Obstipation überwiegt, wenn sich auch manchmal am ersten Tage einige Diarrhöen einstellen. In 12% der Fälle konstatierte LEWIN eine hartnäckige Obstipation und schließt daraus, daß es sich hier um einen lähmenden Einfluß des Phosphors auf das Nervensystem handelt. SENFTLEBEN gibt als Ursache der häufig vorkommenden Obstipation einen gewissen Lähmungszustand des Darms an, entstanden durch Eindringen des Phosphors ins Blut. Ich glaube, daß diese Ansicht SENFTLEBENS am besten der Wirklichkeit entspricht; denn der rasche Übergang des Phosphors aus dem Magen in die unteren Darmpartien kann ganz wohl als Effekt der Oxydationsprodukte des Phosphors, nicht des Phosphors selbst angesehen werden. Schon der Gifttrank selbst enthält oft viele dieser Oxydationsprodukte, die teils schon in der Zündhölzchenmasse enthalten waren, teils bei der Zubereitung der Giftlösung, vorwiegend durch Kochen, entstanden sind (TARDIEU). Im Magen schreitet diese Oxydation infolge der vorhandenen Luft und teilweise auch infolge des Blutsauerstoffs noch fort [HOFMANN (39)].

Die Oxydationsprodukte des Phosphors haben große chemische Affinitäten. Sie ziehen Wasser an und besitzen außerdem wegen ihrer sauren Eigenschaften einen bedeutenden lokalen Einfluß auf die Schleimhaut; war doch die Schleimhaut unter einzelnen Partikelchen der Phosphormasse sogar verätzt (HOFMANN (39), SENFTLEBEN (38), WEGNER (40), REINSBERG (41) u. a.). Es ist daher durchaus nichts auffallendes, daß der Magen und die oberen Darmpartien durch eine gesteigerte Peristaltik reagieren, obwohl der Phosphor im Gegenteil eine Verlangsamung der Darmbewegung bewirkt.

Erst wenn der freie Phosphor in den unteren Darmpartien angelangt ist und teilweise resorbiert wurde, dann erst

zeigt sich seine eigentliche Wirkung auf die Peristaltik. Da die fäkulenten Massen reduzierend wirken, hört die Oxydation des Phosphors im Darne auf. Die unbedeutende Menge der früher entstandenen Phosphorsäuren wurde während der Fortbewegung durch den Verdauungstraktus neutralisiert, an die Schleimhaut gebunden, und in den Dickdarm gelangt nur der eigentliche Phosphor. Nun kommt die Peristaltik zum Stillstand und es entsteht eine hartnäckige Obstipation.

Schließlich wäre es auch möglich, daß sich der lähmende Einfluß des Phosphors hauptsächlich auf den Dickdarm äußert.

In letzterem verbleibt der Phosphor in den fäkulenten Massen sehr lange; KUNKEL (11) gibt 7—10 Tage an, MÜNZER (26) 1—2 Wochen, Fälle, in denen der Phosphor 4—5 Tage nach seinem Genusse im Verdauungstraktus gefunden wurde, sind keine Seltenheiten. In unseren beiden internen Kliniken wurden einige solcher Fälle verzeichnet. Im Januar 1898 wurde auf die Abteilung des H. Hofrates EISELT eine Frau im moribunden Zustande eingebracht, die sich 7 Tage vorher mit Phosphor vergiftet hatte; sie starb am nächsten Tage; bei der Sektion fanden sich im Dickdarm feste Kotmassen, die nach Phosphor rochen.

Nach REINSBERG (41) kann man fast in jedem Falle von Phosphorvergiftung Reste der Zündhölzchenmasse im Blinddarm finden. E. HOFMANN (31) hebt ausdrücklich hervor, daß oft im Dickdarm der Nachweis von Phosphor gelingt, während dies im Magen und Dünndarm nicht mehr möglich ist.

Auf Grund dieser tatsächlichen Verhältnisse wird man unsere Indikationen nach der Magenausspülung leicht begreifen.

Abgesehen davon, daß außer dem übermangansäuren Kali alle übrigen Gegengifte des Phosphors nur eine schwache Wirksamkeit besitzen, können die unmittelbar nach der Magenausspülung gereichten Gegengifte schon deswegen nicht in günstigem Sinne auf den im Verdauungstraktus zurückgebliebenen Phosphor einwirken, weil ein großer Teil desselben bereits in die untersten Darmpartien übergegangen und infolge des resorbierten Phosphors inzwischen eine Lähmung der Peristaltik eingetreten ist. Daher stimme ich mit KUNKEL und KIONKA überein, daß die Evakuierung des Darmes nicht unterschätzt werden darf, sondern ebenso wie die Magenausspülung sobald als möglich mit Hilfe von Abführmitteln und Klystieren vorgenommen werden muß, u. zw. sowohl bei ganz frischen als auch bei mehrere Tage oder sogar eine Woche alten Fällen.⁹⁾ Eine rasche Evakuierung des Darmes ist sicherer als das Abwarten des Überganges schwacher Gegengifte in den Darm.

Wenn wir den unter dem Einflusse des Phosphors erlahmten Darm zu raschen und lange dauernden Bewegungen anregen wollen, bedürfen wir hierzu sicherlich stärkerer Mittel, und daher glaube ich, daß die salinischen Abführmittel (v. JAKSCH, MÜNZER) nicht immer genügen. Ein sehr beliebtes und vielleicht das beste Mittel ist ein Infusum fol. Sennae (10—15 : 200), entweder in dieser einfachen Form oder mit Syrupus mannatus als Aqua laxativa Vien.¹⁰⁾ Die Senna eignet sich sehr gut, nicht allein deswegen, weil sie rasch wirkt, sondern auch aus dem Grunde, weil die gesteigerte Peristaltik einige Stunden anhält und weil die Senna, wie NASSE (42) nachgewiesen hat, mehr auf den Dick- als auf den Dünndarm einwirkt; und gerade der Dickdarm ist es, dessen Peristaltik bei der Phosphorvergiftung am meisten leidet. Auch v. JAKSCH reicht, obzwar er die salinischen Abführmittel empfiehlt, oft ein Sennainfus, u. zw. 2stündlich 2 Eßlöffel (17:27). Mit Rücksicht darauf, daß es sich uns um eine ausgiebige

⁹⁾ GILBERT (24) gab seinen beiden Fällen kein Laxans, weil er angeblich die sichere Diagnose auf Phosphorvergiftung erst am sechsten Tage stellen konnte.

¹⁰⁾ Ich bezweifle, daß diese Kombination bei der Phosphorvergiftung irgendwelche Vorteile gewähren könnte. Die mit Phosphor Vergifteten erbrechen leicht, desgleichen ruft auch Senna an und für sich in größeren Dosen Erbrechen hervor, und ich glaube, daß der Zusatz des Sirups das Erbrechen eher unterstützt als unterdrückt.

⁸⁾ Fall Nr. 1 kam in die Klinik 2, Fall Nr. 22 6 und Fall Nr. 28 4 Stunden nach dem Genusse des Phosphors.

und rasche Evakuation handelt, und daß sich bei der Phosphorvergiftung oft eine hartnäckige Obstipation einstellt, halte ich diese Gaben für zu schwach. Ich habe oft gesehen, daß 100 g *Aquae laxativae* auf einmal gegeben wurden und trotzdem nicht einmal nach 3 Stunden Stuhl erfolgte, so daß man ein Klystier applizieren mußte.

ORTNER und RIESS befürchten zwar einen Kollaps infolge der Abführmittel; allein ich glaube, daß der Kollaps des Kranken eher infolge der fortschreitenden Resorption des Phosphors als infolge der erzeugten Diarrhöen zunimmt. Unsere Fälle gaben gerade im Gegenteil nach den Diarrhöen stets eine Erleichterung an, selbst wenn sie vorher verfallen gewesen waren.

Ursprünglich wurde sehr häufig Rizinusöl gegeben; als man aber zu Ende der sechziger Jahre erkannte, daß Fette die Resorption des Phosphors wesentlich unterstützen, ging man von dieser Medikation ab. In neuester Zeit empfiehlt wieder KUNKEL das Rizinusöl und behauptet, daß es den Darm sehr rasch passiert und daß seine Resorption fast gleich Null ist. KIONKA rät zu seiner Anwendung nur dann, wenn kein anderes Laxans zur Verfügung steht.

In der Klinik des H. Hofrates EISELT haben wir mit reinem, warmem Wasser ausgespült und hierauf 100—150 g *Aq. laxat. Vien. gereicht*.¹¹⁾ Nach Abgang mehrerer Stühle gaben wir Terpentinöl (eine Emulsion von 2:200). Es ist überraschend, daß diese verhältnismäßig einfache Methode bessere Resultate aufweist, als manche andere mit der Darreichung von Antidotem kombinierte Methode. In einem Zeitraum von 6 Jahren, d. i. von 1897—1902 inkl., wurden in die Abteilung Hofrat EISELTS 145 Fälle von Phosphorvergiftung aufgenommen; davon starben bloß 31 = 21%. Ich habe anfangs geglaubt, dieses niedrige Mortalitätsperzent sei der Wirkung des Terpentinöls zuzuschreiben; aber auf Grund von Experimenten, die ich zu diesem Behufe im Institute des Hofrates SPINA vorgenommen habe, bin ich von dieser Ansicht abgekommen. Ich bin jetzt im Gegenteil davon überzeugt, daß es sich hier einzig und allein um die Wirkung der frühzeitig und reichlich gebrauchten Laxantien handelt. v. JAKSCH reicht nach der Magenausspülung sukzessive alle wichtigeren Antidote des Phosphors und dennoch verzeichnet er¹²⁾ eine Mortalität von 38%. Es ist mir zwar wohl bekannt, daß das Mortalitätsprozent zufällig durch die größere oder kleinere Aufnahme schwerer, oft schon von vornherein verlornen Fälle beeinflusst wird; aber trotzdem darf man meine Statistik nicht unterschätzen, u. zw. aus dem Grunde, weil sie sich auf eine große Zahl von Fällen in einem Zeitraume von mehreren Jahren stützt.

Dank der Freundlichkeit des Herrn Prof. REINSBERG war es mir gestattet, in die Sektionsprotokolle Einsicht zu nehmen, um den Effekt unserer Evakuation des Darmtraktes beurteilen zu können. Die Vergleichung der Sektionsbefunde des Dickdarminhalts einerseits und der Sterblichkeit bei der akuten Phosphorvergiftung andererseits liefert einen strikten Beweis für die Wichtigkeit einer ausgiebigen Darmentleerung. In den Jahren 1898—1901 wurden in der I. int. Klinik und Abteilung 104 Phosphorvergiftungen behandelt; von diesen starben 22 (=21%); während des Jahres 1897 allein kamen 29 Fälle zur Behandlung, von denen 11 (=38%) starben. In 4 von diesen 11 Fällen wurde bei der Sektion Phosphor im Dickdarm gefunden und 6mal war der Dickdarm mit festem, geballtem Inhalt gefüllt; dagegen wies man unter jenen 22 in den Jahren 1898—1901 verstorbenen Fällen den Phosphor auch nur 4mal nach und festen Darminhalt nur 5mal. Da nun im Mageninhalt nicht ein einzigesmal Phosphor gefunden wurde, und da wir ferner mit Recht annehmen können, daß in

¹¹⁾ NOTHNAGEL u. ROSSBACH, Handbuch d. Pharmakol. 1894.

¹²⁾ Da größere Gaben von Senna leicht Erbrechen erregen, ist es ratsam, diese Gabe auf zweimal binnen 2 Stunden nehmen zu lassen. Kleinere Dosen von Senna können noch am nächsten Tage wiederholt werden.

allen Fällen ein gewisser Teil des Phosphors in den Dickdarm übergegangen war, so können wir behaupten, daß die Mortalität umso größer war, je größer die Zahl jener Fälle war, bei denen eine gehörige Evakuation des Darmes nicht gelang. Es kann nämlich geschehen, daß infolge hartnäckigen Erbrechen die gereichten Abführmittel teilweise oder ganz erbrochen werden.

Eine Kombination der Abführmittel mit Gegengiften ist nicht ratsam. Über die Unmöglichkeit einer Kombination mit übermangansaurem Kali habe ich bereits gesprochen. Das Terpentinöl und namentlich die Kupfersalze reizen die Magenschleimhaut noch viel mehr als das Kaliumpermanganat, und da die mit Phosphor Vergifteten schon das Laxans allein oft erbrechen, würde es uns wohl selten gelingen, ein Gemisch von Gegengift und Abführmittel bis in den Darm zu bringen.

In jenen Fällen, wo wegen großer Brechneigung das genommene Laxans erbrochen wird, muß man einerseits mit Eispillen oder anderen lokal wirkenden Mitteln das Erbrechen stillen und dann das Laxans wiederholen, andererseits so bald und so gründlich als möglich die mechanische Methode der Darmentleerung durchführen, d. i. Klystiere applizieren.

Die Wichtigkeit und die Art der Klysmen geht aus der beschriebenen Fortbewegung des Phosphors im Darmtraktus deutlich hervor. Da der Phosphor bald in den Dickdarm übergeht und sich hier, namentlich im Blinddarm, häuft und staut, so ergibt sich hieraus die Indikation für möglichst hohe (KUNKEL, v. JAKSCH, MÜNZER, NOTHNAGEL, ROSSBACH) und wiederholte Einläufe, die man eigentlich nicht einmal in frischen Fällen von Phosphorvergiftung unterlassen sollte. In ähnlicher Weise wie bei der Magenausspülung, kann man auch hier der Spülflüssigkeit Antidote des Phosphors zusetzen, u. zw. am besten wiederum das übermangansaurer Kali in 0.1—0.2%iger Lösung. Allerdings muß man vorher das Kolon seines Inhaltes entledigen, da sich sonst das Kaliumpermanganat zersetzen würde, bevor es den Phosphor oxydiert hat.

Erst wenn man den Magen und den Darm entleert hat, kann man zur Vervollständigung der Therapie durch 2—3 Tage, eines von den angegebenen Gegengiften des Phosphors nehmen lassen. Allerdings bleibt nach einer gründlichen Evakuation nicht mehr viel Phosphor im Verdauungstrakt zurück. Speziell aus dem Magen läßt sich der Phosphor vollständig entfernen, so daß es hauptsächlich auf die Reste des Phosphors auf der Darmschleimhaut ankommt. Da nun die Kupfersalze eine große lokale Wirkung auf die Mukosa besitzen und die Antiperistaltik unterstützen, werden wir uns stets lieber für altes (nicht rektifiziertes) Terpentinöl oder für übermangansaures Kali entscheiden. v. JAKSCH kombiniert beide Gegengifte in der Weise, daß er mit übermangansaurem Kali ausgespült und nachher 3mal täglich tropfenweise Terpentinöl nehmen läßt. KUNKEL rät, nach der Ausspülung mit einer Kaliumpermanganicum-Lösung diese noch weiter (1:1000) als Getränk eventuell bis zur Menge eines Liters nehmen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

LEJARS (Paris): Nutzen und Grenzen der chirurgischen Behandlung des Krebses.

L. bezeichnet die chirurgische Behandlung des Karzinoms als die einzige, welche gegenwärtig irgend eine Gewähr für einen Erfolg bietet („La semaine médicale“, 1903, Nr. 50). Bei der Beurteilung dieses Erfolges hat man sich folgende Fragen zu stellen: 1. Was erzielt man durch die chirurgische Entfernung des Karzinoms und wie groß ist die Zahl der Dauererfolge? 2. Unter welchen Bedingungen ist die radikale Therapie aussichtsvoll? 3. Welches sind die Elemente der chirurgischen Palliativbehandlung inoperabler Fälle?

Zur Beantwortung der ersten Frage benutzte L. die neuen und umfangreichen Statistiken von LE DENTU, BRYANT, CZERNY, KRÖNLEIN u. a. m. Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich, daß Dauererfolge erzielbar sind; doch ist ihre Anzahl verschwindend klein, viel kleiner noch als in medizinischen Kreisen auf Grund mancher Statistiken, welche die große Zahl der Spätrezidiven nicht hinlänglich benützen, angenommen wird. Dennoch dürfen deshalb die Hände nicht in den Schoß gelegt werden; die wichtigsten Bedingungen, welche für ein günstiges Resultat der Operation günstig sind, bestehen in der möglichst frühzeitigen Vornahme derselben und in der Entfernung des Tumors in toto. Die Wichtigkeit der alten Regel, möglichst weit im Gesunden zu operieren, wird neuerdings hervorgehoben. Vor der Operation bei ausgedehnten Drüsenmetastasen warnt L. dringend, indem er auf Grund seiner Zusammenstellungen auf die gänzliche Aussichtslosigkeit eines derartigen Eingriffes hinweist. Da viele Rezidive durch die Implantation von Krebspartikeln in die Wunde verursacht werden, muß der Operateur bei der Technik der Exstirpation der Neoplasmen stets diesen Umstand berücksichtigen. Früher als fünf Jahre nach der Operation kann von einem Dauererfolg nicht die Rede sein, da selbst nach dieser Zeit Rezidive nicht selten sind. — Für die inoperablen Fälle hatte man eine Zeit lang nur zwei Dinge im Auge: Morphium und Exitus letalis. Und doch ist es, wie CZERNY am chirurgischen Kongreß im Jahre 1900 so trefflich sagte, eine der edelsten Aufgaben der Chirurgie, diesen Unheilbaren einen trostreichen und erträglichen Zustand zu verschaffen. Durch palliative Eingriffe, wie Kolostomie, Enteroanastomose, Erzeugung einer lokalen Anämie durch Ligaturen, Kastration (bei Mammakarzinomen) u. a. m. sind oft wesentliche Besserungen erzielbar. Was die verschiedenen Formen der Verätzung und Verschorfung betrifft, so können durch diese gewiß in den meisten Fällen Erleichterungen erwirkt werden. Am wirksamsten erweist sich nach Ls Ansicht die nachdrückliche Anwendung der Galvanokauterisation. Nicht zuletzt sei auf die Notwendigkeit der Psychotherapie verwiesen.

J. S.

F. LESSER (Berlin): Zur Kenntnis und Verhütung des Jodismus.

Die Verhütung des Jodismus gelingt („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 46):

1. Durch Verabfolgung der Jodsalze in schleimigen Stoffen, denn die Mucilaginoso haben die Eigenschaft, leicht diffundierende Stoffe am schnellen Eindringen in die Gewebe zu verhindern und daher auch die Resorption der leicht aufsaugbaren Jodalkalien zu verzögern.

2. Durch Zerlegung der Tagesdosis in möglichst viele Einzeldosen. Je stärker die Jodidiosynkrasie bei einem Individuum ist, auf um so mehr Einzelgaben muß die für den ganzen Tag festgesetzte Jodkalimenge verteilt werden, denn auf je mehr Einzelgaben die Tagesdosis verteilt wird, um so geringer werden die Jodschwankungen ausfallen, und um so mehr wird sich die innerliche Jodipinkurve der Jodipinjektionskurve nähern.

3. Durch Einverleibung der Jodpräparate per Klyisma.

4. Durch die Ersatzpräparate der Jodalkalien (Jodeiweiße, Jodfette). Diese Präparate müssen erst allmählich in Jodalkalien im Organismus umgesetzt werden, um im Urin ausgeschieden werden zu können. Es ist bei den Ersatzpräparaten natürlich der bedeutend geringere Jodgehalt gegenüber dem Jodkalium (76.5% Jod) zu berücksichtigen.

5. Durch Jodipinjektionen. Bei Berücksichtigung dieser Maßnahmen gelingt es fast stets, die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodpräparate, den Jodalkalismus, auszuschalten, ohne dabei der therapeutischen Wirkung verlustig zu gehen.

G.

L. DE MOOR (Gand): Beitrag zum Studium der therapeutischen Wirkung des Bromipin.

Verf. hat („Bull. d. l. Soc. d. Méd. ment. d. Belgique“, 1903, Nr. 113) die Bromipinwirkung in 17 Fällen verschiedener ner-

vöser Erkrankungen einem wahrhaft genauen Studium unterworfen und in der Mehrzahl der Fälle reelle Erfolge damit erzielt. Einzelne Fälle wurden allerdings erfolglos behandelt, so ein Fall von Paralysis agitata, bei anderen Kranken, z. B. einer traumatischen Neurose und bei einem Epileptischen, war der Erfolg unzureichend. Verf.s Beobachtungen sind wohl nicht so zahlreich, um aus ihnen einen Vergleich zwischen den Bromalkalien und dem Bromipin ableiten zu können, doch gestatten sie die Schlußfolgerung, daß das Bromipin eine zuverlässige antiepileptische Wirkung besitzt und daß es speziell hierin den Bromalkalien überlegen zu sein scheint, ferner, daß es von den Verdauungsorganen vorzüglich vertragen wird und keine Akne erzeugt, schließlich daß es infolge seiner langsamen Ausscheidung unter Umständen keine so brüske Kurunterbrechung erforderlich macht wie die Bromalkalien. Auch die Ernährung wird durch Bromipin günstig beeinflusst. Die Neurasthenie und alle Neuropathien sind gleichfalls dankbare Objekte der Bromipindarreichung.

L.

M. FICKER (Berlin): Über ein Typhusdiagnostikum.

Es ist Verf. gelungen („Berl. klin. Wschr.“, 1903, N. 45), ein Typhusreagens zur Serumreaktion herzustellen, bei welchem die Verwendung lebender Typhuskultur zur Reaktion umgangen wird. Dieses von lebenden Typhusbazillen freie, die spezifisch-agglutinablen Stoffe enthaltende Präparat ist haltbar, es neigt während der Zeit der Beobachtung der Reaktion nicht zur spontanen Klärung, die Reaktion verläuft dem bloßen Auge sichtbar und rasch, sie tritt bei Zimmertemperatur ein, ohne Zuhilfenahme eines Brutschranks und das Präparat wird durch die in den üblichen Abstufungen hergestellten Verdünnungen des zu prüfenden Serums in genau demselben Grade beeinflusst wie die Suspension lebender Typhusbazillen.

Das Präparat stellt eine leicht getrübe, sterile Flüssigkeit dar, die im Dunklen und Kühlen aufbewahrt mehr als 9 Monate haltbar ist. Sie bleibt gebrauchsfähig, wenn man sie von Zeit zu Zeit schüttelt, insbesondere muß dies vor Ansetzen eines Versuches sorgfältig geschehen. Die Ausführung der Reaktion geschieht in der Weise, daß man zunächst das zu prüfende Serum auf das 10fache mit steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und mittelst graduierter Pipette von dieser Serumverdünnung beispielsweise 0.2 und 0.1 cm³ in je ein Spitzgläschen 1 und 2 überträgt. Gläschen 1 erhält dann 0.8 cm³, Gläschen 2 0.9 cm³ des Diagnostikums. Ein weiteres Gläschen erhält 1 cm³ Diagnostikum ohne Serumzusatz. Nach Aufsetzen von Kork- oder Gummipfropfen auf die Gläschen wird gut gemischt. Dann läßt man die Gläschen bei Zimmertemperatur vor Licht geschützt stehen. Nach 10—12—14 Stunden ist das Resultat erkennbar; länger als 20 Stunden darf mit der Feststellung des Resultats nicht gewartet werden. Man erleichtert sich die Beobachtung des Inhaltes der Gläschen, wenn man sie vor einem schwarzen Hintergrund betrachtet. Die positive Agglutination gibt sich durch Klärung kund, wobei gleichzeitig infolge Verwendung der Spitzgläschen die Zusammenballung der agglutinablen Stoffe des Präparates besonders deutlich in die Erscheinung tritt. — Es ist somit ermöglicht, die GUBBER-WIDALSche Serumreaktion bei Typhus auch außerhalb des bakteriologischen Laboratoriums in einfachster Weise — ohne die lebende Typhuskultur, ohne Brutschrank, ohne Mikroskop — auszuführen.

COHN: Zur Kenntnis des Erregers der Dermatitis coccidioides.

Seit dem Jahre 1890 werden von amerikanischen Forschern mehrere Fälle einer, wie es scheint, Amerika eigentümlichen Krankheit beschrieben, die unter dem Bilde einer Mykosis fungoides beginnt und unter schweren Erscheinungen von Seite der inneren Organe, besonders der Respirationsorgane, zum Tode führt.

Die von COHN mit einer Reinkultur des Krankheitserregers angestellten Versuche („Hygien. Rundschau“, 1904, Nr. 2) ergaben, daß es sich um einen Schimmelpilz handle, der auf den meisten Nährböden leicht zum Wachstum gelangt. Durch intraperitoneale

oder subkutane Impfung von Meerschweinchen und Mäusen gelang es, ein typisches Krankheitsbild hervorzurufen, nämlich miliare, zur Verkäsung neigende Knötchen in fast sämtlichen inneren Organen; in den Knötchen ließen sich regelmäßig große kugelige Gebilde nachweisen, die irrtümlich für Kokzidien gehalten wurden, aber wahrscheinlich sporogonen Ursprungs sind. Die Art der Übertragung des Krankheitserregers auf den Menschen ist noch völlig unbekannt. Bei dem allgemeinen Interesse, das den pathogenen Schimmelpilzen in den letzten Jahren entgegengebracht wird, sei auf das Studium dieser Arbeit nachdrücklich hingewiesen. A.

J. KRON (Berlin): Ein Fall von Arseniklähmung.

Hervorzuheben ist an der Beobachtung („Neurol. Zentralbl.“, 1902, Nr. 20) die akute Vergiftung und das fast apoplektiforme Auftreten der schweren Lähmung. Ein 21jähriges Mädchen, das an Migräne litt, nahm in 20 Stunden 55 Arsenikpillen à 0.005, also 0.275, das $2\frac{1}{3}$ -fache der Maximaldosis. Gastrointestinale Symptome waren bloß in Form von Schmerzen im Unterleibe vertreten. Mit dem Ausbleiben von Erbrechen und Diarrhöe hängt wohl die Schwere des Krankheitsbildes zusammen. Im Laufe eines Tages bildeten sich Parästhesien und heftige Schmerzen sowie Lähmungen aus, denen Muskelatrophie mit Entartungsreaktion folgten; außerdem Hyperidrosis und Kältegefühl an den unteren Extremitäten, Tachykardie, Harn- und Stuhlverhaltung; die bulbären Nerven blieben frei. Anfangs Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Völlige Lähmung des Rumpfes und der oberen Extremitäten; die unteren Extremitäten nach mehreren Monaten in anscheinend sehr langsamer Besserung begriffen. INFELD.

PERLOW: Beitrag zur Wirkung des Xeroforms.

P. berichtet („Feldscher“, Bd. 13, Nr. 13) über eine Bäuerin, welche sich beide Hände mit kochendem Wasser verbrüht hatte. An den verbrannten Stellen waren zahlreiche Blasen von verschiedener Größe zu sehen, bei deren Eröffnung eine etwas gelbliche, klebrige Flüssigkeit herausfloß. Nach Entfernung der Epidermis, nach Abwaschung der Wundoberfläche mit 3%iger Borsäurelösung und nach Abtrocknung derselben mit Wattekügelchen streute P. auf die Wunde eine dicke Schicht Xeroform auf, bedeckte letztere mit einer Schicht sterilisierter Gaze und legte einen Verband an. Die Schmerzen ließen bedeutend nach, die Wunden reinigten sich, wurden vollständig trocken; Blutungen waren nicht vorhanden. Nachbehandlung in derselben Weise mittelst Xeroform. Im ganzen wurde der Verband innerhalb 10 Tagen 5mal gewechselt. Am 11. Tage meldete sich die Kranke als vollständig gesund. L—y.

LEO LANGSTEIN und ERICH MEYER (Basel): Beiträge zur Kenntnis der Alkaptonurie.

Die Alkaptonurie ist eine Anomalie des intermediären Stickstoffwechsels; die gebildeten aromatischen Dioxysäuren (Homogentisin- und Uroleuzinsäure) des Harnes stammen aus dem zersetzten Eiweiß der Nahrung und der Organe. Der Quotient H:N gibt ein Maß dafür, in welchem Umfange die Bildung der Alkaptonsäuren aus Eiweiß statthat und weist darauf hin, daß als Quelle derselben neben dem Tyrosin noch ein zweiter aromatischer Komplex vorhanden sein muß. Die Desamidierung der aromatischen Monoamiosäuren erfolgt beim Alkaptonuriker frühzeitig. Die Ausscheidung der aus dem aromatischen Komplex des Eiweißes stammenden Homogentisinsäure geht der Gesamtstickstoffausscheidung voraus („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 1 u. 2).

Bei der Darstellung der Homogentisinsäure aus Alkaptonharn erhält man leicht ein Zwischenprodukt, das Lakton dieser Säure, welches die MILLONsche Reaktion gibt. B.

MESSING (Warschau): Über Entzündung bei den niederen wirbellosen Tieren.

Um die in dem Titel der Arbeit angegebene Frage zu studieren, wählte Verf. von jeder Tierklasse — von den Zölenteraten

angefangen bis zu den Mollusken — mehrere Repräsentanten aus und nahm an denselben eine kleine Operation vor; meist wurde ein reiner Faden durch den Körper durchgezogen, manchmal war der selbe in eine 1%ige Silbernitratlösung oder 2%ige Chromsäurelösung eingetaucht worden („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 14, pag. 915). Außerdem wurden bei Weichtieren Tuscheemulsionen und Bakterienkulturen injiziert und Verbrennungen mit einem rotglühenden Draht vorgenommen. Aus den verschiedenen Versuchen geht hervor, daß die Reaktion auf die verschiedenen Reize um so einfacher wird, je einfacher der Bau des untersuchten Tieres ist. „Je tiefer entwicklungsgeschichtlich das Tier steht, desto mehr verschwinden die für die typische Entzündung charakteristischen exsudativen Erscheinungen und es treten an deren Stelle dann die Regerationsprozesse.“ Dr. S.—

Kleine Mitteilungen.

— Die veränderte Resorptionsfähigkeit des tierischen Peritoneum nach intraperitonealen Adrenalininjektionen hat A. EXNER untersucht („Münch. med. Wochr.“, 1904, Nr. 5). Er ging von der gefäßverengernden Wirkung des Adrenalins und der Annahme aus, daß dadurch die Resorption verlangsamt werden könne. In der Tat entfalteten verschiedene Gifte, Tieren intraperitoneal einverleibt, regelmäßig ihre Wirkung später, wenn vorher Adrenalin intraperitoneal einverleibt worden war. Versuche mit den den Bakterientoxinen in ihrer Wirkung ähnlichen Toxinen Abrin und Rizin ließen keinen Unterschied zwischen normalen und Adrenalin-tieren erkennen. Dagegen zeigte sich, daß in das Peritonealkavum injizierte Bakterien in geringerer Anzahl in das Blut aufgenommen werden bei den mit Adrenalin vorbehandelten Tieren als bei den normalen. Diese Tatsache ist von praktischer Bedeutung. Man könnte daran denken, unmittelbar vor der Operation, wo es sich um Aufsuchung einer Darmperforationsöffnung, um Eröffnung eines tiefgelegenen abdominalen Eiterherdes usw. handelt, eine intraperitoneale Adrenalininjektion zu machen, um die Resorption während der darauffolgenden Operation einzuschränken.

— Über Valyl berichtet G. KLEMPERER („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 1). Die kleinen Kapseln lassen sich gut nehmen und werden meist sehr gut vertragen; hin und wieder wurde über brennendes Aufstoßen bald nach dem Schlucken geklagt. Verf. hat an 34 Patientinnen die Wirksamkeit des neuen Präparates erprobt. Die Dosis betrug 3 Kapseln pro Tag. Unter den Kranken waren 12 mit allgemeinen nervösen Erregungszuständen. Nach den Erfahrungen K.s verdient das Valyl bei allen hysterischen und nervösen Zuständen versucht zu werden; vielleicht werden andere Beobachter noch bessere Resultate erzielen, wenn sie die Dosis auf 5 bis 10 Kapseln täglich steigern. Auch in der kleinen Dosis von 3 Kapseln aber hat sich das Valyl, insbesondere bei nervösen Herzbeschwerden, als wesentlich lindernd bewährt.

— Über Blutveränderungen nach thermischen Reizen berichtet FRIEDLÄNDER („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.“, 1904, Bd. 7). Lange dauernde Reize bewirken Leukozytenvermehrung. Nach kurzer Kälteeinwirkung zeigt sich im Stadium der Reaktion eine Vermehrung der Erythrozyten und Erhöhung des spezifischen Gewichts. Nach länger dauernden und intensiveren Kältereizen, denen eine unmittelbare Reaktion nicht folgt, ließ sich dagegen eine geringe Abnahme der roten Blutkörperchen und ganz unwesentliche Schwankung der Serumdichte nach oben oder unten feststellen. Nach Wärmereizen ist als Resultat gesteigerter Schweißabsonderung meist eine Erhöhung des spezifischen Gewichts zu konstatieren; die roten Blutkörperchen können vermehrt oder vermindert sein, je nachdem zur Zeit der Blutentnahme die Konzentration des Blutes durch die Wasserverdunstung oder die letzterem Faktor entgegen wirkende Erweiterung der Gefäße und die Filtration von Gewebsflüssigkeit in dieselben beeinflußt wird.

— Seine Erfahrungen über die Kombination von Aspirin und physikalischen Heilmethoden publiziert BRAM („Heilkunde“, 1903, Nr. 11). Er nennt das Aspirin eines unserer verlässlichsten, spezifischen Heilmittel bei allen akuten, rheumatischen Prozessen.

Dasselbe muß solange unausgesetzt gegeben werden, solange auch nur geringe Temperaturerhöhungen, Labilität des Gelenkschmerzes und akut-entzündliche Schwellungen vorhanden sind. Die Heilfaktoren der physikalischen Therapie, nach den speziellen Erfahrungen des Verf. die Schlammapplikation mit der individuellen angepaßten Massage und der aktiven und passiven Gymnastik, müssen nach Ablauf des als akut gekennzeichneten Prozesses sofort in Anwendung kommen. Das Aspirin kann in solchen Fällen, namentlich während der ersten Zeit der Schlammkuren, mit gutem Erfolge als Analgetikum verordnet werden.

— Zur Frage der operativen Therapie der Bauchfelltuberkulose berichtet an der Hand von 45 Fällen THOENES („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 4). TH. befürwortet entschieden die Operation in den zahlreichen Fällen, wo die interne Therapie versagt. Die Laparotomie ist imstande, in den meisten Fällen, die bei mehrwöchentlicher innerer Behandlung keine Fortschritte machen, eine schnelle Wendung herbeizuführen und vornehmlich bei Exsudat die Verlaufsdauer wesentlich abzukürzen. Zeigt ein Fall höheres Fieber, Verfall der Kräfte, so ist die Laparotomie oft imstande, dem Krankheitsprozeß Einhalt zu tun oder wenigstens die Beschwerden der Kranken zu lindern. Durch Beseitigung etwaiger primärer Herde kann sie eine radikale Therapie ermöglichen. Die Prognose des Eingriffes ist für die exsudativen Formen günstiger als für die trockenen. Die Lösung derberer Verwachsungen ist wegen der Gefahr der Kotfistelbildung zu vermeiden. Bestehende septische Allgemeininfektion ist eine unbedingte Gegenanzeige gegen die Operation.

— Das Laktagol, ein neues Laktagogum (A. VAN DEN BRINK, „Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 6), ist ein feines, gelblichweißes, nicht schlecht schmeckendes Pulver, das in Wasser unlöslich ist. Mit Milch angerührt, bildet es eine Art Emulsion und ist in dieser Form leicht zu nehmen. Der Preis ist nicht hoch; der tägliche Verbrauch beläuft sich auf zirka 25 Pf. Für den Menschen ist die Dosis 10—12 g = drei bis vier gehäufte Teelöffel pro die. Die Wirkung tritt nach dem genannten Autor in der Regel in drei bis vier Tagen ein; in einigen Fällen war aber bereits am ersten Tage nach dem Gebrauche eine Vermehrung der Milchsekretion wahrzunehmen. Natürlich gibt es auch Fälle, wo ein Erfolg von vornherein ausgeschlossen ist, so namentlich bei Frauen mit atrophischen Brüsten oder unzureichend entwickelten Warzen. Am meisten Erfolg versprechen die Fälle, wo die Frauen lediglich über unvollständige Milchabscheidung zu klagen haben, also unter anderen bei Müttern, deren Milchmenge nur zureichend ist, um ein- bis zweimal pro Tag ihr Kind zu stillen.

— Die Indikation und die Erfolge der Talmaschen Operation bei atrophischer Zirrhose erörtert LENZMANN („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 48). Er hält für geeignet zu dieser Operation: 1. Fälle, in welchen eine deutliche Schrumpfung der Leber noch nicht eingetreten ist, aber sich die Zeichen der Pfortaderblutstauung schon durch Bildung von Aszites etc. bemerkbar machen. 2. Die Fälle, in welchen die Leber zwar schon geschrumpft ist und in welchen Ascites besteht, die aber die Annahme noch genügend erhaltenen funktionsfähigen Lebergewebes nicht ausschließen lassen. (Kein oder nur mäßiger Ikterus.) Ungeeignet sind: 1. Die Fälle, in welchen sehr hochgradiger Ikterus (Melasikterus) besteht. 2. Die Fälle, welche die Zeichen des Urobilinikterus aufweisen. 3. Die Fälle, in welchen Schleimhautblutungen, Delirien etc. ein vollständiges oder hochgradig ausgebildetes Versagen der gallenbildenden Leberfunktion annehmen lassen.

— Die Bismutose hat COHNHEIM („Berl. kl. Wschr.“, 1903) bei einer größeren Anzahl von Darmkranken angewendet, und zwar ausschließlich bei Erwachsenen mit schwerer chronischer Enterokolitis. Vielfach handelte es sich um Potatoren, welche schon seit vielen Jahren an chronischen Diarrhöen litten. Diese Form des chronischen Darmkatarrhs ist bekanntlich äußerst hartnäckig. Selbstverständlich wurde bei der Behandlung der Kranken mit Bismutose auch sorgfältig die Diätetik berücksichtigt, d. h. die Kranken bekamen eine adstringierende Diät; streng verboten wurden dabei Brot, schwere Gemüse, Obst, Käse und sonstige harte Speisen, da man bei der Diät gleichzeitig auf den Mangel an Salzsäure im Magensekret Rücksicht zu nehmen hatte. Die Erfolge mit der

Bismutose in diesen Fällen waren recht zufriedenstellende, nur ein kleiner Teil verhielt sich refraktär. Die Ergebnisse dieser Beobachtungen stimmen also mit denen der Voruntersucher im großen und ganzen überein. Irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen hat C. von dem Präparat nicht gesehen. Es wurde von den Patienten gern und ohne Widerwillen eingenommen. Verf. gab dasselbe in Dosen von 1—2—5 g und darüber.

— Zur Therapie der Morphinvergiftungen hat MOOR („Ther. Monatsh.“, 1903, Nr. 11) das Kalium hypermanganicum empfohlen. Er hat gezeigt, daß das Kaliumpermanganat das Morphin oxydiert. Es hat sich auch gezeigt, daß subkutane Einspritzungen, obwohl das $KMnO_4$ bei der subkutanen Einspritzung zersetzt wird, bei diesen Vergiftungen wirksam sind. Es bildet sich dabei Manganalbuminoxyd (Manganoxypot). Letzteres ist imstande, ebenso wie $KMnO_4$ an Morphin Sauerstoff abzugeben und dasselbe unschädlich zu machen.

— Über Vanadin-Sanguinal und Vanadinstreupulver berichtet R. FUNKE („A. Wiener Med.-Ztg.“, 1903, Nr. 27). Das Vanadium besitzt die sauerstoffbildende Eigenschaft des Eisens in 20.000mal größerer Intensität. Es wurden nun die bewährten tonischen Eigenschaften der Sanguinalpräparate mit dem Vanadiumoxyd kombiniert und „Vanadium-Sanguinal“ zu innerlichem Gebrauche, sowie ein Streupulver zur äußerlichen Anwendung in den Handel gebracht, das außer dem sauerstoffübertragenden Vanadiumpentoxyd, Zink-superoxyd enthält und dessen hervorragendste Eigenschaft ist, auf der Wunde das desinfizierende Wasserstoffsuperoxyd in statu nascenti zu erzeugen und so die gährungs- und fäulnisregenden Bakterien abzutöten. Vanadin-Sanguinal enthält in 100 Pillen:

Vanadinpentoxyd	0.01
Hämoglobin	1.2
Natürliche Blutsalze	5.5
Peptonis. Muskeleiweiß	5.3

und sind dreimal täglich 2—3 Pillen vor den Mahlzeiten zu nehmen.

— Seine Trunksuchtbehandlung beschreibt GONZALEZ („Zeitschrift f. Psych.“, Bd. 60). Die Kranken erhalten bei derselben 7 Tage lang nüchtern eine Injektion von 2 mg Strychnin, außerdem wird abends und morgens eine Opiumpille, je 2 cg Extractum opii enthaltend, verabreicht, bis 30 Pillen verbraucht sind. Sehr bald soll sich ein Widerwillen gegen alle alkoholischen Getränke einstellen. Der Verfasser behauptet, auf diese Weise viele Säuer geheilt zu haben.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Urologie, herausgegeben von Prof. Dr. Anton v. Frisch und Doz. Dr. Otto Zuckerkanal. I. Band, mit 176 Abbildungen im Texte und 5 Tafeln in Farbendruck. Wien 1904, Alfred Hölder.

Der Plan, das in weitem Umfange ausgebaute Gebiet der Urologie, das eine Sonderstellung als eine Disziplin der Heilkunde für sich eingenommen hat, in einem groß angelegten Handbuche der Krankheiten der Harnorgane, gemäß den Fortschritten, welche in dem Fache insbesondere in den letzten 15 Jahren errungen wurden, zur Darstellung zu bringen, ist ein rühmenswertes Verdienst, welches sich die Herausgeber des Werkes, namhafte Vertreter des Spezialfaches von internationalem Rufe, erworben haben. Der erste Band des auf drei Teile berechneten Handbuches liegt uns vor. Derselbe umfaßt die stattliche Anzahl von 779 Seiten. Die hoch gespannten Erwartungen, welche die im Prospekte für das ganze Werk gebotene Namenliste der Mitarbeiter zu erwecken geeignet war, erscheinen nach dem gründlichen Studium der im ersten Bande enthaltenen Einzelarbeiten in vollem Maße und in glänzendster Weise verwirklicht. Die den theoretischen Seiten des Fachgebietes der Anatomie und Physiologie des Harnapparates und der Chemie des Harnes gewidmeten Hauptabschnitte, sowie die Darstellung der Fragen der allgemeinen Pathologie, der klinischen Symptomatologie, sowie der Untersuchungstechnik haben durchwegs, und ein jeder Teil für sich, Meister der Darstellung gefunden, welche die volle Beherrschung des Einzelthemas durch erschöpfende, vollendete Wiedergabe be-

währen. In trefflicher Weise behandelt E. ZUCKERKANDL die Anatomie der Nieren und der Harnwege; dieser Abschnitt bringt Neues auf topographischem und entwicklungsgeschichtlichem Gebiete und vermittelt eine erhöhte Anschaulichkeit der anatomischen Details durch Abbildungen von Durchschnitten und histologischen Präparaten von Urethra, Blase, Prostata und Teilen derselben, welche vorher in keinem Werke zu finden waren. Das individuelle Moment, welches die gesamte anatomische Einleitung an sich trägt, ist kennzeichnend für ZUCKERKANDL'S besondere Eigenart, die normale und die pathologische Anatomie durch neue Funde und durch die Betrachtung des Bekannten von Gesichtspunkten aus zu durchdringen, die dem Ganzen ein neues, künstlerisch verfeinertes Gepräge verleihen. Die Kapitel über Physiologie der Harnabsonderung (von H. KOEPE in Gießen auf das allereingehendste dargestellt), ganz besonders der von S. EXNER gearbeitete Abschnitt über die Physiologie der männlichen Geschlechtsfunktionen bringt alle Details auf dem schwierigen und durch wertvolle Funde bereicherten Gebiete bei. Die Chemie des Harnes verdankt I. MAUTHNER eine ungemein schöpfende und reichhaltige Übersicht, die alles nur annähernd Wissenswerte für den Praktiker verzeichnet. Die schöne Arbeit von RUDOLF KRAUS: Die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege, welche zum ersten Male in zusammenfassender Weise den modernen Stand der Bakteriologie auf urologischem Gebiete darstellt, gerichtet dem I. Bande des Handbuches als ein Muster wissenschaftlicher Meisterung eines schwierigen und noch nicht zur vollen Klärung gelangten Wissenszweiges zur besonderen Zierde. —

Die Asepsis in der Urologie behandelt O. ZUCKERKANDL nach den vielfachen exakten Erfahrungen des gewandten Praktikers

und Operateurs. Die klinischen Untersuchungsmethoden, welche A. v. FRISCH zur Darstellung bringt, dürfen wir nach der Vortrefflichkeit der Behandlung des Stoffes, die eine erstaunliche Fülle neuen Materials mit einer mustergültigen Anschaulichkeit der Sprache verbindet, als einen sich dem vielen Guten und Wertvollen des Buches glänzend anreihenden Abschnitt hervorheben. —

Der I. Band schließt mit der von O. ZUCKERKANDL verfaßten allgemeinen Symptomenlehre. Das schwer in einen besonderen Rahmen zu fassende Problem der allgemeinen Symptomatologie, wie es Verf. ansieht, beginnt mit einem Absatze über Anamnese und verbreitet sich über einzelne Hauptmomente in den Krankheitsbildern der Harnleiden (Schmerz, Hämaturie, Pyurie, Bakteriurie, Polyurie, Harnverhaltung, Inkontinenz etc.), andere Symptome (Uraturie, Phosphaturie z. B.) offenbar den speziellen Abschnitten überlassend. —

Der vorliegende erste Band des neuen Handbuches der Urologie umschließt, wie wir mit großer Freude verzeichnen, eine wahre Fülle gelungener, mustergültiger Darstellungen der großen Fragen der Fachdisziplin. Das Studium des neuen Werkes schafft dem Arzte eine gründliche, nach allen Richtungen Aufschluß gewährende Belehrung, dem Facharzte eine glänzende Übersicht über den derzeitigen Stand der Urologie und zugleich eine lebendige Anregung zu weiteren Arbeiten. Das Werk schmückt eine reiche Anzahl ganz vortrefflicher Abbildungen im Texte, die zum großen Teile neue, originelle Illustrationsbelege bilden. Die farbigen Tafeln sowie die gesamte textliche Ausstattung stehen auf der Höhe der weitgehendsten Anforderungen nach dieser Richtung. Dem Erscheinen der beiden folgenden Bände des großen verdienstvollen Werkes sehen wir mit begreiflichem Interesse entgegen. F. KORNFELD.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

II.

— März 1904.

Für die Ärzwelt Ungarns scheint endlich ein günstiger Wind zu wehen. Der Legislative liegt nämlich ein Gesetzentwurf über die Regelung der Bezüge der Komitatsbeamten vor, der die Erwartungen eines wenn auch kleinen Teiles des Ärzstandes weit übertrifft, denn die Komitatsphysici werden außer den bisher üblichen Gebühren einen Anfangsgehalt von 3600, die Bezirksärzte hingegen einen solchen von 2000 K beziehen. Diese nicht unbedeutende Gehaltserhöhung kann als großer Fortschritt und als günstiges Zeichen von der ganzen Ärzwelt mit Freuden begrüßt werden. Das Erfreulichste an der Sache ist der Umstand, daß diese Stellen demgemäß doch als Amtsstellen anerkannt worden sind, während sie bisher nur deshalb nicht als Nobile officium angesehen werden konnten, weil man außer den Nasen auch ein kleines Almosen bekommen hat. Die Ärzte werden jetzt überdies auch für jenes Gravamen schadlos gehalten, das ihnen zugefügt worden ist, als man sie vor einigen Jahren bei der Verteilung der zur Erhöhung der Gehälter bewilligten staatlichen Dotation einfach übergangen hat.

Es wird wohl auch jetzt noch viele Unzufriedene geben, die es beanstanden werden, daß die Ärzte mit den Waisenvätern, Kanzlisten, Archivaren in eine Kategorie gehören, aber diese dürfen nicht vergessen, daß die Gehaltserhöhung des Ärzpersonals eine recht bedeutende, um 97% höhere ist, während die Beamten derselben Kategorie einer viel niedrigeren Erhöhung teilhaftig werden. Ist schon dieser erste Schritt geschehen, so wird die Regierung gewiß nicht mit dem zweiten zögern und die Besserung der materiellen Lage der Kreisärzte wird keine leere Hoffnung und kein frommer Wunsch bleiben.

Das ärztliche Hilfspersonal der hauptstädtischen Spitäler richtete im Interesse der Verbesserung seiner Lage und der Sicherung seiner Zukunft an den Magistrat ein wohlbegründetes

Memorandum, in dem es um Bewilligung folgender Punkte ansucht: 1. Der Unterarzt beziehe einen Gehalt von 2000, der Hilfsarzt einen solchen von 1600 K. 2. Bei Besetzung der hauptstädtischen Amtsstellen möge den emeritierten Spitalsärzten die Priorität gesichert werden und sie sollen auch ohne Dozentur zu Primärärzten vorrücken können. 3. Soll die Verpflegung eine standesgemäße sein. 4. Sollen sie nicht an eine Abteilung gebunden sein und 5. soll ihnen ein dreiwöchentlicher Urlaub gewährleistet werden. Wer die Spitalsverhältnisse kennt, wird anerkennen, daß diese Wünsche berechtigt und auf das Minimum herabgedrückt sind. Die Hauptstadt, die großartig eingerichtete und musterhaft geleitete Spitäler erhält, wird sich gewiß beeilen, diesen Wünschen auch dann Rechnung zu tragen, wenn sich selbst durch Herabsetzung der Verpflegungsgebühren in den Einnahmen ein Ausfall zeigen sollte.

Die Entlastung der hauptstädtischen Spitäler durch Errichtung staatlicher Krankenhäuser kann und wird ja schon infolge der günstigen Wendung in den politischen Verhältnissen recht bald erfolgen.

Im Interesse der armen Lungenkranken ist von dem bekannten Vorkämpfer der ungarischen Antituberkulosenbewegung, Prof. KOLOMAN MÜLLER, eine Bewegung eingeleitet worden, die dahin abzielt, für arme ambulante Lungenkranke Fürsorgestellen zu errichten. Hier sollen sie einer entsprechenden ärztlichen Behandlung teilhaftig werden. Dasselbe soll nicht nur ein gewöhnliches Ambulatorium sein, sondern es soll den Patienten außer der Verpflegung alle Hilfsmittel bieten, die sie sonst bei häuslicher Pflege entbehren müßten. Die Mittel sollen im Wege öffentlicher Sammlungen beschafft werden.

Die gegen die Krankenunterstützungsvereine eingeleitete Bewegung droht im Sand zu verlaufen, da einestheils die Ärzteliga nicht mit gehörigem Eifer vorgeht und andererseits die Ärzte diese Bewegung gegenüber sehr zurückhaltend sind. Es wird daher angestrebt, an die Spitze der Aktion neue, arbeitslustigere Kräfte zu stellen.

An die Spitze des hauptstädtischen bakteriologischen Instituts, das bisher von Dr. AJTON geleitet worden ist, wird der bewährte Bakteriologe Privatdozent Dr. BERNHARD VASS gestellt werden. Man verspricht sich von seiner Tätigkeit ein rasches Aufblühen der Anstalt.

BL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medizin und
Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 10. März 1904.

RUD. SCHMIDT demonstriert einen Kranken mit einer Mesenterialzyste. Pat. bekam vor einigen Monaten Husten mit Blut im Sputum, Nachtschweiß, leichte Retentio urinae und bemerkte einen Tumor rechts im Abdomen. Dieser wuchs, ohne Schmerzen zu verursachen, allmählich zu ziemlicher Größe heran, er ist beweglich, gibt bei der Perkussion einen leeren Schall, fluktuiert und seine linke Hälfte bietet bei der Palpation das Gefühl, als ob sie aus Drüsengewebe zusammengesetzt wäre. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Mesenterialzyste, Zyste des uropoëtischen Systems und Echinokokkus; wahrscheinlich handelt es sich um eine Mesenterialzyste tuberkulösen Ursprungs. Pat. ist zur Operation bestimmt.

H. Nothnagel schließt sich der Diagnose des Vortr. an, indem er besonders auf die große Beweglichkeit des Tumors hinweist.

L. HOFBAUER berichtet über den Mißerfolg der Strychnintherapie bei Diabetes insipidus. Pat. entleerte binnen 24 Stunden bis 11 l Harn, in welchem sich kein Zucker fand. Die von manchen Autoren empfohlene Strychnintherapie war wirkungslos, obwohl sie längere Zeit angewendet wurde.

Wilh. Schlesinger erzielte in einigen Fällen von Diabetes insipidus dadurch einen guten Erfolg, daß er die Flüssigkeitszufuhr bis auf ein Viertel des früheren Quantums restringieren ließ.

Rud. Schmidt verordnete in drei Fällen von Diabetes insipidus Podophyllin in der Annahme, daß durch eine Hyperämie des Darms die hyperämische Niere entlastet würde. Die Medikation hatte einen guten Erfolg, der Durst verringerte sich und mit ihm die Harnmenge.

H. Nothnagel bemerkte, daß bei vielen Fällen von Diabetes insipidus die Polydypsie das Primäre sei; mit der Beseitigung der letzteren schwindet auch die Polyurie. In einem Falle, welcher nach einem Trauma (Schlag auf den Kopf), Miosis, Polydypsie und Polyurie zeigte, nahm N. eine Blutung im Pons an; der Fall heilte unter Anwendung von Galvanisation. Gegen Diabetes insipidus bewährt sich am besten die Verabreichung von Opium.

A. Burger fragt, ob nicht eine Komplikation vorliegt, da Pat. abgemagert ist, während ein Pat. mit Diabetes insipidus sogar Fett ansetzen könne.

L. Hofbauer erwidert, daß Pat. eine linksseitige Lungenspitzenaffektion und schwierige Pleuritis habe.

J. DONATH demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Gehirnblutung mit Durchbruch in die Ventrikel. Ein 59jähr. Mann, welcher schon früher mehrere apoplektische Insulte erlitten hatte, stürzte bewußtlos zusammen. Die linke Körperhälfte war gelähmt und es stellte sich sehr schnell Spasmus der gelähmten Muskeln ein. Die Lumbalpunktion ergab blutigen Liquor cerebrospinalis. Aus dem frühzeitigen Eintritt des Spasmus und der blutigen Punktionsflüssigkeit schloß Vortr. auf einen Durchbruch des Blutes aus dem hämorrhagischen Herde in die Gehirnventrikel und einen intrameningealen Bluterguß; die Diagnose wurde durch die Obduktion bestätigt.

Herm. Schlesinger berichtet über mehrere Fälle von Hirnerscheinungen, bei welchen die Lumbalpunktion blutigen Liquor ergab, dessen Unterscheidung von reinem Blut (aus einer angestochenen Vene) durch die Feststellung des spezifischen Gewichtes erfolgte. In einem Falle von intrameningealer Blutung in der Gegend der Lumbalwindungen war der Liquor bei der Punktion klar.

K. Hofbauer hat mehrere Fälle von intracraniellen Blutergüssen mit Nackenschmerzen beobachtet.

NEUTRA erstattet eine vorläufige Mitteilung über ein Ermüdungsphänomen bei Hysterie und Neurasthenie. Setzt man eine **BEZOLDS**che Stimmgabel, die 100—180 Schwingungen in der Sekunde macht, beispielsweise auf die linke Tibia auf, so empfindet der Betreffende ein Vibrieren, welches allmählich schwächer wird und endlich nicht mehr gespürt wird. Setzt man nun die Stimmgabel, ohne sie von Neuem anzuschlagen, auf die Tibia der anderen Seite, so wird hier die Vibrationsempfindung wieder recht deutlich durch einige Sekunden empfunden; diese Anzahl von Sekunden bezeichnet Vortr. als „Ermüdungsziffer“. Die Ermüdungsziffern sind beim normalen Menschen auf beiden Seiten gleich. Diese Methode erlaubt die genaue Bestimmung von Vibrationshyperästhesien und -Hypästhesien. Die Ermüdungsziffer ist kleiner bei schwachem Anschlagen der Stimmgabel als bei starkem; dies erklärt sich dadurch, daß bei starkem Anschlage die Schwingungen viel länger empfunden werden, die Aufmerksamkeit viel länger in Anspruch genommen wird und man daher infolge von Ermüdung feinere Schwingungen nicht mehr wahrnimmt, während bei schwachem Anschlage die Konzentration der Aufmerksamkeit für die

untersuchte Stelle nur wenige Sekunden in Anspruch nimmt, daher sehr kleine Amplituden an der zuerst untersuchten Stelle wahrgenommen werden. Bei Hysterischen und Neurasthenischen ergibt sich eine Abweichung von dem angeführten, für Gesunde geltenden Verhalten. Wird bei diesen Kranken z. B. die Stimmgabel auf der linken Tibia belassen, bis keine Schwingungen verspürt werden, dann wieder ebensolang auf der rechten Tibia, so verspürt der Kranke, wenn man ihm die Stimmgabel wieder auf die linke Seite setzt, wiederum die Vibration. Außerdem empfindet der Kranke auch die Vibration, wenn man die Stimmgabel, ohne sie anzuschlagen, nach Aufhören der Perzeption nach ca. 1 Sekunde wieder auf dieselbe Stelle setzt. Dieselben Versuche lassen sich sogar nach einmaligem Anschlagen mehrmals wiederholen. Der positive Ausfall der Versuche hängt auch von der Schnelligkeit ab, mit welcher sich die ermüdete Apperzeption zu rangieren vermag.

OSK. LEDERER: Zur Lehre von der Ruminatio.

Vortr. berichtet über einen auf der Abteilung **SCHLESINGER** beobachteten Fall von Ruminatio, welcher mit Hämophilie, Gesichtsfeldeinschränkung und Herabsetzung des Korneal- und Rachenreflexes kombiniert war. Die Ruminatio muß als eine Neurose aufgefaßt werden, da bezüglich der Salzsäuresekretion ein atypisches Verhalten besteht (Wechsel von Achlorhydrie, Hyperchlorhydrie und normalem Salzsäuregehalt). Die Ösophagoskopische Untersuchung des Falles ergab einen chronischen Katarrh des nicht erweiterten Ösophagus und Offenstehen der Kardial; letzteres hängt wahrscheinlich mit einer abnormen Reizung der Längsmuskelfasern des Ösophagus zusammen, da der Fortfall des Reizes das zeitweise Sistieren der Ruminatio erklären würde. Die Hämophilie könnte in irgend einer Beziehung zur Ruminatio stehen, da sie bei letzterer in ca. 10% der Fälle beobachtet wurde; beide Krankheiten sind außerdem hereditär und befallen häufiger das männliche Geschlecht. Bei dem Pat. besteht außerdem Phosphaturie, welche vielleicht mit der Hämophilie in Verbindung zu setzen ist (verminderte Gerinnbarkeit des Blutes wegen Verarmung des Organismus an Kalk).

Akademische Fragen.

Offene Briefe an Se. Exzellenz den Herrn Unterrichtsminister.

Von **Professor Dr. Moriz Benedikt**.

VII.

Die pädagogische Bedeutung der Geschichte der Medizin.

„Die Medizin ist keine exakte Wissenschaft, sondern eine Denkschlamperei. Ich werde Ihnen dies in wenigen Worten beweisen. Ich habe noch kein graues Haar am Kopfe und dennoch habe ich bereits erlebt, daß die humoral-, die neuro- und die cellularpathologische Anschauung die Medizin nacheinander souverän beherrschten. Dann kam die Episode der Diapedesis und man wollte auf diese Tatsache die ganze Pathologie aufbauen; jetzt beginnen die Mikroben die Wissenschaft einseitig zu beherrschen. Eine exakte Wissenschaft aber kann sich erweitern und vertiefen, sie kann ein höheres Niveau erlangen; sie darf aber nicht fortwährende Umwälzungen erfahren.“

So rief ich vor Jahren (1887) der von **VIRCHOW** und **WALDEYER** präsierten „Deutschen Anthropologen-Gesellschaft“ in Nürnberg zu, und diese scharfen Worte haben mich weder das Wohlwollen **VIRCHOWS** noch die Freundschaft **WALDEYERS** gekostet. Bedeutende Menschen mit bedeutendem Charakter mögen den Stachel einer unangenehmen Wahrheit fühlen, aber sie reagieren dagegen nur in loyaler Weise. Der Grund des falschen Denkens in der Medizin, die Ursache, daß von den jeweilig gültigen Anschauungen schon in der nächsten Generation eine ungeheure Prozentzahl als Irrungen und Verirrungen erkannt wird und andererseits feststehende Tatsachen und Erkenntnisse in Verstoß geraten, ist das mangelhafte quantitative Denken in der Biologie. Mit den vorhandenen Kenntnissen will man Probleme gelöst haben, die noch zahlreiche Unbekannte in sich bergen.

Hat man das Irrige erkannt, dann wird das Kind mit dem Baie ausgeschüttet, und wichtige Tatsachen werden vergessen und kostbare Erkenntnisse verschwinden aus dem Bewußtsein der Gelehrten.

Ich kann Eurer Exzellenz auch als einem Nichtmediziner über das Wie dieser Vorgänge leicht Aufklärung verschaffen. GALEN hat in klassischer Weise die Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose erkannt und die Bedingungen dafür genau angegeben. Zur Zeit der einseitigen Herrschaft der pathologischen Anatomie wurde die Ansteckung als Fabel angesehen, und z. B. auch unsere großen Kliniker SKODA und OPPOLZER sahen eine solche Übertragung als Irrtum an.

Da kam die Entdeckung des Bazillus KOCH. Auf einmal wurde der Tuberkulose als gefährlich wie ein Pestkranker angesehen. Wehe, wenn bei einem angestellten Hausgenossen ein paar solcher Kerlchens im Sputum nachgewiesen wurden; die Einwanderungskontrollkommission in Amerika zwingt sogar derartig Leidende, in ihre Heimat zurückzukehren und reißt Einwandererfamilien deshalb auseinander.

Man wollte ferner die zivilisierte Welt mit Kolonnaden von Spucknäpfen nach allen Richtungen durchqueren, während das Ausspucken auf offener Straße heilsam ist, weil direktes und diffuses Licht die Bazillen in wenigen Augenblicken zerstört. Man vergaß vollständig auf den wichtigen Faktor in der Gesundheitsgleichung auf die Prädisposition, und man mußte mühsam wieder auf die Lehre hinaufklettern, daß für Gesunde außer unter dem von GALEN gelehrteten Umstände die KOCHSchen Mikroben wenig gefährliche Feinde sind. Man unterschätzt noch heute die Rolle der Erblichkeit und man möchte manchen Spezialfachmann zu Heiratsvermittlern in die Lehre schicken, von dem er lernen kann, wie der Bedarf an Mitgift und der Anspruch darauf steigt oder sinkt, je nachdem tuberkulöse Belastung im Spiele ist oder nicht.

Exzellenz erinnern sich an das schwere Bangen, als der von KOCH auf Grund genialer Versuche angeregte Sturm der Kontremine gegen die Milchsanierung von London aus durch alle Blätter rauschte. Die Gefahr dieser Krise wurde glücklicherweise beseitigt, weil die Milchsanierung keine spezifische Tuberkulosefrage ist. Milch und Wasser bergen die gefährlichsten Erbfeinde der Menschheit, denen gegenüber der Kobold Alkohol ein frommer Engel ist.

Heute wird in den Kinderleib Formol eingeführt. Ob und inwieweit diese Milchverbesserung an Leib und Seele schaden wird, wissen wir heute nicht; wir können nur den Nutzen der chemischen Industrie und der Großmilchverschleißer bemessen. Solche Versuche sind notwendig; sie erst an geeignetem Orte und durch geeignete Männer ausprobieren zu lassen und sich darauf nicht loszustürzen, gebieten Gewissenhaftigkeit und Vernunft.

Ich habe Eurer Exzellenz einige solcher Irrtumsdelirien durch Berausung aus dem Borne neu aufgedeckter Erkenntnisquellen vorgeführt, und Sie werden daraus die Bedeutung nicht nur für die richtige wissenschaftliche Erkenntnis, sondern auch für das praktische Wohl der Menschheit einsehen.

Wie ist da zu helfen?

Eine Antwort habe ich bereits gegeben. Es ist zunächst geboten, so viele mathematisch geschulte Köpfe als nur möglich wenigstens für die theoretischen Lehrämter zu gewinnen.

Eine zweite dringende Maßregel ist die Förderung des Studiums der Geschichte der Medizin.

Leider ist das Verständnis für den Wert und das Wesen der Geschichtsforschung unter den Naturforschern noch wenig verbreitet. Die Mathematiker und Physiker sind davon am meisten durchdrungen. Sie wissen, welcher ungeheurer Schatz an Gedanken und Errungenschaften in unbekannt, unerkannt gebliebenen und vergessenen Arbeiten früherer Meister steckt, auch in unbeachtet und unverstanden gebliebenen Teilen berühmter Werke.

Am seltensten findet man heute bei medizinischen Gelehrten und bei Ärzten ein richtiges Verständnis, wie Eure Exzellenz aus der Zuschrift der Deutschen Gesellschaft für

Geschichte der Medizin herausgelesen haben werden. Ich habe vor einiger Zeit geschrieben, daß, wenn ich von einem gescheiterten Mediziner Albernheiten hören will, ich mit ihm über Geschichte der Medizin spreche. Der Standpunkt der Kollegen ist jener reinsten Fachsimpelei. Vor allem wird die Ansicht ausgesprochen, jeder Fachmann könne die Geschichte seiner Wissenschaft schreiben. Wie verkehrt diese Anschauung ist, brauche ich einem Manne wie Eurer Exzellenz nicht erst auseinanderzusetzen. Da „Offene Briefe“ jedoch nicht nur an den Adressaten gerichtet sind, sondern auch für Leser geschrieben werden, so will ich auf die Sache eingehen.

Die Herren haben vor allem keinen Begriff von dem nötigen geistig-technischen Rüstzeuge. Dahin gehören z. B. nicht einfache reiche Sprachkenntnisse; der Historiker muß auch die Entwicklung der Sprache kennen und vor allem auch wissen, welche Begriffe in verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Autoren mit denselben Ausdrücken verbunden wurden. Der Historiker muß die Entwicklungsgeschichte der großen Erkenntnisse und Kulturprobleme kennen, die versuchten Lösungen und die dabei verwendeten Erkenntnisse und Erfahrungen. Dasselbe gilt von zahlreichen weniger allgemeinen und von vielen speziellen Erkenntnisaufgaben.

Ihm muß klar werden, wie aus den großen und kleineren allgemeinen Strömungen ein Einbruch in die Spezialgebiete und in die Spezialfragen erfolgt ist. Kennt er die Quellen spezieller Strömungen und weiß er aus dem weiteren Verlaufe der Geschichte, welche Trübungen derselben sich nachträglich herausstellten, so wird er auch die Irrtümer erkennen, die durch sie eingeschleppt wurden.

Ein echter Geschichtsschreiber muß auch die nationalen, politischen, ökonomischen Verhältnisse kennen und würdigen, an welche wissenschaftlicher Fortschritt gebunden ist.

Ein Historiker muß auch erkennen, daß der Fortschritt der Wissenschaft nicht allein auf allgemeiner Evolution des Milieu beruht, sondern daß diese Entwicklung „in glücklich organisierten starken Persönlichkeiten“, die zur günstigen Zeit erscheinen, gipfeln muß, und er muß solche starke Persönlichkeiten, die in ungünstiger Zeit und unter ungünstigen Verhältnissen aufgetaucht sind, zu würdigen wissen, damit ihre Leistungen in den Wissensschatz aufgenommen werden. Er muß es verstehen, inmitten der intensiven kulturhistorischen Beleuchtung das Individualporträt der treibenden Meister scharf zu bilden. Er wird die Vorläufer, die Mitarbeiter und Fortbildner in Gruppen zu vereinigen wissen und auf die hemmenden, bornierten oder unehrlichen Pharisäer im Bilde nicht vergessen. Jede geschichtliche Vorwärtsbewegung ist doch eine Resultierende aus Vorstoß und Widerstand, wenn auch meist nur in Bezug auf zeitgenössischen Erfolg. Die Schilderung der Geisteskämpfe ist lehrreich, um für stets neuen Kampf zu ermutigen und keinen vorzeitigen Pessimismus, keine vorzeitige Erschlaffung aufkommen zu lassen.

Zu dem Erfordernis der geistigen Auffassung kommt noch die Notwendigkeit des Kolorits einer lebensvollen sprachlichen Darstellung, wie sie wissenschaftlichen Fachschriftstellern selten zur Verfügung steht.

Die passive Pflege der Geschichte der Medizin von Seite der Professoren und der Ärzte hält das bereits geschichtlich sicher Errungene im Bewußtsein fest, während es sonst vielfach verloren geht und durch unreifes Herumsuchen und Herumtasten ersetzt wird. Ich habe in einem früheren Brief auseinandergesetzt, daß und warum heute der Fachmann durch die Tagesliteratur erdrückt wird; desto notwendiger ist die Beeinflussung durch die Kenntnis der Geschichte.

Es liegt in der Natur der Sache, daß man getrennt marschiert, um, zusammentreffend, vereint die Schlacht der Erkenntnis zu schlagen. Die Geschichte lehrt uns, daß jede Generation nur Etappen für Endziele enthält. Diesen Irrtum erkennend, marschiert die folgende in derselben Illusion einer

ändern, oft antithetisch erscheinenden zu und so fort ringelringel-reihe im ewigen Kreise herum, wobei man in Bezug auf die fundamentalen Fragen, die in der Medizin für die praktische Betätigung ausschlaggebend sind, nur wenig vorwärts kommt. Nur eine intensive Beeinflussung durch die Geschichte der Medizin kann diesen ewigen Verirrungen, von denen jede Generation sich emanzipiert glaubt, vorbeugen.

Bei uns in Österreich hat aber die Geschichte der Wissenschaften und auch jene der Medizin eine besondere Aufgabe. Für kein Land der Welt gilt der Satz: *Nemo propheta in patria*, d. h. zu deutsch: Der Niemand ist Prophet im Vaterlande, in so vielen Zeitläufen als für Österreich, besonders für Deutsch-Österreich. Leben wir doch in dem Lande, in dem es Haydn nicht über einen musikalischen herrschaftlichen Kammerdiener hinaus gebracht hat, in dem Mozart es nicht weiter brachte, als der erstbeste böhmische Kapellmeister, und Schubert durchs ganze Leben wie ein Vagabund behandelt wurde und als Gast eines Kavaliere mit den Dienstleuten zu Tische gehen mußte; in dem Lande, in dem Beethoven es zu keiner offiziellen Stellung brachte, obwohl sonst auswärtige Meister große Stellen einnahmen. Wurde nicht Grillparzer bis zum Greisenalter offiziell mißhandelt, und mußte nicht Rahl, unser größter Historienmaler, seine Meisterwerke für einen griechischen Finanzmann schaffen?

Was für die Kunst und Literatur gilt, ereignet sich auch in der Wissenschaft. Der leistende Böhme, der Ungar, der Pole kann der Ehrung seiner Landsleute unvergleichlich sicherer sein als der Deutsch-Österreicher, der gewöhnlich erst anerkannt wird, wenn diese seine Anerkennung vom Auslande hereinkommt. Dabei ist der nächststehende „Ausländer“, der Reichsdeutsche, besonders der Norddeutsche, gerade am intolerantesten gegen spezifisch österreichische Geistesart und erkennt nur leicht und gerne jene Österreicher an, die aus „guter, deutscher Schule“ sind. Warum all dies? Das mag ich hier nicht beantworten.

Nur in wenigen Zeitepochen hat österreichische Größe sich auch in der Heimat rasch und sogar offiziell Geltung verschafft. Dies war z. B. in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, besonders im dritten Viertel desselben, der Fall. Die vaterländische geistige Ehre ist aber ein kostbarster Besitz eines Volkes und sie zu wahren, eine heiligste Pflicht. Darum ist auch die Lehre, speziell der österreichischen Geschichte der Medizin, bei uns als besonderer Lehrauftrag nötig. Wie nötig dies sei, haben Exzellenz jüngst erfahren. Als Sie am 19. Februar des Morgens erfuhren, daß an diesem Tage eine Zentennarfeier für Rokitsansky hätte sein sollen, stieg Ihnen wohl die Schamröte ins Gesicht über die Pflichtvergessenheit jener Kreise, deren Sache diese Feierveranstaltung und Vorbereitung war.

Wenn das nationale Pflichtgefühl fehlte, hätte einfache Klugheit wirken sollen.

In der Sonne eines Helden und einer großen Zeit kann auch ein klein gewordenes Geschlecht glänzen und sich erwärmen.

Ich glaube Euer Exzellenz erwiesen zu haben, welche Bedeutung die Pflege der Geschichte der Medizin für das geistige Gleichgewicht in der fortschreitenden Wissenschaft, für das richtige Denken und Lehren der Professoren und der Ärzte und somit für das öffentliche Wohl, habe und dies gerade unter unseren Verhältnissen für die Wahrung und Hebung der vaterländischen geistigen Ehre.

Wir besitzen die Mittel, i. e. vor allem die Männer dazu; man braucht sie nur in die richtige Stellung zu versetzen.

Leider fehlt in unseren akademischen Kreisen das richtige Verständnis für die Bedeutung und das Wesen der medizinischen Historiographie; es besteht sogar vielfach eine perverse Anschauung, und das ist der Grund, warum ich

dieses öffentliche Separatvotum abgebe. Wir hatten lange Zeit ein Ordinariat für Geschichte der Medizin und waren hiermit den meisten Universitäten der Welt voraus, und Puschmann hat eine bedeutende Schule hinterlassen. Aber es war ihm nicht gelungen, die Professoren über die Bedeutung seines Faches zu belehren und zu bekehren. Auf die Fakultäten in Graz und an der czechischen Universität war sein Einfluß maßgebender.

Die Worte des berühmten bayrischen Schulmeisters Bacherl: „Was sie haben, das wollen sie nicht und was sie wollen, das haben sie nicht“, gelten für die heutigen Vertreter der Wiener Schule. Wir besitzen unter unsern Dozenten zwei zurückgesetzte und vernachlässigte Männer, obwohl für ihr Fach durch ihr Verdienst Wien eine führende Stellung einnimmt, was für nicht viele Fächer mehr gilt. Es sind dies die Dozenten Neuburger und Töply. Neuburger ist ein Historiograph und Kulturhistoriker ersten Rangs und als Meister international anerkannt.

Hätte ich in Wien gesagt, was ich in Rom auf dem Historiker-Kongresse in der Sektion für Geschichte der Mathematik und der Naturwissenschaften in meiner Präsidialrede aussprach, daß ich stolz darauf bin, Neuburger beeinflusst zu haben, und daß ich darüber glücklich bin, sein gelehrigster Schüler sein zu können, so hätte man die Nase gerümpft. Die ersten internationalen Autoritäten, die anwesend waren, hatten volles Verständnis für meine Worte. Hier fehlt die Einsicht und der gute Wille. Aus einem akademischen Berichte würden Sie daher nie volle Aufklärung finden. Aber ein geistreicher Gelehrter wie Eure Exzellenz braucht keine fremde Aufklärung durch akademisch-bürokratische Schriftstücke. Wenn Sie eine Stunde der Einleitung in die Geschichte der Medizin der Neuzeit von Neuburger widmen, werden Sie sofort erkennen, welche tiefe Kenntnis und Einsicht in die großen geistigen Bewegungen er besitzt, wie er spezielle historische Strömungen im Gesamtbette derselben zu fassen weiß, wie er die Rolle der Meister zu schätzen und zu schildern versteht, und seine immense geordnete Kenntnis des ganzen Materials herausfinden. Dabei schreibt Neuburger einen glänzenden Stil, nicht durch eine glänzende Rhetorik, sondern durch eine glänzende sprachliche Verkörperung der Bewegungen, der Bewegenden, der Zubewegenden und der Bewegten.

Auch als Nichtmediziner werden Eure Exzellenz die Zeit der Lektüre als eine geistig genußreiche in Erinnerung behalten und vielleicht, von der einen Stunde angeregt, sich mehrere gönnen.

Auch Töply ist ein gediegener Fachmann, der jeder Universität als Ordinarius zur Ehre gereichen würde.

Es ist ein trauriges Symptom des geistigen und sittlichen Niveaus unserer Verhältnisse, daß die beiden bedeutenden Dozenten hinter so vielen unbedeutenden zurückgesetzt werden.

Ich hoffe Eure Exzellenz von der Bedeutung der Geschichte der Medizin für die geistige Hebung der medizinischen Wissenschaft und der medizinischen Schulung, ferner für die wissenschaftliche Ehre unseres Vaterlands überzeugt zu haben und ich hoffe, Eure Exzellenz werden unseren beiden wackeren Vertretern der medizinischen Geschichtsschreibung den ihnen gebührenden akademischen Platz einräumen.

Ich schließe für diesmal die Serie dieser Briefe. Brennen der Schmerz darüber, daß auch an den medizinischen Verhältnissen, die in halbverflossener Zeit eine „Gloire“ Österreichs waren, die Fäulnis unserer traurigen öffentlichen Verhältnisse frißt, hat mir die Feder in die Hand gedrückt. Über noch manche Frage hätte ich vieles auf dem Herzen. Doch muß ich mich, fast erdrückt von anderen Arbeiten, diesmal bescheiden. Vielleicht naht bald eine bessere Zeit, in der die Staatskunst nicht lahm gelegt ist und Großsinnigkeit und Weitherzigkeit wieder Trumpf sein werden.

Notizen.

Wien, 19. März 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der diesjährigen Hauptversammlung, hielt Hofrat Prof. E. LUDWIG den angekündigten Vortrag über die Fortschritte in der Chemie der Eiweißkörper. Er führte aus, die ursprüngliche Ansicht der Chemiker sei dahin gegangen, daß sämtliche Eiweißkörper nicht bloß aus gleichen Bestandteilen, sondern auch quantitativ gleich zusammengesetzt seien; ihr Unterschied beruhe nur auf der physikalischen Beschaffenheit. Während man früher nur 3 Eiweißkörper gekannt habe, das Ovalbumin, Fibrin und Kasein, sei gegenwärtig bereits eine große Anzahl wohlcharakterisierter, von einander verschiedener Eiweißkörper nachgewiesen. Die erste klare Übersicht über die Einteilung der Eiweißkörper — sagte Votr. — rührt von HOPPE-SEYLER her; die Aufschlüsselung ihrer Konstitution geschah sodann zunächst durch die Herstellung kristallisierter Eiweißkörper (Hämoglobin, Aleuronverbindungen, Ovalbumin, Serumalbumin und Edestin), ferner durch das eingehende Studium ihrer Spaltungsprodukte. Diese gehören zu den Mono- und Diaminosäurederivaten, Schwefelverbindungen, aromatischen und heterozyklischen Verbindungen, Pyridinbasen und Kohlehydraten, ihre Zahl ist jedoch heute bei weitem noch nicht erschöpft und eine qualitative Aufarbeitung derzeit noch nicht möglich. Soviel steht bis jetzt fest, daß verschiedene Eiweißkörper Spaltungsprodukte in verschiedener Menge und in verschiedenen relativen Verhältnissen liefern, ferner daß das Eiweißmolekül, wie durch Gefrierpunktsbestimmungen erschlossen wurde, ein sehr hohes Molekulargewicht haben muß. So wurde z. B. für das Hämoglobin annäherungsweise die Formel $C_{758} H_{1208} N_{195} Fe S_3 O_{208}$ festgestellt. Auf ein Eiweißmolekül kommen durchschnittlich 125 Spaltungsprodukte mit einem mittleren Molekulargewicht von 135, durch deren Kombination eine ungeheure Menge von Eiweißverbindungen möglich ist. In der neuesten Zeit ist es EMIL FISCHER gelungen, jene Eiweißkörper (Pektide) synthetisch darzustellen, welche bei der Pankreasverdauung des Eiweißes entstehen. — Die Gesellschaft der Ärzte hat über Vorschlag ihres Geschäftsrates eine große Reihe von Ehrenmitgliedern gewählt, darunter den Unterrichtsminister Dr. v. HARTEL, H. CHIARI (Prag), MAX GRUBER (München), v. MIKULICZ (Breslau), HUBERT SATTLER (Leipzig), VINCENZ CERNY (Heidelberg), A. NEISSER (Breslau), PH. J. PICK (Prag), W. H. ERB (Heidelberg), PAUL EHRlich (Frankfurt), THEODOR KOCHER (Bern), E. PFLÜGER (Bonn), RÖNTGEN (München), BOUCHARD (Paris), BROUARDEL (Paris), METSCHNIKOFF (Paris), ROUX (Paris), FOSTER (London), CELLI (Rom), MOSSO (Turin), SNELLEN (Utrecht), RAMON Y CAJAL (Madrid), PAWLOW (St. Petersburg).

(Universitätsnachrichten.) Der Extraordinarius für vergleichende Anatomie Dr. HEINRICH HOYER ist zum ordentlichen Professor dieses Faches an der Universität in Krakau ernannt worden. — NIELS FINSEN hat von der Universität Edinburg den Cameronpreis für praktische Therapie erhalten. — Dr. H. W. KENWOOD ist zum Professor der Hygiene am University College in London, Dr. J. N. LANGLEY zum Professor der Physiologie in Cambridge, Dozent Dr. TH. ROVSING zum Professor der klinischen Chirurgie in Kopenhagen und Dozent Dr. L. POPELSKI zum Professor der Pharmakologie in Lemberg ernannt worden.

(Personalien.) Professor Dr. ARNOLD PICK in Prag ist von der englischen Neurological Society in London zum korrespondierenden Mitgliede gewählt worden. — Die Leipziger medizinische Gesellschaft hat anlässlich ihres 75jährigen Jubiläums v. BEHRING, ERB, ENGELMANN und KOCH in Berlin, FIEDLER in Dresden, HELFERICH in Kiel, KOCHER in Bern, v. KÖLLIKER und v. STRÜMPPELL (Breslau), sowie v. WINCKEL in München zu Ehrenmitgliedern ernannt. — Der Oberteilungsarzt Dr. PETER FOPPA ist zum Landessanitätsinspektor in Tirol, der Bezirksarzt Dr. INNOZENZ KRASNICKA ist zum Oberbezirksarzte in Böhmen ernannt worden. — Der Landessanitätsinspektor bei der Statthalterei in Prag Doktor VINCENZ R. BRECHLER v. TROSKOWITZ ist in den Ruhestand ver-

setzt und bei diesem Anlasse durch den Titel eines Regierungsrates ausgezeichnet worden.

(Militärärztliches.) Der Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOHANN SCHWARSCHNIG und der Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOSEF SCHÖFER sind in den Ruhestand versetzt, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. FRANZ PATZELT ist zum Festungschefarzte in Krakau, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. KOLOMAN SOEHLA zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Budapest und Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. EDUARD KOMPASS zum Garnisonschefarzte in Jaroslau ernannt worden.

(Hygienisches.) Das österreichische Handelsministerium veranstaltet eine Enquête zur Bekämpfung der Bleierkrankungen und wird zunächst voraussichtlich eine Kommission mit der Durchführung der notwendigen Erhebungen betrauen.

(Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte) wird vom 18. bis 24. September 1904 zu Breslau tagen. Geschäftsführer sind Geh. Med.-Rat Prof. Dr. UTHOFF und Geh.-Reg.-Rat Prof. LADENBURG. Die auf der Hamburger Versammlung durchgeführte Vereinigung verwandter Fächer wird auch in diesem Jahre beibehalten; es ergeben sich heuer im ganzen 14 Abteilungen in der naturwissenschaftlichen und 17 in der medizinischen Hauptgruppe. Die Themata der letzteren sind noch nicht fest bestimmt; einzelne Vorträge der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe sollen sich auf die Eiszeit in den Gebirgen der Erde beziehen.

(Statistik.) Vom 6. bis inklusive 12. März 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8006 Personen behandelt. Hiervon wurden 1717 entlassen, 195 sind gestorben (10,1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 101, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 128, Scharlach 22, Masern 481, Keuchhusten 69, Rotlauf 30, Wochenbettfieber 11, Röteln 6, Mumps 101, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 708 Personen gestorben (+ 80 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. S. WEINTRAUB, 56 Jahre alt; in Aggsbach in Niederösterreich der dortige Gemeindefarzte Dr. KADLETZ; in Eger der Operateur an der chirurgischen Klinik in Innsbruck Dr. ALFRED WILHELM; in Kgl. Weinberge der Primarius des Bezirkskrankenhauses Doktor EBAZIM VIŠAČ, 40 Jahre alt; in Neapel Professor DE MARTINO, Präsident der dortigen medizinischen Akademie, im 90. Lebensjahre; in Kissingen San.-Rat Dr. HECKENTAUER; in London der Leibarzt des Königs SIR EDWARD HENRY SIVEKING im Alter von 87 Jahren; in Washington Dr. E. A. v. SCHWEINITZ, Professor der Chemie und Toxikologie an der Columbian University.

Auf dem Balneologen-Kongreß zu Aachen hat Prof. KISCH-Marienbad in einem längeren Vortrage ausgeführt, daß der von der Norm abweichenden Blutbeschaffenheit klimakterischer Frauen mit den verschiedenen Folgeerscheinungen der Blutstörung und -Wallungen durch mehrwöchentliche, systematische Trinkkuren mit glaubersalzreichen Mineralwässern vorteilhaft entgegengewirkt wird. Der Gebrauch solcher Trinkkuren bewirkt durch die Anregung der Darmtätigkeit und der Harnsteigerung eine Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes und zugleich die Behebung der venösen Stauungen in den Unterleibsorganen. Zur Herabminderung der mit den genitalen Vorgängen dieser Geschlechtsperiode in Wechselbeziehung stehenden großen Nervenregbarkeit, speziell bei Herzbeschwerden nervöser Art, wie Herzklopfen, Anfällen von Herzflattern mit Atemnot, empfiehlt KISCH Kohlensäurebäder (Säuerlingsbäder, kohlensaure Stahlbäder, kohlensaure Solbäder), von denen erwiesen ist, daß sie auf die Herztätigkeit regulierend einwirken und die Herzarbeit erleichtern. Zu ähnlichen oder gleichen Ergebnissen sind auch andere Forscher gekommen, nur hat beispielsweise Univ.-Doz. PAULI-Wien in seiner Praxis die Erfahrung gewonnen, daß der Styriaquelle von Rohitsch und den dortigen kohlensäurehaltigen Bädern der Vorzug in der Behandlung klimakterischer Frauen zu geben ist, während Prof. KISCH die Glaubersalzquellen von Rohitsch in seinem Aachener Referate

vollständig ignoriert und neben Marienbad nur noch Kissingen und Homburg erwähnt. Es hat sich aber auch Prof. EHRENDORFER-Innsbruck seinerzeit über die Rohitscher Styriaquelle sehr günstig ausgesprochen.

Die alkoholfreien Ceres-Fruchtsäfte der Firma Wilh. Schicht in Ringelshain geben, stark mit Wasser verdünnt, nicht nur ein durstillendes Getränk, sondern sind unverdünnt auch ein vorzügliches Nahrungsmittel, denn sie enthalten außer Fruchteweiß und bis 4% Pektinen (Stickstoffverbindungen), 12-20% Fruchtzucker, der viel leichter verdaulich ist als gewöhnlicher Zucker, ferner enthalten sie auch erhebliche Mengen der zur Bildung gesunden Blutes so überaus wichtigen Nährsalze. Weizen- und Roggenmehl enthalten nur 1/3%, Ceres-Fruchtsäfte (in der Trockensubstanz) zirka 2%, also sechsmal soviel. Für Kranke eignen sich am besten Apfel- und Traubensaft. Ceres-Fruchtsäfte enthalten mindestens 12% Trockensubstanz, also mindestens soviel wie Milch.

Am Ersten öffentlichen Kinder-Kranken-Institute in Wien gelangt die Stelle eines Vorstandes der dermatologischen Abteilung zur Besetzung. Bewerber wollen ihre mit entsprechenden Belegen versehenen Gesuche der Direktion der genannten Anstalt in Wien, I., Steindelgasse 2, bis 1. April d. J. vorlegen.

Eingesendet.

Gussenbauer-Denkmal.

Die Marktgemeinde Obervellach in Kärnten gedenkt ihrem berühmten Sohne und größten Wohltäter, dem während seiner Amtswirksamkeit als Rektor der Wiener Universität am 19. Juni 1903 verstorbenen k. k. Hofrath Professor Dr. KARL GUSSENBAUER als Zeichen ihrer Verehrung und Dankbarkeit ein Denkmal zu errichten. Die Erinnerung an den Unvergesslichen, welcher der Stolz seiner Landsleute war und der zum Glück so Vieler gewirkt hat, soll den Nachkommen überliefert und in ihnen wach erhalten werden. Die Ortsgemeinde, welche durch den Rückgang des Bergbaues und der Industrie, sowie durch verheerende Elementarereignisse an ihrem einstigen Wohlstande arge Einbuße erlitten hat, ist nicht im Besitze jener Mittel, welche nötig sind, um allein ein des Verewigten würdiges Monument zu bauen. Der ergebenst gefertigte Bürgermeister wendet sich im Namen der Gemeinde und im Vereine mit den Unterzeichneten an die Verehrer, Freunde und Schüler GUSSENBAUERS mit der Bitte, die Marktgemeinde Obervellach in der Ausführung ihres Herzenswunsches unterstützen zu wollen: PETER WALTER, Bürgermeister (Obervellach). Prof. Dr. KARL BAYER (Prag). Prim. Dr. WILHELM BERGMANN (Saz). Professor Dr. HANS CHIARI, k. k. Hofrat (Prag). Prof. Dr. RUDOLF CHROBAK, k. k. Hofrat (Wien). Prof. Dr. VINZENZ CZERNY, wirkl. Geheimrat (Heidelberg). Professor Dr. ANTON FREIH. V. EISELSBERG, k. k. Hofrat (Wien). Dr. ALFRED EXNER, Assistent a. d. II. chirurg. Klinik (Wien). Prof. Dr. SIEGMUND EXNER, k. k. Hofrat (Wien). Prim. Dr. OSKAR FÖDERL, Dozent für Chirurgie (Wien). Prof. Dr. ALEXANDER FRÄNKEL (Wien). Prof. Dr. ANTON RITTER V. FRISCH, k. k. Regierungsrat (Wien). Prof. Dr. ERNST FUCHS, k. k. Hofrat (Wien). Prim. Dr. KARL FONKE, Dozent für Chirurgie (Wien). Dir. ROBERT GERSONY, k. k. Regierungsrat (Wien). Prof. Dr. VIKTOR RITTER V. HACKER (Graz). OSKAR HEINTCHEL Edler v. HEINEGG, Großindustrieller (Wien). Prof. Dr. JULIUS KRATTER (Graz). Prof. Dr. JOSEF RITTER V. METNITZ (Wien). Prof. Dr. JOHANN V. MIKULICZ-RADECKI, Geh. Medizinalrat (Breslau). Dr. EDMUND EDLER V. MOJZISOVICS, k. k. Hofrat (Wien). Dr. PAUL ALBRECHT, Assistent a. d. II. chirurg. Klinik (Wien). Prof. Dr. ALBERT NARATH (Utrecht). Dr. DOMINIK PUPOVAC, Dozent für Chirurgie, Assistent a. d. II. chirurg. Klinik (Wien). Prof. Dr. ALFONS EDLER V. ROSTHORN, Geh. Hofrat (Heidelberg). Professor Dr. HERMANN SCHLOFFER (Innsbruck). Dr. LUDWIG V. SCHWARDA, Assistent a. d. II. chirurg. Klinik (Wien). Prim. Dr. ALOIS SMOLEY (Klagenfurt). Prof. Dr. KARL TOLDT, k. k. Hofrat (Wien). Prof. Dr. KARL WEIL (Prag). Prof. Dr. LEOPOLD

WENGER (Graz). Prof. Dr. ALEX. Ritter v. WINIWARTER (Lüttich). Prof. Dr. ANTON WÖLFLE (Prag). Prim. Dr. KONRAD BÜDINGER, Dozent für Chirurgie (Wien). — Beiträge für den Denkmal-Fonds werden an das k. k. Postsparkassenamt (Scheck-Konto Nr. 847.358) erbeten. Auch die Redaktion der „Wiener Med. Presse“ ist bereit, Beiträge entgegenzunehmen. Etwaige Auskünfte erteilen gerne: Hofrat Prof. Dr. ANTON FREIH. V. EISELSBERG, Wien, I., Mülkerbastei 5 und Prof. Dr. JOSEF Ritter v. METNITZ, Wien, I., Am Hof 11.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- G. Winter, Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Stuttgart 1904, Ferd. Enke.
A. Menzer, Die Behandlung der Lungenschwindsucht. Berlin 1904, Georg Reimer. — M. 3.—
P. Grawitz, Die beim Heilungsprozesse bemerkbaren Verwandtschaften der menschlichen Gewebe. Greifswald 1904, Julius Abel. — M. —.60.
K. v. Rosen, Über den moralischen Schwachsinn des Weibes. 2. Auflage. Halle a. S. 1904, C. Marhold.
F. Barbary, La grande faucheuse. Paris 1904, C. Naud.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 21. März 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. OTTFRIED V. FELLNER: Tuberkulose und Schwangerschaft.

Die nächste wissenschaftliche Versammlung findet im Herbst 1904 statt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 24. März 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL.

I. Demonstrationen. — II. Dr. PAUL MAYER: Über einige Fragen des intermedialen Kohlehydratstoffwechsels.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über Duotal und Creosotal. Wir empfehlen denselben der geeigneten Beachtung unsrer Leser.

Kronendorfer natürlicher alkalischer SAUERBRUNN
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der Athmungsorgane des Magens und der Blase.
Brunner-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltangasse 10.

Advertisement for Bayer products: Theocin, Agurin, Duotal, Creosotal, Eisen-Somatose, Citarin, Mesotan, Helmitol, Veronal, Aristochin, Cannigen, Crional, Hedonal, Heroin hydrochlor. Includes Bayer logo and representative information for Austria-Hungary.

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 Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.949.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Institute für physikalische Heilmethoden in Wien. Über radiographische Befund: bei intermittierendem Hinken. Von Dr. LEOPOLD FREUND in Wien. — Otogene Senkungsabszesse. Von Dr. ERNST URBANTSCHITSCH. — Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat EISELT und MAXNER in Prag. Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Von Dr. VÁCLAV PLAVEC. — Referate. P. ZWEIFEL (Leipzig): Zur Behandlung der Hämatoxelen. — H. KROM: Über hysterische Blindheit. — THASOS (Paris): Über die urgente Behandlung der Amblyopie nach Blutverlusten. — AD. SCHOTT (Heidelberg): Über Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen. — SCHITTENHELM (Breslau): Zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin. — M. LOUP (Paris): Die Technik der Kokainanästhesie. — G. SCHULAK: Über einen Fall von Geophagie. — W. ORLOWSKY (St. Petersburg): Ein Beitrag zur Alkaleszenz des Blutes. — J. SROTA (Prag): Die Erfolge der internen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung. — WILHELM RÜHL (Dillenburg): Zur Technik des vaginalen Kaiserschnittes, bezw. vorderen Uterus-Scheidenschnittes (Hysterotomia vaginalis anterior). — M. EINHORN (New-York): Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Histologie der Magenschleimhaut bei pathologischen Zuständen dieses Organs. — FRAENKEL (Breslau): Über Versuche, durch experimentelle Verlagerung von Keimgewebe Karzinom zu erzeugen. — KEISOKU KOKUBO (Marburg): Über die kongenitale Syphilis der Nebennieren. — MARIUS (Paris): Sur la non-existence des „neutrophiles“ d'EBERLICH dans le sang de l'homme et du singe. — **Kleine Mitteilungen.** Die Prostatitis und ihre Behandlung. — Wasserstoffsuperoxyd MERICK. — Die transperitoneale Nephrektomie. — Triferrin. — Zur Extraktion des Steißes. — Pegnig. — **Literarische Anzeigen.** Die Lehre vom Puls. Von JAMES MACKENZIE. Aus dem Englischen von Dr. ADOLF DEUTSCH. — Gynaecologia Helvetica. Herausgegeben von Dr. O. BEUTNER, Privatdozent an der Universität Genf. — Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. Nach den im hygienischen Institut der königl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München üblichen Methoden zusammengestellt von RUDOLF EMMERICH und HERMANN TASSICH. — **Festhalten.** Pariser Briefe. (Org.-Korresp.) I. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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 dem Institute für physikalische Heilmethoden in Wien.

Über radiographische Befunde bei intermittierendem Hinken.

Von Dr. Leopold Freund in Wien.

Wenn auch der Röntgenuntersuchung für die Diagnose pathologischer Veränderungen peripherer Gefäße nicht die hohe Bedeutung zukommt, wie jener für die Erkennung der Herz- und Stammgefäßerkrankungen¹⁾, so gibt es doch immerhin manche neue Gesichtspunkte, die in der Ätiologie und Symptomatologie der Krankheiten peripherer Gefäße durch die Röntgenstrahlen aufgedeckt worden sind. Insbesondere beanspruchen die von der Radiographie erbrachten Aufschlüsse bei einem häufig mit Gefäßveränderungen in Zusammenhang gebrachten Nervenleiden, der Claudication intermittente, großes Interesse. Ich hatte in letzter Zeit Gelegenheit, drei derartige Fälle zu untersuchen. Über dieselben möge hier berichtet werden.

I. N. N., 54 Jahre alt, war stets gesund, seit einigen Jahren vermehrter Harnsäuregehalt des Harnes. Vor Jahren mäßiger Grad von Potus; war früher auch starker Raucher und beruflich gezwungen, seine unteren Extremitäten ziemlich stark in Anspruch zu nehmen. Seit mehreren Jahren klagt er über Beinschmerzen.

¹⁾ Bezüglich letzterer sei auf die Arbeiten MAX. WEINBERGERS verwiesen, dessen Verdienst es ist, durch exakte radiologische und anatomische Untersuchungen die Grundlage für dieses Forschungsgebiet geschaffen zu haben.

So lange er sitzt, verspürt er nichts oder fast nichts in den Beinen; wenn er aber aufsteht und sich in Bewegung setzt, so überfällt ihn in kurzer Zeit ein Gefühl von schmerzhafter Taubheit in den Beinen, vorwiegend im rechten, das sich hier bis zur Empfindung des Krampfes steigert. Wenn der Schmerz sehr heftig ist, zwingt er den Patienten, stille zu stehen oder sich zu setzen; dann geht der Anfall schnell vorüber; wenn sich aber der Kranke wieder erhebt, zu gehen beginnt, erneuert sich der Anfall in derselben Weise.

Die objektive Untersuchung ergibt fehlenden Arterienpuls am Dorsum pedis, Blässe und geringere Temperatur am kranken als am gesunden Fuße. Alle palpablen Körperarterien, auch die Dorsalis pedis, lassen etwas rigide Wände tasten.

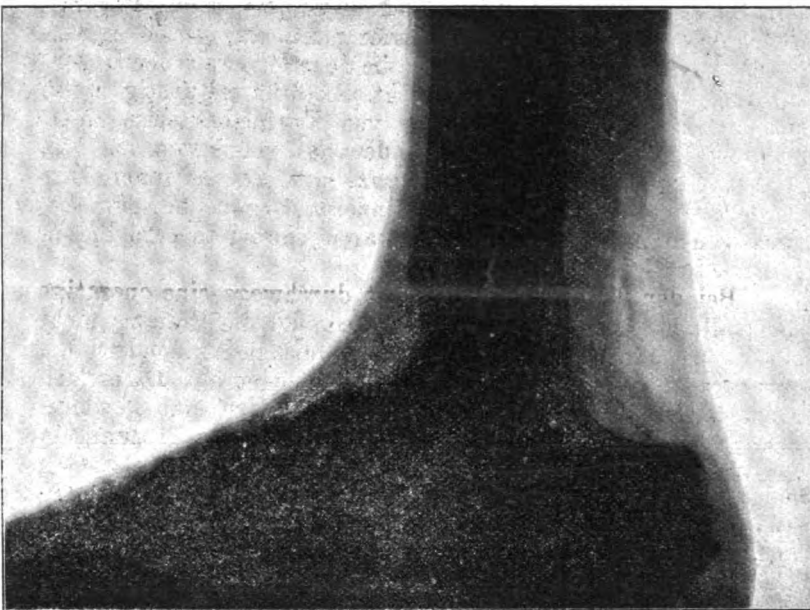
II. 38jähriger Diplomat. Überstand vor 14 Jahren Lues mit Exanthem, machte damals eine tüchtige Schmierkur durch. Gegenwärtig Leukoplakia mucosae oris und Plaques an den Mundwinkeln. Alkohol- oder Tabakmißbrauch sind anamnestisch nicht nachzuweisen. Als eifriger Jäger strengt Patient öfters die Beine in hohem Grade an.

Auch dieser Kranke klagt über ähnliche Symptome. Wenn er länger als 1/4 Stunde geht, dann wird er von Krämpfen in den Beinen befallen. Wenn er ausgeruht hat und wieder zu gehen beginnt, kommt der Schmerz wieder. Die objektive Untersuchung ergibt auffallende Temperaturunterschiede an beiden Extremitäten, Zyanose und Pulslosigkeit der fühlbaren A. dorsalis pedis sin. An den übrigen Arterien ergibt die Untersuchung nichts Abnormes.

Auch beim III. Falle äußerte sich das Leiden in ähnlicher Weise. Es handelte sich um einen 58jährigen Mann, Herrschaftsdienst, der stets vollständig gesund, nie starker Raucher oder Trinker war. Auch jede luetische Infektion wird in Abrede gestellt. Seit 1 1/2 Jahren leidet er an Gehstörungen, rechts mehr als links. Während in der Ruhe sein Wohlbefinden nichts zu wünschen

übrig läßt, treten, sowie er zu gehen beginnt, Schwächegefühle und Parästhesien in den Beinen, vorzüglich rechts auf, die sich schnell zu krampfhaften Schmerzen steigern und den Patienten zwingen, stille zu stehen. Nach kurzer Ruhe ist der Anfall vorüber; er erneuert sich aber, sobald der Kranke wieder eine kurze Strecke gegangen ist. Objektiv findet man beide Füße kalt, zyanotisch, die Haut glänzend dünn; der Arterienpuls an der Dorsalis pedis dextra fehlt, links ist er sehr schwach, aber deutlich fühlbar. Beide Fußarterien sind als runde Stränge tastbar. Die Radiales und Temporales fühlen sich ein wenig verdickter und geschlängelt an, doch ist ihre Wandung ganz elastisch. Herzgrenzen nicht bestimmbar. Die Töne sind dumpf. Der volle, etwas gespannte Puls ist unregelmäßig aussetzend 70.

Während die radiographische Untersuchung der beiden letzten Fälle resultatlos war, ergab sie beim 1. Falle ganz deutlich und scharf ausgeprägte Schattenbilder, entsprechend dem Verlaufe der Arteria tibialis postica und Arteria dorsalis pedis. Die scharf konturierten Bilder lassen erkennen, daß in diesem Falle die Gefäßwand als solche für Röntgenstrahlen undurchlässig geworden ist, denn an Stellen, wo das Blutgefäß eine Biegung macht, so daß es senkrecht gegen die



Platte zog, präsentiert sich das Schattenbild auf dem Negativ als weißer ovaler Ring mit schwarzem Zentrum, entsprechend dem Querschnitte des nicht obliterierten Gefäßes. Stellenweise sieht man auch, daß die Gefäßwand nicht in continuo undurchlässig geworden ist, vielmehr lassen sich zwischen den schattenwerfenden Partien einzelne für die X-Strahlen durchlässige unterscheiden. In allen 3 Fällen zeigte das „intermittierende Hinken“ die volle typische Ausbildung, während die genaue klinische Untersuchung keinerlei Anomalien der Sensibilität, der Motilität, der Muskelernährung, der Gelenke und der Reflexe finden ließ. Arthritis deformans coxae, spinale und zerebrale Erkrankungen, die Myasthenia gravis pseudo-paralytica, Ischias, Gelenkleiden, RAYNAUDSche Krankheit, Akroparästhesia, Akinesia algera, Erythromelalgie, Tarsalgie der Gichtiker und andere Erkrankungen, die eine gewisse Ähnlichkeit mit diesem Symptomenkomplexe besitzen, ließen sich differentialdiagnostisch leicht ausschließen.

Seit den grundlegenden Arbeiten CHARCOTS bringt man stets das Symptomenbild der Claudication intermittente mit Gefäßerkrankungen, Verengerungen oder Obliteration der Arterien in ursächlichen Zusammenhang.

Während aber CHARCOT und viele Tierärzte (BOULEY, RADEMACHER, BÖTHER u. a.), die das gleiche Krankheitsbild bei Pferden beobachtet hatten, die Obliteration des Haupt-

arterienstammes einer oder beider Extremitäten (der Femoralis, Iliaca oder Aorta lumbalis) als Ursache des Symptomenkomplexes angenommen hatten, lehrte ERB, daß viel größeres Gewicht auf die obliterierende Arteriitis der distalen Arterien des Unterschenkels und des Fußes zu legen ist. Als Beweis dessen zeigte ERB, daß man bei genauer Untersuchung der Fußarterien den Puls in der Dorsalis pedis und Tibialis postica, gelegentlich auch in der Poplitea vergebens sucht, während er in der Femoralis noch ganz gut erhalten sein kann. Diesem klinischen Symptome entsprechen auch die anatomischen Befunde von PANAS, LAVERAN, ELZHOLZ, DUTIL und LAMI, GOLDFLAMM, MARINESCO und ERB, welche bei dieser Krankheit eine weitverbreitete Arteriosklerose der Crurales, Tibiales anticae et posticae, sowie der Muskelarterien oder Arteriitis obliterans dieser Arterien und der Art. pediaea fanden. Auch Phlebitis chronica wurde von einigen Autoren in solchen Fällen nachgewiesen. Daß übrigens ähnliche Affektionen auf Grund von Gefäßobliteration auch an den oberen Extremitäten gelegentlich vorkommen können, lehren entsprechende Beobachtungen von NOTHNAGEL, SOBGO, EMBDEN. v. SCHRÖTTER erklärt die Tatsache, daß diese Zirkulationsstörungen an den unteren Extremitäten häufiger als an den oberen beobachtet werden, mit der Art des Abganges dieser Gefäße vom Hauptstamme, welche unter mehr spitzem Winkel erfolgt. Da aber hier aus anatomischen Gründen der kollaterale Ausgleich ein schwieriger ist, sind auch die schlimmen Folgen häufiger.

Auch in meinen 3 Fällen betrafen die Gefäßveränderungen offenbar bloß die distalen Endäste, denn sowohl in der Femoralis als auch in der Art. poplitea eines jeden dieser Patienten ließ sich deutliche Pulsation nachweisen. Radioskopisch gibt über die Natur des pathologischen Vorganges, welcher zur Zirkulationsstörung führte, nur die eine Platte Aufschluß; aus derselben läßt sich entnehmen, daß es sich um Kalkeinlagerungen in die Gefäßwand handelte. Dieser Befund entspricht denjenigen, welche SAENGER, BÖRTIGER und FUCHS bei ganz ähnlichen Krankheitsfällen erhoben hatten. In den beiden anderen Fällen blieb meine radioskopische Untersuchung resultatlos. Den sonstigen klinischen Befunden zufolge muß man als Grundkrankheit beim 2. Falle Endarteriitis luetica obliterans, beim 3. Falle wohl eine beginnende einfache Arteriosklerose der Gefäße annehmen.

Daß alle pathologischen Prozesse, welche die Zirkulation in den unteren Extremitäten beeinträchtigen, als Ursache der Claudication intermittente in Betracht kommen, wird schon seit langem fast allgemein angenommen. So ist es bekannt, daß nicht nur die ausgebildete Arteriosklerose, sondern auch jede andere mechanische oder angiospastische Behinderung der Zirkulation, wie z. B. organische Gefäßthrombose, Endarteriitis obliterans luetica, die Gefäßveränderungen im vorarteriosklerotischen Zeitraume etc., diesen Symptomenkomplex hervorrufen können. Da aber auch alle diese Prozesse vorhanden sein und sich symptomatisch durch Pulslosigkeit der Art. pediaea kenntlich machen können, ohne daß intermittierendes Hinken noch sonstige nervöse oder Zirkulationsstörungen bemerkbar werden, so muß man annehmen, daß der Puls nur deshalb nicht zu fühlen, weil die Arterie zu rigid ist, oder weil sich ein genügender kollateraler Kreislauf entwickelt oder weil bloß die großen Arterien und nicht die Muskel- und Nervenarterien von der Krankheit betroffen werden. Nach v. SCHRÖTTER hängen die Schmerzen bei Claudication intermittente mit Veränderungen der benachbarten Nervenstämmen zusammen, wobei er auf die wichtigen anatomischen Untersuchungen WVEDENSKYS und A. FRAENKELS hinweist, von denen ersterer in allen Fällen degenerative Neuritis sowie Obliteration der Vasa vasorum und nervorum, letzterer bei schweren Nervenkrankheiten beträchtliche Veränderungen in der Media, aber auch der Intima der Gefäßwände konstatierte, die er als vorzeitige Angiosklerose bezeichnete, entstanden durch einen Krampf in der Media, welcher allmählich zur Hyperplasie

und den anderen konsekutiven Veränderungen führt. FUCHS unterscheidet mit Rücksicht auf die das Krankheitsbild auslösende Ursache drei Typen des intermittierenden Hinkens, 1. die funktionelle Form, 2. Fälle von Verkalkung der Gefäße, welche radiographisch nachweisbar sind, und 3. Fälle von intermittierendem Hinken infolge von Arteriosklerose.

Der Vergleich der radiographischen Untersuchungsergebnisse meiner 3 Fälle von intermittierendem Hinken ergibt demnach, daß, während die Endarteriitis luetica und die Frühstadien der gewöhnlichen Endarteriitis proliferans radiographisch nicht nachweisbar sind, die späteren Etappen des atheromatösen Prozesses charakteristische herdförmige Schattenbilder liefern, die für die Diagnose des Grundleidens vom intermittierenden Hinken in manchen Fällen wohl mit Nutzen verwendet werden können. Wir wissen, daß der endarteriitische Prozeß mit einer Zellwucherung im Bereiche der Intima, also einwärts von der Membrana elastica, einsetzt und als solcher schon zu einer beträchtlichen Lumenverengung führen kann. (Gerade dieses Bild ist ja nach der Auffassung mancher Autoren für den luetischen Prozeß charakteristisch.) Die Veränderungen im Sinne der Verfettung und Verkalkung sind dann als sekundäre, regressive aufzufassen und treten demnach auch erst in späteren Etappen des atheromatösen Prozesses auf. Sie sind bei den luetischen Formen dieser Gefäßerkrankung zum mindesten sehr viel seltener anzutreffen als bei den gewöhnlichen Formen der Endarteriitis proliferans.

Auch die andere seltenere Spätform der Arteriosklerose, gewöhnlich Petrifikation genannt, bei welcher die Media der mittleren und kleineren Arterien gleichmäßig in ihrer ganzen Ausdehnung verkalkt, ist radiographisch nachweisbar, wie in letzter Zeit von FUCHS und HOLZKNECHT gezeigt wurde. In diesem Falle betrifft die Verkalkung nicht schollenartig, sondern gleichmäßig die ganze Wand, weshalb im Radiogramm für jedes Gefäß ein doppelter Kontur resultiert und von den zarten, geraden Gefäßen samt ihren Verästelungen pinselartige Bilder entstehen.

Das Klischee der beigegeführten Abbildung wurde mit gütiger Bewilligung der Direktion in der k. k. graphischen Lehr- und Versuchsanstalt in Wien hergestellt.

Otogene Senkungsabszesse.

Von **Dr. Ernst Urbantschitsch.**

II.

Wenn nun auch die drei Arten von Abszessen meistens in reiner Form vorkommen, so liegt es andererseits in der Natur der Sache, daß sich die verschiedenen Arten miteinander kombinieren können. Es wäre auch nicht einzusehen, warum nicht einmal ein Knochendurchbruch an zwei entfernt gelegenen Stellen erfolgen können sollte oder weshalb es in besonderen Fällen mit anatomischen Eigentümlichkeiten nicht auch zur Durchbrechung eines Blattes der Halsfaszie kommen kann und so zu einer Ansammlung von Eiter an einer nicht typischen Stelle. Derartige Kombinationen finden sich auch genug in der Literatur angeführt, so von GUYE (27), DE ROSSI (46), DE QUERVAIN (6), GRUBER (47), HAUG (48), GEORG KIEN (49), CHOLEWA (50), THIRY (51).

Die Diagnose der otogenen Senkungsabszesse ist oftmals recht leicht, besonders wenn sich eine Kommunikation zwischen dem Abszeß und dem Mittelohr, zumal bei akuter eitriger Entzündung, nachweisen läßt, wenn also beispielsweise bei Druck auf den Abszeß Eiter aus dem Gehörgang zum Abfluß gebracht werden kann. Und doch ist dieses wichtige Symptom (DE ROSSI) nicht immer stichhaltig. So behauptet BEZOLD (52), daß bei Druck auf eine Halsgeschwulst (das wäre im gegebenen Fall auf den vermeintlichen Abszeß) eine Kompression der Vena jugularis interna erfolgt, die

wiederum Stase im Sinus transversus herbeiführt, worauf bei der konsekutiven Dilatation bei bestehender purulenter Mittelohrentzündung Eiter aus dem Gehörgang gepreßt werden könne. KATZ (53) bestätigte diese Ansicht von BEZOLD experimentell durch Kompression der Jugularis. Nach KATZ handelt es sich in solchen Fällen um eine Dehiszenz im knöchernen Boden der Paukenhöhle, wobei sich die Bewegungen der Jugularis direkt auf den im Mittelohr angesammelten Eiter fortpflanzen.

Gewisse Schwierigkeiten stellen sich der Diagnose entgegen, wenn in der Paukenhöhle keine entzündlichen Erscheinungen nachzuweisen sind. In seltenen Fällen ereignet es sich nämlich, daß der Prozeß in der Paukenhöhle vollständig ausheilt, im Warzenfortsatz aber fortbesteht [SCHWARTZE (54)].

Das Alter des Patienten gibt jedoch für die Annahme eines otogenen Digestionsabszesses keine Anhaltspunkte, da solche ebenso bei jugendlichen wie bei alten Personen anzutreffen sind, bei letzteren freilich etwas häufiger als bei ersteren; nach BEZOLD'S (12) Erfahrungen bei Leuten im Alter von 57—78 Jahren in 27,7% gegen 11% bei Kindern.

Die Prognose der oberflächlichen und tiefen Halsabszesse ist, wenn rechtzeitig die Operation vorgenommen wird, fast durchwegs eine günstige. Bei stärkeren retropharyngealen Abszessen ist die Prognose zum mindesten zweifelhaft, zumal die Erkenntnis, daß es sich um einen otogenen Senkungsabszeß handelt, oft schwierig ist, was um so erklärlicher erscheinen mag, wenn man die Schwierigkeit der Untersuchung bei Kieferklamme bedenkt. Absolut ungünstig stellt sich die Prognose bei Auftreten von Fäulnisbakterien, also bei gangränöser Phlegmone, wie in dem Fall von SCHWARTZE (55), in dem durch die Gangrän das ganze mittlere und innere Ohr zerstört wurde, wobei selbst die inneren Organe bis zum Larynx von der Gangrän ergriffen waren; ferner in zwei Fällen von PIERCE (56).

Bei der Therapie, die fast durchwegs eine operative sein soll, hat der Grundsatz zu gelten, daß die Heilung nicht bloß in der Eröffnung des Abszesses zu suchen ist, sondern daß man auch stets den Krankheitsherd bloßzulegen hat. Da es sich meist um akute Entzündungen handelt, wird man gewöhnlich außer mit der Spaltung des Abszesses mit der Trepanation des Warzenfortsatzes sein Auskommen finden. Verhältnismäßig spät fand man den Mut, den Warzenteil von außen operativ anzugehen, vielleicht zum Teil aus dem Grunde, da die erste Eröffnung des Warzenfortsatzes durch JASPER (a. 1770) ein so unglückliches Ende nahm, dessen Opfer der königlich dänische Leibarzt JUST BERGER war; und hier handelte es sich um keinen eitrigen Prozeß, sondern lediglich um Verbesserung des Gehörs wegen Verschuß der Ohrtrompete. Übrigens waren die Erfolge bei eventuellen Versuchen in der vorantiseptischen Zeit, also vor LISTER, keineswegs sehr ermutigend; so erklärt sich die Menge der Gegner der Trepanation, wie z. B. ITARD (57), BONNAFONT (58), RAU (59), DIEFFENBACH (60) und anfangs auch WILDE (61). Zu den ersten Beschreibungen der Trepanation gehören die Arbeiten von FORGET (62), GRUBER, FOLLIN, JACOBY, SCHWARTZE und EYSELL (63).

Daß die bloße Eröffnung des Senkungsabszesses allein nicht genügt, die Lebensgefahr zu beseitigen, zeigt unter vielen anderen ein Fall von WEIL (64); ein neunmonatliches Mädchen erkrankte an heftiger beiderseitiger Otitis media purulenta, bald darauf trat heftige Dyspnöe ein, als deren Ursache ein Retropharyngealabszeß erkannt wurde. Durch Öffnen desselben trat momentane Erleichterung ein, doch erneuerte sich der Abszeß in kurzer Zeit und ehe Hilfe kam, trat Exitus letalis durch Glottisödem ein.

Bei chronischen Fällen ist die Radikaloperation, also die Bloßlegung und Vereinigung sämtlicher Mittelohrräume, erforderlich.

Die Senkungsabszesse selbst werden nach den Gesetzen der Chirurgie von außen breit gespalten; dies gilt insbesondere von den oberflächlichen und tiefen Halsabszessen.

Die retropharyngealen Abszesse werden im allgemeinen von der Mundhöhle aus gespalten und die Öffnung eventuell mit der Kornzange erweitert. Hat jedoch die Geschwulst die Höhe der Arteria thyroidea inferior erreicht, so empfiehlt KÖNIG die Inzision an dieser Stelle von der Halsseite aus; dieser Autor meint übrigens, daß die Spaltung des Senkungsabszesses von außen auch in den Fällen vorzunehmen sei, wo die Phlegmone den retropharyngealen Raum nicht überschritten hat (gemäß den Erfahrungen von BURKARDT). Die Spaltung wird am inneren Rand des Sternokleidomastoideus in der Höhe des Kehlkopfes vorgenommen, an der Innenseite der Schilddrüsengefäße, dicht am Kehlkopf bis zur medialen Seite der Karotis, wo man auf das Bindegewebe des pharyngealen Raumes stößt. Nach diesem Zugänglichmachen des Operationsfeldes wird die Erweiterung mittelst Kornzange, Auskratzung mit scharfen Löffeln, Reinigung und Jodoformgazetamponade vorgenommen. CHIENE (65) hat bereits früher dieses Verfahren befolgt, nur machte er den Schnitt längs des hinteren Randes des Kopfnickers.

Ein treffliches Beispiel für diese Operationsmethode lieferte M. KOTTMANN (DE SOLEURE) (66): ein zweijähriges Kind erkrankte im Anschluß an eine postskarlatinöse, akute eitrige Mittelohrentzündung an einem Retropharyngealabszeß, jedoch ohne die geringste Beteiligung des Warzenfortsatzes. Da Dysphagie und heftige Atemnot auftrat, wurde die Inzision (von innen her) vorgenommen, worauf augenblickliche Besserung auftrat. Doch schon tags darauf erneuerten sich die Beschwerden; nunmehr wurde eine Inzision von außen vor dem oberen Drittel des Kopfnickers vorgenommen, worauf rasche und definitive Heilung eintrat.

In Fällen, in denen ein operativer Eingriff unter keiner Bedingung zugelassen wird, gelingt manchmal die Heilung durch Eingießen von Jodoformemulsion nach vorhergegangener Kompression der Geschwulst und während der Kompression vorgenommener, sorgfältiger Reinigung des Gehörganges und der Paukenhöhle von Eiter [URBANTSCHITSCH (67)]. In einem dieser Fälle führte ein Fistelgang von der Spitze des Processus mastoideus gegen die Karotis und Vena jugularis 6 cm weit. Der allmähliche Verschuß innerhalb einiger Wochen konnte mittelst Sonde nachgewiesen werden.

* * *

Von interessanten Beispielen otogener Senkungsabszesse, die sich in der Literatur vorfinden, seien einige hier noch kurz erwähnt: SANTESSON (68) berichtet von einem Patienten, der an einem vom Ohr ausgehenden Gehirnabszeß litt; dieser fand seinen Abfluß in den Rachen, nachdem er die Tuba auditiva in ihrer ganzen Länge durchrissen hatte. — SCHWARTZE (69) beschreibt einen Fall, in dem ein otogener Senkungsabszeß in der unteren Halsregion die Vena jugularis interna vollständig zerstörte. In einem anderen Fall SCHWARTZES (70) ist der große Weg, den der Eiter zurücklegte, bemerkenswert, da hier der Abszeß bis zur Pleuralfaszie reichte. — GRUBER (71) beschrieb eine Paukenhöhlenentzündung, bei der die Eiterung durch einen Spalt vom Cavum tympani auf das Unterkiefergelenk und von da gegen den Pharynx vorgeschritten war. Ein andermal (beobachtet von GRUBER [47]) nahm der Abszeß den ganzen Tubenkanal ein und verschloß so das Ostium pharyngeum tubae; dabei konnte der Eiter durch Druck auf den Gaumen aus der Gehörgangsöffnung gepreßt werden. — ROSSI (72) erwähnte einen otogenen Subduralabszeß, der (vom Sulcus sigmoides durch das Foramen lacrum posterius) am Hals einen Senkungsabszeß bildete. — Erwähnenswert ist ferner ein Fall von KESSEL (36), in dem ebenfalls ein otogener Subduralabszeß (gegen das Cerebellum) sich eine Gasse zum Rachen bahnte und sich hier als Retropharyngealabszeß zeigte. — KIESSELBACH (73) erwähnte den Durchbruch eines Senkungsabszesses vom Warzenfortsatz in den Pharynx. — FARKAS (74) beschrieb einen Fall, in dem ein in das Ohr eingedrungenes Projektil durch einen Pharyngeal-

abszeß ausgestoßen wurde. — Wie schwierig mitunter die richtige Diagnose ist, zeigt ein Fall von THIRY (51); hier brach ein Senkungsabszeß in den Larynx durch und die fötide Beschaffenheit des expektorierten Eiters täuschte durch lange Zeit das Bestehen einer Lungengangrän vor. Interessant sind ferner zwei Beobachtungen meines Vaters, Professors V. URBANTSCHITSCH: In dem einen Fall (75) fand sich bei einem jungen Mädchen mit tuberkulöser Panotitis an der hinteren Rachenwand eine von der Seitenwand des Cavum naso-pharyngeale ausgehende Geschwulst; bei Druck auf diese strömte aus dem rechten Gehörgang massenhaft Eiter ab. In dem zweiten Fall (76) „entstand während einer eitrigen Paukenentzündung bei vollständig unempfindlichem und äußerlich nicht verändertem Warzenfortsatz in der Occipitalgegend eine fluktuierende Geschwulst, die sich allmählich unter den fürchterlichsten Schmerzen bis in den Nacken nach abwärts erstreckte. Bei Druck auf die Geschwulst konnte deren Zusammenhang mit der Paukenhöhle nachgewiesen werden, und zwar ergoß sich dabei stets eine beträchtliche Menge eines übelriechenden Eiters aus der Trommelfellöffnung nach außen. Die Entleerung des massenhaft angesammelten Eiters hatte binnen wenigen Wochen einen vollständigen Stillstand des Ohrenflusses und einige Monate später eine Heilung der Eiterung bei bleibender vollständiger Taubheit des erkrankten Ohres zur Folge“.

In der Sitzung der laryngo-otologischen Gesellschaft in München stellte HAUG (77) am 19. Oktober 1903 eine 19jährige Patientin vor, bei der es im Verlauf einer chronisch-eitrigen Mittelohrentzündung rechterseits zur Abszedierung auf dem Warzenfortsatz und zu einer kompletten Fazialislähmung gekommen war. Die objektive Untersuchung hatte derzeit außerdem ergeben: „ziemlich tiefgehende tuberkulöse Ulzeration der Präaurikulargegend, starke, stinkende, jauchig-blutige Sekretion aus dem Meatus, . . . an der Spitze des Processus (mastoideus) zwei tiefgehende Fistelgänge, die auf lauter rauen Knochen führen . . . Drüenschwellung in der ganzen seitlichen Halsgegend. Caput obstipum. Temperatur 39.9°. Die sofort vorgenommene Operation ergab eine mächtige tuberkulöse Zerstörung der ganzen Pars mastoidea mit Übergreifen auf die Decklage der Schädelgrube.“ Der Sinus sigmoideus zeigte sich weithin thrombosiert, über und unter ihm ein epiduraler Abszeß, der durch einen feinen Fistelkanal mit ihm kommunizierte. Der Erfolg war sehr befriedigend, doch mußte das Mädchen leider vor erfolgter Heilung in die Heimat zurückreisen. Aber nach einem Vierteljahr kam sie plötzlich wieder mit einer ganz unförmig kolossalen Aufschwellung und Infiltration der ganzen seitlichen Halsregion bis auf die Clavicula herunter, mit drohendem Durchbruch ins Mediastinum. Bei der neuerdings vorgenommenen Operation zeigte sich, daß längs der hinteren Partie des Kopfnickers nach aufwärts eine Fistel in ein kariös gewordenes Stück des Knochens und durch dieses wieder in einen Extraduralabszeß neben dem hinteren Ende des zu dieser Zeit obliterierten Sinus führte. Die Abszeßhöhle schloß sich zwar, doch ließ die Epidermisierung der allzu großen Wundhöhle lange auf sich warten und erforderte einen neuerlichen Eingriff (Transplantationen), um die Überhäutung in die richtigen Bahnen zu lenken.

In der Österr. Otologischen Gesellschaft zu Wien stellte am 29. Februar 1904 Dr. NEUMANN folgenden interessanten Fall aus der Klinik Hofrat POLITZER vor: Der betreffende Patient wurde unter Anzeichen otogener Pyämie auf die Klinik gebracht, woselbst von Dr. NEUMANN die Radikaloperation vorgenommen wurde, deren Einleitung die Unterbindung der Vena jugularis int. bildete. Da sich bei der Operation der Sinus thrombosiert zeigte, wurde er inzidiert und der Thrombus ausgeräumt. Infolge begünstigender anatomischer Verhältnisse konnte der Bulbus von der Operationswunde übersehen werden und es zeigte sich bei der Untersuchung desselben, daß dieser mit Eiter erfüllt war, daß es

sich also um einen Extraduralabszeß handelte, ein Empyem des Bulbus venae jugularis. Da tags nach der Operation der äußere Verband ganz durchfeuchtet war, wurde der Verbandwechsel vorgenommen, wobei aus der Bulbusgegend außer massenhaftem Eiter auch Cerebrospinalflüssigkeit (wie sich bei der chemischen Untersuchung ergab) floß. Am zweiten Tag nach der Operation konnte beim Verbandwechsel nachgewiesen werden, daß durch Druck auf die Nackenmuskulatur besonders reichlich Eiter von der Bulbusgegend zum Abfluß gebracht werden konnte. Damit war der Beweis erbracht, daß es sich also einerseits um eine Kommunikation des Extraduralabszesses mit dem Schädelinnern (Intraduralraum), andererseits um eine Verbindung mit einer Eiterhöhle außerhalb der Schädelkapsel (einem Senkungsabszeß) handelte. Die Obduktion bestätigte diesen Befund: Bei der Sektion wurde nämlich eine Perforationsöffnung des Bulbus aufgedeckt, die in den Subduralraum führte; ferner konnte nachgewiesen werden, daß sich der Eiter vom Bulbus aus einen Weg um das Foramen occipitale magnum gebahnt hatte und durch das Foramen condyloideum in einen Senkungsabszeß führte.

* * *

Wie schwierig mitunter die richtige Erkenntnis des Ursprungs eines Eiterherdes sein kann, dürfte der folgende, von mir beobachtete Fall zeigen^{*)}:

Die 9jährige Mitzi H. aus Ossarn bei Herzogenburg erkrankte in den ersten Tagen des November 1902 an einer schweren Angina, die sich durch einen über die ganzen Tonsillen ausgebreiteten, schmutzig-weißen, dicken Belag auszeichnete; nachdem sich dieser eine volle Woche erhalten hatte, stieß er sich langsam wieder ab. Das Fieber stieg gleich am zweiten Tage bis über 41° C und hielt sich während der ersten 8 Tage konstant nahe an 40° C. Dabei lag das Kind in tiefer Bewußtlosigkeit, weshalb auch mit Ausnahme einiger Löffel Wasser und Milch, die zeitweise gereicht wurden, keinerlei Nahrungsaufnahme stattfand. Erst am 8. Tage stellte sich allmählich das Bewußtsein wieder ein. Inzwischen wurde das Krankheitsbild durch das Auftreten von Skarlatina kompliziert. Schon in der Blüte des Exanthems zeigten sich am Stamme und an den Extremitäten vereinzelte Hämorrhagien, die jedoch mit dem Erblässen des Ausschlages ebenfalls wieder verschwanden. Die Behandlung beschränkte sich zu der Zeit lediglich auf Verabreichung von kleinen Mengen Antipyrin und stündlichen Gaben einer 1%igen Kalium chloricum-Lösung sowie auf kalte Einpackungen des ganzen Körpers mit kalten Umschlägen auf den Kopf. Mit der Rückkehr des Bewußtseins trat nach und nach Sinken der Temperatur bis zu einem subfebrilen Zustand auf.

Vom 10. November ab stieg die Temperatur von neuem an und 2 Tage später bemerkte man hinter dem linken Ohr ungefähr zwei Querfinger unterhalb des linken Warzenfortsatzes eine Vorwölbung bei gleichzeitig beginnender geringgradiger Eiterabsonderung aus dem linken Ohr. Am 13. November war die erwähnte Geschwulst bereits sichtlich größer, die Haut darüber gerötet, so daß sich der behandelnde Arzt Herr Dr. SCHMIDHUBER, als die Erscheinungen tags darauf noch ausgeprägter waren, zu einer Inzision unter Anwendung von Lokalanästhesie mittelst Chloräthyl entschloß. Der Eiter, der sich dabei entleerte, war ziemlich dünnflüssig und kam ganz aus der Tiefe herauf. Nach Ausspritzung der Wundhöhle mit 1% Sublimatlösung wurde diese mit Jodoformgazestreifen austamponiert, worüber dann der Verband angelegt wurde, der von nun an täglich gewechselt wurde. Am 17. November wurde ein zweiter Eiterherd eröffnet, am 25. ein dritter, am 3. Dezember ein vierter, am 10. Dezember ein fünfter und am 17. Dezember ein sechster.

Nur einer der erwähnten Abszesse am Halse betraf die rechte Seite, an der (während der Episode der Abszeßbildungen linkerseits) Eiterung aus diesem (rechten) Ohr aufgetreten war, ungefähr

4—5 Tage nach der Eiterung aus dem andern Ohr. Aber sowohl der Eiter aus dem Mittelohr wie aus dem Halsabszeß versiegte kurze Zeit nach Vornahme des operativen Eingriffes und es trat hier bald darauf vollständige Heilung auf. Der ganze Krankheitsprozeß spielte sich nunmehr in der Folge wieder ausschließlich linkerseits ab. Nach jeder Inzision trat Entfieberung ein und erst einige Tage vor der nächsten stieg die Temperatur wieder an, mitunter über 39°.

Auf meine Anfrage, ob die Abszesse nicht in einer bestimmten Reihenfolge aufgetreten waren, ferner ob nicht einer der Abszesse sich durch besondere Hartnäckigkeit ausgezeichnet hatte, berichtete mir Herr Dr. SCHMIDHUBER, daß jeder neu auftretende Abszeß stets tiefer als der vorhergehende gelegen war, sowie daß die erste Inzisionswunde (hinter und unter dem linken Processus mastoideus) die längste und tiefste von allen war, und daß sich hier die Eiterung auch tatsächlich am längsten hielt; so geschah es, daß die übrigen Wunden schon in Heilung begriffen waren, während die erste noch immer sezernierte.

Die Behandlung der Mittelohreiterung bestand in einer täglich einmal vorgenommenen leichten Ausspritzung des Ohres mit 3% Borsäurelösung und Einführung eines kleinen Wattetampons, der mehrere Male im Tage erneuert wurde. Während, wie gesagt, die Otorrhöe rechts in kurzer Zeit schwand (schon gegen Ende Dezember 1902 war kein Ausfluß mehr zu bemerken), eiterte das linke Ohr unaufhörlich weiter.

Anfangs der fünften Woche nach Beginn der Erkrankung trat Eiweiß im Harn auf; es wurden damals heiße Bäder in der Dauer von 15 Minuten täglich einmal verordnet, im ganzen 17 Bäder; der Eiweißgehalt schwand jedoch bereits nach ungefähr einer Woche.

Am 23. Dezember 1902 verließ die Kleine zum erstenmal das Bett und erholte sich von da an trotz des starken Kräfteverlustes ziemlich rasch, so daß die Behandlung des Kindes vom 3. Januar bis 4. Juli 1903 eine ausschließlich häusliche war; sie bestand in einem täglich erneuerten Borsalbenverband auf die erste Inzisionswunde, die sich übrigens schon zum größten Teil geschlossen hatte (die übrigen waren bereits vollständig vernarbt), ferner in täglichen Ausspritzungen des linken Ohres.

Am 4. Juli stellte sich plötzlich heftiger Kopfschmerz, Erbrechen und Schwindel ein, weshalb Herr Dr. SCHMIDHUBER die kleine Patientin am 6. Juli nach Wien transportieren ließ. Als ich diese am 7. Juli das erstemal sah, bestanden meningitische Symptome, weshalb die sofortige Aufnahme in die Ohrenabteilung des Spitals der allgemeinen Poliklinik veranlaßt wurde.

Der Status praesens ergab: Rechtes Trommelfell retrahiert, im vorderen Anteil normal-färbig, jedoch ohne Glanz, weshalb auch der Lichtkegel fehlte; nach rückwärts zu milchweiße Trübung, leichte Verdickung der Membran bei geringgradiger zentraler Atrophie dieser Partie. Auch median unten an der Peripherie der etwas hypertrophischen Fläche ist eine mäßige Verdünnung des Trommelfells zu erkennen. Links waren Gehörgang und Paukenhöhle mit dünnflüssig-eitrigem Sekret erfüllt, nach dessen Entfernung man eine beträchtliche Zerstörung des Trommelfells erkennen konnte; im Mittelohr war kariöse Erkrankung des Knochens nachweisbar, worauf schon die Beschaffenheit des Eiters hingewiesen hatte. Von Narben, die von den früher erwähnten Inzisionen herrührten, waren zu konstatieren: a) rechts eine 3 cm lange (lineare) Narbe, deren oberes Ende 3 cm nach rückwärts und etwas nach unten von dem untersten Punkt der Insertionslinie der Ohrmuschel — ich will diese Stelle kurzweg mit Angulus lobuli bezeichnen — gelegen ist; b) links eine 2 cm lange Narbe, ungefähr parallel dem Ansatz der Ohrmuschel, 2½ cm dahinter sich befindend; eine 1½ cm hinter dem Angulus lobuli beginnende Narbe, die 2½ cm nach abwärts zu reichte; nur wenig tiefer als diese gelegen eine ebenso lange Narbe, deren Endpunkte gegenüber den Endpunkten der letztgenannten oben 4 cm, unten 3 cm entfernt waren; endlich eine mehr rundliche, teilweise strahlenförmige Narbe am oberen Rande der Skapula in Schulterhöhe, 5 cm von der Mittellinie entfernt, bei einer 11 cm langen Distanz vom Angulus lobuli.

^{*)} Die Krankengeschichte bis zur Zeit der Operation verdanke ich einer brieflichen Mitteilung seitens des Herrn Univers. Med. Dr. JOHANN SCHMIDHUBER in Herzogenburg.

Am 8. Juli nahm ich die Radikaloperation vor. Dabei zeigte sich, daß die Karies an einer Partie die ganze Dicke des Knochens ergriffen hatte, so daß dieser teils bis zur Dura mater, teils bis zum Sinus transversus weggemeißelt werden mußte, bis schließlich sowohl harte Hirnhaut wie Sinus im Operationsfeld bloßlagen. An diesen Teilen sowie im Antrum mastoideum fand sich nebst Eiter reichlich Granulationsgewebe vor, das (nebst Hammer und Amboß) vorsichtig entfernt wurde. Es folgten: Vereinigung der geschaffenen Höhle mit dem Gehörgang durch Längsschnitt seiner hinteren Wand, Plastik mittelst zweier gebildeten Gehörgangslappen, Desinfektion mit 1‰ Sublimat, Tamponade mit Jodoformgaze, Okklusivverband. Die Erscheinungen einer Gehirnreizung gingen nunmehr rasch zurück; fieberloser, normaler Verlauf. Nach 8 Tagen nahm ich den ersten Verbandwechsel vor, weiters erfolgte dieser wöchentlich dreimal; außerordentlich erschwert war die Behandlung nur durch die ganz besondere Empfindlichkeit und Ängstlichkeit des Kindes, so daß zu einem Verband gewöhnlich zwei Hilfspersonen Mühe hatten, das Kind zu halten. Das war auch der Grund, weshalb ich früher, als ich es sonst pflege, von der Drucktamponade absah und bereits nach Verlauf zweier Monate die Behandlung auf Instillationen beschränkte, und zwar nahm ich Eingießungen einer 10‰igen Jodoformemulsion vor, während ich für zu Hause Instillationen mit Thigenolhydrogen-spiritus (Thigenol: 5, Hydrogenium hyperoxydatum (MERCK) 6‰: 10, Spiritus vini rectificatissimus: 20) verordnete. Dabei konnte ich die interessante Beobachtung machen, daß nach Eingießen der Flüssigkeit ins Ohr (die ich 5—10 Minuten darin ließ) nach einiger Zeit aus dem oberen Ende der unterhalb des Lobulus gelegenen Halsnarbe kleine Flüssigkeitströpfchen austraten; dieselbe Wahrnehmung konnte auch die Pflegerin des Kindes zu Hause machen, da stets nach Eingießen des Spiritus ins Ohr die Flüssigkeit in feinen Tröpfchen an der genannten Stelle des Halses wieder austraten.

Diese Erscheinung brachte mir Klarheit über die Entwicklung der Abszesse. Die Angina, die den Scharlach eingeleitet hatte, dürfte der ganzen Beschreibung und der Schwere der Erkrankung nach Diphtherie gewesen sein; es handelte sich in unserem Falle also wohl um „Scharlachdiphtherie“, die nicht selten von den bösartigsten Folgen für das Ohr begleitet ist. Es kam zu einer Infektion im Knochen des Warzenfortsatzes, die durch die infolge der Kombination beider Infektionskrankheiten bedeutend gesteigerte Virulenz der Bakterien eine rapide Einschmelzung des Knochengewebes veranlaßte, so daß der Eiter binnen kurzem gegen die Weichteile des Halses durchbrechen konnte, woselbst er die Senkungsabszesse bildete. Sobald jedesmal der Abszeß, wo er sich eben mehr der Oberfläche näherte, inzidiert wurde, heilte diese Partie unter der sachgemäßen Behandlung oberflächlich aus, was natürlich den Abszeß nicht hinderte, in der Tiefe abwärts fortzuschreiten. Daß diese Wanderung mit ziemlicher Schnelligkeit vor sich ging, zeigt, daß der ganze Weg vom Ohr bis zur Skapula in ungefähr einem Monat zurückgelegt war.

Erschwert war im vorliegenden Fall die Diagnose auf otogenen Senkungsabszeß dadurch, daß ja bei Scharlachdiphtherie eitrige Drüsenentzündungen häufig vorgekommen sind, also geradezu erwartet werden, wogegen der Gedanke an einen vom Ohr ausgehenden, dissezierenden Abszeß ferner lag. Daß es sich nun tatsächlich um einen Senkungsabszeß handelte, wurde erst nachträglich durch die Entdeckung des kleinen, vom Ohr zur Halsnarbe führenden Fistelganges erkannt. Es mag immerhin auffallen, daß dieser noch so lange nach der Operation weiterbestand; doch ist zu bedenken, daß der Fistelgang nicht bloß zur Weiterleitung des Eiters diente, sondern in seiner Wandung gewiß aus nicht gesundem Gewebe bestand, das an und für sich sicherlich nicht die Tendenz zur Heilung in sich barg. Da nun die Fistel von der Operation gar nicht berührt wurde — was um so erklärlicher ist, nachdem von ihrer Existenz nichts bekannt war —, da ferner die Heilung nach Radikaloperationen ausschließlich per secundam erfolgen kann, weshalb wir es also mit keiner

trockenen, sondern Eiter produzierenden Wundhöhle zu tun haben, so mag darin die Erklärung liegen, daß sich die Fistel nicht schloß.

Die Frage, warum das Bestehen der Fistel nicht schon früher offenbar wurde, ist wohl damit zu erklären, daß in den ersten zwei Monaten der Behandlung Drucktamponade angewandt worden war, so daß die freie Eiterbildung minimal war, wobei noch die augenscheinliche Enge des Kanals einer Eiterpassage entgegengetreten wäre. Und hätte selbst ein Flüssigkeitsdurchtritt stattgefunden, so wäre ein Übersiehen dieser Erscheinung, an die man ja gar nicht gedacht hatte, bei der außerordentlichen Feinheit der Austrittsöffnung vollkommen erklärlich.

Für beweisend, daß es sich in diesem Fall um einen otogenen Senkungsabszeß gehandelt hat, halte ich folgende Momente: 1. Das Bestehen einer Kommunikation zwischen Ohr und einer Halsnarbe. 2. Die Reihenfolge der Abszesse, indem jeder neue Abszeß unterhalb des vorangegangenen gelegen war. 3. Daß der letzte Abszeß bereits an der Skapula auftrat, an einem Ort, wo Drüsenabszesse niemals vorkommen. Und 4. die Einseitigkeit des Prozesses, indem — bis auf einen — alle Eiterherde links auftraten.

Was nun den einen rechtsseitigen Abszeß betrifft, so läßt sich derzeit kaum ein zwingender Beweis erbringen, daß es sich auch hier um einen Kongestionsabszeß gehandelt hatte. Immerhin erscheint es mir als wahrscheinlich, erstens einmal da es im Anschluß an eine eitrige Mittelohrentzündung aufgetreten war, zweitens da es sich zweifellos um stark virulente Bakterien gehandelt hat, was aus dem Krankheitsverlauf an der linken Seite ersichtlich ist, weshalb ein ähnlicher Prozeß rechts nicht leicht von der Hand zu weisen ist. Schließlich stehen Ausheilungen dieser Eiterherde nach einfachen breiten Inzisionen keineswegs vereinzelt da, zumal bei beiderseitigen infektiösen Erkrankungen des Gehörorgans erfahrungsgemäß in der Regel die der einen Seite viel leichter ist als auf der anderen.

* * *

Ein anderer Fall meiner Beobachtung zeigt, wie es trotz Trepanation und regelrechter Nachbehandlung zur Bildung eines Senkungsabszesses kommen kann.

Fräulein A. L., 50 Jahre alt, erkrankte im Verlaufe einer Influenza im Februar 1903 an einer Otitis media purulenta, die sich gegen Ende März auch auf den Warzenteil erstreckte, so daß ich mich in den ersten Tagen des April gezwungen sah, die Trepanation des Warzenfortsatzes vorzunehmen. Nach Wegmeißelung der Kortikalis stieß ich auf die in Suppuration befindlichen Warzenzellen bei mäßig starker Granulationsbildung. Nach sorgfältiger Exkochleation allen kranken Knochengewebes eröffnete ich das Antrum des Processus mastoideus breit, überzeugte mich nochmals, daß die Knochenhöhle durchwegs von gesunden, glatten Wandungen begrenzt war, desinfizierte das Operationsfeld mit 1‰ Sublimat und tamponierte mit Jodoformgaze. Die Schmerzen ließen nach der Operation nach, schwanden jedoch nicht gänzlich; die Nächte verbrachte die Patientin wegen nächtlicher Steigerung ihrer Schmerzen meist schlaflos. Trotzdem war der Wundheilungsprozeß ein sehr befriedigender; die Eiterung aus der Paukenhöhle hörte vollständig auf, die Trommelfellperforation schloß sich, die Trepanationshöhle füllte sich mit gesunden Granulationen. Am 10. April trat bei der Patientin Schmerzhaftigkeit bei stärkerem Druck auf die seitliche Halspartie auf sowie leichte Bewegungsbeschränkung und Schmerz bei Drehungen des Kopfes, Erscheinungen, die sich in den nächsten Tagen allmählich steigerten. Am 16. April konnte tiefe Fluktuation nachgewiesen werden, so daß das zweifelhafte Bild eines unter dem Kopfnicker gelegenen Abszesses vorlag. Dieser wurde von Prof. HOCHENEGG tags darauf eröffnet. Die Schmerzen ließen nach dieser Operation neuerdings nach, so daß die Patientin wenigstens einige Stunden in der Nacht schlafen konnte; doch begann eine stärkere Steigerung der Schmerzen bereits nach 8 Tagen unter Erhöhung der Temperatur (38.8°) und Mattigkeit.

Am 27. April konnte beiderseitige Stauungspapille (und zwar links mehr als rechts) nachgewiesen werden. Abends trat an diesem Tage Doppeltsehen und schließlich sogar Amaurose auf.

Da die Gefahr einer interkranialen Erkrankung nicht von der Hand zu weisen war, erfolgte am 28. April die dritte Operation (die zweite vom Ohr aus). Hierbei zeigte sich, daß die ursprünglich gemachte Trepanationshöhle von einer mehrere Millimeter dicken, vollständig gesunden Knochenwand begrenzt war. Beim Vordringen gegen die Dura mater eröffnete der Meißel jedoch ganz unerwarteterweise an der innersten Partie des Warzenteiles in unmittelbarer Nähe der Dura mater eine von den übrigen Zellen vollständig separierte Knochenzelle, wobei ungefähr ein Fingerhut voll rahmigen Eiters ausfloß. Das Ende der Operation, das mit der Auffindung dieses Eiters gegeben war, erfolgte in der früher beschriebenen Weise. Von diesem Moment an nahmen Schmerzen, Fieber und Stauungspapille sehr rasch ab.

Das Interessante dieses Falles liegt darin, daß außer den eröffneten vereiterten Zellen des Warzenfortsatzes noch eine mit diesen und der Paukenhöhle in keiner Kommunikation stehende Zelle von der Entzündung ergriffen war. Daß tatsächlich kein Verbindungskanal zwischen diesen Räumen bestanden hatte, beweist der Umstand, daß die Paukenhöhlenentzündung nach der ersten Operation ausheilte, und andererseits, daß sich der von der vereinzelt Warzenzelle abgesonderte Eiter nicht in die erste Trepanationshöhle ergoß; ferner die verhältnismäßig dicke und dabei gesunde Knochen-schicht zwischen diesen Zellen. In diesem Falle ist also eine Weiterverbreitung der Entzündung auf den präformierten Wegen (Gefäßkanälen) anzunehmen.

Deshalb mag es auch erklärlich erscheinen, daß der Gedanke an einen otogenen Senkungsabszeß fern lag und die Vermutung einer entzündlichen Erkrankung irgend eines anderen Organes näher lag, zumal im Verlauf von Influenza metastatische Entzündungsherde nicht so selten vorkommen. Gestützt wurde diese Annahme noch durch das Bewußtsein der durchgeführten Trepanation und des Befundes dabei, ferner durch das Auftreten von Stauungspapillen, was auch eine interkraniale Erkrankung, also einen dritten metastatischen Herd, mutmaßen ließ.

Literatur: (1) HYRTL, Handbuch der topographischen Anatomie, 1857, Bd. I, pag. 382. — (2) SÖMMERING, Lehre von den Eingeweiden, pag. 832. — (3) SCHREIB, Mikroorganismen bei akuten Mittelohrerkrankungen, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XIX, pag. 293. — (4) SCHREIB, Über die Erregung der Knochen-erkrankung des Warzenteils bei der akuten genuinen Mittelohrentzündung, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XXIII, pag. 46. — (5) KOCHER und TAVEL, Vorlesungen über chirurgische Infektionskrankheiten, I, pag. 140, Bale, 1895. — (6) DE QUERVAIN, „La semaine médicale“, 1897, pag. 134. — (7) GRUBER, Beiträge zur Anatomie des Schläfenbeines in ihrer Anwendung auf die praktische Ohrenheilkunde, „Wiener med. Wochenschr.“, 1867, Nr. 53, pag. 836. — (8) KISSELBACH, Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie des Schläfenbeines mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Schläfenbein, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XV, pag. 238. — (9) KIRCHNER, Über das Vorkommen der Fiss. mastoideo-squamosa und deren praktische Bedeutung, „Arch. f. Ohrenheilk.“, XIV, pag. 190. — (10) MOOS, Über einen bisher noch nicht beschriebenen Verlauf einer Warzenfortsatzkrankung, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XXIV, pag. 322. — (11) HYRTL, l. c. Nr. 1, pag. 224. — (12) BEZOLD, SCHWARTZE Handb. d. Ohrenheilk., II, pag. 320 u. 321. — (13) SCHWARTZE, Otitis media purulenta, Senkungsabszeß, Empyem des Warzenfortsatzes, „Arch. f. Ohrenheilk.“, XIX, pag. 235. — (14) THIRY, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XX, pag. 65. — (15) KRETSCHMANN, „Arch. f. Ohrenheilkunde“, XXIII, pag. 228. — (16) SCHWARTZE, Handb. d. Ohrenheilk., II, pag. 30. — (17) MERKEL, Handbuch d. topograph. Anatomie, I, pag. 3, Brunswick, 1885. — (18) BEZOLD, Ein neuer Weg für die Ausbreitung eitrigiger Entzündung aus den Räumen des Mittelohres auf die Nachbarschaft und die in diesem Fall einzuschlagende Therapie, „Deutsche med. Wochenschr.“, 9. Juli 1881, pag. 381. — (19) HAMON DU FOUGERAY, „Semaine médicale“, 1896, pag. 422. — (20) POULSEN, Über Abszesse am Halse, „Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, 1893, XXXVII, 1. T., pag. 55; „Nord. med. Arkiv“, 1893, Nr. 12; „Semaine médicale“, 1893, pag. 464. — (21) MOOS, Über die Bezoldsche Form der Warzenfortsatzkrankung sowie über Lateralsinusthrombose, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XX, pag. 47. — (22) CHOLEWA, Über den Eiterdurchbruch an außergewöhnlichen Stellen, „Deutsche med. Wochenschr.“, 6. Dezember 1888. — (23) BEZOLD und SCHWARTZE, Handbuch der Ohrenheilkunde, II, pag. 320. — (24) SCHWARTZE, Otitis media acuta mit akuter Karies des Warzenfortsatzes, fistulösem Senkungsabszeß am Hals bis zur Clavicula, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XIX, pag. 237. — (25) THIRY, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XX, pag. 65 und pag. 77. — (26) LEWIS, A case of deep cellulitis of the neck with partial paralysis of right arm following acute otitis media caused by a blow, „Brit.

Med. Journ.“, 1. September 1888; „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXVIII, pag. 54. — (27) GUYE, Zwei Fälle von Bezoldscher Perforation des Antrum mastoideum, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XXIII, pag. 90. — (28) KIRCHNER, Handb. d. Ohrenheilkunde, III. Aufl., Berlin 1890, pag. 152. — (29) BEZOLD, SCHWARTZE Handbuch, II, pag. 321. — (30) SCHWARTZE, Chronische Otitis media purulenta; sekundäre Periostitis des Warzenfortsatzes, fistulöser Senkungsabszeß vor dem Ohr, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XIX, pag. 229—237. — (31) KÖNIG, Spezielle Chirurgie, I, pag. 520 u. 522. — (32) WEIL, Beitrag zur Lehre der Ätiologie der Retropharyngealabszesse, „Monatsschr. f. Ohrenheilkunde“, 1881, Nr. 3. — (33) HAUG, Senkungsabszesse unterhalb des Processus mastoideus etc., „Archiv f. Ohrenheilk.“, 1897. — (34) GRUBER, Lehrbuch d. Ohrenheilk., II, pag. 453. — (35) DE ROSSI, Passaggio intracranico della marcia nella carie del temporale con accessi per congestione callo, Atti dell' accademia medica di Roma, 1888; „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXVIII, pag. 109. — (36) KESSEL, Fälle von Otitis int. etc. Dissertation, Gießen 1866. — (37) BRAUNSTEIN, Über extradurale otogene Abszesse, Archiv f. Ohrenheilk., LV, pag. 236. — (38) SCHWARTZE, Lehrb. d. Ohrenheilk., II, pag. 328. — (39) JACOBY, Zur Kasuistik der primären und sekundären Periostitis und Osteitis des Processus mastoideus, „Archiv f. Ohrenheilkunde“, XV, pag. 290. — (40) BALLANCE, Operations for septic thrombosis of the lateral sinus consecutive to aural disease, „Brit. Med. Journ.“, 5. April 1890; „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXXIII, pag. 144. — (41) CALMETTE, Übersetzung des Lehrb. d. Ohrenheilk. von URBANTSCHITSCH, pag. 365. — (42) GRUBER, Über Abszesse in der Umgebung des Gehörorgans, cit. v. HONGCAMP, Ein Fall von spontaner Gangrän der linken Halsgegend, Thèse de Wurtzbourg, 1885. — (43) SCHWARTZE, Handb. d. Ohrenheilk., II, pag. 841. — (44) GUYE, Nr. 27, pag. 42. — (45) KISSELBACH, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XXII, pag. 114. — (46) DE ROSSI, Ref. im „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXVIII, pag. 209. — (47) GRUBER, Über Abszesse in der Umgebung des Gehörganges, „Österr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.“, 1863, 1—6. — (48) HAUG, Senkungsabszesse etc., „Archiv f. Ohrenheilkunde“, XLIII. — (49) GEORG KIESS, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XXXIX, pag. 13. — (50) CHOLEWA, Über den Eiterdurchbruch bei Erkrankung des Warzenfortsatzes an außergewöhnlichen Stellen, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1888. — (51) THIRY, „Zeitschr. f. Ohrenheilk.“, XX, pag. 77. — (52) BEZOLD, SCHWARTZE Handb. d. Ohrenheilk., II, pag. 323. — (53) KATZ, Ein seltener Fall von akutem eitrigem Mittelohrkatarrh; Knochenlücke in der Fossa jugularis, „Berliner klin. Wochenschr.“, 21. April 1879. — (54) SCHWARTZE, Handbuch d. Ohrenheilk., II, pag. 326. — (55) SCHWARTZE, Otitis interna; caries ossis petrosi; gangraena auris externi et partium circumdantium, „Archiv für Ohrenheilk.“, II, pag. 295. — (56) PIERCE, cit. v. HONGCAMP, s. Nr. 42, pag. 23. — (57) IRARD, Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, Paris 1821. — (58) BONNAFONT, Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, Paris 1860. — (59) RAU, Lehrb. d. Ohrenheilk., Berlin 1856. — (60) DIEFFENBACH, Die operative Chirurgie, Leipzig 1845—1848. — (61) WILDE, Practical observations on aural surgery and the nature and treatment of diseases of the ear, Londres 1853. — (62) FOUGERAY, De la trepanation de l'apophyse mastoïde et des lésions morbides qui rendent cette opération necessaire, „Univ. méd.“, IV, 1860. — (63) SCHWARTZE und EYSEL, Über die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes, „Arch. f. Ohrenheilk.“, VII, pag. 157. — (64) WEIL, Beitrag zur Lehre von der Ätiologie des Retropharyngealabszesses, „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“, 1881, Nr. 3, pag. 43. — (65) CHIENE, in KÖNIG, Spezielle Chirurgie, I, pag. 523. — (66) M. KOTTMANN (DE SOLURE), „La semaine médicale“, pag. 135. — (67) URBANTSCHITSCH, Lehrb. d. Ohrenheilk., IV. Aufl., pag. 399. — (68) SAUTESSON, „Hygiea“, 1862, Nr. 14. — (69) SCHWARTZE, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XVI, pag. 267. — (70) SCHWARTZE, „Arch. f. Ohrenheilk.“, VII, pag. 176. — (71) GRUBER, Lehrb. d. Ohrenheilk., II, pag. 453; „Wiener med. Zeitung“, 1884. — (72) DE ROSSI, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXVIII, pag. 109. — (73) KISSELBACH, Versammlung zu Nürnberg 1890. — (74) FARKAS, „Archiv f. Ohrenheilk.“, XXVII, pag. 76. — (75) URBANTSCHITSCH, Lehrb. d. Ohrenheilk., IV. Aufl., pag. 396. — (76) URBANTSCHITSCH, Lehrb. d. Ohrenheilk., IV. Aufl., pag. 448. — (77) HAUG, „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“, 1904, Nr. 2, pag. 63.

*Aus den internen Abteilungen der Professoren
Hofrat Eisele und Matzner in Prag.*

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.

Von **Dr. Václav Plavec.**

(Fortsetzung.)

b) Therapie der akuten Phosphorvergiftung mit Rücksicht auf den resorbierten Phosphor.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß man die verheerenden Folgen der Phosphorvergiftung selbst längere Zeit nach der Resorption des Phosphors wenigstens zum Teile noch verhüten kann. Wir können dies erschließen: a) aus der relativen Euphorie, die man zur Zeit nach der bereits stattgefundenen Resorption des Phosphors beobachtet; b) aus der langsamen Entwicklung der Degeneration und der Veränderungen im Blute und in den Organen, die ihr Maximum oft erst am 8.—10. Tage erreichen; c) aus der geringen Affinität, welche der Phosphor im Blute und in den Organen, insbesondere an der Leiche, äußert. HUSEMANN und MARMÉ fanden Phosphor in

den Organen noch 20 Stunden nach dem Tode, und manche Gerichtsfälle, bei denen man in den Organen Phosphor fand, waren schon mehrere Tage alt. DYKOVSKY hat beobachtet, daß sich weder das Blut, noch der Phosphor unter der gegenseitigen Einwirkung wesentlich verändert. Der beste Beweis aber für diese schwache Affinität ist der Befund freien Phosphors im warmen (zirkulierenden) arteriellen Blute, der schon von mehreren Seiten bestätigt wurde (22).

Es wäre daher die antitoxische Therapie auch nach der Resorption des Phosphors noch am Platze und — eine gute Methode vorausgesetzt — sicher auch von Nutzen. Aber es fehlt bis jetzt nicht nur eine gute Methode, sondern es ist nicht einmal sicher, in welcher Richtung man nach einer richtigen Methode suchen soll, da Wirkung und Verhalten des Phosphors im Blute und in den Organen noch fast ganz unbekannt sind. Zur Erklärung besitzen wir nur einige mehr oder weniger wahrscheinliche Hypothesen.

Sicher ist nur soviel, daß nur die Resorption des freien Phosphors die Ursache der Vergiftung ist. Angesichts dieser Tatsache und der zahlreichen Beweise für das längerdauernde Vorhandensein freien Phosphors im Blute nimmt die Mehrzahl der Forscher¹³⁾ an, daß der Phosphor nicht bloß als solcher resorbiert wird, sondern daß er auch durch Beharren im freien Zustande (nach Art der Fermente) oder durch allmählichen Übergang in den gebundenen Zustand alle Veränderungen bedingt.

Der Nachweis des freien Phosphors im Blute und in den Organen wurde zwar in der Mehrzahl der Fälle kurze Zeit nach dem Genusse desselben — die Zeit seit dem Tode nicht eingerechnet — geliefert, und nur einige ältere Berichte verzeichnen einen positiven Befund auch in solchen Fällen, die nach dem Genusse des Phosphors noch mehrere Tage gelebt haben (TARDIEU, MIALBE, LEWIN, H. MAYER), aber dennoch machte und macht sich noch immer das Bestreben bemerkbar, auf den resorbierten Phosphor mit denselben Agentien einzuwirken, wie auf den im Darmtrakt vorhandenen Phosphor. Wenn es auch wahr ist, daß in zahlreichen anderen Fällen das Suchen nach freiem Phosphor im Blute und in den Organen negativ blieb, so kann man dieser Methode doch nicht von vornherein jede therapeutische Wirksamkeit absprechen, sondern muß die erzielten Resultate unparteiisch prüfen.

Zufällig werden aber vielleicht alle bekannten Gegenstoffe des Phosphors nach ihrem Übergange ins Blut sofort zerlegt (Kaliumhyperpermanganat, Wasserstoffsperoxyd) oder gebunden (Kupfersalze), so daß ihre Anwendung erfolglos, wenn nicht gefährlich wäre. Nur vom Terpentingöl wird behauptet, daß es im Körper nur zum kleinsten Teile zerlegt und zum größten Teile mit der Atemluft und dem Harn unverändert ausgeschieden wird.

In der Tat gibt es zahlreiche Toxikologen und Kliniker, welche glauben, daß das Terpentingöl nicht allein auf den im Darmtrakt vorhandenen, sondern auch auf den nach der Resorption im Blute befindlichen Phosphor günstig einwirkt. Es sind dies namentlich französische Autoren, welche seit den ersten Anfängen der Terpentingölbehandlung der akuten Phosphorvergiftung an dieser Ansicht festhalten. Die ursprüngliche Theorie PERSONNES, welche noch im Jahre 1886 von LACASSAGNE in seinem Buche angeführt wird, verlegte die antitoxische Wirkung des Terpentingöls ausschließlich ins Blut. PERSONNE, EULENBURG, REVEIL, DE MARCO u. a. stellten sich vor, daß der Phosphor auf Kosten des Blutsauerstoffs oxydiert werde, und daß dies das Wesen seiner Wirkung im Organismus und die Todesursache sei. Da nun das Terpentingöl die Phosphoreszenz und die allmähliche Oxydation des Phosphors an der Luft verhindert, nahm PERSONNE an, daß dieser Einfluß der Terpentindämpfe auf den Phosphor auch im Blute zur

Geltung komme. CURIE und VIGIER und KÖHLER haben aber gezeigt, daß, wenn auch die Desoxydation des Blutes bei der Phosphorvergiftung besteht, dieselbe so geringfügig sein dürfte, daß sie für den menschlichen Organismus gar nicht ins Gewicht fällt.

Trotzdem hat sich der Glaube an die therapeutische Wirkung des Terpentingöls auf den resorbierten Phosphor im Blute auch weiter behauptet, nur mit dem Unterschiede, daß einige neue Erklärungsversuche der Wirkungsweise entstanden sind. KÖHLER selbst gibt einen Einfluß des Terpentingöls auf den Phosphor im Blute zu. Er hat nämlich bei der Verabreichung rektifizierten Terpentingöls terpentingphosphorige Säure im Urin gefunden und glaubt deshalb, daß die Oxydation des Phosphors zu terpentingphosphoriger Säure bei der Verabreichung rektifizierten Terpentingöls erst im Blute auf Kosten des Blutsauerstoffes erfolge. Da er aber trotz der Entstehung der terpentingphosphorigen Säure keinen therapeutischen Effekt konstatieren konnte (d. h. nur bei Verabreichung des rektifizierten Öls), glaubt KÖHLER weiter, daß das Terpentingöl den Phosphor im Blute erst dann oxydiere, wenn derselbe seinen toxischen Einfluß bereits zur Geltung gebracht hat. Das Urteil KÖHLERS ist also jenem PERSONNES gerade entgegengesetzt.

Außer diesen zwei sich wesentlich voneinander unterscheidenden Theorien wurden im Laufe der Jahre noch manche andere mehr oder weniger modifizierte Ansichten über die Wirkung des Terpentingöls auf den resorbierten Phosphor ausgesprochen. DE MARCO (6) [1872] machte darauf aufmerksam, daß das Terpentingöl außer durch seine chemische Einwirkung (PERSONNE) auch auf dem Wege einer gesteigerten Diurese die Entfernung des resorbierten Phosphors günstig beeinflussen könne. Nach der Theorie von MARCAN verhindert das Terpentingöl die Oxydation des Phosphors in der Weise, daß es mit ihm ungiftige Verbindungen eingeht, die keine Affinität mehr zum Sauerstoff besitzen. LACASSAGNE wiederum gibt an, daß sich GUBLER vorgestellt habe, daß das Terpentingöl den Blutsauerstoff ozonisiert.

THIERNESSE und CASSE (44) haben direkt in das venöse Blut mit Phosphor vergifteter Tiere Sauerstoff eingeführt und schließen aus dem günstigen Resultat ihrer Versuche, daß der im Terpentingöl frei suspendierte Sauerstoff auf den Phosphor im Blute einwirke und mit ihm unschädliche Verbindungen eingehe. Auch KOBERT ist der Ansicht, daß das Terpentingöl auch nach der Resorption des Phosphors noch günstig auf denselben einwirken könne. In letzter Zeit hat sich O. BUSCH mit dieser Frage beschäftigt. Bei KOBERT und DRAGENDORFF hat er eine Reihe von Versuchen ausgeführt, bei denen er den vergifteten Tieren das käufliche (sauerstoffhaltige) Terpentingöl gab. Nach den Endresultaten vertrugen die behandelten Tiere bloß um 0.0005—0.001 g pro kg Gewicht mehr Phosphor als die nicht behandelten. Da er einen therapeutischen Effekt auch dann beobachtete, wenn er den Phosphor subkutan und das Terpentingöl per os einfuhrte, so schließt er daraus, wie schon vor ihm KOBERT selbst, daß der therapeutische Einfluß des Terpentingöls auf den Phosphor auch im Blute zur Geltung komme. Größere Phosphordosen ließen sich aber mit Terpentingöl nicht annullieren, da die sich bildende terpentingphosphorige Säure in größeren Mengen dieselben Symptome hervorrufe wie der Phosphor selbst. K. STICH wies sogar nach, daß die terpentingphosphorige Säure eigentlich der aus der Terpentingöllösung herauskristallisierte Phosphor ist, welcher von verharztem Terpentingöl bedeckt ist.

Aber mit Recht weist KUNKEL auf den wichtigen Umstand hin, daß BUSCH von der Entstehung der wenig giftigen terpentingphosphorigen Säure spricht, ohne sie im Harn nachgewiesen zu haben. Dagegen fand KÖHLER terpentingphosphorige Säure auch im Harn der mit rektifiziertem Terpentingöl behandelten Tiere, sah aber keinen therapeutischen Effekt. Daß in der betreffenden Serie der KÖHLERSchen Versuche rektifiziertes Terpentingöl verwendet wurde, während BUSCH oxydiertes benutzte, hat nicht viel zu sagen, da das Terpentingöl seinen

¹³⁾ LEWIN, MIALBE, TARDIEU, PERSONNE, BAMBERGER, KÖHLER, L. HERRMANN, SCHULTZEN, RIESS, BINZ, H. MAYER, PFLÜGER, KOBERT, V. JAKSCH, KIONKA, ARAKI, O. LÖW und viele andere.

freien Sauerstoff beim Mischen mit Flüssigkeiten (Wasser) an diese leicht abgibt (KOBERT), so daß es sich nach der Resorption des Terpentins gleich bleibt, ob sauerstoffhaltiges oder reines Öl gereicht wurde. Die geringfügige Menge des Sauerstoffs oder selbst des Ozons, die bei der Resorption des Terpentins frei wird und sich im ganzen Körper verbreitet, kann bei der Oxydation des Phosphors im Blute keineswegs entscheidend sein.

Neuerdings hat auch K. STICH¹⁴⁾ geglaubt, daß der Phosphor unverändert den Chemismus in den tierischen Organen beeinflusst. Die Wirkung des ozonisierten Terpentins stellt sich STICH in der Weise vor, daß der in diesem angelegte Sauerstoff die normal vorhandenen O-Valenzen deckt und so die durch den Phosphor gestörten Oxydationsvorgänge wieder ermöglicht.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

P. ZWEIFEL (Leipzig): Zur Behandlung der Hämatokelen.

Bei einer Extrauterigravidität kann es zu jeder Zeit, auch schon wenige Wochen nach dem Ausbleiben der Menstruation, zu einer Eröffnung der Serosa der Tube kommen, und wenn die Blutung in die freie Bauchhöhle geht, eine rasche Verblutung erfolgen. Ist der Zufall günstig und wird nur eine gefäßarme Stelle des Peritoneums getroffen, dann kommt eventuell eine Abkapselung zustande. Es kann aber auch zuerst die Eikapsel in der Tube einreißen, Blut durch das Ostium tubae abdominale ausfließen, eine Blutgeschwulst im DOUGLASSchen Raum entstehen und nachträglich doch noch eine andere Stelle der Tube, an welcher das Ei weiter wuchs, usuriert werden. Wenn also bei einer schwangeren Frau ein Anfall von peritonitischer Erkrankung eintritt, d. h. große Schmerzen im Unterleib, Ohnmacht, Kollaps, Erbrechen, so ist bei Fieberlosigkeit immer zuerst an eine Usur der schwangeren Tube zu denken und bei der großen Gefahr des Wartens und der sehr guten Aussicht des frühen Operierens unbedingt die sofortige Operation notwendig. Die Fälle mit akuter Blutung in die freie Bauchhöhle gehen regelmäßig zugrunde, wenn man sie wenigstens nicht so bald zur Operation bekommt, daß sie noch etwas Puls haben; die Kranken, welche noch atmen, wenn sie vom Operationstisch herunterkommen, genesen in der Regel. Die Operation selbst ist einfach („Münch. med. Wsch.“, 1903, Nr. 19). Sie besteht in dem raschen Aufsuchen der blutenden Tube und Abklemmen derselben. Dann wird mit der Narkose und gleichzeitig mit einer subkutanen Kochsalzinfusion begonnen. Sind die Kranken unempfindlich geworden, dann wird die Tube abgebunden und das ausgetretene Blut so rasch als möglich aus der Bauchhöhle entfernt. Die Forderung, bei einer inneren Blutung die Bauchhöhle sofort zu eröffnen, die Blutung zu stillen und das Blut vollständig auszuräumen, gilt nicht bloß für die primären Rupturen und Usuren, sondern auch für die sekundären, welche vor Eintritt der lebensgefährlichen Blutung eine abgekapselte Hämatokele hatten. Die abgekapselten Hämatokelen sind nach Z. exspektativ zu behandeln. Nur Verjauchung des Blutes, anhaltende Schmerzen und eine besondere Größe der Blutgeschwulst sollen zum Operieren veranlassen; die Operation ist womöglich erst nach Bildung einer festen Kapsel vorzunehmen. Als Eingriff kommt in erster Linie die Elytrotomia oder Kolpotomia posterior in Frage, d. h. die schichtweise ausgeführte Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes und des DOUGLASSchen Raumes, Ausräumen des geronnenen Blutes durch Zerteilen mit zwei Fingern, Wegspülen der Blutgerinnsel und endlich Ausstopfen der Höhle mit Jodoformgaze. Die Kapsel der Blutgeschwulst darf nicht gesprengt werden, auch darf man in der Tube nicht die Blutmassen um das Ei herum stehen lassen, weil dies zu Zersetzung, Fieber und Sepsis führen kann. Handelt es sich um Verjauchung der Hämatokele, dann darf nur von unten her operiert werden, mit möglichst vollkommener Ausräumung.

G.

¹⁴⁾ „Münchener med. Wochenschrift“, 1902, Nr. 32.

H. KRON: Über hysterische Blindheit.

An zwei eigenen und vielen fremden Beobachtungen studierte Verf. die hysterische Blindheit („Neurol. Zentrabl.“, 1902, Nr. 13 und 14). Sie ist ungefähr ebenso oft ein- wie doppelseitig, könnte aber im ersten Falle leichter übersehen werden. — Bei Weibern ist sie häufiger gesehen worden, besonders die schwerere Affektion, die doppelseitige; da Verf. aber die männliche Hysterie für sehr selten hält (1:20 weibliche), so wäre die Zahl der männlichen Fälle noch immer relativ groß. — Nach dem Verlaufe teilt Verf. die Fälle ein in solche, in denen die Blindheit nur einmal aufgetreten ist (transitorische, die bis zu einigen Tagen dauern; kurzdauernde mit 2—6 Wochen Dauer; langdauernde, 4 Monate bis zu 10 Jahren) und in Fälle mit wiederholten Anfällen, nämlich regelmäßig und unregelmäßig intermittierende und in sehr langen Intervallen rezidivierende; die einmal auftretenden sind viel häufiger. Meistens tritt sie plötzlich auf, sehr selten allmählich, nicht immer auf beiden Augen zugleich, öfters nach Kopfschmerzen, selten nach hysterischen Attacken, bzw. Krampfanfällen; jedenfalls hat man mit der Amaurose als monosymptomatischer Erscheinung zu rechnen. — Sie kann mit Störungen der motorischen Augeninnervation verbunden sein, nie aber ist Lähmung der Binnenmuskeln festgestellt, auch nicht rein reflektorische Pupillenstarre (bei erhaltener Akkommodation). Mit Ausnahme von Ptosis keine Lähmung der äußeren Augenmuskeln. Beteiligung des Augenhintergrundes (wegen der psychischen Grundlage) ausgeschlossen. — Verlauf meist gutartig, Ausgang in Heilung, Wiederkehr des Sehvermögens meist plötzlich. Warnung vor der Annahme der Simulation mit der Begründung, daß die hysterische und die simulierte Amaurose einander gerade bei den feinsten Untersuchungsmethoden völlig gleichen können. Wichtig ist es, daß auch das hysterisch blinde Auge beim Verschließen des gesunden deutlich abirren kann, während es beim binokulären Sehakt fixiert.

INFELD.

TERSON (Paris): Über die urgente Behandlung der Amblyopie nach Blutverlusten.

Die Augenärzte kennen die große Gefahr der Amaurose nach Blutverlusten. Dagegen sind die Ärzte im allgemeinen darüber schlecht orientiert und auch die gebräuchlichen Handbücher enthalten wenig oder gar nichts über diesen Gegenstand. Verf. beobachtete mehrere Fälle, bei denen nach schweren Blutverlusten ein partieller Sehnervenschwund eintrat („Gazette des hôpitaux“, 1903, Nr. 104). Überzeugt, daß manche Kranke der Blindheit entgehen können, wenn sofort eine entsprechende Therapie eingeleitet wird, empfiehlt T. ein urgentes Verfahren, nämlich eine ausgiebige Injektion mit künstlichem Serum. Wie immer die Amblyopie bedingt sei, ob der Fall foudroyant oder langsam verläuft, ob es sich um einen Spasmus, um hochgradige Anämie der Netzhaut oder um eine toxische Ursache handelt — stets ist sofort eine Waschung des Blutes und die dadurch erhöhte arterielle Spannung anzustreben. Dr. POINOT übermittelte dem Vortr. die Krankengeschichte einer Frau, die post partum sehr viel Blut verloren hatte und, als sie aus einer tiefen Ohnmacht erwachte, nicht sehen konnte. Sie erkannte kaum mehr den Lichtschein der nahestehenden Lampe. Es wurden sofort 400 cm³ einer 7‰igen Kochsalzlösung eingespritzt. Tags darauf war das Sehvermögen völlig wiedergekehrt. Dieses Verfahren ist daher in geeigneten Fällen stets anzuwenden, um eine Schädigung des Gesichtssinnes hintanzuhalten, die zuweilen dauernd und unheilbar werden kann.

J. St.

AD. SCHOTT (Heidelberg): Über Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen.

Verf. berichtet („Beitr. zur klin. Chir.“, 1903, Bd. 39) über 180 Pat. (mit 221 Einzeleingriffen) des Zeitraums 1889—1900. Steinrezidiv kam in 11% zur Beobachtung (in 8% der Fälle kamen Steine durch Fisteln später zum Vorschein). Schmerzrezidiv wurde in 1·0%, Koliken mit Ikterus in 10% der konservativen Operationen, 15% der drainierenden Operationen beobachtet. Bauchhernien wurden in 12% (in 10% nach Zystotomien, in 16%

nach Choledochotomien) beobachtet, Beschwerden machten nur 3·3%. Gallen fisteln wurden früher bei 9·1%, in den letzten Jahren nur bei 4·4% beobachtet. CZERNY suspendiert seit 1896 die Gallenblase im Peritoneum parietale und schiebt ein Drainrohr ein, dem die Wundränder eng anliegen, so daß die Bauchwunde nicht mehr teilweise mit Gallenblasenschleimhaut ausgekleidet ist, die den rechtzeitigen Schluß der Bauchwunde verhindert. Magendarmerscheinungen wurden in 36·6% beobachtet und sind wohl zumeist auf Adhäsionen zurückzuführen. SCH. konstatiert die geringere Mortalität an Gallensteinoperationen überhaupt (5%); während die am meisten geübte Zystostomie (bei 1·3% Mortalität) die möglichst frühzeitige chirurgische Behandlung des Gallensteinleidens berechtigt erscheinen läßt, sind auch für die Zystektomie mit 20% Mortalität und die Choledochotomie (früher 12%) die Verhältnisse günstiger geworden (4·4% Mort. der seit 1898 operierten Fälle). SCH. kommt zu dem Schlusse, daß ein echtes Steinrezidiv nach durchschnittlicher Beobachtung von 5—6 Jahren bei 180 Fällen nicht festgestellt ist, wenn auch bei einem ziemlich hohen Prozentsatze der Operierten wieder Erscheinungen auftraten, die einen voreiligen Schluß auf Rezidiv gestatten könnten. Bei 5% bestehen derzeit Symptome, die mit dem Gallensystem in Beziehung stehen können, bei 95% der Operierten trat vermutlich Dauerheilung der Cholelithiasis ein.

B.

SCHITTENHELM (Breslau): Zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin.

I. Das relative Verhältnis Stickstoff zu Ammoniak bleibt bei gleichbleibender Kost, abgesehen von den Einstellungstagen, ein gleiches, einerlei, ob sie viel oder wenig Eiweiß enthält und insbesondere auch, ob mit ihr Fleisch gereicht wird oder nicht. Auf das Verhältnis hat es keinen Einfluß, ob der Körper sich im Stickstoffgleichgewicht befindet oder ob Stickstoffansatz statthat.

Das Verhältnis ändert sich zu Gunsten des Ammoniak, sobald der an sich dem Kalorienbedürfnisse genügenden gemischten Kost größere Fettmengen beigegeben werden. Diese Änderung des Verhältnisses bei Fettzufuhr hat ihren Grund in einer Säuerung des Organismus mit Fettsäuren und deren Abbauprodukten („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 5 u. 6).

II. Die Salzsäureproduktion des Magens hat einen Einfluß auf die Ammoniakausscheidung im Urin, so daß das relative Verhältnis Stickstoff zu Ammoniak steigt, wenn Salzsäure produziert wird und sinkt, wenn dieselbe fehlt.

III. Bei chronischen destruierenden Leberkrankheiten besteht eine Steigerung der Ammoniakzufuhr und damit auch des relativen Verhältnisses, welche zurückzuführen ist auf eine Säuerung des Organismus. Dieselbe kann durch Fettzufuhr noch vermehrt werden, und zwar scheint diese Steigerung rascher und intensiver aufzutreten, als beim normalen Organismus.

BR.

M. LOUP (Paris): Die Technik der Kokainanästhesie.

Die Anästhesie hängt von zwei wichtigen Faktoren ab, von der Wirkung des Alkaloids und von der Technik des Operateurs. Das wichtigste ist das Vertrauen des Patienten. Sehr viel hängt von dem Gewebe ab, in welches man die Injektion macht. Über der Wurzelspitze ist das Gewebe großmaschig, so daß die injizierte Flüssigkeit zu rasch diffundiert. In der Mitte, zwischen Wurzelspitze und Zahnhals ist die Schleimhaut dünn und liegt dem Knochen zu fest an. L. empfiehlt als Einstichort den Zahnfleischpolster, welcher in der Höhe des Zahnhalses ringförmig den Alveoleneingang umgibt. Die Injektionsnadeln sind wie das Mundstück einer Klarinette geschliffen. Man muß daher („L'Odontologie“, Bd. 29) die seitliche Öffnung der Nadel dorthin wenden, wohin man den Flüssigkeitsstrom lenken will. Wenn wir z. B. den ersten Backenzahn extrahieren wollen und die Nadel so einführen, daß die Schlifffläche gegen den Eckzahn sieht, so wird das Gewebe rings um diesen anästhesiert, während das eigentliche Operationsfeld von dem Flüssigkeitsstrom wenig berührt wird. Mehrmaliges Einstechen ist bei Befolgung dieser einfachen Regel unnötig. Wann

man extrahieren soll, richtet sich nicht nach der Uhr, sondern nach dem Patienten, welcher angeben kann, wann die Anästhesie eingetreten ist. Darnach richtet sich auch die Dosis, welche zur Injektion ausreicht. Stets genügt ein Quantum von 0·02g Kokain, häufig erreicht man aber schon mit 0·01g oder noch weniger vollständige Anästhesie.

L.

G. SCHULAK: Über einen Fall von Geophagie.

Der 50jährige Patient klagte über schneidenden Schmerz im Abdomen und häufigen Stuhl drang. Status: Der Patient ist von mittlerer Statur, hager; Gesichtsfarbe leicht erdfahl. Zunge mit weißlichem Belag bedeckt. Schleimhäute blaß, Abdomen etwas aufgetrieben. Behandlung:

Rp. Emuls. Ol. ricini 180·0
Tinct. menthae 2·0
Tinct. opii simpl. 1·0
M. D. S. stündlich 1 Eßlöffel.

Hierauf bekam der Patient 2 Tage lang:

Rp. Extract. opii aqnos. 0·03
Magist. bismut.
Tannalbin aa. 0·3
M. f. p. d. t. d. 6.
S. 3mal täglich ein Pulver.

Unter dieser Behandlung erholte sich der Patient bald, und nun gab er die sehr interessante Geschichte seiner Erkrankung zum besten („Feldscher“, 1903, Nr. 13). Vor 15 Jahren erkrankte er an Gastroenteritis, die mit sehr schmerzhaftem Drängen und Blutung aus dem Mastdarm einherging. Die Krankheit ging gewöhnlich ohne jegliche Behandlung zurück, blieb 2—3 Monate fort, um dann jedoch wieder aufzutreten. Dieser Zustand hielt 7—8 Jahre lang an. Eines Tages verspürte der Pat. beim Anblick von weißem Lehm das unüberwindliche Verlangen, davon zu kosten. Er tat es, fand an Lehm Gefallen und begann von nun an, täglich 1—3 Pfund Lehm zu verspeisen, so daß er innerhalb 5 Monaten zirka 8 Pud (1 Pud = 32 Pfund) verbraucht hat. Der Patient behauptet nun, daß ihm der Lehm sehr gut bekommen sei, daß er sich wohler gefühlt habe und auch im Aussehen frischer geworden sei. Dann sei plötzlich Widerwillen gegen den Lehm eingetreten und der Patient ernährte sich $\frac{1}{3}$ Jahr lang normal. Nach einiger Zeit erblickte er auf der Jagd einen Haufen frischer Erde, der vom Maulwurf aufgeworfen war und verspürte wiederum das Verlangen, die Erde zu verspeisen. Mit diesem Vorfall begann wieder eine längere Periode von wahrer Geophagie, die sich jedoch nur zugleich mit der alten Verdauungsstörung einstellte. Auch diesmal soll das primitive Gericht, von dem der Patient bis zu 2 Pfund täglich zu sich nahm, heilsam gewirkt haben. L—y.

W. ORLOWSKY (St. Petersburg): Ein Beitrag zur Alkalieszenz des Blutes.

Als Ergebnis seiner Untersuchungen führt Verf. Folgendes an („Deutsch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 341):

Der Alkalimeter von ENGEL gibt Resultate, die die tatsächlichen Ziffern um 106·6 mg NaOH auf 100 cm³ Blut übertreffen, wenn man Lakmus als Indikator benutzt; wenn man aber Lakmoid als Indikator benutzt, dann beträgt die Differenz 119 mg NaOH. Die Blutalkaleszenz gesunder Personen beträgt 240—267 mg NaOH auf 100 cm³ Blut bei Benutzung von Lakmus, 269—289 bei Benutzung von Lakmoid als Indikator. Bei den verschiedenen Krankheiten ist die Blutalkaleszenz proportional dem Gehalt an roten Blutkörperchen: sie wird geringer bei vermindertem Gehalt an Erythrozyten, bleibt normal bei normalem Gehalt. In Anbetracht dessen gibt die Bestimmung der Blutalkaleszenz allein nicht die Möglichkeit, uns einen rechten Begriff von der Ursache ihrer Abweichung von der Norm zu machen.

Man kann eine Anhäufung von sauren Produkten im Blut, folglich die Säureautointoxikation des Organismus, nur dann annehmen, wenn bei normaler Zahl der roten Blutkörperchen die Blutalkaleszenz vermindert ist oder in dem Fall, wenn die Verminderung der Blutalkaleszenz in viel stärkerem Maße ausgesprochen ist, als die Verarmung des Blutes an Erythrozyten

Eine solche Unproportionalität, die uns die Möglichkeit gibt, die Säureautointoxikation des Körpers anzunehmen, wurde bisher nur bei schwerem Diabetes mellitus und bei Krebskachexie beobachtet. Geringe lauwarmer (37·5° C) alkalische Klysmen erhöhen in stärkerem Grade die Blutalkaleszenz, als der innerliche Gebrauch von Alkalien sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken.

Die künstliche Erhöhung der Blutalkaleszenz, hervorgerufen durch inneren Gebrauch von Alkalien oder durch alkalische Klysmen, dauert nur kurze Zeit an.

J. SHOTA (Prag): Die Erfolge der internen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung.

Die Erfolge der internen Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung sind nicht schlechter als die operativen und dabei bleibt dem Kranken die Furcht vor der Operation und ihre etwaigen unangenehmen Nachfolgen (ventrale Hernie, Fistel) erspart. In elf von Verf. beobachteten Fällen schwand das Exsudat und das Fieber nach interner Behandlung 7mal vollkommen („Sborník klinický“, Bd. V, H. 1). Ganz natürlich ist es nötig, will man ein besseres Endresultat erzielen, geeignete Fälle auszusuchen. Bei vorgeschrittener Lungentuberkulose oder großem pleuritischen Exsudate ist die Prognose schlechter. Auch die trockene Form bietet schlechtere Aussichten als die aszitische. Bei diesem doch so chronischen Leiden ist selten eine dringliche Entleerung des Exsudates nötig und dann kann ja zur Punktion Zuflucht genommen werden, die auch in Fällen, wo das Exsudat schon lange stationär bleibt und der Höhepunkt des Prozesses schon überschritten ist, durchgeführt werden kann. In den übrigen Fällen kann folgende interne Behandlung durchgeführt werden: Tägliche Einreibungen des Bauches mit Jodoformsalbe (Jodoform 1, Sap. viridis 20) und darüber einen Priëbnitzschen Umschlag. Die Einreibungen werden so lange fortgesetzt, bis Reizungssymptome der Haut sich einstellen, dann werden täglich auf 1—2 Stunden kalte Umschläge appliziert, und lassen die Reizsymptome noch nicht nach, so wird die Haut eingepudert. Natürlich dürfen auch gute Ernährung und Stärkungsmittel nicht vernachlässigt werden.

STOCK.

WILHELM RÜHL (Dillmburg): Zur Technik des vaginalen Kaiserschnittes, bzw. vorderen Uterus-Scheiden-schnittes (Hysterotomia vaginalis anterior).

Vor Beginn der Operation soll der Zervix, soweit wie möglich, stumpf dilatiert werden. Um so kleiner kann dann die Inzisionswunde am Uterus sein und man wird ferner eine eventuell mögliche Sekret- und Lochialverhaltung vermeiden. Zur Vermeidung stärkerer Blutungen, die insbesondere von den Geflechten der Venae utero-, cervico- et vesico-vaginales ausgehen, ist es ferner wichtig („Zentralblatt f. Gynäk.“, 1904, Nr. 2), die Blase außerordentlich vorsichtig und schonend abzulösen und dies vor allem in nicht größerer Ausdehnung als absolut notwendig. Insbesondere ist es wichtig, hierbei die „richtige“ Schicht anzufinden. Um tiefe Einrisse zu umgehen, muß die Inzision möglichst groß gemacht, eventuell auch die hintere Uteruswand gespalten werden. Die schweren Geburtsstörungen nach vorausgegangener Vaginaefixatio verleihen der Operation insofern eine andere Gestaltung, als hier nur die vordere Zervix- und Uteruswand zu erreichen sind. Die Schwierigkeiten bestehen in dem extremen Hochstand des inneren Muttermundes und in der Vermeidung von Verletzungen der Blase, welche direkt neben der Verklebungsstelle von vorderer Uteruswand und Scheidenwand sich implantiert.

FISCHER.

M. EINHORN (New-York): Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Histologie der Magenschleimhaut bei pathologischen Zuständen dieses Organs.

Die sekretorischen Funktionsstörungen des Magens basieren nicht auf primären Veränderungen der Magenmukosa; sie erzeugen vielmehr, falls sie längere Zeit anhalten, nachträglich anatomische, mehr oder weniger hochgradige Läsionen derselben („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 43). Die Diagnose Magenkrebs kann

unter besonders günstigen Umständen aus dem Befund eines Magenschleimhautstückchens gestellt werden, und zwar dann, wenn ein direktes Hineinwuchern von Epithelzellen in die Drüsensubstanz genau beobachtet wird. Therapeutisch muß die Hauptaufmerksamkeit bei Behandlung der Sekretionsstörungen des Magens auf eine Besserung des Allgemeinzustandes gerichtet sein, erst in zweiter Linie kommen etwaige spezielle Maßnahmen für die vorliegende Verdauungsanomalie in Betracht.

B.

FRAENKEL (Breslau): Über Versuche, durch experimentelle Verlagerung von Keimgewebe Karzinom zu erzeugen.

Verf. hat bei Kaninchen und Meerschweinchen durch Transplantation maligne Tumoren zu erzeugen versucht, doch ergaben sämtliche Experimente ein negatives Resultat. Zunächst wurden schwangeren Kaninchen die Bauchhöhle eröffnet und kleinere und größere Plazentarstücke sowie Aufschwemmungen von Plazentazellen werden in erwärmter und steriler physiologischer Kochsalzlösung auf verschiedenen Wegen in verschiedene Organe eingebracht; niemals entstand eine maligne Geschwulst. Gleich negative Ergebnisse hatten die Versuche, die mit kleinen Stückchen fötaler Ovarien oder Aufschwemmungen solcher in analoger Weise vorgenommen wurden. Auch Versuche mit den Ovarien geschlechtsreifer Tiere fielen negativ aus („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 14, pag. 664).

Dr. S.—

KEISOKU KOKUBO (Marburg): Über die kongenitale Syphilis der Nebennieren.

Verf. fand bei der Obduktion zweier hereditär-luetischer Kinder Herde in den Nebennieren, die nicht typische miliare Gummata, sondern Koagulationsnekrosen darstellten, neben welchen sich auch kleine, im Zerfall begriffene, hauptsächlich aus gelappt-kernigen Leukozyten bestehende Knötchen und eine interstitielle Entzündung fanden („Zentralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie“, Bd. 14, pag. 666). Eine Durchsicht der einschlägigen Literatur läßt es dem Verf. fraglich erscheinen, ob überhaupt bisher ein kongenitales Gumma der Nebenniere beobachtet wurde.

Dr. S.—

MARIUS (Paris): Sur la non-existence des „neutrophiles“ d'EHRlich dans le sang de l'homme et du singe.

Verf. fand, daß bei Änderung der EHRlich'schen Blutfärbungsmethode mit der Triazidlösung die Granula der sogenannten neutrophilen Leukozyten ebensowohl mit sauren als mit basischen Farbstoffen färbbar sind, daß mithin neutrophile Leukozyten nicht existieren, sondern daß dieselben tatsächlich amphophil sind; daselbe gilt auch für die eosinophilen Leukozyten (Annales de l'Institut PASTEUR, Bd. 17, pag. 357). Mit Rücksicht auf diese Befunde schlägt Verf. vor, die Bezeichnung eosinophile und neutrophile Leukozyten, respektive Myelozyten, fallen zu lassen und dafür großkörnige und kleinkörnige (macrogranuleux und microgranuleux) Leukozyten, bzw. Myelozyten zu setzen. Am Schlusse schlägt Verf. eine Färbungsmethode (Fuchsin-Brillantkresylblau) vor, die nach seiner Angabe der EHRlich'schen Triazidfärbung überlegen ist. Das Trockenpräparat wird zehnmal durch die Flamme des Bunsenbrenners gezogen, dann in einer 10%igen wässrigen Fuchsinlösung 15—20 Sekunden, bisweilen 2—3 Minuten, lang gefärbt, in Wasser abgewaschen, mit Filtrierpapier abgetrocknet und mit der Brillantkresylblaulösung (wässrige Lösung 1:5000 oder alkoholische Lösung 1:200 Alkohol. absol.) 25—30 Sekunden lang behandelt, in Wasser abgewaschen, getrocknet und in Balsam eingeschlossen. An Stelle der zweizeitigen Färbung kann man sich auch eine Mischung herstellen aus Säurefuchsin 10% 1 cm³ und Brillantkresylblau (1%ige wässrige Lösung) 5 cm³; die Mischung ist 3—4 Stunden vor dem Gebrauch anzufertigen und soll 5 bis 10 Minuten lang einwirken.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Prostatitis und ihre Behandlung** bespricht POROSZ („Budapester Monatsber. für Urolog.“, Bd. 8, H. 2). Er empfiehlt zur Behandlung der Prostatitis den faradischen Strom. Die in das Rektum eingeführte Elektrode und die auf die Bauchwand gesetzte flache Elektrode machen die ganze Prostata, ihre sämtlichen Drüsen und ihre ganze Muskulatur für den faradischen Strom durchgängig. Der Drüseninhalt wird nicht auf einmal, nicht gewaltsam, sondern langsam durch die Induktionsreizung der betreffenden Muskulatur entleert. Der Strom kann auch im vollkommen akuten Stadium der Prostatitis zur Anwendung kommen. Durch das häufige Auspressen wird die Bildung einer Retentionszyste verhindert. Das Elektrisieren verbessert die Lymphzirkulation und verhindert bei der akuten ödematösen Prostatitis die Bildung einer zelligen Infiltration. Der Strom darf nicht ununterbrochen einwirken. Man beginne mit dem schwächsten Strome und steige, solange es der Patient verträgt. Um mit der Elektrisierung gleichzeitig den Rektalkühler anzuwenden, hat der Verf. an dem WINTERNITZschen Thermophor eine entsprechende Kombination angebracht.

— Die Behandlung der Pigmentmäler mit 30%igem **Wasserstoffsuperoxyd Merck** bespricht KURT COHN („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 37). Die Herstellung einer so hochprozentigen Lösung ist erst in neuerer Zeit gelungen; die Lösung wird von der Firma in 50 g-Flaschen in den Handel gebracht, welche mit Paraffin ausgegossen sind und mit einem Paraffinkork verschlossen werden. Die Anwendung geschah in der Weise, daß die Naevi täglich zweimal mit einem Tropfen der 30%igen H_2O_2 -Lösung mittelst eines Glasstabes betupft wurden. Dann wurde so lange gewartet, bis die Lösung auf der Haut eintrocknete, was in der Regel 15 Minuten dauerte. Nun wurde die geätzte Stelle mit Zinkpflastermull bedeckt oder sich selbst überlassen. Das Betupfen konnte mehrere Tage hintereinander fortgesetzt werden, bis die Pigmentmäler verschwunden waren. Zum Vergleich wurden andere Mäler durch Salizykanabispflastermull zum Abschälen gebracht; dabei zeigte sich deutlich der Vorzug der H_2O_2 -Lösung, indem diese bei einer sonst empfindlichen Patientin — ein Versuch mit dem Mikrobrenner mußte bald aufgegeben werden — keine nennenswerten Schmerzen auslöste. Während der 4 Wochen, welche die Patientin in klinischer Behandlung war, gelang es, den größten Teil der Naevi zu beseitigen; zur Behandlung der Reste konnte die relativ ungefährliche Lösung der Mutter mitgegeben werden. Eine zweite Patientin war ein 5jähriges Mädchen, A. S., welche auf dem ganzen Rumpf unregelmäßig verteilte linsen- bis zehnpfennigstückgroße, dunkel pigmentierte Naevi hatte. Das klinische Bild bot eine gewisse Ähnlichkeit mit *Urticaria pigmentosa*, doch ließ die mikroskopische Untersuchung keinen Mastzellentumor erkennen, sondern war für *Naevus pigmentosus* charakteristisch. Auch bei dieser Patientin gelang es, innerhalb einer Woche eine große Anzahl der Pigmentflecke durch Anwendung der 30%igen H_2O_2 -Lösung völlig zum Verschwinden zu bringen. Ein dritter Fall von einem zweimarkstückgroßen *Naevus pigmentosus pilosus* wurde in Dr. UNNAS Poliklinik in ähnlicher Weise mit sehr gutem Erfolge behandelt und wird von anderer Seite genauer beschrieben werden. Über die weiteren Versuche mit der 30%igen H_2O_2 -Lösung behält sich Verf. spätere Mitteilungen vor.

— Die **transperitoneale Nephrektomie** diskutiert THEONARIDI („Inaug.-Diss.“, Bukarest 1903). Er nennt den günstigsten Weg zur Entfernung der Niere den transperitonealen. Dies gilt namentlich, wenn es sich um die Exstirpation voluminöser Tumoren handelt und Adhärenzen mit den Nachbarorganen bestehen, wie dies meist bei Hydatidenzysten der Fall ist. Außerdem ist die transperitoneale Operation von Vorteil, wenn die Diagnose nicht sicher ist und wenn man auch über den Zustand der anderen Niere keine klare Vorstellung hat. Ferner bei Hufeisenniere und bei abnormer Entwicklung der Ureteren, wenn z. B. die Vereinigung derselben sehr hoch oben stattfindet und man durch zu tiefe Unterbindung des Harnleiters auch den Abfluß aus der gesunden Niere hemmen würde. Der transperitoneale Weg führt am schnellsten zum Hylus, ermöglicht die exakte Präparierung dieser Gegend und

die Vornahme eines nützlichen Eingriffes, falls im Laufe der Operation die Nierenarterie, die Aorta oder Kava angerissen oder sonst beschädigt wurden. Außerdem kann man nur auf diesem Wege das Evidement der Lymphdrüsen in den Fällen von malignen Tumoren vornehmen.

— Die therapeutischen Eigenschaften des **Triferrins**, eines von E. SALKOWSKI im Jahre 1900 dargestellten Ferrisalzes der Paranukleinsäure, hat KRAMM studiert („Ther. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 10). Triferrin ist unlöslich in Salzsäure von der Konzentration des Magensaftes und wird ausgezeichnet resorbiert. Es enthält 21·87% metallisches Eisen und 2·55% Phosphor. Therapeutische Versuche mit dem Triferrin liegen u. a. bereits vor von MAHRT, G. KLEMPERER. Das Präparat kommt in 3 Formen in den Handel: Als Pulver, in Tablettenform und als Flüssigkeit. Das Mittel wird in Dosen von 0·25—0·3 g 3mal täglich einige Zeit nach der Mahlzeit gegeben. Im ganzen hat Verf. 35 Fälle chlorotischer und anämischer Zustände mit Triferrin behandelt. Dasselbe wurde gern und ohne Widerwillen genommen und von Magen und Darm fast stets gut vertragen. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 22 und 77 Tagen. Berücksichtigt man, daß die meisten der behandelten Kranken unter sehr ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebten und ihre Tätigkeit nicht unterbrechen konnten, so muß der Heilwert des Triferrins als ein ganz vorzüglicher bezeichnet werden.

— Zur Indikation des stumpfen Hakens behufs **Extraktion des Steißes** behauptet PONFICK („Monatsh. f. Geb. u. Gyn.“, Bd. 18), daß derselbe indiziert ist, wenn der Steiß nicht mehr behufs Herabziehen des Fußes zurückgeschoben werden kann und andererseits ein Eingehen mit dem Finger in die Hüftbeuge noch nicht möglich ist in Fällen, in denen eine sofortige Entbindung notwendig ist. Derartige Fälle sind allerdings selten. Zur Vermeidung von Verletzungen ist ein gutgebauter Haken und eine richtige Technik nötig. Erstere Bedingung erfüllt der von KÜSTNER angegebene. Derselbe hat eine Dicke von 10 mm, einen großen Krümmungsradius, Beckenkrümmung und den handlichen Säbelgriff. In Bezug auf die Technik ist es das wichtigste, daß man dabei stets in die hintere Hüfte eingeht, auch wenn die vordere bequemer zu erreichen ist; nur dann kann man den natürlichen Geburtsmechanismus nachahmen.

— Mit dem Namen **Pegnin** benennen nach HIRSCHFELD („D. med. Wschr.“, 1903, Nr. 36) die Höchster Farbwerke, die es in den Handel bringen, steriles, an Milchzucker gebundenes Labferment. Zum Zwecke des Gebrauches setzt man nach der Vorschrift des Erfinders, v. DUNGERN, zu einem Liter unverdünnter warmer Kuhmilch einen Eßlöffel Pegnin, worauf das Kasein in großen Flocken ausfällt, und schüttelt dann so lange, bis die groben Flocken verschwunden sind und das Kasein in feinsten Suspension sich in der Milch befindet. Dann erst wird die Milch in üblicher Weise verdünnt; man kann aber auch versuchen, selbst junge Säuglinge mit gar nicht oder nur wenig verdünnter Milch zu ernähren.

Literarische Anzeigen.

Die Lehre vom Puls. Von James Mackenzie. Aus dem Englischen von Dr. ADOLF DEUTSCH. Mit 340 Figuren. Frankfurt a. M. 1904, Johannes Alt.

M.s. Buch ist ein Werk reicher Erfahrung am Krankenbette; es enthält eine Fülle guter Beobachtungen und trefflicher Pulsbilder. — Nicht so rückhaltlos wie auf dem Gebiete seiner praktischen Schlußfolgerungen und klinischen Ratschläge können wir dem fleißigen Autor in seinen theoretischen Deduktionen und Ausführungen Gefolgschaft leisten, die, an Widersprüchen reich, zum Widerspruche herausfordern. Schon die Deutung, die er der noch so kontroversen Pulskurve gibt, stimmt mit unseren landläufigen Erklärungen nicht überein; auch ist seine Methodik nicht originell und vor allem nicht frei von Fehlerquellen. Ihr größter Fehler ist, daß sie der Feststellung des Blutdrucks nicht Rechnung trägt. Vieles, vielleicht alles, was M. als unbekannt voraussetzt, ist der deutschen Physiologie schon lange bekannt und hätte sich auch M. aus dem Studium der Literatur ergeben. Es ist übrigens kein seltenes Ereignis, daß

wir in ausländischen Originalarbeiten Tatsachen als neu bezeichnet finden, die bei uns schon längst Gemeingut der gebildeten Ärzte wurden, oder gar Behauptungen aufgestellt sehen, die wir als abgetan zur Seite geschoben haben. Auch M. ist vom Vorwurfe nicht völlig frei zu sprechen, daß er die deutsche Physiologie, die ja gerade auf dem Gebiete der Kreislauflehre in den letzten Dezennien bahnbrechend und reformatorisch gewirkt hat, nicht genügend berücksichtigte. So konnte es dann kommen, daß er die extrasystolischen Kontraktionen als Grundlage aller Arrhythmien anerkennt, daß er Fälle von scheinbarer Bigeminie ohne kompensatorische Pause als im Widerspruche mit den Gesetzen der Physiologie bezeichnet und die paroxysmale Tachykardie auf Reihen von „prä-maturen“ Systolen zurückführt.

Ich möchte den Hauptgrund der Irrtümer, denen hier ein ernster und gewissenhafter Forscher unterlegen ist, in seinem Unternehmen finden, die schwierigsten Formeln der Herzpathologie aus der Sphygmographie allein abzuleiten. — Mit diesen Vorbehalten ist MACKENZIES „Lehre vom Puls“ die weitgehendste Anerkennung zu zollen. Vor allem erscheint die Lehre vom Venenpuls, bisher noch immer ein Chaos ungeprüfter Angaben, durch ihn wesentlich gefördert und geläutert, wenn auch naturgemäß nicht völlig geklärt. Wir sind dem Übersetzer dafür zu Dank verpflichtet, daß er die interessante und lesenswerte Arbeit des englischen Klinikers in einer den Intentionen ihres Autors sorgfältig Rechnung tragenden Weise dem deutschen Publikum übermittelt hat.

BRAUN.

Gynaecologia Helvetica. Herausgegeben von Dr. O. Beuttner, Privatdozent an der Universität Genf, 3. Jahrgang (Bericht über das Jahr 1902). Mit 7 Tafeln und 65 Abbildungen im Text. Genf 1903, Henry Kündig.

Getreu ihrem ursprünglichen Programm gibt die Gynaecologia Helvetica einen Überblick über all die reiche Arbeit, welche die in der Schweiz lebenden Ärzte während des Jahres 1902 zu Tage gefördert haben. Sie zeichnet sich hierbei von ähnlichen

bibliographischen Werken dadurch aus, daß die Referate ein vollkommen erschöpfendes Bild der Originalarbeiten geben, deren Verständnisse außerdem noch Tafeln und Abbildungen zu Hilfe kommen. Auch die Grenzgebiete, sowie allgemeine chirurgische Arbeiten, haben die verdiente Berücksichtigung erfahren und sonst weniger zugängliche Arbeiten, insbesondere solche der französischen Schweiz, werden dem deutschen Leserpublikum näher gerückt. FISCHER.

Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. Nach den im hygienischen Institut der königl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München üblichen Methoden zusammengestellt von Rudolf Emmerich und Heinrich Trillich. Dritte vermehrte Auflage. Mit 123 Abbildungen. München 1902, M. Riegerische Universitätsbuchhandlung.

Seit Erscheinen der vorigen Auflage (1892) haben die Untersuchungsmethoden auf allen Gebieten der praktischen Hygiene eine bedeutende Vervollkommnung erfahren, die in einer wesentlichen Erweiterung des Inhaltes dieses bekannten Buches ihren Ausdruck findet. Unter den zahlreichen neu aufgenommenen Methoden seien besonders erwähnt: Die Zählung der Staubteilchen in der Luft mittelst AITKENS Staubzähler, die quantitative Ozonbestimmung der Luft nach WURSTER, die quantitative Bestimmung des Milchfettes mittelst GERBERS Azobutyrometer, ferner einige empfindliche Reaktionen auf Zusatz von Formaldehyd als Konservierungsmittel und der biologische Nachweis von Arsenspuren mittelst einer Kultur von *Penicillium brevicaulis*. Auch in dem bakteriologischen Teile des Buches finden wir die neuesten Methoden berücksichtigt, dabei aber nur Erprobtes empfohlen und ausführlich besprochen.

Einen willkommenen Anhang des Buches bildet eine Reihe von klaren Aufsätzen über EHELICHs Seitenkettentheorie, METSCHNIKOFFs und BUCHNERS Immunitätstheorien, zum Teil von diesen Autoren selbst bearbeitet, ferner über die Technik des bakteriziden Versuches und des Agglutinationsversuches; die Lektüre dieses Anhangs sei jedem empfohlen, der sich über diese wichtigen Fragen im kurzen orientieren will. A.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

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

I.

Dr. DANEMBERGS Statistik. — Neue Heilstätten. — BROUARDEL und DEBOVE. — Die akademische Altersgrenze. — Marinebudget. — Honorarnoten.

In unserem letzten Briefe erwähnten wir des heftigen Streites, der wegen der Alkoholfrage zwischen den Assistance Publique und dem Syndikat der französischen Alkoholfabrikanten wütet. Noch hängen die feindlichen Maueranschläge an allen Ecken und Enden von Paris und schon ist ein neues Dokument erschienen, welches mit großer Deutlichkeit die Notwendigkeit des von der Zentralverwaltung der Pariser Armen- und Krankeninstitute gegen den Alkoholismus geführten Kampfes allen vor Augen führt. Doktor DAREMBERG veröffentlicht nämlich im „Journal des Débats“ eine Reihe von Artikeln, aus denen zu entnehmen ist, daß Frankreich mit dem Alkoholverbrauch seiner Bewohner unter allen Ländern obenan steht. Es entfällt in Frankreich auf jeden Einwohner pro Jahr eine Menge von 18·2 Litern Alkohol, während in dem unserem Lande zunächst in dieser Hinsicht stehenden Gebiet der Schweiz nur 13·5 Liter auf den Einwohner kommen. Für Österreich ist 8 Liter die entsprechende Verhältniszahl. Die Feststellung DAREMBERGS ist für Frankreich um so betrübender, wenn man erwägt, daß unsere Bevölkerung sich in den letzten 50 Jahren nur in dem Verhältnis von 100:112 vermehrt hat, während im gleichen Zeitraum der Alkoholkonsum sich fast vervierfacht hat. Nach DAREMBERGS Statistik hat insbesondere der Weinverbrauch bedeutend zugenommen, während Bier und Schnaps erst in zweiter Reihe stehen. Der Wein ist nämlich seit wenigen Jahren wesentlich verbilligt, da er von der Staats- und Gemeindesteuer befreit wurde. Ein be-

deutsamer Umstand für die Verbreitung des Alkoholismus in Frankreich ist die fast unbeschränkte Freiheit in der Errichtung öffentlicher Schankwirtschaften. Schon auf 83 Einwohner kommt eine Trinkbude. In ursächlichem Zusammenhang mit der Steigerung des Alkoholkonsums steht nach DAREMBERGS wohlberechtigter Meinung die traurige Tatsache, daß das Kontingent der zum Militärdienst tauglichen jungen Männer stetig abnimmt, die Geistes- und Nervenkrankheiten und vor allem die Tuberkulose sehr zugenommen haben.

Vom Kampf gegen letztere sind einige Details zu berichten: Die von BERNHEIM so warm empfohlenen Tuberkulose-Dispensatorien wurden fast in allen Bezirken von Paris errichtet. Die jüngsten derartigen Anstalten sind die vor kurzem feierlich eingeweihte Heilstätte für die Post-, Telephon- und Telegraphen-Beamten sowie das von Professor GRAUCHER und dessen hochherziger Frau ins Leben gerufene Dispensatorium für tuberkulöse Kinder. Auch ein Rekonvaleszentenheim für Tuberkulose in der Nähe von Bourg, endlich ein öffentliches Sanatorium an der Küste des Mitteländischen Meeres sind im Werden begriffen. Auch für chronisch Erkrankte sowie für infektiös Kranke sind neue Spitäler teils geplant, teils schon im Bau. Während nun in der Ausgestaltung unserer sanitären Einrichtungen gegenwärtig eine ziemlich lebhaft Tätigkeit entfaltet wird, ist plötzlich im Comité consultatif d'hygiène eine hochbedeutsame Personaländerung eingetreten. Professor BROUARDEL, der durch volle 20 Jahre an der Spitze dieser Körperschaft gestanden hatte, wurde vom Ministerpräsidenten COMBES zum Ehrenpräsidenten, Professor DEBOVE dagegen zu seinem Nachfolger ernannt. Der angeblich unwillig zurücktritt BROUARDELS von der aktiven Tätigkeit im Comité consultatif d'hygiène soll auf politische Einflüsse zurückzuführen sein. Doch wird bei aller Anerkennung der großen Verdienste des jetzigen Ehrenpräsidenten DEBOVES Ernennung fast allenthalben sympathisch aufgenommen.

Letzterer ist insbesondere ein erklärter Liebling der Studentenschaft, mit der er als derzeitiger Dekan häufig in Fühlung kommt.

Jüngst präsidierte er auch in der Gründungsversammlung des Verbandes der medizinischen Studentenschaft. In einer begeistert aufgenommenen Rede sagte er bei diesem Anlaß unter anderem, daß die Professoren in dem Verkehr mit ihren Studenten einen Jungbrunnen besäßen, der sie vor dem frühzeitigen Altern schütze. Die Studentenschaft selbst will keine wirklich alten Lehrer. Dies dokumentierte sie jüngst durch eine stürmische Demonstration gegen den Beschluß des akademischen Senates, daß künftighin im Gegensatze zu dem jetzt herrschenden Usus auch Professoren, die älter sind als 70 Jahre, ihr Lehramt beibehalten können. — Auch gegen die Ernennung des Professors CHANTEMESSE zum Ordinarius für Hygiene als Nachfolger PROUSTS fand eine lärmende Protestkundgebung statt. CHANTEMESSE hatte bisher die Lehrkanzel für experimentelle Pathologie inne und die Studierenden wollten gegen den bei uns nicht seltenen Umtausch der Lehrkanzeln Stellung nehmen, da sie in diesem Vorgange eine Schädigung der betreffenden Spezialdisziplin erblickten.

Aber nicht nur der Unterrichtsminister, auch der Marineminister hatte in den letzten Tagen Gelegenheit, sich mit medizinischen Fragen beschäftigen zu müssen. Herr PELLETAN bekam nämlich den Vorwurf zu hören, daß die Heranbildung des marineärztlichen Offizierskorps dem Staate unverhältnismäßig teuer zu stehen komme. Es bestehen derzeit nicht weniger als fünf diesem Zwecke gewidmete Lehranstalten. An diesen wirken 36 Professoren; dazu kommt noch eine beträchtliche Anzahl von Beamten und Angestellten verschiedenster Kategorie. Und dieser ganze kostspielige Apparat dient dazu, für die Marine im Jahr — 11 Ärzte auszubilden. Die Kammer hat auch in der Tat dem Minister eine Reform dieser ein wenig merkwürdigen Organisation nahegelegt, indem sie bei dem entsprechenden Budgetposten die von der Budgetkommission vorgeschlagene Verminderung um 20.000 Franks zum Beschluß erhob. — Und da wir schon bei einer Geldfrage angelangt sind, sei es gestattet, den jüngst in einem Fachblatte veröffentlichten Vorschlag eines Kollegen in Betreff der ärztlichen Honorarnoten wiederzugeben. Unser Gewährsmann schlägt vor, die Rechnungen am ersten des Monats, der den gemachten Krankenbesuchen unmittelbar folgt, zu übersenden; denn erstens ist dann das Gedächtnis noch frisch und können Irrtümer leichter vermieden oder korrigiert werden; zweitens kennt man die Adresse der Kranken; drittens zahlt der Kranke leichter, so lange in ihm das Gefühl der Erkenntlichkeit lebhaft ist. Endlich lernt der Arzt frühzeitig die schlechten und die guten Zahler kennen und weiß sich bei künftigen Berufungen danach zu richten. — Fürwahr, der Vorschlag eines klugen und wirklich praktischen Arztes! Eine bezahlte Visite gilt mehr als drei schuldig gebliebene!

J. S.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

A u s

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg.

K. B. LEHMANN: Über die Giftigkeit der gasförmigen Blausäure und des Phosphorwasserstoffs.

Votr. hat über die quantitative Wirkung dieser Gase mit WAGSCHAL und YOKOTE Versuche angestellt. Die Blausäure erwies sich bei den Versuchstieren (Katzen) in Dosen von 0.03—0.04^{0/100} nach 4 bis 5 Stunden noch als unwirksam. Gehalte der Einatemungsluft von 0.05^{0/100} führten schon nach 1 1/2 Stunden zu schweren Krankheitserscheinungen: Vertiefter und verlangsamter Atmung, Speichelfluß, Erbrechen, Pupillenerweiterung, Krämpfen. In 2 1/2—5 Stunden gingen die meisten Katzen bei 0.05—0.06^{0/100} zugrunde. Größere Dosen (0.12—0.15^{0/100}) führten in der Regel nach 30 Minuten zu dem schweren, oben geschilderten Symptomenkomplex, von dem sich die Tiere aber in etwa 1 1/2 Stunde erholten. Wenn man berechnet, wie viel Blausäure ein Tier bis zum Tode etwa aufgenommen haben kann, so findet man bei starken Dosen etwa 1 mg, bei schwachen 2.5—5.0 mg pro kg. Für den Menschen ist 60 mg, also 0.8—1 mg pro kg, die Dosis minima letalis. — Bei PH₃

tritt nach stärkeren Dosen, 0.6—0.4^{0/100}, schon nach 1/4 Stunde ein auffallend ruhiges Verhalten des Tieres ein. Dasselbe erscheint angegriffen, matt, zeigt Speichelfluß und Brechneigung, nach 20 Minuten wird der Gang schwankend und unsicher und es genügt der Aufenthalt von 1/2 Stunde im Kasten, um den Tod des Tieres eintreten zu lassen, während sich das Tier nach 1/4 stündigem Aufenthalt im Laufe der nächsten 2 Tage noch erholen kann. Die Giftigkeit des PH₃ ist darnach mindestens 10mal größer als nach den Angaben der Autoren, ein Resultat, das wohl mit der wesentlich verbesserten Versuchsanordnung bei den in Rede stehenden Versuchen zusammenhängt.

K. B. LEHMANN: Über den Hämoglobingehalt der Muskeln und seine Bedeutung.

Ein Muskel ist um so hämoglobinreicher, je mehr Arbeit er zu leisten hat. Im Einzelnen ist folgendes zu erwähnen. Der Hämoglobingehalt der roten Muskeln beim Kaninchen ist 20mal größer als der der weißen. Das Herz übertrifft aber den rotesten Körpermuskel an Hämoglobingehalt. Offenbar hat also das Herz noch mehr zu arbeiten, als selbst die roten Kaninchenmuskeln, von denen nachgewiesen ist, daß sie bei der Hockstellung des Kaninchens besonders intensiv in Anspruch genommen sind. Aus den Versuchen am Kalb geht hervor, daß der dunkelste Körpermuskel des Kalbes, das Zwerchfell, den Hautmuskel um das Fünffache an Farbenintensität übertrifft, daß der Unterschied zwischen Lenden- und Bizepsmuskeln bescheiden ist, und daß das Herz beim Kalb das Zwerchfell noch übertrifft. Letzteres ist besonders deutlich beim Fötus. Beim ausgewachsenen Rind ist dagegen das Herz regelmäßig blässer als das Zwerchfell.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

STIEL: Über die Wirkung des Nebennierenextrakts und seine Anwendung.

Votr. gibt zunächst eine Übersicht über die Anatomie und Physiologie der Nebennieren, bzw. ihres Extrakts, bespricht die Darstellung des reinen Extrakts sowie des Suprarenin. Diese beiden Präparate kommen für die Anwendung in der Praxis hauptsächlich in Betracht, weil sie unbegrenzt haltbar, leicht zu sterilisieren und in der gewünschten Konzentration zu erhalten sind. Von den Wirkungen des Extrakts erprobte Sr. die Anämie herbeiführende in der Nasenhöhle, im Mittelohr und am Auge. In der Nase angewandt, bringt das Adrenalin die hypertrophische Schleimhaut zum Abschwellen und ermöglicht einen leichteren Einblick in die Nasengänge, es macht ferner die operativen Eingriffe bequemer und verhindert während derselben das Auftreten stärkerer Blutungen. Gegen Nachblutungen, welche noch nach 6 bis 8 Stunden auftreten können, schützt man sich am besten durch Tamponade. Im Ohr lassen sich Polypen und Granulationen ohne erhebliche Blutung entfernen, doch muß man auch hier wegen möglicher Nachblutung tamponieren. Am Auge beseitigt das Adrenalin Hyperämien und ist ein gutes Mittel zur Blutstillung nach kleinen Operationen, wie Entfernung von Tumoren am Lidrande.

CZAPLEWSKI: Über die Diagnose der Gonokokken.

Die Untersuchung der Gonokokken ist Allgemeingut der Ärzte geworden, ähnlich wie die Untersuchung auf Tuberkelbazillen, doch ist sie nicht so leicht, wie allgemein angenommen wird. Nach den Erfahrungen des Votr. werden teils zu viel, teils zu wenig Gonokokken diagnostiziert. Cz. rekapituliert die gebräuchlichen Kriterien für Diagnose: 1. Morphologie, 2. Färbbarkeit (nach GRAM entfärbt), 3. Lagerung (in Zellen), 4. Kulturverfahren. Gerade bei den Gonokokken sei die Diagnose noch viel mehr abhängig von der Methode als bei anderen Mikroorganismen. Votr. zählt sodann die Fälle auf, bei welchen Gonokokken gefunden werden können. Das Sekret soll mit der Platinöse oder (zur Kultur) mit PASTEURScher Kapillarpipette, welche zugschmolzen werden kann, aufgefangen werden (Wattetupfer sind dazu wenig geeignet). Für mikroskopische Untersuchung sind am besten Objektträger. Votr. empfiehlt, das Sekret aber nicht ohneweiters, wie üblich, sondern in einem Tropfen Wasser mit Platinöse zu verteilen und sanft auszustreichen. Dadurch werden in Zweifelsfällen noch Leukozyten mit intrazellulären Gonokokken erhalten, während sonst die schon sehr fragilen Leukozytenleiber durch das Ausstreichen oft vernichtet werden. Sollen Präparate zur Untersuchung eingeschickt werden, so empfiehlt es sich, auf dem Objektträger das Sekret mit Hölzchen (Schwefelholz) auszustreichen und vertrocknen zu lassen, ohne zu fixieren und zwei mit der Schichtseite aufeinander gelegte Objektträger in Papier gewickelt zu verschicken. Zur Untersuchung wird dann das Sekret mit sterilem Wasser aufgeweicht und davon werden lege artis Ausstrichpräparate hergestellt. Zur Färbung der Präparate empfiehlt Cz

zwei Methoden: 1. zur Orientierung und besonders zum Nachweis auch vereinzelter intrazellulärer Gonokokken eine Modifikation der PICK-JACOBSONSchen Methode (zu 1:10 verdünntem Karbolglyzerinfuchsin nach CZAPLEWSKI wird soviel Boraxmethylenblau gegeben, bis die Kokken schwarzblau gefärbt werden, während Zellen und Zellkerne rot bleiben. Es genügen meist auf 3 cm³ konzentriertem Karbolglyzerinfuchsin + 27 cm³ Aqua destillata 3 cm³ Boraxmethylenblau; letzteres ist eventuell tropfenweise zum Schluß beizusetzen). Leider ist die Lösung nur wenige Tage haltbar, aber leicht zu bereiten; zur Kontrolle und zum Nachweis fremder Bakterien GRAMsche Färbung mit Nachfärbung. Die benutzte Modifikation besteht in: a) Färbung mit Karbolgentiana zirka 1 Minute, b) Abspülen, c) Jodieren mit starker LUGOLScher Lösung (1 Jod: 3 Jodkali: 200 Aqua dest.) zirka 1/2 bis 1 Minute, d) Abspülen, e) Trocknen (sehr wichtig!), f) Differenzieren mit Methylalkohol, solange Farbe abgeht, kurze Zeit, g) Abspülen, h) Nachfärbung mit verdünntem Karbolglyzerinfuchsin 1:10. Während bei der Färbung nach PICK-JACOBSON die Gonokokken dunkel schwarzblau auf rotem Grunde erscheinen, werden sie bei der erwähnten Färbung nach GRAM mit Fuchsin nachfärbung rot, während nach GRAM färbbare Bakterien schwarzblau gefärbt bleiben. Zur Untersuchung empfiehlt Vortr. Auerlicht (unter richtiger Senkung des Kondensors und Benutzung des Planspiegels) und 1000fache Vergrößerung (LEITZ Immers. 1/12. Ok. 4). Zur Kultur, welche in einigen Fällen noch positiv ausfällt, wenn das mikroskopische Präparat versagt, benutzt Vortr. Aszitesagarplatten von 7 cm Durchmesser.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 17. März 1904.

JUL. ZAPPERT demonstriert ein 2jähriges Kind mit doppelseitiger Entbindungslähmung. Das Kind wurde durch Wendung geboren. Als Vortr. das Kind im Alter von 6 Monaten sah, zeigte es eine Lähmung des Deltoideus, Bizeps, Supraspinatus und Brachialis int. (oberen Lähmungstypus); die Arme hingen schlaff herab, waren nach innen rotiert und konnten nicht gehoben werden, im Ellbogengelenk waren Bewegungen unmöglich, die Fingerbewegungen waren frei. Gegenwärtig ist der Zustand bedeutend gebessert, es bestehen noch die Einwärtsrotation und eine Atrophie der Deltoidei. Die Behandlung bestand in Massage und Faradisation. Die doppelseitige Entbindungslähmung bildet einen seltenen Befund.

B. WEISS stellt ein 9jähriges Mädchen mit orthotischer Albuminurie vor. Das Kind hat Masern und Varizellen, im vergangenen Herbst Cystitis und Nephritis mit 3⁰/₁₀₀ Albumen im Harn überstanden; nach der Heilung war der Harn eiweißfrei. Gegenwärtig ist außer leichter Chlorose nichts Pathologisches nachweisbar; der Harn ist, wenn das Kind längere Zeit liegt, vollkommen eiweißfrei, wenn es aber aufsteht, tritt im Urin Serumeiweiß bis zu 1⁰/₁₀₀ auf, die Eiweißausscheidung verschwindet nach einigen Stunden. Mikroskopisch finden sich im Harn Zylinder und manchmal rote Blutkörperchen. Es scheint hier mehr der Übergang aus der horizontalen Lage in die vertikale Stellung eine Rolle zu spielen als die aufrechte Stellung an sich allein.

W. Knöpfelmacher machte in mehreren Fällen die Beobachtung, daß nach Heilung der Scharlachnephritis durch längere Zeit orthotische Albuminurie fortbestand. Diese könnte demnach in manchem als Ausgang einer Nephritis und als auf anatomischer Basis beruhend aufgefaßt werden.

Th. Escherich bemerkt, daß in dem vorgestellten Falle ein klares ätiologisches Moment für die Nephritis nicht zu finden war. In einem Falle hat E. orthotische Albuminurie bei Nephrolithiasis beobachtet; die Röntgendurchleuchtung des vorgestellten Mädchens ergab einen Schatten in der Gegend des Nierenbeckens, so daß vielleicht auch hier an die Anwesenheit eines Nierensteines zu denken wäre.

W. NEURATH demonstriert ein 7monatliches Kind mit halbseitiger Hypertrophie. Dieselbe betrifft die linken Extremitäten, welche länger und umfangreicher sind als die rechten. Die linken Handwurzelknochen haben um einen Knochenkern mehr als die rechten.

LEHNDORFF zeigt einen Säugling mit BARLOWScher Krankheit. Die Unterschenkel sind schmerzhaft und geschwollen, die Schwellung rührt, wie die Punktion ergab, von einem subperiostalen Bluterguß her. Der rechte Oberschenkel ist ebenfalls schmerzhaft und geschwollen. Das Kind wurde durch 2 Monate an der Brust, dann mit oft minderwertiger Kuhmilch genährt.

Diskussion über den Vortrag von

SPERCK: Über Buttermilch als Säuglingsnahrung.

W. Knöpfelmacher kann nach seinen Erfahrungen die Angaben des Vortr. bestätigen, daß Buttermilch bei chronischen Magen-Darmkatarrhen der Kinder mit gutem Erfolge angewendet wird, bei akuten zeigt sich keine Wirkung. Interessant ist es, daß Kinder die große Menge von Kuhmilchkasein in der Buttermilch vertragen; dies hängt wohl damit zusammen, daß es durch eine Säure gefällt und daher leicht verdaulich, ferner fein geronnen und nur mit wenig Fett vergesellschaftet ist.

Riether bestätigt nach seinen Erfahrungen in der n.ö. Findelanstalt die meist guten Erfolge der Buttermilchernährung bei geringer Pädastrophie und bei Dystrophie, ferner nach akuten Darmkatarrhen, wenn Milch nicht genommen oder vertragen wurde. Dabei war oft nur eine geringe Beigabe von Buttermilch zur Milchnahrung erforderlich, um eine Besserung herbeizuführen. Die Ernährung mit der Buttermilch wurde so begonnen, daß zuerst ein Löffel derselben vor jeder Mahlzeit gegeben wurde; wenn dieselbe gut vertragen wurde, wurde dann eine, später mehrere Mahlzeiten von Buttermilch gegeben.

Th. Escherich weist darauf hin, daß die Buttermilch sekretionsanregend wirkt, was ihre guten Erfolge bei Dystrophien erklären könnte.

Notizen.

Wien, 26. März 1904.

(Wiener medizinische Fakultät.) Die Sedisvakanz der Lehrkanzel für Syphilidologie und der Leitung der NEUMANNschen Klinik ist durch die nunmehr amtlich verlautbarte Ernennung des außerordentlichen Professors der Dermato-Syphilidologie und Primararztes Dr. ERNST FINGER zu Ordinarius beendet. Am 8. Juli 1856 zu Wien geboren, 1878 daselbst promoviert, 1880—1884 Assistent an genannter Klinik, 1883 habilitiert, 1894 zum Extraordinarius ernannt, erscheint FINGER in jungen Jahren berufen, die Tradition der SIGMUND, ZEISSL und NEUMANN zu pflegen, als deren ausgezeichnete Jünger er sich bewährt hat. Seine zahlreichen, zum Teil auch in dieser Wochenschrift niedergelegten pathologisch-histologischen und klinischen Arbeiten, vor allem seine beiden mehrfach edierten und in alle modernen Sprachen übersetzten Werke „Die Syphilis und die venerischen Krankheiten“ und „Die Blennorrhoe der Sexualorgane“, wo nicht minder seine exquisite Lehrbefähigung haben den Namen FINGERS weit über die Grenzen seines Vaterlandes hinaus bekannt gemacht.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor für Dermatologie in Wien Primararzt Dr. FRANZ MRACEK hat Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors erhalten. — Privatdozent für Chirurgie Dr. HONSELL und Privatdozent für innere Medizin Dr. LÜRHJE in Tübingen haben den Professorstitel erhalten. — Der Extraordinarius für Chirurgie in Heidelberg Dr. WALTHER PETERSEN geht als Chefarzt einer Hilfsexpedition der deutschen Vereine vom Roten Kreuz in den russisch-japanischen Krieg. — Dr. JULIUS MORGENTHAU in Frankfurt a. M. hat den Professortitel erhalten. — Die Physiologen LUCIANI in Rom und MOSSO in Turin sind zu Senatoren ernannt worden. — Dr. MAUREL ist zum Professor der experimentellen Pathologie, Dr. GUILHEM zum Professor der gerichtlichen Medizin in Toulouse ernannt worden.

(Personalien.) Professor Dr. KRKHL in Tübingen hat das Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone erhalten. — Der Direktor der Rheinischen Provinzial Irren-Heil- und Pflegeanstalt Geb. Med.-Rat Professor Dr. KARL PELMANN tritt in den Ruhestand.

(Regierung und Krankenkassen.) Die österreichische Regierung beharrt auf dem von ihr eingenommenen Standpunkte gegenüber jenen Beschlüssen der Ärztekammern, welche die Annahme von ärztlichen Stellen bei allen neu zu begründenden registrierten Hilfskassen als standeswidrig erklären, insofern dieselben ihren Mitgliedern unentgeltliche ärztliche Behandlung beistellen. So wurden denn auch die diesbezüglichen Voten der früheren Wiener Kammer mit der Motivierung aufgehoben, „es dürfe der Zweck von Institutionen, denen vom humanitären und sozialpolitischen Standpunkte aus große Bedeutung zukomme, nicht vereitelt werden“. Das Mäntelchen der „Humanität“, mit welchem so manche sonst kaum zu verhüllende Blöße bedeckt wird, ist uns Ärzten

wohl bekannt; mußten ja wir immerdar dessen Kosten tragen. Es könnte geschehen, daß die Ärzte, deren sozialpolitische Reifung durch ihre Proletarisierung sichtlich gefördert wird, unter dem Drucke solcher Verfügungen endlich doch zur strammen Organisation außerhalb der immer mehr zu administrativen Stellen herabsinkenden Kammern sich entschlossen, um zu beweisen, daß es nicht länger angeht, in der leidigen Kassenfrage die Ärzte bei Seite zu schieben, ohne deren Mitwirkung die Durchführung des Krankenkassengesetzes und die Befriedigung der kassenfreundlichen Regungen der Staatsregierung denn doch nicht möglich ist.

(Ärzte und Krankenkassen.) Aus Berlin schreibt man uns: Die zahlreichen Streitfälle zwischen Ärzten und Krankenkassen in Deutschland sind nicht ohne Folgen geblieben. Schon regt es sich allerwärts und, wie wir mit Genugtuung konstatieren können, zu unseren Gunsten. Neben der Regierungskundgebung an die Kreispräsidenten — über die ich schon berichtet habe — die ja in entschiedener Weise für die Ärzteschaft Stellung nahm, ist nunmehr u. a. ein Schritt des Vereins der Industriellen im Regierungsbezirk Köln zu verzeichnen. Dieser Verein will dahin wirken, daß sobald als möglich eine Novelle zum Krankenkassengesetze zustande kommt, und stellt für eine eventuelle Neuordnung u. a. die unbedingte Forderung der freien Arztwahl, sowie der Anstellung von Fabriks- und Vertrauensärzten für Betriebskrankenkassen. — Die Holsteinsche Ärztekammer hat sich unter Zustimmung des Dekans der medizinischen Fakultät in Kiel mit einem nachahmenswerten Aufrufe an die jungen Ärzte gewandt. In diesem Aufrufe werden die jungen Kollegen gebeten, auf Anerbietungen von Krankenkassen behufs Übernahme ärztlicher Stellen niemals einzugehen, ohne vorher von ärztlichen Vertrauenspersonen eine sichere Auskunft über die in Frage kommenden Verhältnisse erlangt zu haben.

(Statistik.) Vom 13. bis inklusive 19. März 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8032 Personen behandelt. Hiervon wurden 1752 entlassen, 199 sind gestorben (10·2% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 85, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 117, Scharlach 22, Masern 621, Keuchhusten 40, Rotlauf 28, Wochenbettfieber 3, Röteln 7, Mumps 94, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 692 Personen gestorben (— 16 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Pomeisl der dortige Distriktsarzt Dr. GUSTAV POHL, 40 Jahre alt; in Berlin Med.-Rat Dr. SCHRÖDER, 75 Jahre alt; in Neapel der Privatdozent der allgemeinen Pathologie Dr. ANDREA ZINNO; in Washington der Professor der Toxikologie an der Columbian-University Doktor E. A. V. SCHWEINITZ; in Brooklyn der Histologe Prof. Dr. H. J. SEELEY; am Atlanta College der Professor der Geburtshilfe Doktor V. A. HARDON.

Phosphor-Schokoladepastillen (nach Prof. GÄRTNER), dargestellt in der Apotheke „Zum König von Ungarn“ des Karl Brady, Wien, I., Fleischmarkt 1, bilden vorzüglichen Ersatz für Phosphorlebertran bei Rachitis, Dentitia difficilis und Osteomalacie und werden vom Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. C. HEUBNER in Berlin in seinem „Lehrbuch für Kinderheilkunde“ auf das Wärmste empfohlen.

Antiputrol ist ein Desinfektionsmittel, dessen Wirksamkeit gegen pathogene Keime durch FRANZ BERKA, Leiter der Prosektur des Landeskrankenhauses in Brünn, geprüft und seinerzeit in der Monatsschrift für Gesundheitspflege beifällig besprochen wurde. Die Wirksamkeit des Antiputrol übertrifft jene des Phenols, Kreolins, Lysols etc. und ist dasselbe auch weniger giftig als diese. Es löst sich in destilliertem Wasser vollkommen klar, in gewöhnlichem, kalkhaltigem entsteht natürlich eine Trübung, die jedoch bei 3- bis 5%igen Lösungen keine Bedeutung hat für die Brauchbarkeit der Lösung, namentlich nicht für größere Desinfektionszwecke. Die 5%ige Lösung ist wie wohl kaum ein anderes Mittel geeignet zur Vertilgung von Ungeziefer und zur Desinfektion von Stallungen. Das Antiputrol ist mit Rücksicht auf seine Billigkeit und Wirksamkeit wie kein anderes Mittel geeignet, als Vorbeugungsmittel gegen Verbreitung ansteckender Krankheiten verwendet zu werden.

Nicht unerwähnt möge bleiben, daß die Anwendung des Antiputrols neben der Desinfektionswirkung noch wesentlich als Reinigungsmittel infolge des Seifengehaltes wertvoll ist. Infolge des Seifengehaltes sind Lösungen von Antiputrol auch befähigt, bereits eingetrocknete Sputa und Dejekte aufzuweichen und in Lösung zu bringen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Neusser, Symptomatologie und Diagnostik. I. Heft. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller. — K 1.60.
 E. v. Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. 2. Bf. (Schluß). Leipzig 1904, Georg Thieme. — M. 14.—
 A. Gassmann, Untersuchungen über Ichthyosis. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller.
 F. Frühwald, Kompendium der Kinderkrankheiten. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K 14.40.
 P. J. Möblus, Geschlecht und Kinderliebe. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. 2.—
 F. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe. I. Bd., II. Hälfte. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 14.40.
 A. Czerny u. A. Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. 5. Abteilung. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K. 5.40.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main** über „Valyl“ (Valeriansäurediäthylamid). Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

— In der Entwicklung zurückgebliebene —

kränkliche
schwächliche
rachitische
skrophulöse

Kinder

badet man am besten mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend schon nach wenigen Bädern.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
& Dr. Sachsse

Alboferin

Wien
I., Nagler-
gasse 21.

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

90·14% Eiweiss, 0·68% Eisen, 0·324% Phosphor.

Alboferinpulver, 50 Grm. K 2.60, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, 100 St. K 1.50, Alboferin-Chocolade-Tabletten, 100 St. K 1.80.

Alboferin wurde von Klinikern und Privatärzten mit vorzüglichem Erfolge angewendet bei: Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose, Neurasthenie, Appetitionslosigkeit, 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 Literatur und Gratisproben zur Verfügung.

* Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Droguerien. *

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme. Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos. Telephone 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephone 7967.

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 Insertionsanträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9164.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwicklung des Kindes. Von Doc. Dr. VICTOR HAMMERSCHLAG. — Erfahrungen über lokale Jodapplikation beim Trachom. Von Dr. PLATO JABLKOWSKI, prakt. Arzt in Saõ Ivaõ do Montenegro (Brasilien). — Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat EISELT und MATXNER in Prag. Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Von Dr. VACLAV PLAVEC. — Referate. J. BOAS (Berlin): Die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweis okkalter Blutanwesenheit in den Fäzes. — HANS LUCE (Hamburg): Über Leukanämie. — A. H. QUEISNER (Bromberg): Ätiologie und Therapie des Puerperalfiebers. — M. REINER (Wien): Die Tenodese, eine Form partieller Arthrodesse. — ROLLY (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über Wärmestich-hyperthermie und Fieber etc. — J. SNOTA (Prag): Über Ikterus bei Blinddarmentzündungen. — GEORG JOCHMANN (Hamburg-Eppendorf): Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung. — BALLENER: Zur Methodik der Prüfung von Desinfektionsmitteln. — GRUNENWALD (Berlin): Über die Verwendung des alten Kochschen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose. — PAUL EDEL (Würzburg): Über Wesen und Ätiologie der Schrumpfniere und ihre Erfolg versprechende Behandlung. — WOLF (Stralsund): Milchprüfungen mittelst der Säuretitrierung nach PLAUT. — H. ROEDER (Berlin): Das WESTPHALSCHE Phäcomen bei kruppöser Pneumonie im Kindesalter. — SABBAZIS (Bordeaux): Colorabilité des bacilles de Koch dans les crachats incorporés à diverses substances. — Kleine Mitteilungen. Zur Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. — Thigenol. — Die beste Methode der unblutigen Ischiadikusdehnung. — Die Wirkung des Sirupus Colae compositus Hell. — Die Warmluftbehandlung von Ohr und Nase. — Die Anwendung des Anästhesins in der chirurgischen Praxis. — Das MÜLLERSCHE Operationsverfahren bei Spina ventosa. — Dnotal und Creosotal. — Frühoperation bei Appendicitis. — Schutzmittel gegen Wärmestrahlung. — Das Dionin in der Landpraxis. — Über die Frage der subkutanen Fetternährung. — Collargol. — Ein neues Heilverfahren bei asiatischer Cholera. — Literarische Anzeigen. Bibliothek v. COLLEA. Sammlung von Werken aus dem Bereiche der mediz. Wissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der militär-mediz. Gebiete. Herausgegeben von O. SCHJERNING, B. I und B. X. — Geschlecht und Unbescheidenheit. Von Dr. P. J. MORRIS. — Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes. Von Dr. FERDINAND SCHEER, Erster Assistent an der k. k. deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag. — Prof. Dr. EDUARD LANGS Therapeutik für Venerische und Hautkranke. Von Dr. EDUARD DEUTSCH in Wien. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel, 20. bis 26. September 1903. (Orig.-Ber.) XXI. — Aus englischen Gesellschaften (Orig.-Ber.). — Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium. — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über

Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwicklung des Kindes.

Von **Doz. Dr. Victor Hammerschlag.***)

I.

Der Zweck meiner Ausführungen wird dahin gerichtet sein, das Interesse speziell der praktischen Ärzte auf ein otologisches Gebiet hinzulenken, welches mir bisher immer noch ein wenig zu stiefmütterlich behandelt zu werden scheint und auf welchem jedoch gerade der Familienarzt eine sehr segensreiche, sowohl kurative als prophylaktische Tätigkeit wird entfalten können, sobald einmal die Aufmerksamkeit in genügendem Maße auf dieses Gebiet eingestellt sein wird.

Es liegt mir zunächst ob, mein Thema zu entwickeln. Dasselbe soll von den Hörstörungen im Kindesalter handeln. Ich werde sonach zu zeigen haben, daß die verschiedensten, mit Schwerhörigkeit einbergehenden Erkrankungen des Gehörorgans im Kindesalter außerordentlich häufig vorkommen und hier alle Stadien der Kindheit vom Säuglingsalter an befallen. Es wird weiter zu betonen sein, daß diese Hörstörungen, wenn ihr Auftreten nicht mit besonderen Schmerzen verbunden ist, sehr häufig dem Blicke der Eltern und selbst des Arztes entgehen, und zwar deshalb, weil der kleine

Patient außer Stande ist, über seine Empfindungen Aufschluß oder doch genügenden Aufschluß zu geben.

Es wird ferner die Wichtigkeit des Themas zu beleuchten sein, indem wir uns darüber klar werden, wie die gesamte intellektuelle und psychische Entwicklung des Kindes durch schon mittelgradige Hörstörungen Schaden leidet. Diese Schädigung tritt zwar schon im vorschulpflichtigen Alter ein, wird aber in ihrem Umfange erst offenbar nach Beginn des Schulbesuches. Ist es doch bekannt, daß solche Kinder, auch wenn ihre Intelligenz ganz intakt ist, sehr oft außer Stande sind, den Anforderungen der Schule selbst bei größtem Fleiße zu entsprechen und nicht selten für teilnahmslos, unaufmerksam und schlecht begabt gelten.

Es wird weiterhin zu besprechen sein, welche verschiedenen ursächlichen Erkrankungen des Gehörorgans wir hier hauptsächlich zu berücksichtigen haben. Wir werden schließlich darauf verweisen, daß eine scharfe Sonderung durchzuführen sein wird zwischen Kindern, mit zu behebenden und solchen mit irreparablen Hörstörungen; denn die ersteren werden einer geeigneten, ärztlichen Behandlung zuzuführen sein, während bei den letzteren ausschließlich pädagogische Maßnahmen zu treffen sein werden.

Was nun zunächst den Begriff „Schwerhörigkeit“ anbelangt, so müssen wir denselben für unsere Zwecke präzise definieren. Da zeigt es sich nun, daß die Schwierigkeit, diesen Begriff in wissenschaftlicher Weise kurz und bündig abzugrenzen, eine ganz beträchtliche ist, so wenig wir auch im gewöhnlichen Leben darüber im Zweifel sind, was wir unter einem schwerhörigen Individuum zu verstehen haben.

Um nun für unsere Zwecke den Begriff „Schwerhörigkeit“ abzugrenzen, müssen wir unterscheiden zwischen dem

*) Bearbeitet nach einem Vortrage, gehalten unter dem Titel „Das schwerhörige Kind“ in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 18. Januar 1904.

sogenannten „qualitativen“ und dem „quantitativen“ Hörvermögen. Diese Einteilung geht parallel den beiden physikalischen Eigenschaften des einfachen Tones, an dem wir die Qualität, das ist die Tonhöhe, die Schwingungszahl und die Quantität, das ist die Tonstärke, die Schwingungswerte, unterscheiden.

Das qualitative Hörvermögen des Menschen ist demnach das Hörvermögen für die verschiedenen Tonhöhen ohne Rücksicht auf deren Intensität. Das qualitative Hörvermögen des menschlichen Ohres umfaßt nun — nach genauen experimentellen Untersuchungen — einen Tonbereich von etwa 12 Oktaven und erstreckt sich von dem tiefsten wahrnehmbaren Tone mit 11 Doppelschwingungen in der Sekunde bis zu den höchsten Tönen mit etwa 55.000 Schwingungen in der Sekunde.

* * *

Nach der HELMHOLTZ-HENSENSCHEN Theorie ist bekanntlich die Gehörsschnecke des Menschen als eine Art Saiteninstrument aufzufassen, in welchem transversal schwingende Saiten von verschiedener Länge und Abstimmung den einzelnen Tönen entsprechen. Diese Saiten, die in ihrer Gesamtheit die Membrana basilaris der Schnecke bilden, teilen ihre Erregung den Sinneszellen des der Membrana basilaris aufsitzenden CORTISCHEN Endorgans mit und von hier wird die Erregung in der Bahn der Ramus cochlearis Nervi acustici zerebrälwärts weitergeleitet. Wir können uns nun vorstellen, daß, wenn durch irgend eine Erkrankung der Gehörsschnecke das ganze akustische Endorgan zerstört wird, so daß keine einzige schwingungsfähige Faser der Basilmembran oder keine einzige reizbare Sinneszelle, keine einzige Nervenendfaser erhalten bleibt, aus einem derartigen Prozesse eine totale Taubheit resultiert. Bleibt dagegen irgend eine Teilstrecke des Perzeptionsorgans erhalten, so werden die dieser Strecke entsprechenden Töne wahrgenommen werden können: das Individuum ist nicht mehr total taub, es besitzt an der betreffenden Stelle eine „Hörinsel“.

Wir können uns das Zustandekommen irgend einer Hörstörung auch noch folgendermaßen vorstellen: es werde die Integrität des Sinnesepithels an irgend einer Stelle der Membrana basilaris zwar geschädigt, seine Funktion aber nicht ganz aufgehoben; dann ist zwar das qualitative Hörvermögen für die entsprechende Tonstrecke erhalten, die betreffenden Töne werden gehört, aber das quantitative Hörvermögen ist herabgesetzt. Es ist die Erregbarkeit des nervösen Endorgans herabgesetzt, „es spricht nicht so leicht an“; die Reizschwelle für diese Töne ist hinaufgerückt, die Töne werden intensiver, lauter sein müssen, damit sie noch zur Perzeption gelangen; der Patient ist für die der geschädigten Strecke der Membrana basilaris entsprechende Tonstrecke schwerhörig.

Ähnliche Folgen wie bei den eben geschilderten Erkrankungen der Gehörsschnecke des schallperzipierenden Apparates, sehen wir aber auch bei den verschiedenen Erkrankungen des schalleitenden Apparates, das ist des Mittelohrs und seiner lufthaltigen Nebenräume auftreten. Ganz allgemein betrachtet, äußern alle Mittelohrerkrankungen ihre hörstörende Wirkung in Form einer pathologischen Fixation, einer verminderten Schwingbarkeit der Gehörknöchelchenkette. Diese Fixation der Gehörknöchelchenkette macht sich nun im klinischen Bilde bemerkbar als verminderte oder selbst aufgehobene Hörfähigkeit des Individuums, speziell für die tiefen Töne, denn die tiefen Töne mit ihren großen Schwingungsamplituden sind es vorzugsweise, die zu ihrer Fortleitung eines normal schwingenden Schalleitungsapparates bedürfen. Es ist sonach beim Schalleitungs Hindernis die Perzeption für den unteren Teil des menschlichen Tonbereichs aufgehoben oder erschwert.

* * *

Wir haben nunmehr gesehen, daß der Zustand, den wir im gewöhnlichen Leben als Schwerhörigkeit bezeichnen, sich klinisch unter verschiedenen Formen darstellt.

Es kann sich dabei handeln

1. um eine totale Aufhebung der Perzeption für einen Teil des menschlichen Tonbereichs,
2. um eine Erschwerung der Perzeption für einen Teil des menschlichen Tonbereichs und
3. eine erschwerte Perzeption für den gesamten Tonbereich.

Wir werden später sehen, daß sich in Wahrheit die Dinge etwas komplizierter verhalten, und zwar aus dem Grunde, weil wir im Leben für gewöhnlich nicht einfache, physikalische Töne, sondern zumeist zusammengesetzte Tonkomplexe und noch kompliziertere Geräusche zu hören bekommen.

* * *

Wir gehen nunmehr daran, das oben über den Ausfall einzelner Tonstrecken Gesagte an der Hand experimenteller Ermittlungen nachzuprüfen und wählen als klinisches Material für unsere Betrachtungen jene höchstgradig schwerhörigen Kinder, wie sie uns als „mit Hörresten begabte“ taubstumme Kinder in den Taubstummenanstalten begegnen.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Taubstummen durchaus nicht immer total taub sind in dem Sinne, daß ein vollständiger Verlust des gesamten qualitativen Hörvermögens eingetreten wäre. Es handelt sich vielmehr in einem Teile der Fälle um gewisse größere oder geringe Ausfälle im qualitativen Hörvermögen, nebst einer entsprechenden Schädigung des quantitativen Hörvermögens für die qualitativ erhaltenen Tonbereiche.

Die Ausfälle im qualitativen Hörvermögen der Taubstummen hat zuerst URBANTSCHITSCH mit der Harmonika, später BEZOLD mit der „kontinuierlichen Tongabelreihe“ geprüft.

Eine Beschreibung dieser BEZOLDSCHEN Tongabelreihe können wir umgehen. Es sei nur so viel gesagt, daß es sich um einen Apparat handelt, mittelst dessen man jeden für das menschliche Ohr wahrnehmbaren Ton rein, das ist obertönefrei erzeugen kann. Das geschieht für den unteren Teil der Tonskala durch Stimmgabeln, für den oberen Teil durch gedeckte Orgelpfeifen.

Mit diesem Apparate hat BEZOLD eine Reihe sorgfältigster Untersuchungen an den Zöglingen der Münchner Taubstummenanstalt vorgenommen. Später wurden die gleichen Prüfungen von anderen Otologen andernorts angestellt und so verfügen wir nun über ein hinlänglich großes Material zur Beurteilung des Hörvermögens der „taubstummen“ Kinder.

Die bezüglichen Ergebnisse sind kurz folgende: Es gibt zunächst unter den Taubstummen eine relativ große Anzahl solcher Individuen, welche von dem ganzen, menschlichen Tonbereich — selbst bei Zuleitung intensivster Töne — nichts wahrnehmen. Das sind demnach die total Tauben. Neben diesen total Tauben gibt es andere, welche minimale Hörreste in Gestalt kleiner Toninseln besitzen. Es gibt z. B. Kinder, welche an irgend einer Stelle des Tonbereiches zwei oder mehrere, einander angrenzende Töne perzipieren. Schon diese Kinder mit ihrem minimalen, qualitativen Gehör sind nicht mehr taub zu nennen. Noch weniger kann man jene Kinder taub nennen, die mehrere solcher, durch große Zwischenräume getrennter, kleiner Toninseln besitzen. Eine weitere Zunahme des Gehörs finden wir bei jener Gruppe von Kindern, die z. B. zwei größere, nur noch durch eine kleine Lücke getrennte Hörstrecken aufweisen. Weiterhin gibt es Zöglinge, deren Hörbereich sich als eine große, zusammenhängende Tonstrecke erweist, die nur noch am oberen oder unteren Ende oder an beiden Enden eine Verkürzung aufweist. Diese Verkürzung kann bei einzelnen, sehr günstig situirten Kindern so gering werden, daß sich ihr Hörbereich von dem eines normalhörenden Menschen qualitativ kaum mehr unterscheidet.

Wenn wir uns nun fragen, worin sich die zuletzt erwähnten Kinder von normalhörenden Kindern unterscheiden, so müssen wir antworten: Der Unterschied liegt auf dem Gebiete des quantitativen Hörvermögens und ist hier sehr eklatant. Denn während das normalhörende Individuum alle überhaupt perzipierbaren Töne schon bei leisestem Anklingen vernimmt, hören die erwähnten, schwerhörigen Kinder die ihnen zugänglichen Stimmgabeltöne nur bei starkem Anschlag durch ganz kurze Zeit.

Um nun das quantitative Hörvermögen solcher Kinder zu bestimmen, wurde bei ihnen — nach dem Vorgange BEZOLDS — auch die Hördauer für die vor ihnen gehörten Stimmgabeltöne aufgenommen.

Diese Hördauer beträgt — um nur ein Beispiel statt vieler anzuführen — nach den Untersuchungen NAGERS¹⁾ immer nur einen Bruchteil der normalen Hördauer. Selbst bei den besthörenden Kindern erreicht dieser Bruchteil nie die Hälfte der normalen Hördauer, meist nur ein Drittel und weniger.

Wir werden uns nun zu fragen haben, in welcher Weise sich die bisher geschilderten hochgradigen Hörstörungen im gewöhnlichen Verkehre bemerkbar machen. Wir können hier auf die alte Nomenklatur TARDES zurückgreifen, der schon seinerzeit das mit Hörresten begabte Zöglingmaterial der Pariser Taubstummschule in vier Gruppen brachte, je nachdem Schallgehör, Lautgehör (= Vokalgehör), Wortgehör oder Satzgehör vorhanden war.

Nach meinen eigenen Erfahrungen, die hierin mit denen anderer Autoren vollständig übereinstimmen, sind Kinder, deren Gehör für mehr ausreicht, als für die Wahrnehmung kleiner, in forcierter Konversationssprache vorgebrachter Sätze auf eine Entfernung von $\frac{1}{2}$ —1 m außerordentliche Seltenheiten. Diese Kinder wären natürlich nicht imstande, sich die Sprache auf gewöhnliche Weise, d. h. mit Hilfe der akustischen Lautbilder anzueignen. Wir begegnen ihnen daher in den Taubstummschulen, wo sie mittelst der Lippenablese-methode unterrichtet werden.

Es soll indes nicht gelugnet werden, daß man ganz vereinzelt in den Taubstummschulen Zöglingen begegnet, die einzelne Sätze noch auf 2—2,5 m hören können. Es handelt sich dann immer um Fälle von angeborener Hörstörung, Kinder, die möglicherweise die Sprache durch das Ohr sich hätten aneignen können, wenn sie von frühester Kindheit an einen dahin gerichteten, individuellen Unterricht genossen hätten. Da nun in unseren Volksschulen für einen derartigen individualisierenden Unterricht hochgradig schwerhöriger Kinder nicht vorgesorgt ist, so darf es uns nicht Wunder nehmen, daß wir sie schließlich doch in der Taubstummschule antreffen, wohin sie eigentlich ebenso wenig gehören.

* * *

Von jenen Kindern nun, deren Hörreste so gering sind, daß ihre Übergabe an eine Taubstummschule ohne weiteres einleuchtet — wir werden später hören, wann diese Übergabe gerechtfertigt ist — soll einstweilen nicht mehr die Rede sein; sondern vielmehr von jenen sehr zahlreichen Kindern, die nur mit einer Schwerhörigkeit mittleren Grades behaftet sind, deren Hörstörung für den Laien nicht mehr auf den ersten Blick erkennbar ist.

Was zunächst die Ursachen dieser mittleren und geringgradigen Hörstörungen anbelangt, so wären die folgenden Krankheitsprozesse des Ohrs hauptsächlich zu nennen:

1. Die im Gefolge der akuten exanthematischen Infektionskrankheiten des Kindesalters auftretenden Mittelohreiterungen. Es ist eine Erfahrung, daß besonders die im Gefolge des Scharlachs auftretenden Mittelohreiterungen eine gewisse Neigung zeigen, in den chronischen Zustand überzugehen. Solche Eiterungen zeigen dann meist eine jahrelange Dauer und setzen immer eine Hörstörung von beträchtlichem Grade.

2. wären hier zu nennen die im Kindesalter so überaus häufigen Katarrhe der Tube und der Trommelhöhle, wie sie

durch chronische Schwellungszustände der Nasen-Rachenschleimhaut, im Kindesalter speziell durch die Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes (Hypertrophie der Gaumen- und Rachenmandel, adenoide Vegetationen) hervorgerufen werden. Das Bild des sogenannten Tubenkatarrhs darf als bekannt vorausgesetzt werden. Das Trommelfell derartig erkrankter Kinder ist mehr oder weniger stark eingezogen und zeigt häufig einen erhöhten Glanz und eine gelbliche Farbe, hervorgerufen durch das in der Trommelhöhle befindliche seröse Transsudat. Das Charakteristische an dem Zustande ist der Wechsel in der Hörstörung. Diese kann zu Zeiten, da der chronische Schwellungszustand des Nasen-Rachenraumes eine akute Exazerbation erfährt (bei Witterungsumschlag: im Vorfrühling und Spätherbst), eine bedeutende Höhe erreichen, so zwar, daß die Flüstersprache nur mehr ad concham gehört wird; zu anderen Zeiten weicht diese Schwerhörigkeit einem ausreichenden Hörvermögen, so daß das Kind dem Unterrichte in der Schule mühelos folgen kann. Gerade dieser Wechsel scheint aber Schuld daran zu sein, daß der ganze Zustand zu wenig Berücksichtigung von Seiten der Eltern, der Lehrer und auch der Ärzte erfährt. Eine endgültige Heilung des Zustandes ist nämlich nur durch Beseitigung der Grundursache, d. i. der adenoiden Vegetationen möglich.

3. können mittelgradige Hörstörungen auch durch Erkrankungen des schallperzipierenden Apparats, i. e. des inneren Ohrs entstehen. Solche Fälle gehören indes zu den Seltenheiten, weil die im Kindesalter erworbenen Erkrankungen des inneren Ohrs ausnahmslos zu derartig hochgradigen Hörstörungen führen, daß wir den betreffenden Kindern erst wieder in der Taubstummschule begegnen.

Diese Fälle kommen also hier nicht in Betracht. Dagegen können mittelgradige — wie gleich betont werden soll — irreparable Hörstörungen durch kongenitale, jedenfalls nur geringgradige Bildungsanomalien des inneren Ohrs zustande kommen. Ich hatte während meiner mehrjährigen Tätigkeit an der Wiener israelitischen Taubstummanstalt Gelegenheit, mich zu überzeugen, daß in jenen Familien, die von hereditärer Taubheit heimgesucht sind, gar nicht selten neben einem oder mehreren tauben Kindern ein oder das andere Kind anzutreffen ist, das von Geburt an mit einer Hörstörung nur mäßigen Grades behaftet erscheint.

Wie schon oben erwähnt, spielen die durch Labyrinth-erkrankung schwerhörigen Kinder wegen ihrer großen Seltenheit eine so geringe Rolle, daß wir im folgenden uns fast ausschließlich mit den mittelohrkranken, an Eiterungen und Katarrhen leidenden Kindern zu beschäftigen haben werden. Diese Kinder zeigen, mit der kontinuierlichen Stimmgabelreihe BEZOLDS geprüft, ganz charakteristische Ausfälle im qualitativen Hörvermögen, u. zw. ist es ausnahmslos das untere Ende des Tonbereichs, welches — in verschiedener Ausdehnung — aus den bereits angeführten Gründen fehlt.

Der Herabsetzung der Hörschärfe entsprechend, werden aber auch die mittelhohen Stimmgabeltöne nicht ganz so gut gehört als von Ohrgesunden, d. h. es kommt bei dem allmählich abklingenden Stimmgabelton früher der Moment, wo er für das schwerhörige Ohr erlischt, die Hördauer ist verkürzt, das quantitative Hörvermögen ist geschädigt. Die Hörweite für die Sprache ist entsprechend herabgesetzt; so wird z. B. die Flüstersprache, die von normal hörenden Kindern durchschnittlich auf 20—25 m und darüber deutlich vernommen wird, entweder nur ad concham oder in günstigen Fällen auf 1—2 m gehört. Es ist schwer zu sagen, wie hochgradig eine Hörstörung im Kindesalter sein muß, damit man von ihr mit Sicherheit eine Schädigung der geistigen Entwicklung erwarten dürfe; wir werden wohl annehmen können, daß es keine noch so geringfügige Hörstörung gibt, die nicht geeignet wäre, besonders in der frühesten Kindheit, vor Erlangung der Sprache eine entsprechende Hemmung abzugeben.

¹⁾ Die Taubstummen der Luzerner Anstalt Hohenrain. „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“, Bd. XLIII.

Erfahrungen über lokale Jodapplikation beim Trachom.

Von **Dr. Plato Jablkowski**, prakt. Arzt in Saõ Ivaõ do Montenegro (Brasilien).

Auf Grund naheliegender theoretischer Erwägungen und praktischer Erfahrung auf anderen Gebieten versuchte ich, das Trachom durch lokale Applikation von Jod therapeutisch zu beeinflussen. Es mag sein, daß ich damit nichts Neues bringe. Da jedoch meine Resultate recht befriedigende, zum Teil ganz überraschend günstige waren, muß ich mich wundern, über lokale Jodmedikation bei Erkrankungen der Bindehaut nie etwas vernommen zu haben, da doch die mächtige, resorbierende Wirkung des Jod in der Tiefe jedem geläufig ist, während dasselbe für manches andere Mittel, so z. B. für die in die Trachomtherapie eingeführten organischen Silbersalze, wenn auch theoretisch begründet, so doch in der Praxis nicht einwandfrei bewiesen erscheint.

Ich verwende zum Pinseln Jodglyzerin 0.5 : 30 und als Kollodium schwächere Lösungen. Je nachdem ich nach der Pinselung die umgestülpten Lider sofort in ihre richtige Lage bringe oder sie länger umgestülpt halte, kann ich die Intensität der Applikation nach Belieben dosieren. Die Schmerzhaftigkeit der Applikation ist nicht als hoch zu taxieren. Obwohl es sich um etwa 30 Fälle handelt, wo Jod beim Trachom angewendet wurde, konnte ich in keinem Falle etwas bemerken, was als Schädigung des Behandelten durch diese Medikation aufzufassen gewesen wäre.

Besonders günstig beeinflußt die Jodpinselung veraltete Trachome mit akuter Exazerbation, wo sonst 2% Lapis indiziert ist. In solchen Fällen wende ich Lapis in der Frühe und Jodglyzerin gegen Abend an; mit vorschreitender Besserung wird abwechselnd an einem Tage Lapis, am anderen Jod appliziert.

In dem Maße, wie die katarrhalischen Erscheinungen nachlassen, kommt Lapis immer seltener zur Anwendung, bis schließlich nur Jod allein täglich eingepinselt, später auch eingeträufelt wird.

Bekanntlich kommt es nach einer Lapisanwendung, nachdem die Reizung vorüber ist, zu einer Remission, die jedoch früher oder später in Rekrudescenz übergeht. Ich würde nun die Wirkung von Jod so charakterisieren, daß sie mir das nach der Lapisanwendung erreichte Resultat fixiert; durch Jod wird der Rückfall aus dem Verlaufe eliminiert, oder er wird wenigstens abgeschwächt. Es ist überraschend, oft schon am nächsten Tage nach der ersten Jodpinselung zu sehen, wie die Schwellung der Konjunktiva deutlich abgenommen hat, wie der Blepharospasmus wie mit einem Peitschenschlag verschwunden ist, wie die Sekretion mehr flüssige Beschaffenheit angenommen, ein etwa vorhandenes Hornhautgeschwür sich gereinigt hat.

In Fällen mit mehr atonischem Verlauf würde ich besonders die Besserung der Zirkulationsverhältnisse durch die Jodapplikation hervorheben; sowohl die dunkelrote, wie auch die blasse Konjunktiva nimmt rosarote Färbung an, also die der aktiven Hyperämie, durch welche günstige Verhältnisse zur Resorption der Entzündungsprodukte geschaffen werden. Auch Pannus sah ich in allen Fällen, wo er eben vorhanden war, unter Jodglyzerinanwendung ausheilen. In mehreren Fällen bestand er bereits seit Jahren und durch Monate reagierte er nur wenig auf die übliche Therapie. Allerdings erreichte ich in einem Falle eine vollständige Aufhellung der Hornhaut erst durch Peritomie mit nachträglicher Jodapplikation. Bezeichnend dürfte es jedoch sein, daß ich bei dem betreffenden Kranken unter der üblichen Therapie bereits zweimal Peritomie ohne wesentlichen Nutzen ausgeführt hatte.

Leider ist mein Krankenmaterial nicht darnach, daß ich bestimmte Angaben über die erreichten Resultate bei allen mit Jodglyzerin behandelten Fällen angeben könnte,

doch sah ich von den Kranken, die Jodglyzerin zur Einträufelung nach Hause bekommen haben, die meisten nach Verlauf von Wochen wieder und ausnahmslos war ich mit dem, was erreicht wurde, zufrieden. In 5 Fällen, die bereits seit Monaten in meiner Behandlung standen, sich durch einen ausnahmsweise torpiden Verlauf auszeichneten und auf die üblichen therapeutischen Maßnahmen nur langsam vor sich gehende Besserung zeigten, wurde durch Jodmedikation im Verlaufe von 3–4 Monaten vollständige Heilung erzielt.

Diese hier kurz angeführten Tatsachen führen mich zu der Meinung, daß eine Nachprüfung der Jodwirkung von kompetenter Seite sich vielleicht lohnen würde, um so mehr, als die Trachomtherapie trotz immer neu auftauchender, meist nichts mehr als nur wohlgemeinter Vorschläge wohl zu den therapeutischen Aufgaben gehört, über deren befriedigende Lösung das letzte Wort zu sagen der Zukunft vorbehalten ist.

Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat Etselt und Matcner in Prag.

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.

Von **Dr. Václav Plavec.**

(Fortsetzung.)

Abgesehen davon, daß ein gewisser Teil der Autoren jede therapeutische Wirkung des Terpentins bei der akuten Phosphorvergiftung in Abrede stellt, und daß die Mehrzahl der Toxikologen und Kliniker nur einen oxydierenden Einfluß des Terpentins im Darmtraktus anerkennt, sind die Angaben und Ansichten über die Wirkung des Terpentins im Blute noch mehr verworren und unverläßlich. Im großen und ganzen steht soviel fest, daß, wenn auch eine therapeutische Wirkung des Terpentins auf den Phosphor im Blute und in den Organen vorhanden sein sollte, dieselbe mit Rücksicht auf die unbedeutenden, ja sogar negativen Resultate, welche CURIE und VIGIER, DEPAIRE, VETTER und BUSCH erhalten haben, jedenfalls gering sein dürfte. Da wir aber bis jetzt kein besseres Gegengift des resorbierten Phosphors kennen, und da diese Sache für Prag eine ganz besondere Bedeutung besitzt, so war ich bestrebt, mir über die Wirkungsweise des Terpentins auf den resorbierten Phosphor ein selbständiges Urteil zu verschaffen.

Die Oxydation des Phosphors im Blute durch direkte Verbindung oder bloß durch den Einfluß des Terpentins schien mir nicht wahrscheinlich, weil bei der Resorption das Terpentin den Sauerstoff abgibt, und weil wir schon aus dem Vorhandensein freien Phosphors im warmen arteriellen Blute schließen können, daß die Oxydabilität des Phosphors im Blute und in den Organen aus unbekannter Ursache sehr herabgesetzt sein muß. Ich habe daher angenommen, daß der von BUSCH konstatierte, mäßige antidotäre Einfluß des Terpentins eher auf einer einfachen Herabsetzung der unbekannt giftigen Wirkung des Phosphors beruhen dürfte, analog der Herabsetzung der Affinität des Phosphors zum Sauerstoff durch das Terpentin. SCHULTZEN, RIESS und VETTER haben die sehr wahrscheinliche Vermutung ausgesprochen, daß sich der Phosphor im Blute und in den Organen so verhalte und wirke wie ein Ferment und es könnte daher das Terpentin unter Umständen eine Herabsetzung der Intensität dieser Fermentation bewirken.

Durch eine Unterstützung seitens der böhmischen Akademie und durch die Freundlichkeit des Herrn Hofrates SPINA war es mir möglich, zu diesem Zwecke eine Reihe von Experimenten anzustellen. Ich injizierte Hunden Phosphoröl subkutan und gab ihnen innerlich rektifiziertes Terpentinöl, um sicher zu sein, daß eine eventuelle Wirkung des Terpentins auf den Phosphor erst im Blute und in den Organen zustande kam.

Meine Resultate sind völlig negativ ausgefallen. Die behandelten Tiere starben annähernd in derselben Zeit und

unter denselben Erscheinungen wie die nicht behandelten. Zugleich habe ich gefunden, daß das durch den Harn ausgeschiedene Terpentin die Phosphoreszenz (Oxydation) des Phosphors bei der MITSCHERLICH'schen Probe nicht mehr unterdrückt, so daß ich annehmen muß, daß das Terpentinöl entweder schon durch die Resorption an und für sich oder erst im Körper derart verändert wird, daß es seine bekannte Wirkung auf den Phosphor vollkommen verliert.

Auf Grund meiner Experimente komme ich zu der Meinung, daß alle bisherigen Angaben über die Wirkung des Terpentins auf den resorbierten Phosphor der Wirklichkeit nicht entsprechen. Ich kann also nicht mit GILBERT übereinstimmen, der in allerneuester Zeit die Angaben BUSCH's über die Wirksamkeit des Terpentins auf den resorbierten Phosphor bestätigt, indem er zwei Fälle von akuter Phosphorvergiftung veröffentlicht, in denen nach Terpentin eine auffallende Besserung eingetreten sei, obzwar mit der Therapie, i. e. mit der Darreichung des Terpentinöls erst 6 Tage nach dem Genusse des Phosphors begonnen wurde, also zu einer Zeit, da die Resorption des Phosphors bereits beendet gewesen sein dürfte. Der sechste bis achte Tag pflegt bei der akuten Phosphorvergiftung überhaupt ein kritischer zu sein, wo gewöhnlich eine rasche Besserung aller Erscheinungen einzutreten pflegt, falls nicht eine genügende Menge Phosphor resorbiert wurde.

Nach KOBERT¹⁵⁾ nehmen auch manche an, daß das sauerstoffhaltige Terpentinöl ein Derivat des Terpentins enthält, welches beim Schütteln ins Wasser übergeht und den Phosphor auch im Blute oxydieren kann. Um derartige Einwände auszuschließen und um mich mit Bestimmtheit zu überzeugen, ob eine Oxydation des Phosphors im Blute überhaupt möglich ist, habe ich noch eine zweite Reihe von Experimenten angestellt, bei denen ich die mit Phosphor vergifteten Tiere ungefähr 24 Stunden lang reinen Sauerstoff oder mit Luft gemischten Ozon einatmen ließ. Ich habe erwartet, daß die 4—5fache Erhöhung des partiellen Druckes des Sauerstoffs und namentlich die große Oxydationskraft des Ozons die herabgesetzte Oxydabilität des Phosphors überwinden und eine beträchtliche Menge des resorbierten Phosphors oxydieren muß, falls wirklich freier Phosphor im Blute und in den Organen vorhanden ist.

Die auf diese Weise erzielten therapeutischen Effekte sind so unbedeutend, daß sie fast gleich Null sind. Sämtliche Tiere sind eingegangen, obzwar die Dosen nicht allzu groß waren, und es ließ sich nur soviel konstatieren, daß die behandelten Tiere im allgemeinen nur einige wenige Stunden länger lebten als die nicht behandelten.

Es kann demnach kein Zweifel darüber sein, daß man mit den im Blute wirkenden Oxydantien die verheerenden Folgen der Phosphorvergiftung nicht verhüten kann. Die Versuche mit Ozon lehren, daß man hier auch mit den stärksten Oxydantien nichts ausrichtet, und dadurch wird es zweifelhaft, ob überhaupt der Phosphor nach seiner Resorption (unter allen Umständen, bei jeder gewöhnlichen Phosphorvergiftung) im Blute im freien Zustande vorhanden ist und als solcher wirkt. Es ist nicht denkbar, daß freier Phosphor, selbst wenn seine Affinität zum Sauerstoff im Blute herabgesetzt ist, vom Ozon nicht oxydiert werden sollte, falls er bei 37° durch die Lungenkapillaren durchtritt. So wie einerseits gewisse im Blute vorhandene Substanzen die Oxydabilität des Phosphors (ähnlich wie das Terpentinöl) herabsetzen können, so ist es andererseits bekannt, daß die Affinität des Phosphors zum Sauerstoff mit zunehmender Temperatur wächst, und bei 60° so groß ist, daß sich der Phosphor an der Luft von selbst entzündet. Nach KÖHLER läßt sich Phosphoröl durch sauerstoffhaltiges Terpentin entzünden; wir haben hier also den direkten Beweis, daß der Phosphor trotz seiner herabgesetzten Oxydabilität durch den (im Terpentinöl locker gebundenen) Sauerstoff und Ozon oxydiert werden muß.

Mit meinen Versuchen will ich die zahlreichen Beweise für das Vorkommen freien Phosphors im Blute durchaus nicht widerlegen, sondern im Gegenteil, ich glaube, sie lassen sich mit meinen Versuchen leicht in Einklang bringen. Bei meinen Versuchen wurde ja ein gewisser, wenn auch geringen Teil des resorbierten Phosphors oxydiert, während der größere, zur Erzeugung tödlicher Symptome notwendige Teil intakt blieb. Ferner wissen wir, daß die wirklich verlässlichen Beweise für das Vorhandensein freien Phosphors im Blute aus der Zeit unmittelbar nach dem Genusse des Phosphors stammen, und daß es sich dabei um Fälle gehandelt hat, in denen der Phosphor in großer Menge genommen wurde. HAMMER (34) z. B. fand den Phosphor im Blute und in den Organen bei einem Falle, der sich mit dem Phosphor von 38 Zündhölzchenpäckchen vergiftet hatte und 9 Stunden nach dem Genusse des Phosphors gestorben war, während LANGER (35) vergebens Phosphor in den Organen eines Falles suchte, der 10 Stunden nach dem Genusse des Phosphors von einem Zündhölzchenpäckchen gestorben war. Er konstatierte nur, daß er mit Wasserstoff in statu nascendi aus den Organen Phosphorwasserstoff entwickeln konnte, und nimmt deshalb an, daß in den Organen kein freier Phosphor mehr, sondern eine sich leicht reduzierende Phosphorverbindung vorhanden war. Derartiger negativer Phosphorbefunde in den vergifteten Organen und im Blute findet sich in der Literatur eine ganze Reihe, so daß wir unter Berücksichtigung der negativen Resultate der eben beschriebenen Experimente annehmen müssen, daß das Vorhandensein freien Phosphors im Blute und in den Organen zur Vergiftung nicht notwendig ist. Es ist zwar notwendig, daß der Phosphor im freien Zustande resorbiert werde, aber ein bestimmter Teil desselben geht im Blute und in den Organen dadurch bald verloren, daß er uns bis jetzt noch unbekannt Verbindungen eingeht, welche das eigentliche Wesen der Phosphorvergiftung ausmachen.

Dieser Gedanke ist durchaus nicht neu und gewinnt in der neuesten Literatur immer mehr an Boden (NASSE (22), SELMI (11), VAN DEN CORPUT (11), KUNKEL u. a.).

Die richtige Erkenntnis des chemischen Zustandes und der Art und Weise, wie der Phosphor im Körper so verderblich wirkt, hat nicht nur für die Pathologie, sondern auch für die Therapie dieser Vergiftung ohne Zweifel die größte Bedeutung. Wir können nicht entscheiden, was für Gegengifte wir gegen den resorbierten Phosphor anwenden sollen, solange wir den chemischen Zustand des Phosphors im Blute und in den Organen nicht genauer kennen oder solange nicht die Empirie neues Licht in diese Frage wirft.

Die Chemie des Phosphors lehrt, daß derselbe außer zum Sauerstoff auch zu den Haloiden eine große Affinität besitzt, mit denen er sich unter Umständen direkt und innig verbindet. Da die haloiden Elemente vom Körper ziemlich gut vertragen werden, so ist es gewiß angezeigt, ihren Einfluß auf den resorbierten Phosphor zu prüfen. Die Wichtigkeit dieser Aufgabe hat schon TARDIEU (12) erkannt und hat zu ihrer Durchführung aufgefordert. Da ich nirgends in der Literatur eine Antwort auf diese wichtige Frage gefunden habe, so habe ich selbst im Institute des Herrn Hofrates SPINA einige informierende Experimente angestellt.

Ich habe drei Versuchshunden Phosphoröl subkutan injiziert und per os eine Jod-Jodnatriumlösung gereicht. Nach der anerkannten Theorie von BINZ (45) wird im Körper unter dem Einflusse des lebenden Protoplasmas und unter Mitwirkung der Kohlensäure auch aus den Jodiden Jod frei, so daß eine Einwirkung des freien Jods auf den resorbierten Phosphor im Blute und in den Organen ziemlich wahrscheinlich ist.

Auch diese Versuche ergaben ein negatives Resultat und sind bis zu einem gewissen Grade ein neuer Beweis dafür, daß die eigentliche Ursache der Phosphorvergiftung kaum der freie Phosphor bilden dürfte.

Im Sommer des vorigen Jahres wurde in die Klinik MAIXNER ein Mann eingebracht, der 10 Stunden vorher den

¹⁵⁾ Lehrbuch der Intoxikationen, 1893. — Ozon.

Phosphor von 4 Zündhölzchenpäckchen und zugleich 15 g Jodkali zu sich genommen hatte. Der Mann starb nach fünf Tagen unter den typischen Symptomen der Phosphorvergiftung, so daß ich diesen Fall als klinischen Beweis für die Wirkungslosigkeit der Jodpräparate auf den resorbierten Phosphor anführen kann.

Mag nun der Phosphor im Körper in freiem oder gebundenem Zustande wirksam sein, so viel ist sicher, daß zunächst der gesamte resorbierte Phosphor ins Blut gelangen muß. Da die Resorption des Phosphors langsam vor sich geht, muß das Blut noch lange nach dem Genusse desselben entweder den Phosphor als solchen oder die betreffende giftige Verbindung enthalten. Außerdem hat es aus mehreren Gründen, die ich im Beginne dieses Abschnittes über die Therapie näher angedeutet habe, den Anschein, daß der Phosphor im Körper nur ganz allmählich seine Wirkung entfaltet, und daß sich demnach wenigstens ein Teil desselben oder vielmehr seiner unbekannteren giftigen Verbindung ziemlich lange im Blute aufhält. Infolgedessen muß man zugeben, daß man durch einen Aderlaß einen bestimmten Teil des Phosphors auch noch nach seiner Resorption aus dem Körper entfernen könnte.

Diese mechanische Methode ist allerdings nicht so leicht durchführbar wie beim Verdauungstraktus, aber ihr Vorteil gegenüber den heutigen, nach der Resorption des Phosphors beantragten chemischen Methoden läge hauptsächlich darin, daß sie einen Teil des Phosphors nach seiner Resorption beseitigen würde ohne Rücksicht darauf, ob derselbe frei oder gebunden ist.

Schon MUNK und LEYDEN (2), ferner auch BAMBERGER (2) haben bei der akuten Phosphorvergiftung, wo die Resorption bereits vorgeschritten ist, die Bluttransfusion vorgeschlagen. A. EULENBURG und LANDOIS (46) [1867] haben zu diesem Behufe eine große Reihe von Experimenten angestellt, und ihre Resultate haben in der Tat gezeigt, daß die rechtzeitig ausgeführte Transfusion eine therapeutische Bedeutung besitzt. Trotz ziemlich hoher Phosphorgaben gelang es ihnen, durch wiederholte Transfusion einige der Tiere zu retten, während die übrigen wenigstens zwei- bis dreimal so lange am Leben blieben als die Kontrolltiere.

Trotzdem fand diese Methode nur wenige Anhänger, offenbar aus dem Grunde, weil die Bluttransfusion beim Menschen viel gefährlicher ist als beim Tiere. JÜRGENSEN (47) hat bei einem Falle von schwerer Phosphorvergiftung am 5. Tage nach dem Genusse des Phosphors die Transfusion mit gutem Erfolg ausgeführt, indem er 500 g Blut entleerte und 580 g injizierte. Auch RIESS (18) versuchte einmal die Transfusion, der Erfolg war jedoch negativ.

Manche Toxikologen (KOBERT, SCHUCHARDT) empfehlen die Transfusion als gutes *Ultimum refugium*, aber die Kliniker verzeichnen keine weiteren Versuche mehr mit dieser Methode.

EULENBURG und LANDOIS selbst beurteilen den Wert der Transfusion ganz richtig, indem sie sagen, daß dieselbe die Berührung des Phosphors mit den Organen zwar nicht zu hindern vermag, daß sie also auch die Entwicklung der bekannten pathologischen Veränderungen nicht gänzlich verhüten kann, daß man aber imstande ist, auf diese Weise einen beträchtlichen Teil des Phosphors, so lange er im Blutkreislauf vorhanden ist, zu entfernen.

Allein es ist sehr fraglich, ob wir durch die gefährliche Transfusion nicht mehr verlieren, als wir durch die teilweise Entfernung des Phosphors aus dem Körper gewinnen würden.

Für jene Fälle, wo die Transfusion nicht durchführbar ist, empfiehlt KIONKA (10) die *Venaesectio*, eventuell kombiniert mit einer Infusion von physiologischer Kochsalzlösung, KOBERT (22) wenigstens die Infusion einer alkalischen Kochsalzlösung, der man 10—20% Wasser, das mit oxydiertem Terpentinöl geschüttelt wurde, zusetzen soll.¹⁶⁾ Ich bezweifle

¹⁶⁾ Schon LANDOIS hat empfohlen, dem Transfusionsblute die löslichen Gegengifte zuzusetzen.

aber auf Grund meiner eigenen, oben erwähnten Experimente die therapeutische Bedeutung dieses Terpentinwassers.

Wo nicht einmal eine Infusion vorgenommen wird, soll wenigstens nach KOBERT nach jeder Gabe von Terpentinöl eine größere Quantität warmen Tees nachgetrunken werden.

II. Symptomatische Therapie.

Die Symptome der akuten Phosphorvergiftung sind zahlreich und mannigfaltig. Anfangs überwiegen die Symptome von Seite des Gastrointestinaltraktes, später aber sind fast alle Organe ergriffen und jedes von ihnen reagiert nach seiner Art: Kopfschmerzen, manchmal auch Delirien oder Konvulsionen, Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen (blutiger Massen), Ikterus, Sinken der Diurese eventuell bis zur Harnretention, Albuminurie, Verstopfung oder blutige Stühle, allgemeine Schwäche und namentlich Herzschwäche, Schmerzen in den Extremitäten usw. Manche von diesen Symptomen lassen sich überhaupt nicht lindern, die Mehrzahl der übrigen behandeln wir nach allgemeinen Regeln. Hier will ich in Kürze jene symptomatische Therapie besprechen, welche bei der akuten Phosphorvergiftung am meisten angezeigt und wichtig ist.

Die gastrointestinalen Symptome haben schon seit den ältesten Zeiten die Aufmerksamkeit der Autoren in höchstem Grade in Anspruch genommen. Ja, ursprünglich wurde sogar behauptet, daß die Wirkung des Phosphors im Körper nur eine lokale sei, daß derselbe gar nicht resorbiert werde, und daß der Tod nur infolge einer Verätzung des Verdauungstraktes eintrete [ORFILA] (2). Aus diesem Grunde verordnete man damals schleimige Getränke, Milch, sogar Öl, weil man sich vorstellte, daß der so eingehüllte Phosphor der Schleimhaut nicht so sehr schade. Als später die MUNK-LEYDENSche Theorie als die eigentliche Ursache der lokalen Wirkung auf die Darmschleimhaut die sauren Oxydationsprodukte des Phosphors bezeichnete, verordnete man *Magnesia usta* oder nach MUNK und LEYDEN *Ferrum hydricum in aqua*, um eine Neutralisation der betreffenden Säuren zu bewirken.

Die Verordnung der gebrannten *Magnesia* hat sich bis heute behauptet. Zwar halten viele die Darreichung der *Magnesia* für überflüssig und erwähnen sie nur der Vollständigkeit halber [SCHUCHARDT (10), NOTHNAGEL und ROSSBACH (42), LEWIN (16) u. a.], v. JAKSCH (17, 27) aber hat in seinen zahlreichen Fällen von Phosphorvergiftung die *Magnesia* in häufigen Gaben gereicht; gewöhnlich setzt er sie gleich dem Wasser zu, mit dem er den Magen ausspült. HUSEMANN (48) aber hält die *Magnesia* für kontraindiziert, weil sie angeblich bei der akuten Phosphorvergiftung im Darne die Bildung des Phosphorwasserstoffes unterstützt, welcher nach SCHUCHARDT und DYBKOWSKY das eigentliche Wesen der Phosphorvergiftung bildet.

In der Erwägung, daß die Reizung der Mukosa durch die Oxydationsprodukte eine erhöhte Peristaltik resp. Antiperistaltik und auf diese Weise die Beförderung des genossenen Phosphors aus dem Verdauungstraktus nach außen bewirkt, werden wir uns mit der Darreichung der *Magnesia* als eines neutralisierenden Mittels nicht beileiden. Die Ausspülung des Magens, sei es auch nur mit reinem Wasser, genügt vollkommen zur Beseitigung der Phosphorsäuren aus dem Magen, weil sie sich durch ihre hervorragende Löslichkeit auszeichnen. Wenn etwa nach der gründlichen Evakuierung des Verdauungstraktes das hartnäckige Erbrechen oder die Leibschmerzen fortauern sollten, wäre die Darreichung von Eis- oder Natriumpillen vielleicht geeigneter als jene der *Magnesia*.

Schließlich hängt die Heftigkeit der gastrointestinalen Symptome nicht einzig und allein von der lokalen Einwirkung der Oxydationsprodukte des Phosphors auf die Darmschleimhaut ab, denn SENFTLEBEN, M. BERNHARDT, KOTHS und BUSCH (6) beschreiben eine Injektion und Entzündung der Intestinalschleimhaut auch bei der subkutanen Einverleibung des Phosphors. Schon O. SCHRAUBE (1869) ist es aufgefallen, daß

auch in jenen Fällen hartnäckiges Erbrechen bestand, in denen später die Mukosa des Darmrohres intakt befunden wurde. Ähnlich wie KOTHS (49) habe auch ich (6) beobachtet, daß bei Hunden 1—2 Stunden nach der subkutanen Phosphorinjektion hartnäckiges Erbrechen auftrat, obwohl es sich hier nur um eine zentrale Wirkung handeln konnte. Bei der Lustration dieser Versuchstiere fand ich namentlich im Duodenum eine so beträchtliche Hyperämie, daß es zu einer hämorrhagischen Infiltration der Mukosa und später sogar zu kleinen Nekrosen und Ulzerationen der Schleimhaut gekommen war.

(Schluß folgt.)

Referate.

J. BOAS (Berlin): Die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweis okkultes Blutanwesens in den Fäzes.

Die Methode von B. wird in folgender Weise geübt („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 47): Etwa 5—10g Stuhl werden, wenn breiig, ohneweiters, wenn hart, erst nach Verdünnung mit Wasser verarbeitet. Nach der zweckmäßigen Vorschrift von ROSSEL wird dem Stuhl zunächst eine kleine Menge, etwa 20 cm³ Äther zugefügt, um die Fette des Kotes aufzunehmen, besonders aber um störende Emulsionen bei der späteren Behandlung zu vermeiden. Sodann wird dem Stuhl eine kleine Menge (es genügen 3—5 cm³) Eisessig zugefügt, das Ganze in ein Reagensglas gegossen und nochmals mit Äther extrahiert. Unter allen Umständen ist Zusatz von Alkohol zum Äther (etwa zur Klärung) zu verhüten, da Alkohol allein das Guajakterpentinmischblut bläut. Dem Äther werden dann einige Körnchen gut pulverisiertes Guajakharzes zugefügt, sorgfältig geschüttelt und dann 20—30 Tropfen verharzten Terpentinöls zugesetzt. Nach kurzem Schütteln und Stehenlassen bildet sich allmählich eine Violett- bis Blaufärbung aus, die durch Zusatz von Chloroform noch deutlicher ausfallen kann. Leider wird gerade bei Stuhluntersuchungen der entscheidende blaue oder violette Farbenton, namentlich bei geringem Blutgehalt, oft durch braune Nuancen verschleiert und undeutlich gemacht, so daß man nicht so selten vor die Frage gestellt wird, ob im gegebenen Falle eine positive oder negative Reaktion anzunehmen war. Die Ansichten der einzelnen Beurteiler gingen dann in der Tat oft weit auseinander. Es ist daher sehr erfreulich, daß wir durch eine Probe in der Lage sind, die alte Guajakprobe zu kontrollieren. KLUNGE und SCHAEER haben nämlich gefunden, daß an Stelle des Guajakharzes das Aloin in vortrefflicher Weise geeignet ist, kleine Blutmengen anzuzeigen. Nach den Vorschriften von ROSSEL wird die Aloinlösung in folgender Weise zubereitet: Es wird vom (in der Apotheke käuflichen) Aloin eine kleine Spatelspitze voll in ein Reagensglas gebracht und zirka 3—5 cm³ 60—70%igen Alkohols zugefügt und leicht geschüttelt. Gibt man nun zu dem essigsäuren Ätherextrakt der Fäzes (oder auch des Mageninhalt) zuerst 20—30 Tropfen Terpentin und danach 10—15 Tropfen der genannten, immer frisch zu bereitlegenden Aloinlösung, so färbt sich dieselbe bei Anwesenheit von Blut sehr bald hellrot und nimmt bei weiterem Stehenlassen eine ziemlich beständige kirschrote Färbung an. Ist kein Blut vorhanden, so rötet sich das Aloin frühestens in 1—2 Stunden leicht rosarot und bleibt bis dahin gelb. Das Auftreten des Aloinrotes kann man durch Zusatz einiger Tropfen Chloroform erheblich beschleunigen. Man sieht hierbei, wie sich kleinere und größere rote Tropfen bilden, die allmählich zu Boden sinken und einen intensiv zinnoberroten Niederschlag bilden. B.

HANS LUCE (Hamburg): Über Leukanämie.

Der Leukanämie gebührt in dem Kreise der Erkrankungen des hämatopoetischen Charakters keine Sonderstellung, sie ist nur ein hämatologisches Symptom, nur eine der morphologischen Ausdrucksformen, mit welchen der letztere auf die große Zahl der Schädlichkeiten (Blutverluste, Intoxikationen, Infektionen, Neubil-

dungen) reagieren kann, sei es nun, daß dieselben primär hämatogen, sei es primär oder sekundär myelogen zur Einwirkung gelangen. Es besteht nicht eigentlich ein grundsätzlicher qualitativer Unterschied zwischen der anämischen und der leukanämischen Knochenmarksreaktion, vielmehr nur ein quantitativer, indem die schon bei der einfachen sekundären, noch mehr bei der perniziösen Anämie vorhandene Wucherung des präexistierenden lymphatischen Gewebes im Mark bei der Leukanämie eine weitere Steigerung erfährt. Die bei der Leukanämie in ausgeprägtem reichlichen Maße vorhandenen Wucherungen der kernhaltigen Erythrozytenformen sind als angeregt durch die primäre Wucherung des lymphatischen Gewebes anzusehen, und zwar im wesentlichen deswegen, weil bei den verschiedenen Leukämieformen, bei welchen spezifische farblose Zellelemente des Knochenmarks primär geschwulstartig wuchern, häufig, mehr weniger zahlreich, Erythroblastenelemente im Blute zu zirkulieren pflegen („Deutsches Arch. f. klin. Medizin“, Bd. 77, H. 3 u. 4). Geht diese sekundär ausgelöste Erythroblastenproliferation über ein bestimmtes Maß hinaus, dann werden die in größerer oder geringerer Menge in den Kreislauf hinein abgestoßen kernhaltigen Erythrozytenformen auch im klinischen Blutbilde nachweisbar. Das letztere braucht nicht mit Notwendigkeit von Anfang an histologisch die leukanämischen Charaktere zur Schau zu tragen. Es wird von örtlichen Zuständen des Knochenmarks, gewissermaßen von dem lokalen dynamischen Gewebgleichgewichte zwischen Erythroblasten und Leukoblasten, abhängen, ob klinisch anfangs die Leukämie oder die perniziöse Anämie die Situation beherrscht, oder ob gleich fertig in einem Guß die Leukanämie sich präsentiert. Für alle Fälle werden wir jedoch annehmen müssen, mag die Leukanämie nun primär myelogen oder sekundär hämatogen sein, daß der ganze Prozeß durch eine irgendwie ausgelöste lymphadenoide oder myeloide Metaplasie des Knochenmarks eingeleitet worden ist. BR.

A. H. QUEISNER (Bromberg): Ätiologie und Therapie des Puerperalfiebers.

In ätiologischer Beziehung hat der von BUMM aufgestellte Satz: „Jede Infektion kommt von außen“ zu gelten. Hierbei ist nicht zu vergessen, daß die Kreißende selbst durch Berühren ihrer Geschlechtsteile oder durch Einführung der Finger in die Scheide virulente Streptokokken hineinbringen kann, die dann bei innerlichen Untersuchungen auch durch die aseptische oder mit einem aseptischen Handschuh bekleidete Hand höher in die Uterushöhle hinaufgeführt werden, daß ferner Infektionen von Hochschwangeren seitens des Ehemannes vorkommen können („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Januar 1904). Des weiteren kommen Infektionen im Wochenbette selbst vor. Therapeutisch ist zunächst festzuhalten, daß man eine innerliche Austastung der Uterushöhle vornimmt, sobald der Verdacht besteht, daß Plazentarreste zurückgeblieben sind. Die weiteren Maßnahmen müssen darin bestehen, daß wir den Versuch machen: 1. die noch in der Uterushöhle befindlichen Infektionserreger zu entfernen, 2. ihr weiteres Eindringen in den Organismus zu verhüten, 3. die bereits im Organismus kreisenden auf natürlichem Wege zur Ausscheidung zu bringen. Dem erstgenannten Zwecke dienen tägliche Uteruspülungen, welche möglichst heiß (40°) vorgenommen werden (WINTERSche Zinnkatheter); um ein weiteres Eindringen der Infektionserreger zu verhüten, wird täglich Ergotin subkutan verabreicht und der Eisbeutel aufgelegt. Von der theoretischen Erwägung ausgehend, daß durch Abknickung der Uterinae und der im Lig. latum verlaufenden Lymphgefäße ein weiteres Eindringen der Infektionserreger hintangehalten werden könne, wurde mit zwei Kugelzangen vordere und hintere Muttermundlippe gefaßt, der Uterus bis zum Scheideneingang herabgezogen und durch Befestigung der Kugelzangengriffe mittelst Gummischlauchs in dieser Stellung an das Bettende fixiert, wobei in zwei Fällen anscheinend Erfolg erzielt wurde. Der drittgenannten Indikation sollen heiße Bäder, eventuell Heißblutapparate und rektale Kochsalzeingießungen, Rechnung tragen. FISCHER.

M. REINER (Wien): Die Tenodese, eine Form partieller Arthrodese.

Die Sehnen transplantation hat seit ihrer Erfindung die Indikationsbreite der Arthrodese wesentlich eingeengt und ist das Normalverfahren geworden bei der Behandlung veralteter Lähmungen, weil sie den beiden wichtigsten therapeutischen Forderungen, dem Ersatze der verloren gegangenen Funktion und der Verhütung der paralytischen Deformität, am besten gerecht zu werden vermag. Eine durch Transplantation erzielte tendinöse Fixation eines Gelenkes, das stark auf Dehnung beansprucht wird, wird aber in der Regel keine genügende Widerstandskraft gegen die weiter wirkenden deformierenden Einflüsse aufzubringen vermögen und deshalb schlägt REINER („Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie“, 1903, Bd. XII, 2. Heft) für solche Fälle ein anderes Verfahren vor, das er Tenodese nennt. Dem Wesen nach ist die Tenodese eine besondere Art von Sehnenverkürzung, bei welcher der degenerierte Muskel vollkommen ausgeschaltet und die Sehne desselben durch die Fixation dieses zentralen Teiles am Knochen zu einem Ligamente umgestaltet wird. Um eine nachträgliche Dehnung dieses Sehnenstückes, wodurch das beabsichtigte Resultat in Frage gestellt würde, zu vermeiden, kann man zur Verstärkung desselben von den künstlichen Seidensehnen LANGES ausgiebigen Gebrauch machen. Bei Kindern muß natürlich auf die Möglichkeit der nachträglichen Verlängerung durch den Wachstumsprozeß Bedacht genommen werden. Dieser Möglichkeit begegnet man am besten in der Weise, daß man nicht das ganze zur Verwendung gelangende Sehnenstück mit Seide durchsicht, sondern nur ein größeres oder kleineres Stück desselben. Das Urteil über die Dauerresultate dieser Operationsmethode wird erst nach Jahren gefällt werden können; jedenfalls gestattet dieselbe eine große Anzahl von verschiedenen möglichen Kombinationen.

GRÜNBAUM.

ROLLY (Leipzig): Experimentelle Untersuchungen über Wärmestichhyperthermie und Fieber etc.

Aus den schönen Untersuchungen R. s. folgt („Deutsches Arch. für klinische Medizin“, Bd. 78, H. 3 u. 4), daß von den durch Wärmestich erzeugten (neurogenen) Hyperthermien die nach Einführung toxischer Substanzen und lebender Bakterien auftretenden Steigerungen der Körperwärme grundsätzlich zu trennen sind, da bei den letzteren eine beträchtliche Mehrausscheidung von Harnstickstoff hervorgerufen wird und damit ein vermehrter Eiweißzerfall durch den Infekt selbst bewiesen ist. Während bei der durch Wärmestich erzeugten Hyperthermie zunächst nur eine Steigerung des Umsatzes von stickstoffreicher Substanz — Glykogen — hervorgerufen wird und die vermehrte Stickstoffausscheidung lediglich sekundär infolge der Hyperthermie bedingt ist, haben wir es beim toxischen, bezw. infektiösen Fieber, von Anfang an sowohl mit einem abnorm hohen Eiweißzerfall als auch mit einem Mehrumsatz von Glykogen zu tun. Diese Untersuchungen bestätigen also von neuem die Berechtigung der schon früher von C. HIRSCH, O. MÜLLER und Verf. ausgesprochenen Annahme, daß wir es im Fieber wahrscheinlich mit zwei parallel verlaufenden Prozessen von gleicher Pathogenese zu tun haben: mit einem spezifischen Abbau toxisch zerstörten Eiweißes und einer zentralen Erregung im Sinne der Wärmestichhyperthermie.

B.

J. SHOTA (Prag): Über Ikterus bei Blinddarmentzündungen.

Ein Bericht über zwei Fälle von Appendizitis, die mit Ikterus kompliziert waren und auf der Abteilung Prof. THOMAYERS beobachtet wurden („Sborník Klin.“, Bd. IV, Hft. 4). Bei näherer Untersuchung wurde eine beträchtliche Verminderung der roten Blutkörperchen vorgefunden, welche Erscheinung nach der Heilung des Darmprozesses rasch zurückging. Ebenso wurde während der Gelbsucht Urobilinurie und Gallenfarbstoff im Urin nachgewiesen. Beide Fälle genasen. Verf. ist der Meinung, daß der Entzündungsprozeß einen Zerfall der roten Blutkörperchen hervorgerufen hat und daß dieser Zerfall toxischen Ursprungs war. Daß hier ein Zerfall

vorhanden war, das bestätigt der Nachweis von Urobilin im Urin, sowie auch die Zahlenverhältnisse der Blutkörperchen. Aber in Betracht dessen, daß die Stühle der Kranken durch die ganze Zeit des Anfalls nicht acholisch waren, sondern im Gegenteil sehr intensiv pigmentiert, ist es gewiß, daß es sich um keinen mechanischen Ikterus handelte. Der Zerfall der roten Blutkörperchen lieferte der Leber soviel Material zur Gallenerzeugung, daß eine Polycholie entstand, deren Ausbruch die Gelbsucht war. Daraus ergibt sich, daß sich gelegentlich bei einer Perityphlitis die Gelbsucht auf die Polycholie, welche durch Zerfall von roten Blutkörperchen und Zufluß eines reichlichen, gallenbildenden Materials verursacht wird, stützt. Dann findet sich in der Literatur eine bedeutende Serie von Appendizitiden, die mit Ikterus kompliziert waren, doch in allen Fällen endete die Krankheit tödlich und der Ikterus war durch eine schwere Leberkomplikation, z. B. einen Leberabszeß, hervorgerufen. Analoge Fälle hat der Verf. in der Literatur nicht vorgefunden.

STOCK.

GEORG JOCHMANN (Hamburg-Eppendorf): Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Blutuntersuchung.

Verf. fand („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 3 u. 4) in 15% der Fälle im Blute von Scharlachkranken während des Lebens Streptokokken. Es handelt sich stets um den Streptococcus pyogenes erysipelatosus, niemals um den von SCHOTTMÜLLER beschriebenen Streptococcus mitior. Streptokokken fanden sich niemals auf der Höhe des Exanthems am 1. oder 2. Tage während des Lebens im Blut. Das klinische Bild derjenigen Kinder, welche Streptokokken im Blut hatten, unterschied sich nicht von dem Aussehen schwer erkrankter Scharlachfälle ohne Streptokokken. In foudroyanten Fällen fanden sich niemals während des Lebens Streptokokken im Blut. Die Prognose der Fälle mit positivem Streptokokkenbefund im Blut ist fast absolut letal. Abzüglich der an Scharlalnephritis zugrunde gegangenen Scharlachkinder hatten von den im Laufe der Scharlacherkrankung sterbenden Kindern etwa 50% kurz vor dem Tode Streptokokken im Blut. Die Menge der im Blut gefundenen Streptokokken ist meist eine verhältnismäßig geringe im Vergleich zur Zahl der im Leichenblut gefundenen Keime. Es hat den Anschein, als hätten die Streptokokken die Fähigkeit, sich im lebenden Blut zu vermehren. Die Einschwemmung der Streptokokken ins Blut bei Scharlach gehört nicht notwendig zum Bilde der Scharlacherkrankung. Die Streptokokkeninfektion spielt bei der Scharlacherkrankung eine sehr bedeutsame Rolle, so bedeutsam, daß im Vergleich mit ihr der eigentliche Scharlachprozeß oft ganz in den Hintergrund tritt, aber für die Annahme einer ätiologischen Bedeutung der Streptokokken beim Scharlach ist ein sicherer Anhalt nicht zu gewinnen.

G.

BALLNER: Zur Methodik der Prüfung von Desinfektionsmitteln.

Für die Beurteilung des Wirkungswertes eines chemischen Wasserreinigungsmittels genügt es nach SCHÜDERS Untersuchungen nicht, an einem kleinen, aliquoten Teil des Wassers nach der Desinfektion dessen Keimfreiheit darzutun, sondern man muß womöglich die ganze Wassermasse auf den Erfolg der Desinfektion prüfen. BALLNER hat nun einige der gebräuchlichen Desinfektionsmittel auf die Zuverlässigkeit der geläufigen Konzentration bei Berücksichtigung der Forderung SCHÜDERS nachgeprüft („Hygien. Rundschau“, 1903, Nr. 21), wobei er sich natürlich auf jene beschränken mußte, die in einem bestimmten Momente eine einwandfreie chemische Bindung resp. Überführung in eine unwirksame Substanz gestatten (Säuren, Basen, Sublimat, Jodtrichlorid). Das Resultat dieser Untersuchungen ergab, daß die für die Trinkwasserreinigung von SCHÜDER erhobenen Befunde auch hier ihre Gültigkeit haben, daß wir also die Konzentration und Einwirkungszeit der gebräuchlichen Antiseptika bedeutend erhöhen müßten, um das Postulat der Ver-

nichtung sämtlicher Keime zu erfüllen. Durch BALLNERS Untersuchungen wird für die allgemeine Einführung der Asepsis in der chirurgischen Praxis eine kräftige Lanze gebrochen. In der eigentlichen Desinfektionspraxis lebloser Objekte wird man in Zukunft höhere Ansprüche an Konzentration und Wirkungsdauer der Antiseptika stellen müssen. A.

Grunenwald (Berlin): Über die Verwendung des alten KOCHschen Tuberkulins zur Erkennung der Lungentuberkulose.

Die Wirkung des Tuberkulins auf tuberkulöses Gewebe steht außer Frage. Je frischer der tuberkulöse Prozeß ist, desto prompter die Reaktion. Ältere und weiter vorgeschrittene Tuberkulosen geben in der Regel eine schwächere Reaktion, sie reagieren erst auf höhere Dosen oder reagieren überhaupt nicht. Die Tuberkulinprobe ist deshalb gerade für die Anfangsstadien und für die zweifelhaften Fälle geeignet. Die positive Reaktion darf als ein sicheres Zeichen für das Bestehen einer Tuberkulose irgendwo im Körper gelten, und zwar nach den Beobachtungen von BANDELIER, die allerdings noch durch weitere Untersuchungen bestätigt werden müßten, als ein Zeichen einer aktiven Tuberkulose im Körper. Doch läßt sich die Frage, ob nicht auch sogenannte „ausgeheilte“ Fälle eine positive Reaktion geben, zur Zeit nicht mit Sicherheit beantworten. Was die viel diskutierte Frage der Gefährlichkeit der probatorischen Injektionen betrifft, so darf es wohl als sicher hingestellt werden („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 43), daß dieselben so, wie sie heutzutage im Gebrauche sind, für den Kranken absolut ungefährlich sind. Wenigstens findet sich in der Literatur unter den vielen Tausenden derartiger Injektionen kein einziger sicher gestellter und einwandfreier Fall, wo sich für den Kranken ein dauernder Schaden daraus ergeben hätte. Die mehr oder weniger stark ausgesprochenen Störungen des allgemeinen Befindens, die als Begleiterscheinung der fieberhaften Reaktion auftreten und mit dieser wieder abzuklingen pflegen, dürften kaum eine Kontraindikation abgeben. L.

Paul Edel (Würzburg): Über Wesen und Aetiologie der Schrumpfnieren und ihre Erfolg versprechende Behandlung.

Die von E. untersuchten Kranken boten die verschiedenen Grade von beginnen der Nephritis bis zu weit vorgeschrittener Form mit ausgebildeter Herzinsuffizienz, Ödemen etc. dar. Seine Befunde sind folgende („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 43):

Warme und insbesondere kohlensäure Bäder vermögen den Blutdruck und zugleich den Eiweißgehalt des Harns erheblich herabzusetzen. Aufgabe ist es bei dem erhöhten Blutdruck der Nephritiker, nicht eine Steigerung des Blutdrucks nach dem Bade zu erzielen (wie das für viele Herzranke gewünscht wird), sondern die im Bade zustande gekommene Herabsetzung des Blutdrucks möglichst festzuhalten. In geeigneten Fällen empfiehlt sich zu diesem Zweck nicht Ruhe, sondern Bewegung (Spaziergang nach dem Bade). Bei Bettruhe gingen ebenfalls in der Regel Blutdruck und Eiweißgehalt etwas herunter. Bettruhe wirkt nach Art eines milden, warmen Bades und hat vor der einfachen Horizontallage den Vorzug der Bettwärme. Auch bei Versuchen mit Einatmungen von Amylnitrit pflegten während der Einatmung Blutdruck und Eiweißgehalt zu sinken. Die minimalen Dosen, die wegen der bekannten Nebenwirkungen zulässig waren, bedingten dementsprechend nur eine geringe Herabsetzung des Blutdrucks und Eiweißgehaltes. Aber die Wirkung war eine gesetzmäßige und kam an Umfang mindestens der der Bettruhe gleich (bei 2—5 gtt.). Während des Bergsteigens sank in gesetzmäßiger Weise und oft bedeutendem Maße der Eiweißgehalt. Hier stieg der Blutdruck infolge der sehr gesteigerten Herzarbeit, obwohl auch hier wie in den ersten 3 Versuchsreihen eine Erweiterung großer Gefäßgebiete zustande kommt. (?) Die Steigerung des Blutdrucks war bei Nephritikern mit erhöhtem Blutdruck in der Regel entschieden relativ geringer als bei Menschen mit normalem Blutdrucke, was darauf schließen läßt, daß die im Ge-

fäßgebiete bei dem Nephritiker zustande kommende Erweiterung beim Bergsteigen eine größere ist als bei normalen Individuen.

Wichtig für die Größe der Abnahme des Eiweißgehaltes ist das Maß der Leistung, die Tageszeit und auch das Klima. Der Nachmittag liefert weniger günstige Zahlen als die Vormittagsstunden. Mit zunehmender Übung sank nach dem Steigen der Blutdruck oft erheblich und war dann sowohl während des Abstiegs als auch während der Ruhe nach dem Steigen eine deutliche Abnahme des Eiweißgehaltes konstatierbar. B.

WOLF (Stralsund): Milchprüfungen mittelst der Säuretitrierung nach PLAUT.

Auf Grund zahlreicher Nachprüfungen dieses Verfahrens an den Produkten verschiedener Molkereien Stralsunds kommt WOLF („Hygien. Rundschau“, 1903, Nr. 24) zum Schlusse, daß die Säurebestimmung den bequemsten Maßstab für Zersetzungen in der Milch und deren vorwiegend in Unreinlichkeit bei der Gewinnung und Behandlung zu suchenden Ursache bietet. Eine Milch, die in Bezug auf Fettgehalt und fettfreie Trockensubstanz allen Anforderungen entspricht, kann dennoch durch das Säuretitrierungsverfahren als gesundheitsschädlich erkannt werden. Verf. empfiehlt daher, die Säurebestimmung, welche sowohl die quantitative Milchschmutzbestimmung als die Keimzählung an Einfachheit und Verlässlichkeit übertrifft, bei der Kontrolle der Milch, insbesondere der Kindermilch, einzuführen. A.

H. ROEDER (Berlin): Das WESTPHALsche Phänomen bei kruppöser Pneumonie im Kindesalter.

Herabsetzung oder ein Fehlen des Patellarsehnenreflexes hat R. („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 3 u. 4) mehrfach konstatieren können, und zwar bald nur einseitig, bald doppelseitig im hochfieberhaften Stadium und im fieberlosen Zustand und gerade in dieser Regellosigkeit und in dem Mangel einer gesetzmäßigen Beziehung zwischen dem Phänomen und zwischen dem Grad und dem Verlauf der Erkrankung einen Grund erblickt, dem Schwinden des Reflexes die Bedeutung eines für die kruppöse Pneumonie maßgebenden Krankheitszeichens zu versagen. Selbst eine Gesetzmäßigkeit zu dem Termine des Auftretens und Abklingens wurde in gleicher Weise vermißt wie bei den PFAUNDLERSchen Beobachtungen. Ferner wurde in zweifelhaften Fällen die Diagnose sicher gestellt durch Atmungstypus, Allgemeinzustand, nicht aber durch das Verhalten des Patellarreflexes. Hiermit erscheint das Urteil über die Bedeutung des WESTPHALschen Zeichens als eines diagnostisch verwertbaren Symptoms bei Pneumonie erledigt. Das Fehlen des Patellarreflexes ist bei der kruppösen Pneumonie ein inkonstantes und launisches Symptom und kann, wie LÜTHJE bereits betont hat, nicht mehr Beachtung beanspruchen, als einige andere harmlose Komplikationen akuter Infekte. Gerade das schwankende Verhalten raubt der Beobachtung die diagnostische und die prognostische Bedeutung. BR.

SABRAZÉS (Bordeaux): Colorabilité des bacilles de KOCH dans les crachats incorporés à diverses substances.

Verf. untersuchte, welchen Einfluß verschiedene Substanzen, namentlich Desinfizientien, auf die Färbbarkeit der Tuberkelbazillen ausüben (Annales de l'institut PASTEUR, Bd. 17, pag. 303). Hierbei ergab sich, daß eine große Reihe von Agentien, wie z. B. Alkohol, Äther, Chloroform, Borsäure, Karbolsäure, Pikrinsäure, Essigsäure, Quecksilber- und Kupfersalze, ferner destilliertes und kochendes Wasser etc. die Tuberkelbazillen in ihrer Färbbarkeit nach ZIEHL-NEELSEN nicht beeinträchtigen. Hingegen heben eine Reihe anderer Substanzen, wie Salzsäure, Schwefelsäure, konzentrierte Oxalsäure, Osmium etc., die Färbbarkeit der Tuberkelbazillen auf. Dieselbe wird ferner — wenn auch in geringerem Grade — beeinträchtigt durch Chromsäure, das käufliche Formalin, Bleiazetat etc. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen** berichtet NEBESKY („Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.“, Bd. 48): Die entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, und zwar leichte und schwere Fälle, sind konservativ zu behandeln und werden durch lange und konsequente Fortsetzung dieser Therapie fast immer soweit gebessert, daß die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt wird. Die objektiven Veränderungen und Komplikationen geben nur in den seltensten Fällen eine Indikation zur Operation. In einigen Fällen kann durch die subjektiven Beschwerden ein operativer Eingriff gerechtfertigt sein. Der objektive Befund braucht hierbei durchaus nicht immer den Beschwerden zu entsprechen; jedoch ist stets zuvor eine viel Monate dauernde konservative Behandlung zu versuchen und erst nach ihrer Resultatlosigkeit die Operation vorzuschlagen. Die Patientinnen müssen über die Gefahren und Chancen der Operation aufgeklärt werden.

— Mit **Thigenol** hat E. URBANTSCHITSCH („Monatsschr. für Ohrenheilk.“, 1903) bei verschiedenen Ohrenerkrankungen sehr befriedigende Erfolge erzielt. Die Hauptwirkung des Mittels besteht in der Beschränkung der Sekretion. Auffallend günstige Resultate erzielte Verf. bei akuter Mittelohreiterung ohne Trommelfellperforation in Fällen, bei denen es leicht hätte zur Perforation kommen können. Diffuse Otitis externa heilte unter Thigenolbehandlung schnell ab; ebenso ein Ekzem der Ohrmuschel, das jahrelang mit allen möglichen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden. Überraschend war die Wirkung bei einer chronischen cholesteatomatösen Mittelohreiterung, bei der die Radikaloperation vorgenommen werden sollte, welche unter Thigenol ausheilte. Wichtig hierbei ist, daß das Medikament möglichst lange mit dem erkrankten Gewebe in Kontakt bleibt. Verwendet wurde Thigenol teils in wässriger, teils in alkoholisch-wässriger Lösung, teils als Salbe oder mit Borsäure pulverisiert.

— Die **beste Methode der unblutigen Ischiadikusdehnung** ist nach HARTMANN („Arch. f. Orthop.“, 1903) folgende: Die beiden unteren Extremitäten werden mit einem breiten Gurte dicht oberhalb der Kniegelenke in gestreckter Stellung auf dem Operationsstische fixiert und dann der Oberkörper des in Rückenlage befindlichen Patienten mit beiden Händen von dem zu Häupten stehenden Arzte erhoben und den unteren Extremitäten in der Weise genähert, daß der Oberkörper eine kleine Neigung nach der kranken Seite erfährt. Die Beugungen werden rhythmisch mit allmählich zunehmender Intensität ausgeführt.

— Die Wirkung des **Sirupus Colae compositus Hell** hat FLESCH eingehend geprüft („Klin.-ther. Wschr.“, 1903, Nr. 30). Er fand vorzügliche Wirkung des Kolasirups bei allen Formen nervöser Agrypnie. Die appetenzsteigernde Wirkung war dabei stets die erste fast unmittelbare Beobachtung. Was die Dosierung betrifft, so hält Verf. an der Normaldosis von 3 Kaffeelöffeln pro die fest, gibt aber selbst im Laufe der Beobachtung mitunter noch 1 Kaffeelöffel. Mitunter ist der Sirup, auf nüchternem Magen verabreicht, wirksamer, doch ist auch da Vorsicht am Platze; es gibt Idiosynkrasien gegen jedes auch noch so unschädliche Mittel. Das nämliche Präparat liegt auch in Pillenform vor. Jede Pille enthält 0.0015 Strychnin, 0.05 Chin. ferrocitric., 0.5 Kolaextrakt und 0.5 Glycerinphosphat, ist daher gleich 1 Kaffeelöffel des Sirups.

— Die **Warmluftbehandlung von Ohr und Nase** praktiziert WARNECKE („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 37): Er verwendet dieselbe bei der Behandlung von Mittelohreiterungen, besonders chronischen, bei der Nachbehandlung von Totalaufmeißelungen und bei der Behandlung des Kieferhöhlenempyems mit gutem Erfolge. Dazu nimmt er einen wie beim Paquelin montierten gewöhnlichen Platinbrenner, über den eine Kupferröhre geschoben wird, die unterhalb des Brenners im Innern ein Schraubengewinde trägt und rechtwinklig umbiegend in eine feine Spitze ausläuft.

— Die **Anwendung des Anästhesins in der chirurgischen Praxis** bespricht OTTO HARTMANN. Unter den lokalen Anästheticis, die in neuester Zeit in den Handel gebracht sind, scheint das RITSERTSche Anästhesin (Para-Amidobenzoensäure-Äthylester) sich einer allgemeinen Beliebtheit zu erfreuen, was aus der im Ent-

stehen begriffenen Literatur über dieses Mittel zu ersehen ist. Verf. hat das Anästhesin, das ihm von den Farbwerken in Höchst a. M., vormals Meister Lucius & Brüning, zu Versuchszwecken zugestellt war, in seiner Praxis seit einigen Monaten eingeführt und ist mit den Erfolgen, die in den meisten Fällen in die Augen springende waren, sehr zufrieden.

— Das **Müllersche Operationsverfahren bei Spina ventosa** besteht nach EHRHARDT in folgendem („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 39): Nach gründlicher Auslöftung der erkrankten Teile unter Erhaltung der Epiphysenknorpel des Metakarpus oder der Phalange und Ausreiben der Wundhöhle mit Jodoform wird zwischen die distrahierten Epiphysen ein 1½ cm breiter und 2—3 mm dicker Periostknochenlappen eingeklemmt, der aus dem Schaft der Ulna entnommen worden ist. Die Wunde wird primär genäht. E. hat 6 Fälle nach dieser Methode, soweit sie bis jetzt beobachtet sind, mit vollem Erfolg operiert bei Kindern im Alter von 1½ bis 15 Jahren. Das Verfahren ist nicht anwendbar bei bereits einmal exkochleierten Fällen mit narbiger Verkürzung und bei Miterkrankung der Gelenke und Epiphysen. Für diese letzteren Fälle behält das BARDENHEUERSche Verfahren seine Gültigkeit, das in der Implantation der Hälfte der längsgespaltene Nachbarphalanx, bzw. -Metakarpus, besteht.

— Sowohl das **Duotal** (Guajacolum carbonicum), ein weißes, kristallinisches Pulver, vollständig geruch- und geschmackfrei, als auch das **Creosotal** (Creosotum carbonicum), eine völlig klare, honigartige Flüssigkeit, milde schmeckend, Dos.: ½, allmählich ansteigend bis zu 5 Teelöffel voll Tagesdosis, sind recht gute und reine Kreosotpräparate ohne jede Ätz- und Giftwirkung, frei von den schädlichen Nebenwirkungen, dem üblen Geruch und Geschmack des Kreosots und Guajakols. Sie werden zweckmäßig, insbesondere für die ersten Stadien der Lungentuberkulose, verabreicht und bewirken dann schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, beträchtliche Steigerung des Appetits, Hebung des Ernährungs- und Kräftezustandes, Verminderung von Husten und Auswurf. Vorzügliche Wirkungen lassen sich mit diesen Mitteln bei chronischen Katarrhen der Luftwege erzielen.

— In Bezug auf die **Frühoperation bei Appendicitis** sagt BORNHAUPT („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 70) Folgendes: Es darf keine prinzipielle Scheidung der exspektativen und operativen Behandlungsmethode bei der Perityphlitis geben. Mit dem Eingriff darf nicht gesäumt werden, sobald ein eitriges Exsudat nachgewiesen ist. Es gibt eine Reihe von Perityphliserkrankungen, wo nur die möglichst früh, innerhalb der ersten 24 Stunden, vorgenommene Operation die einzig mögliche Behandlung darstellt. Leider sind wir nicht imstande, das Krankheitsbild dieser Fälle präzise zu zeichnen. In allgemeinen Umrissen müssen aber diejenigen Fälle hervorgehoben werden, welche in ihrem Einsetzen eine Abweichung von der Norm zeigen. Abnorm hohe Temperatur, frequenter Puls, sehr intensive Schmerzen, schlechtes Aussehen der Patienten, bretthart gespannter Leib, dabei palpabler Processus vermiformis, das sind die Anzeichen einer schwer verlaufenden Perityphlitis, und diese Anzeichen verlangen daher die möglichst sofortige Operation. Infolge der Tamponade ist die Frühoperation der Operation im Intervall nicht gleichzustellen, und muß daher unter dazu günstigen Verhältnissen die Operation im Intervall nach Ablauf von 4 bis 5 Wochen angestrebt werden. Die Frühoperation wird nicht in jedem Fall notwendig, sobald jede Appendicitisattacke vom ersten Tage an von einem Chirurgen überwacht wird.

— Die **Schutzmittel gegen Wärmestrahlung** untersuchte SCHMIDT („Arch. f. Hygiene“, 1903, Bd. 47). Seine Untersuchungen erfolgten auf thermoelektrischem Wege mittelst eines Galvanometers. Das zu prüfende Gewebe wurde eingeschaltet zwischen Wärmequellen (65kerzige Nernstlampe) und der Thermosäule. Es zeigte sich, daß die Schädeldecke in ihrer gesamten Dicke sowohl für thermische als auch für elektrische Strahlen durchgängig ist. Die Gehirnsubstanz ist weniger diatherman als die übrigen Gewebe, welche ein Strahlenbündel vorher passieren: dadurch wird eine Wirkung gerade auf die Gehirnrinde durch stärkere Absorption befördert. Hochgradig anämisches Blut ist unverhältnismäßig viel mehr diatherman als solches von geringerer Anämie. Stark Anä-

mische (Malariapatienten) würden also besonders zu Sonnenstich disponiert sein. Wahrscheinlich rufen die hellen, in die Tiefe eindringenden Wärmestrahlen, nicht die aktinischen, ultravioletten, den Sonnenstich hervor. Die Diathermanität der weißen Haut beträgt ungefähr das Doppelte als die der schwarzen. Die letztere absorbiert mehr Wärme als die weiße. Die dunkle Wärmestrahlung der schwarzen Haut ist bei gleicher Körpertemperatur dieselbe wie bei der weißen. Durch Strohhüte und nicht gefütterte weiße Tropenmützen findet eine sehr erhebliche Durchstrahlung statt; der beste Schutz ist der Tropenhelm.

— Die ausgedehnte Verwendbarkeit des **Dionin in der Landpraxis** erörtert MEITNER („Allg. med. Zentral-Ztg.“, 1903, Nr. 51). Es kann in allen gebräuchlichen Medikamentenformen und in sämtlichen Applikationsarten zur Anwendung gelangen, so bei Reizzuständen im Respirationstrakte und Verdauungstrakte, vor allem aber bei Augenaffektionen, wo ihm ein spezifischer Einfluß auf das Auge eigen zu sein scheint, und zwar eine im Bereiche der vorderen Augapfelhälfte, besonders in der Conjunctiva (bulbi et palpebrar.) durch Instillation einer 2—10%igen Lösung zu erwirkende Lymphstauung, durch welche Hornhauttrübungen und Exsudate bedeutend beeinflußt und die Heiltendenzen kornealer Geschwüre und Wunden gesteigert werden können, dann eine analgesierende Wirkung bei gleicher Applikation, schließlich eine Unterstützung der Atropinwirkung, indem bei schweren Iritiden, die zu Synechien geführt haben, bei denen aber trotz Atropininstillation die Pupille eng blieb, auf die Dioninunterstützung die Pupille sich erweiterte und Synechien zerrissen wurden.

— Nach den Untersuchungen von WINTERITZ über die **Frage der subkutanen Fetternährung** („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 50) scheinen die Fette zur subkutanen Ernährung ungeeignet zu sein. Verf. hat zu seinen Versuchen Jodfette benutzt; bei der Oxydation wird alles Jod als Jodkali abgespalten und durch den Harn ausgeschieden. Das im Harn enthaltene Jod ist also ein direkter Maßstab für die der Oxydation anheimgefallenen Fettmengen. Es hat sich bei Anwendung dieser Methode gezeigt, daß durch subkutane Einverleibung von Fett dieses zwar resorbiert und im Stoffwechsel verwertet wird, indessen geht die Resorption außerordentlich langsam von statten. Bei Einverleibung einer Menge von 500 g Öl innerhalb 5 Tagen geht die Resorptionsgröße im günstigsten Falle über 2—3 g Fett nicht hinaus. Demgemäß vergehen Monate, bis ein subkutan angelegtes Fettdepot von 500 g resorbiert ist. An Kraftvorrat kann man dem hungernden oder in Unterernährung befindlichen Organismus durch eine solche Fettinjektion höchstens 20—25 Kalorien zuführen. Es ist nicht anzunehmen, daß durch noch umfangreichere Ölinjektionen die oben mitgeteilten Werte eine nennenswerte Verschiebung erfahren.

— Das **Collargol** als Prophylaktikum gegen septische Prozesse wendet J. CAMBER („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 2) aus zweierlei Gründen in Salbenform an. Einmal der Einfachheit wegen: Die Einreibung kann man ruhig den Angehörigen überlassen. Zweitens, weil es darauf ankommt, daß der Körper ständig mit Silber gleichsam imprägniert ist. Das erreicht aber die Einreibung, bei der ständig eine Resorption vom Unterhautzellgewebe aus stattfindet. Es muß nur sorgfältig genug eingerieben werden, und zwar 30—40 Minuten lang, bis der anfänglich tiefschwarze Körperteil sich aufhellt. Verf. läßt zweimal täglich je 3 g in die Beine und auf den Rücken abwechselungsweise einreiben.

— Ein neues **Heilverfahren bei asiatischer Cholera** beschreibt CHARITONOW („Woj. med. Journ.“, 1903). Er empfiehlt heiße Lösungen von übermangansaurem Kali (in geringer Konzentration), welche als starkes Oxydationsmittel durch den Sauerstoff in statu nascendi die Cholera-toxine unschädlich machen. Von sieben an schwerer Cholera erkrankten Patienten sind durch diese Therapie angeblich sechs gesund geworden, während andere Autoren bei derart schweren Fällen ebenso viel Todesfälle zu verzeichnen hatten. Antemetica und Antidiarrhoica hält Verf. für kontraindiziert, da sie die Cholera-toxine im Organismus zurückhalten. Auch von Abführmitteln will er wegen des permanenten Durchfalls und Erbrechen keinen Gebrauch machen und verzichtet sogar auf Alkohol oder sonstige Exzitantien.

Literarische Anzeigen.

Bibliothek v. COLER. Sammlung von Werken aus dem Bereiche der medizinischen Wissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der militär-medizinischen Gebiete. Herausgegeben von **O. Schjerning**. Band I. Geschichte der Pocken und der Impfung. Von Dr. P. KÜBLER. Band X. Therapie der Infektionskrankheiten. Von Prof. Dr. C. GERHARDT.

Der 70. Geburtstag des kürzlich verstorbenen preußischen Generalstabsarztes v. COLER war für hervorragende Militärärzte, aus den Reihen der deutschen Sanitätsoffiziere hervorgegangene Professoren, sowie Ärzte und Universitätslehrer, die mit dem Sanitätskorps in naher Berührung stehen, im vorigen Jahre die Veranlassung, dem Jubilar als Angebinde eine Reihe von Werken zu überreichen, die verschiedene Gebiete der Medizin behandeln, die aber alle in einer gewissen Verbindung mit dem militär-medizinischen Gebiete stehen. Bürgten schon die Namen, die sich in den Dienst dieses Programmes gestellt hatten, für ein schönes Gelingen des Werkes, so illustrieren um so deutlicher die zu besprechenden Bände I und X, daß das Ziel glänzend erreicht wurde, das sich die Herausgeber gesteckt haben.

KÜBLERs Geschichte der Pocken und der Impfung ist ein Stück Kulturgeschichte, mit einer Begeisterung für das Thema und dabei einer Geschichtstreue und einer Quellenkenntnis bearbeitet, daß die fesselnd geschriebenen Kapitel den Leser auch für abstraktere Einzelheiten interessieren. Leider gibt es kein Mittel, Impfgegner und Naturheilärzte zur Lektüre solcher Bücher zu bewegen.

An der Bearbeitung des Bd. X, Therapie der Infektionskrankheiten, haben neben GERHARDT selbst noch die Oberstabsärzte und Stabsärzte DORENDORF, GRAWITZ, HERTEL, ILBERG, LANDGRAF, MARTINS, SCHULZ, SCHULTZEN, STUERTZ und WIDENMANN teilgenommen. Jeder Abschnitt hat naturgemäß ein eigenes individuelles Gepräge, doch aus allen spricht Erfahrung und der Grundton eines modernen wissenschaftlichen Geistes.

Die beiden Bände sind gute Bücher, hoffentlich auch verlässliche Repräsentanten der ganzen Bibliothek VON COLER, denen die übrigen Bände an Qualität nicht nachstehen mögen.

NEURATH.

Geschlecht und Unbescheidenheit. Von Dr. P. J. Möbius. Halle a. S. 1904, Karl Marhold.

Energische Polemik gegen WEININGERS exzentrisches Buch „Geschlecht und Charakter“, das in letzter Zeit, besonders in Verbindung mit dem etwas theatralischen Selbstmorde des jugendlichen Verfassers, bekanntlich viel Aufsehen gemacht hat. J.

Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes. Von Dr. Ferdinand Schenk, Erster Assistent der k. k. deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag. Berlin 1903, S. Karger.

Das vorliegende Buch gibt eine überaus fleißige monographische Darstellung der weiblichen Sterilität, die sich auf ein eingehendes Studium der einschlägigen Literatur aufbaut und die vielfach zerstreuten Angaben zu einem übersichtlichen, systematischen Gebäude zusammenfügt. Neu ist nur die Statistik über das SÄNGERsche Material, welche die Jahre 1891—1899 umfaßt und aus der insbesondere der Prozentsatz von 46,4% männlicher Sterilität unter 110 Fällen hervorzuheben ist, in denen bei primärsteriler Ehe beide Ehegatten zur Untersuchung kamen. Überhaupt ist es das Hauptverdienst des Autors, überall nachdrücklich den Einfluß des männlichen Teiles hervorgehoben und auf die notwendige Untersuchung des Mannes immer wieder hingewiesen zu haben. Bevor man sich auf eine wie immer geartete Therapie der Frau einlasse, sie endlosen und qualvollen Prozeduren unterwerfe, müsse man sich stets von der Generationsfähigkeit des Mannes aufs genaueste überzeugen; diese auf allen Seiten des Buches ent-

gegentretende und theoretisch schon lange erkannte Wahrheit bedarf für die praktische Ausübung der Gynäkologie noch immer so wiederholter eindringlicher Darstellung, wie sie das vorliegende Werk uns gibt.

FISCHER.

Prof. EDUARD LANGS Therapeutik für Venerische und Hautkranke. Von Dr. Eduard Deutsch in Wien. Vierte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien 1903, Josef Šafař.

Der langjährige Assistent an der Abteilung Prof. LANGS hat sich der Aufgabe unterzogen, die an der Abteilung gebräuchlichen Behandlungsmethoden darzustellen. Mit der ihm eigenen Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit hat er ein kleines Lehrbuch geschaffen, das auch außerhalb der engeren Interessentensphäre Beifall fand, denn es ist nach kurzer Frist bereits die vierte Auflage nötig geworden. Wir wünschen dem Werke und seinem geschätzten Urheber auch für die ferneren Auflagen vollen Erfolg. GROSZ.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XXI.

Abteilung für Kinderheilkunde.

J. COMBY (Paris): Tuberculides cutanées.

Vortr. schlägt vor, die Bezeichnung Lichen scrophulosorum in Tuberculides cutanées umzuwandeln; denn es handelt sich tatsächlich um eine Miliartuberkulose der Haut. Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch KOCH haben mikroskopische Untersuchungen und Tierimpfungen (Meerschweinchen) jeden Zweifel an der tuberkulösen Natur dieser Krankheit beseitigt, deren klinische Symptome freilich allein schon für ihre Zugehörigkeit zur Tuberkulose sprachen. Der Lichen scrophulosorum hat nicht nur enge Beziehungen zu der Tuberkulose, sondern auch zu den Masern, welche dieselben hervorrufen oder ihren Fortschritt begünstigen. Vortr. hat 5 Fälle beobachtet bei Kindern verschiedenen Alters, unter den bekannten Erscheinungsformen. Bei allen Kindern waren auch andere tuberkulöse Herde (Drüsenanschwellungen etc.) vorhanden, zum Teil durch die Autopsie bestätigt. Bei 2 Kindern folgen der Eruption Masern, bei 2 anderen Keuchhusten nach. Vortr. geht weiter auf die Rolle der Masern ein; sie ist nach seiner Ansicht die eines „Agent provocateur“, die Kinder haben schon mehr oder weniger lange an latenter Tuberkulose gelitten. Die Masern haben dann die Bazillen der alten Herde mobilisiert und das Resultat ist die „hämatogene“ Hauttuberkulose. Die begünstigende Wirkung des Keuchhustens stellt sich C. in gleicher Weise vor. Der Lichen scrophulosorum ist keine ernsthafte Erkrankung und heilt gewöhnlich von selbst aus, er hat aber den großen Wert eines sinnfälligen Zeichens einer versteckten tiefen Tuberkulose. Immer ist deshalb bei dieser Krankheit nach anderen tuberkulösen Affektionen zu fahnden und sind energisch allgemeine antituberkulöse Maßnahmen zu ergreifen gegen eventuelle Erscheinungen viszeraler Tuberkulose.

Sieger (Straßburg) will wissen, ob C. Tuberkulin angewandt hat. Die Entscheidung sei sehr wichtig. Man müsse dann den Eltern eventuell sagen, daß hier eine viszerale Tuberkulose vorliege.

Hochsinger (Wien) hat Lichen scrophulosorum nur bei der ärmeren Klientel gesehen.

Comby (Paris) bemerkt, daß die diagnostische Anwendung des Tuberkulin oft schwierig sei, weil die Kinder fiebern. Immerhin ist es ein wohl zu versuchendes Mittel. Er selbst hat es sehr wenig gebraucht. In einer Anzahl von Fällen hat er seine Diagnose einer viszeralen Tuberkulose durch die Autopsie bestätigt gefunden.

A. KÖPPEN (Norden): Die tuberkulöse Konstitution.

Es ist vorauszusetzen, daß es ohne Tuberkelbazillen keine Tuberkulose gibt; man kann deshalb der Untersuchung nach dem Wesen der Tuberkulose die Frage zugrunde legen: wie verhält sich der menschliche Organismus dem eingedrungenen Tuberkelbazillus gegen-

über? Der Tuberkelbazillus ist ein sehr kleiner, sehr giftiger, sehr schwer resorbierbarer, lebens- und fortpflanzungsfähiger Fremdkörper. Will der Organismus sich seiner erwehren, so hat er seinen Angriff in erster Linie gegen die Giftigkeit zu richten. Der menschliche Organismus verhält sich gegen das tuberkulöse Gift ganz verschieden, je nachdem er tuberkulös ist oder nicht. Dies beruht auf der unterschiedlichen Lebensenergie der Zellen. Beim tuberkulösen Organismus ist die Empfindlichkeit erhöht, die Widerstandsfähigkeit erniedrigt, wo es sich um die Bekämpfung des tuberkulösen Giftes handelt. Ursprünglich ist die Lebensfähigkeit der Zellen durch verschiedene Einflüsse, welche als Disposition bezeichnet werden, herabgesetzt worden, wodurch das tuberkulöse Gift sich fortsetzen und vermehren konnte. Die Folge davon war, daß aus der allgemeinen Schwäche sich die Schwäche des Organismus gegen das tuberkulöse Gift sich entwickelte, was eben als tuberkulöse Konstitution bezeichnet wird. Nach LAMARK vererben sich solche erworbenen Eigenschaften auf die Nachkommen. So tritt neben der erworbenen Konstitution die angeborene Konstitution in die Erscheinung. Für den Gang der Infektion treten alle anderen Faktoren, wie Disposition, Anzahl und Giftgrad der Tuberkelbazillen, der Konstitution gegenüber zurück. Daß die Tuberkulinreaktion nicht immer das Richtige anzeigt, kommt daher, daß dieselbe nicht eine Probe auf einen pathologisch-anatomischen Herd, sondern eine Probe auf die tuberkulöse Konstitution darstellt. Nicht die Pathologie, nicht die Bakteriologie, nicht die Chemie waren allein imstande, die Frage nach dem Wesen der tuberkulösen Konstitution zu beantworten, sondern die auf diese Einzelfächer gestützte klinische Beobachtung.

L. BARDACH (Kreuznach) spricht über Jodferratose, seine Zusammensetzung und Wirkung bei Skrofulose und Lues auf Grund von Beobachtungen, die er an einer größeren Reihe eigener und fremder im Elisabeth- und Viktoriastift zu Kreuznach behandelter Kranker gewonnen hat. Die Schlußsätze lauten: I. Die Solbäderbehandlung skrofulöser undluetischer Symptome wird durch die Zufuhr von Jodeisen aufs wirksamste unterstützt. II. Die Jodferratose, auf Grundlage des SCHMIEDEBERG'schen Ferratin synthetisch dargestellt, hat sich als vollgültiger Ersatz des schlecht schmeckenden, leicht verderblichen, inkonstant zusammengesetzten Syr. ferri jodati an zahlreichen Kreuznach Kranken durchaus bewährt. III. Jodferratose ist als Antiskrofulosum besonders bei der lymphatisch-anämischen Form anzuwenden; sie kann dauernd und ohne Nebenwirkungen für Zähne oder Magen, ohne Jodismus angewendet werden; eine gewisse Bedeutung als Nährstoff kommt nach den Ausführungen SCHMIEDEBERG's dem Ferratin und seinen Verbindungen zu. In der Rekonvaleszenz von Lues fördert Jodferratose die durch die Hg-Kuren herabgesetzte Blutbeschaffenheit.

Aus englischen Gesellschaften.

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

Glasgow obstetrical and gynaecological Society.

JARDINE; Über Zwangsgeburten.

Eine Zwangsgeburt, das sogenannte „Accouchement forcé“, wird in der Mehrzahl der Fälle im Interesse der Mutter eingeleitet und selten zugunsten des Kindes, so zum Beispiel bei frühzeitigem Vorfalle der Nabelschnur oder bei vorzeitigem Platzen der Eihäute vor dem Eintritt der Wehen. Gewöhnlich wird der Eingriff in Fällen von Eklampsie vorgenommen, aber auch bei unstillbarem Erbrechen, Herzerkrankungen und Chorea der Mutter. Der Autor hatte ungefähr ein halbes dutzendmal Gelegenheit, das „Accouchement forcé“ bei komplettem Verschlusse des Muttermundes vorzunehmen. Die Methoden, die zur Dilatation des Zervikalkanals angewendet werden, sind verschiedener Art. Von Wichtigkeit ist es, ob die Geburtstätigkeit bereits soweit vorgeschritten ist, daß der Zervikalkanal verstrichen ist, da die nötigen Eingriffe dann weit leichter ausgeführt werden können, als wenn der Kanal noch in seiner ganzen Länge erhalten ist und die Wehen noch nicht eingesetzt haben. Die älteste Methode zur Erweiterung der Zervix oder des Muttermundes ist die digitale. Ist die Zervix nachgiebig, so kann die erforderliche Dilatation in 15—20 Minuten erzielt werden. Erforderlich ist dabei die strengste Asepsis; kontinuierliche heiße Scheidenduschen während der Vornahme sind von Nutzen. Die Chloroformnarkose ist angezeigt, nicht nur um den Eingriff für die Mutter schmerzfrei zu gestalten, auch weil sie die Relaxation der Zervix befördert. Nach der Dilatation entbinde man sogleich nach den durch die Natur des Falles gebotenen Methoden. Was die Dilatation durch Instrumente betrifft, so bewähren sich in manchen Fällen bei sehr nachgiebigen Zervixwänden hydrostatische Tampons, doch nur dann, wenn die Entbindung nicht drängt und man zuwarten kann. Andernfalls sind die HEGARSchen

Stifte und Bossis Dilatoren angezeigt. Die Erweiterung muß kontinuierlich und unter sanftem Drucke ausgeführt werden und erfordert ungefähr einen Zeitraum von 20—30 Minuten. Bei sorgfältigem Vorgehen werden kaum Verletzungen gesetzt. Weiters kommt die Inzisionsmethode in Betracht, die der Autor in einer beträchtlichen Zahl von Fällen von Eklampsie in Anwendung gebracht hat. Gewöhnlich machte er vier Inzisionen in die Zervix und dilatierte dann weiter manuell. Bei heftiger Blutung ist man zuweilen genötigt, nach der Entbindung die Zervikaleinschnitte zu vernähen. Im allgemeinen setzten Inzisionen geringere Shockerscheinungen als die Dilatationsmethoden und sind diesen vor allem in Fällen, wo die Zervikalwände sehr rigid sind, bei weitem vorzuziehen. Sonst erzielt man mit Bossis Dilator die besten Erfolge.

Edinburgh medico-chirurgical society.

JAMIESON: Lichtbehandlung bei Hautkrankheiten.

Bei Versuchen über das Verhalten der Kutis bei verschiedenen Hautaffektionen bemerkte der Autor, daß eine struktural intakte Epidermis eine fast undurchdringliche Schutzdecke für die darunter liegenden Gewebe bildet und jede medikamentöse Einwirkung auf tieferliegende Gebilde höchst ungewiß ist. Erst die Anwendung von Röntgenstrahlen, FINSSENSCHEM Lichte, Radiumstrahlen und hochgespannten Strömen gab uns Mittel in die Hand, den Widerstand der Epidermis als Schutzdecke zu überwinden und die tiefer liegenden Schichten der Haut zu beeinflussen. Die Erfahrungen des Autors erstrecken sich bloß auf die Anwendung der Röntgenstrahlen und Finsenbelichtung. In allen Fällen wurden benachbarte Hautpartien durch Bleimasken sorgfältig geschützt. Die Dauer der Expositionen, die viermal wöchentlich vorgenommen wurden, betrug stets 5 Minuten. Ernsthafte Verbrennungen waren sehr selten, am ehesten noch bei Lupus, weniger bei Sykosis und Favus, niemals bei Ulcus rodens und Mykosis fungoides. Von einigem Einflusse auf das Verfahren war auch die Witterung, die Erfolge besser bei kaltem, rauhem Wetter. JAMIESON behandelte innerhalb 18 Monaten 133 Fälle von Lupus vulgaris. Alle wurden gebessert, einige sogar geheilt. In vielen Fällen gelang es, das Fortschreiten an der Peripherie der Lupusherde aufzuhalten, während zentrale Knötchen der Behandlung trotzten. Die bei Lupus häufige Krustenbildung an der Nasenschleimhaut schwand stets. Nur einmal, wohl als zufälliges Akzidens, entwickelten sich im Verlaufe der Behandlung tuberkulöse Abszesse. Bei Ulcus rodens wurden im allgemeinen ausgezeichnete Erfolge erzielt, Rezidive aber nicht immer verhindert. Hier empfiehlt es sich, gleichzeitig mit der Lichttherapie Ätzungen und Auskratzen vorzunehmen. Favus wurde in 30 Fällen der Behandlung unterzogen konnte das Verfahren genügend lange Zeit angewendet werden bis zum Ausfalle aller Haare, so erfolgte Heilung. Auch in 12 Fällen von Sykosis wurde ein Schwinden des Krankheitsprozesses erzielt, doch waren Rezidive nicht zu verhüten, was beweist, daß die Röntgenstrahlen keine bakterizide Wirkung ausüben. In den zwei Fällen von Mykosis fungoides, die der Behandlung unterzogen worden waren, konnten ebenfalls wesentliche Besserungen des Krankheitsprozesses herbeigeführt werden.

Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium.

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

Sitzung vom 21. März 1904.

OTFRIED FELLNER: Tuberkulose und Schwangerschaft.

Während der Schwangerschaft wird die Funktion der Lunge alteriert, indem der Thorax weniger exkursionsfähig und die Vitalkapazität der Lungen etwas geringer wird; bei Lungen- oder Herzkrankheiten kann die Insuffizienz der Lunge eine absolute werden. Der Kehlkopf zeigt eine Hyperämie infolge einer durch Vergrößerung der Schilddrüse hervorgerufenen Stauung. Schwangere zeigen eine herabgesetzte Disposition gegen akute Krankheiten, disponieren dagegen sehr zu lokaler Tuberkulose, namentlich des Kehlkopfes. Die Hälfte der tuberkulösen Frauen bekommt in der Schwangerschaft Hämoptoe. Die Kinder tuberkulöser Frauen zeigen eine hohe Mortalität, nach den Beobachtungen des Vortr. starben unter 284 Kindern 24 bald nach der Geburt, nach SILBERMANN 27%. Die Entbindung ist bei Tuberkulose erschwert, weil die Frau nicht in normaler Weise mitpressen kann. Die Mortalität tuberkulöser Frauen während der Schwangerschaft und Geburt beträgt 9—10%, bei Kehlkopftuberkulose sogar 44%; man muß eine Beziehung zwischen Kehlkopf und Uterus annehmen. In vielen Fällen von Tuberkulose tritt eine Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Die Geburt ist bei Tuberkulose möglichst abzukürzen, der Husten ist mit Narkoticis zu beheben, zur Verhütung

des Absterbens des Kindes sind kalte Stammumschläge zu applizieren, bei Bedarf sind Exzitantien anzuwenden. Eine Venaesectio ist höchstens bei Komplikation mit Vitium und Nephritis in Betracht zu ziehen. Dem objektiven Lungenbefund kommt bezüglich des Entschlusses zur künstlichen Entbindung die größte Wichtigkeit zu. Die Gefahr der Tuberkulose liegt im Wochenbett, erst nach demselben ist eine wirkliche Besserung möglich. Hinsichtlich der Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist Vortr. auf Grund von 300 an der Klinik SCHAUTA angestellten Beobachtungen zu folgenden Schlüssen gelangt: Bei schweren Fällen von Tuberkulose ist die Aufhebung der Schwangerschaft nur in den ersten Monaten von Nutzen, in leichten Fällen kann die Schwangerschaft auch in späteren Monaten unterbrochen werden, entweder wenn die Tuberkulose schneller fortschreitet oder wenn das Kind vor der Aufnahme der Tuberkelbazilltoxine geschützt werden soll, sehr schwere Fälle sind in späteren Monaten zu entbinden, wenn das Kind lebensfähig und die Mutter nicht zu retten ist. Schwere Fälle von Kehlkopftuberkulose sind im 5. Monate der Schwangerschaft durch künstliche Entbindung nicht zu retten, letztere ist demnach zu einer früheren Zeit vorzunehmen; bei leichten Fällen kann auch in späteren Monaten die künstliche Entbindung lebensrettend wirken. Die lokalisierte Kehlkopftuberkulose gibt im allgemeinen eine Indikation zur künstlichen Entbindung, bei diffuser ist die Frau durch diesen Eingriff nicht zu retten. Die beste Methode zur Einleitung der künstlichen Entbindung ist in den ersten Monaten die Tamponade der Vagina mit Jodoformgaze, in den späteren das Einlegen einer Bougie; vor Methoden, welche die Geburt verlängern, ferner vor brutaler Zervixdilatation ist zu warnen. Die Eheschließung Tuberkulöser ist nicht zu verbieten, in entsprechenden Fällen sind antikonzepzionale Mittel anzuwenden, namentlich bei Kehlkopftuberkulose. Die Tuberkulose ist keine Kontraindikation gegen das Stillen, die Kinder sollten aber womöglich von der tuberkulösen Mutter fortgenommen und in gesunder Umgebung aufgezogen werden.

Notizen.

Wien, 2. April 1904.

(Wiener medizinische Fakultät.) In dem soeben ausgegebenen Lektionskatalog für das Sommersemester 1904 werden an der Wiener medizinischen Fakultät 334 Vorlesungen (gegen 316 im Sommersemester 1903) angekündigt, die von 30 (29) ordentlichen, 55 (54) außerordentlichen Professoren und 117 (112) Privatdozenten und Assistenten gehalten werden. Auf die einzelnen Disziplinen verteilen sich die angekündigten Kollegien wie folgt:

Disziplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdozenten u Assistenten
Geschichte d. Medizin . . .	2	—	—	2
Anatomie u. Histologie . . .	17	3	4	2
Physiologie	7	1	1	2
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	26	2	5	6
Heilmittellehre	10	1	—	3
Interne Medizin	64	5	13	34
Kinderheilkunde	17	2	3	5
Chirurgie	40	2	6	18
Ohrenheilkunde	21	2	1	5
Augenheilkunde	31	2	5	8
Gynäkologie	26	2	7	13
Hautkrankheiten u. Syphilis .	29	3	5	8
Psychiatrie	19	2	2	7
Staatsarzneikunde u. Hygiene	12	1	2	2
Angewandte med. Chemie . .	12	2	—	2
Veterinärkunde	1	—	1	—
Summe	334	30	55	117

Der summarischen Übersicht der im Wintersemester 1903/1904 an der Wiener Universität Inskribierten entnehmen wir, daß die Zahl der Mediziner 1741 (1001 ordentliche Hörer, 23 ordentliche Hörerinnen, 87 außerordentliche Hörer, 1 außerordentliche Hörerin, 617 Frequentanten, 6 Frequentantinnen, 6 Hospitantinnen) betrug, was 22.4% (gegen 25% im Wintersemester des Vorjahres) aller an der Wiener Universität Inskribierten gleichkommt. — Diese Ziffern bedeuten eine neuerliche Abnahme der Zahl der Studierenden der Medizin, und zwar der ordentlichen Hörer um 11, der ordentlichen Hörerinnen um 28, der außerordentlichen Hörer um 37,

der Frequentanten um 93, der Hospitantinnen um 3. Auch die Zahl der an der medizinischen Fakultät inskribierten Frauen hat um 21 abgenommen.

(Statthalterei und Ärztekammer. Die nieder-österreichische Statthalterei hat, wie berichtet, die Beschlüsse der früheren Wiener Ärztekammer, welche die Annahme von ärztlichen Stellen bei der Krankenkasse der Bankbeamten, sowie bei sämtlichen eventuell zur Gründung gelangenden Hilfskassen als standeswidrig erklärten, aufgehoben. Gegen diese Statthaltereientscheidung hat nun die dermalige Wiener Ärztekammer den Rekurs an das Ministerium des Innern ergriffen. Die diesbezügliche Resolution ihrer Plenarversammlung lautet:

„Der Ärztestand ist durch die registrierten Hilfskassen und Krankenversicherungsvereine, wenn dieselben auf Leistung ärztlicher Hilfe durch fix angestellte Kassenärzte bestehen, auf das höchste bedroht, und es ist deshalb Pflicht der Kammer, von ihrem Rechte, für die allgemeinen Interessen des Ärztestandes Beschlüsse zu fassen, gerade gegenüber den Hilfskassen Gebrauch zu machen, solange diese auf Anstellung pauschalierter Ärzte beharren. Solche pauschalierte Kassenarztstellen schädigen den Stand bis zu dessen gänzlichem Ruin, und es wäre daher von der Kammer ebenso unverzeihlich als sozial-unpolitisch, zu Gunsten des sozialpolitischen Interesses anderer Stände die Interessen des eigenen Standes preiszugeben.“

Zugleich hat die Kammer einstimmig beschlossen, an den von der Statthalterei aufgehobenen Beschlüssen festzuhalten, die Ärzte im Wege eines Aufrufes aufzufordern, sich in dem Boykott der Hilfskassen nicht beirren zu lassen und denselben auch auf sämtliche neu zu gründenden Krankenversicherungsvereine auszu-dehnen.

(Statistik.) Vom 20. bis inklusive 26. März 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7895 Personen behandelt. Hiervon wurden 1785 entlassen, 169 sind gestorben (8.6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 69, ägypt. Augenzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varicellen 93, Scharlach 23, Masern 587, Keuchhusten 39, Rotlauf 30, Wochenbettfieber 2, Röteln 3, Mumps 95, Influenza 1, Rötz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 734 Personen gestorben (+ 42 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Kaaden der dortige Stadtphysikus kaiserl. Rat Dr. KAMILL GOLL im Alter von 76 Jahren; in Sedlitz in Russisch-Polen der weitbekannte Philanthrop Doktor ALEXANDER PRZYBYLSKI im 75 Lebensjahre; in Upsala der Physiologe Prof. Dr. MAGNUS BLIX, 55 Jahre alt.

Hells Anthrasol-Seifen (Weiße Teerseifen) sind Seifenkompositionen aus überfetteter medizinischer Seife mit medikamentösen Stoffen und Anthrasol, einem von Knoll & Co. in Ludwigshafen dargestellten Teerprodukte, das alle wirksamen Anteile des Teeres enthält, von den färbenden und klebenden Bestandteilen des Teeres aber frei ist. Das Anthrasol, oder wie die Substanz auch genannt wird, der weiße Teer (auch farblos Teer) hat infolge Fehlens der im gewöhnlichen Teere vorhandenen viskosen Stoffe eine vielfach geringere innere Reibung, die ihn befähigt, die Körpergewebe viel leichter als dies dem gewöhnlichen Teere möglich wäre, zu durchdringen, so daß durch die Anwendung von Anthrasol eine prompte und intensive Tiefenwirkung zu erzielen ist, die durch Anwendung von Teer nicht erreicht werden kann. Bis jetzt

wurde klinisch eine spezifisch günstige Wirksamkeit des Anthrasols in allen Fällen, wo sonst Teer Verwendung fand, festgestellt, so besonders bei Pruritus, Ekzemen, parasitären Hautleiden und verschiedenen chronischen Hautkrankheiten; namentlich wurde die juckstillende und keratoplastische Wirkung in erhöhtem Maße gegenüber dem gewöhnlichen Teere beobachtet (siehe „Allg. med. Zentralzeitung“ Nr. 44, J. 1903: Versuche am Heidelberger Sanatorium). Vorläufig werden folgende Anthrasol-Seifen in den Handel gebracht: Hell's Anthrasol-Seife, Hell's Anthrasol-Borax-Seife, Hell's Anthrasol-Schwefel-Seife, Hell's Anthrasol-Schwefelmilch-Seife, Hell's Anthrasol-Petrosulfol-Seife, Hell's Anthrasol-Petrosulfol-Schwefel-Seife, Hell's Anthrasol-Glyzerin-Toilette-Seife.

Der natürliche **Krondorfer Sauerbrunn** vereinigt in sich eine Reihe therapeutischer Agentien, die ihn insbesondere für die jetzige Jahreszeit der katarrhalischen Affektionen höchst wertvoll erscheinen lassen. Als Hauptbestandteile führt er in sich: Das Natron und die Magnesia, in ihren Verbindungen mit der natürlichen Kohlensäure — unentbehrliche Faktoren für die Erhaltung, Restaurierung und Kräftigung des menschlichen Organismus.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Kulenkampf, Stoevesandt u. Tjaden**, Der Kampf gegen die Tuberkulose in Bremen.
- Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten**. IX. Jahrg., 1900. Wien und Leipzig 1903, W. Braumüller.
- Louis Blau**, Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. Leipzig 1904, S. Hirzel. — M. 4.—
- Bergel**, Fieber und Fieberbehandlung. Berlin 1904, S. Karger.
- P. v. Baumgarten**, Die Bekämpfung d. Tuberkulose. Leipzig 1904, S. Hirzel. — M. 1.—
- C. B. Kreuz**, Materia medica. Lief. 1 u. 2. Leipzig, P. Schimmelwitz.
- K. v. Müllern**, Anleitung z. klin. Blutuntersuchung. Leipzig 1904, M. Müllern-Schonenbeck. — M. 2.—
- A. Stanö**, Die Zeitalter der Chemie. Lief. I. Leipzig, P. Schimmelwitz.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Hugo Stöckig & Co.** in **Bodenbach** über **photographische Apparate** und **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über „**Veronal**“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Krondorfer

natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Athmungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung, Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX, Kolinergasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.

Helmitol

Mesotan
äußerlich.
Ersatz für Gaultheriaöl,
nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.
Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt,
3mal täglich aufzupinseln.

Duotal

Creosotal

Protargol

Somatose

Salizylpräparate
zur Behandlung
rheumatischer Affektionen.



Mächtige Diuretica
bei den meisten hydropischen Erscheinungen.
Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit **Theocin-Natr. acetic.** energisch anzuregen und dann mit **Agurin** möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.

Vertreter für Österreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.**

Aspirin
innerlich.
Bester Ersatz für Salizylate, angenehm
sauerlich schmeckend, nahezu frei von allen
Nebenwirkungen.
Dos.: 0,5-1 g 3-5mal tägl. zu nehmen.

Agurin
essigsäures Theobrominnatrium.
Dos.: 1 g 3-4mal täglich.

Aristochin

Salophen

Hedonal

Heroinhydrochlor.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz 2.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über einige gynäkologische Behandlungsmethoden. Von Dr. ARTHUR FOGES. — Über Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwicklung des Kindes. Von Doz. Dr. VICTOR HAMMERSCHLAG. — **Referate.** BERNHARD FISCHER (Bonn): Über Sondierungsverletzungen und Divertikel des Ösophagus. — E. SCHWARZKOPF (Marburg): Über die Bedeutung von Infektion, Heredität und Disposition für die Entstehung der Lungentuberkulose. — QUENU und DUVAL (Paris): Operative Behandlung der BANTISCHEN Krankheit. — GRÜNBAUM (Wien): Über das „harte traumatische Ödem“ des Handrückens. — P. JENSEN (Breslau): Zur Analyse der Muskelstörung bei der THOMSENSCHEN Krankheit. — WASSILJEW: Xeroform bei ausgedehnten Verbrennungen. — RUDOLF MICHEL und EMIL RAIMANN (Wien): Das Veronal. — TINGVALL (Westerås): Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie. — BESREDKA (Paris): De la fixation de la toxine tétanique par le cerveau. — **Kleine Mitteilungen.** Die Röntgenbehandlung des Trachoms. — Über Thiocol. — Die Therapie der Blasenpapillome. — Das kolloidale Wismutoxyd. — Die Abschabung von Hornhautflecken. — Anästhesierende Wirkung des Benesol. — Die chirurgischen Eingriffe bei manchen Nephritisformen. — Helmitol-Tabletten. — Medikation bei Hämorrhoiden. — Theocin. — Zur Behandlung granulierender Hautwunden. — Über die Verheilung der Bauchwunde nach dem Bauchschnitt. — **Literarische Anzeigen.** Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen. Vortrag, gehalten im Zweigverein Württemberg der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Dr. med. KARL RIES in Stuttgart. — Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten. Von Dr. med. W. HANAUER. — Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Preisschrift, gekrönt mit dem Preise des Herrn Kommerzienrat Dr. WILMAR SCHWABE zu Leipzig, Vorsitzenden der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Von Dr. MAX SILBER in Breslau. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Kassel, 20. bis 26. September 1903. (Orig.-Ber.) XXII. — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Der Kampf gegen die registrierten Hilfskassen. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über

einige gynäkologische Behandlungsmethoden.

Von **Dr. Arthur Foges.** *)

Die Therapie der entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitales nimmt immer mehr wieder eine konservative Richtung an. Es hat dies nicht seinen Grund darin, daß die unmittelbaren Operationserfolge vielleicht ungünstig wären (SCHAUTA hat z. B. 86,8% Dauererfolge), sondern in der wachsenden Erkenntnis, daß die radikale Entfernung der Adnexe doch nicht ganz gleichgültig für das Individuum sei. Diese Erkenntnis hat bereits in der operativen Technik eine gewisse Änderung hervorgerufen, indem man auch bei Resektion von Ovarialgeschwülsten darauf bedacht ist, wenn möglich einen Teil des Eierstocks zu schonen, die Tumoren, z. B. Dermoiden, auszuschälen, um wenigstens einen Rest funktionsfähigen Ovarialgewebes zurücklassen zu können.

Bei der Operation entzündlich veränderter Adnexe fällt speziell auf vaginalem Wege meistens das ganze Genitale der Methode zum Opfer, und so bekommen wir heute eine ziemliche Anzahl von jüngeren Frauen zu Gesichte, die wohl meist von ihrem lokalen Leiden befreit sind, dafür aber die Beschwerden der Ausfallserscheinungen, des Klimax praecox erdulden müssen und vor allem psychisch unter der Vorstellung „kastriert zu sein“ leiden. Ich habe wiederholt

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 22. Februar 1904.

Frauen, besonders aus dem Balkan oder Galizien stammende, gesehen, in denen dieser Horror castrationis so mächtig war, daß sie erklärten, lieber jahrelang zu leiden und sich behandeln zu lassen, als ihre Geschlechtsorgane zu opfern.

Daß in Fällen, wo es sich um Bestehen von Eitersäcken handelt, die eine stete Gefahr für die Trägerin bedeuten, die Entfernung der Adnexe absolut indiziert ist, wie SCHAUTA sagt, darüber ist wohl nicht zu diskutieren.

Ein großer Teil aber jener Frauen, welche infolge von puerperaler Infektion oder ascendierender Gonorrhöe entzündliche Veränderungen ihres Genitales haben, mit dem typischen Befunde von Schwellungen an den Adnexen, leiden noch lange, nachdem die akut entzündlichen Erscheinungen verschwunden sind, an den Folgen derselben, welche sich in vielfachen Verwachsungen und Verklebungen der Genitalorgane mit dem Peritoneum pariet. manifestieren, die wir als Perimetritis, Perisalpingitis, Perioophoritis, kurz als Pelveoperitonitis bezeichnen. Derartige Individuen werden oft jahrelang durch permanente oder temporäre, besonders zur Zeit der Menses auftretende Schmerzen geplagt und dadurch berufsunfähig.

Durch verschiedene experimentelle Arbeiten, speziell durch die LENNANDERS, sowie durch Beobachtungen, die wir an Patienten machen, welchen unter SCHLEICHSCHER Infiltrationsanästhesie das Abdomen eröffnet wird, wissen wir, daß stärkerer Zug und erhöhte Spannung des Peritoneum pariet. bedeutende Schmerzen hervorrufen.

Und diese Schmerzen sind es, unter welchen ein ziemlich großer Teil der wegen entzündlicher Affektionen des Genitales in unsere Behandlung kommenden Frauen leidet. Wir finden bei denselben häufig neben einer Verdickung der

Sacrouterinligamente im Douglas derbere und zartere Stränge, welche zum Uterus ziehen, ihn mehr oder weniger fixieren, deren Vorhandensein oft nur durch die bloße Schmerzäußerung bei Hebung oder Bewegung der Gebärmutter von der Scheide aus erkennbar wird. Ein im Douglas fixiertes Ovarium, eine durch Adhäsionen heruntergezogene Tube sind von ähnlichen Symptomen begleitet. Nach den Untersuchungen der letzten Jahre wissen wir auch, daß derartige Verwachsungen nicht immer in einer primär entzündlichen Erkrankung des Genitales ihren Grund haben, sondern auch sekundär entstehen können, als Folge einer Appendizitis oder, wie GERSUNY und SAUTER gezeigt haben, auch als bloße Folgen von Blutungen ins Peritoneum, wie sie z. B. bei der Menstruation vorkommen.

Ich habe speziell auf diese Form der Adhäsivperitonitis des weiblichen Genitales hingewiesen, weil sie es ist, welche für die konservative Therapie das dankbarste Gebiet bedeutet.

Die Entspannung solcher Verwachsungen oder die allmähliche Dehnung und schließliche Trennung derselben können die Befreiung von qualvollen Schmerzen herbeiführen. In dieser Richtung hat sich die THURE-BRANDTSche Methode schon lange bewährt, doch wird sie von der Belastungstherapie, der ich heute mein Hauptaugenmerk zuwenden möchte, in gewisser Beziehung weit übertroffen.

Seitdem FREUND auf dem Braunschweiger Kongreß zuerst über die günstigen Wirkungen, welche die Kombination von vaginalem und abdominellem Druck auf verschiedene chronisch-entzündliche Erkrankungen des weiblichen Genitales ausübt, berichtet hatte, sind 7 Jahre vergangen; doch nur wenige klinische Publikationen befassen sich mit dieser Methode, die infolge ihrer leichten technischen Durchführbarkeit schon lange Gemeingut der Ärzte hätte werden können. Aber die Methode verlangt Geduld und vor allem Zeit; ein chirurgisches Spital kann nur ausnahmsweise konservativ zu behandelnde Fälle aufnehmen und auch in einer Ambulanz, wo höchstens 1 oder 2 Untersuchungstische und Divans zur Verfügung stehen, kann eine Behandlung, die 1—2 Stunden erfordert, wohl nur ausnahmsweise angewendet werden; ich habe dies schon in einem im Jahre 1901 gehaltenen Vortrage als Grund der geringen Verbreitung der Belastungstherapie angegeben.

Die von FREUND und seinem Assistenten FUNKE zuerst publizierte Methode, die in der vaginalen Einführung eines Kondoms (PINCUS nahm einen Jodoformgazebeutel) und in der Füllung desselben mit 500—600 g Schrot bestand, ist bald durch den von HALBAN verwendeten Quecksilberkolpeurynter verdrängt worden, da hierbei eine größere Gewichtsmenge verwendet werden kann und die Technik eine sehr einfache ist.

Ein mittelgroßer BRAUNSCHEr Kolpeurynter, der gut zusammengefaltet und eingefettet ist, wird in die Vagina, meist in das hintere Scheidengewölbe oder rechts und links von der Portio eingeführt, dann an den Schlauch ein Trichter gesteckt und durch denselben Quecksilber in der gewünschten Menge ($\frac{1}{2}$ —1 kg) eingegossen, worauf der Hahn geschlossen wird.

Durch Beckenhochlagerung oder Seitenlagerung wird die Druckrichtung des in der Vagina liegenden Gewichtes bestimmt.

PINCUS, welcher von „Belastungslagerung“ spricht, legt auf die erhöhte Lagerung noch immer das Hauptaugenmerk, weil er in dieser allein einen Heilfaktor sieht, indem „die Unterleibsorgane bedeutend entlastet werden und durch den beschleunigten Rückstrom des Blutes eine wesentliche Verbesserung der Kreislaufverhältnisse erreicht wird“. In seiner letzten Publikation hält er wohl noch an diesem Standpunkt fest, begnügt sich aber wohl nur mehr mit einer mäßigen Beckenhochlagerung. Das Unterschieben eines Keilkissens unter das Kreuz oder die leichte Hebung des Fußendes des Bettes genügen vollkommen.

In einer Reihe von Fällen, in denen es sich um chronisch-entzündliche Schwellungen der Adnexe oder des Beckenzellgewebes handelt, wird außer der vaginalen auch noch die abdominelle Belastung verwendet, durch Auflegen eines Schrot- oder Sandsackes von $1\frac{1}{2}$ —2 kg Schwere.

Im ganzen habe ich im Rudolfinerhause und in der Privatpraxis seit dem Jahre 1900 46 Fälle der Belastungstherapie unterzogen. Die Hauptindikation für ihre Anwendung und auch die besten Resultate sah ich bei der Behandlung der Peritonealadhäsionen im kleinen Becken, wie sie infolge von gonorrhöischen, puerperalen appendikulären Prozessen und häufig auch postoperativ gefunden werden. In den meisten dieser Fälle — es sind im ganzen 21 — zeigte sich schon nach wenigen vaginalen Belastungen, die von $\frac{1}{2}$ —1 kg stiegen, eine auffallende subjektive Besserung.

Äußerst selten klagten Patientinnen über Vermehrung der Schmerzen während des Liegens des Quecksilberballons; die meisten vertrugen ihn sehr gut und nur eine gewisse Müdigkeit machte sich im Anfange der Behandlung geltend. Unter diesen Fällen befanden sich 2, welche wegen arger perimetritischer und perisalpingitischer Beschwerden schon seit längerer Zeit zum Morphium gegriffen hatten; nach einigen (4—5) Belastungen blieben sie auch ohne dasselbe schmerzfrei.

Die objektive Besserung hält wohl damit nicht gleichen Schritt; in der Hälfte dieser Fälle fand ich auch nach sehr häufiger Belastung (25—30mal) noch Stränge im Douglas, aber die Druckempfindlichkeit derselben war äußerst gering oder ganz geschwunden.

Ich möchte hier als Beispiel für die Inkongruenz der subjektiven Erleichterung und des objektiven Befundes eines von WALDSTEIN publizierten Falles Erwähnung tun, wobei es sich um eine Frau handelte, welche infolge von straffnarbigen Schwielen, die vom Uterus nach links und hinten zogen, schwere ischialgische Schmerzen hatte, die sie ans Bett fesselten und eine ischialgische Skoliose mit sich gebracht hatten. Nachdem die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen ohne Erfolg blieben, wurde $\frac{1}{2}$ kg Quecksilber vaginal verwendet; nach 4 Belastungen waren die Schmerzen vermindert, nach 4 weiteren Belastungen konnte Pat. das Bett verlassen und hatte nur ganz geringe Kreuzschmerzen. Der Uterus war wohl etwas beweglich geworden, es bestand aber noch eine flächenhafte Verwachsung mit dem Peritoneum des Douglas.

Zu der Kategorie der eben besprochenen Fälle gehören wohl auch die von fixierter Retroversio-flexio. Denn die Hauptbeschwerden, über welche die Patientinnen klagen, werden weniger von der Rückwärtslagerung und Beugung der Gebärmutter, als durch die breiten Verwachsungen mit dem Peritoneum pariet. und der Serosa der Flexur hervorgerufen, wodurch eine ständige Zerrung am Bauchfell ausgelöst wird. Dafür spricht auch der Erfolg der Behandlung. Unter 8 Fällen gelang es mir 7mal nicht, den retrovertierten-flektierten Uterus so zu lösen, daß eine vollständige Aufrichtung möglich gewesen wäre, und trotzdem erklärten sich 6 Patientinnen nach der Behandlung als gebessert oder beschwerdefrei; der Uterus war in einzelnen Fällen etwas beweglicher als früher, die Verwachsungen weniger massig; von einer klinischen Heilung keine Spur. Aber die Beschwerden waren größtenteils verschwunden; drei von diesen Frauen sind später wiederholt mit der Bitte gekommen, daß ich sie, nachdem sich neuerdings leichter Schmerz eingestellt, wieder der Belastungstherapie unterziehen soll; es genügten 2—3malige Belastungen, um die Frauen beschwerdefrei — wenn auch nur temporär — zu machen.

In einem Falle, wo wegen Appendizitis und fixierter Retroflexio uteri die Resektion des Wurmfortsatzes und die intra-abdominale Verkürzung der Lig. rot. gemacht worden war, kam die Patientin 4 Monate post operationem wegen heftiger Kreuzschmerzen in meine Ambulanz. Der Befund ergab einen

retrovertierten-fixierten Uterus. Nach viermaliger Belastung traten die Menses auf, aber mit weniger Schmerzen. Nach weiteren 6 Belastungen gelang es mir, den Uterus aufzurichten; die nächsten Menses blieben aus, die Patientin machte eine schlechte Schwangerschaft durch, da sie fast un-aufhörlich an ziehenden Schmerzen litt; diese führte ich auf noch bestehende perimetritische Adhäsionen zurück, die beim Wachstum des Uterus gedehnt oder zerrissen wurden. Der Partus ging normal von statten.

In Fällen von mobiler, aber scheinbar fixierter Retroflexio leistet die Belastungstherapie, wie von verschiedenen Autoren berichtet wird, sehr gute Dienste, ebenso bei Retroflexio uteri gravid; ich habe dies in 2 Fällen, die ich schon vor 3 Jahren publizierte, beobachten können.

Die bisher besprochenen Fälle zeigten die mechanische Wirkung der Belastungstherapie, in welcher — ich wiederhole dies — meiner Ansicht nach der Hauptwert dieser Methode liegt. Durch Massage eine derartige Dehnung von solcher Dauer zu erzielen, ist immer mit großen Schmerzen verbunden, vor allem aber ist das psychische Unbehagen der Patientinnen bei der THURE-BRANDT'sche Methode häufig sehr groß.

Die Belastung, und zwar in ihrer Kombination von vaginalem und abdominellem Druck, war ursprünglich als Resorptionsmittel bei chronisch-entzündlichen Adnextumoren und bei Beckenexsudaten empfohlen worden.

Die Hypothese, welche FUNKE in seiner ersten Publikation aufstellte, geht dahin, „daß der durch die Belastung erzeugten Kompression der Gefäße durch die Entlastung unmittelbar eine bedeutende Hyperämie folgt, welche als günstige Bedingung für die Resorption aufzufassen ist“.

Die Belastung ist bei den chronisch-entzündlichen Affektionen nur als ein Versuch zu betrachten, denn man muß gelegentlich darauf gefaßt sein, daß durch den kombinierten vaginalen und abdominalen Druck ein Auflackern der Entzündung eintreten kann und soll daher bei der geringsten Temperatursteigerung von der Behandlung absehen.

Unter den 7 Fällen von Adnextumoren, die ich der Belastung unterzog, konnte ich 4mal eine Besserung konstatieren, 2 Fälle, bei welchen es sich um Eiteransammlungen in den Tuben handelte, was sich aber erst deutlich nach Schwinden des entzündlichen Ödems unter der Belastung zeigte, kamen zur Operation. In einem Falle, über den ich im Jahre 1901 berichtete, kann ich von Dauerheilung sprechen.

Die günstigen Erfolge, welche FUNKE, PINCUS, HALBAN bei Parametritiden sahen, konnte ich in drei derartigen Fällen beobachten; es ist wohl richtig, daß, wie KEHRER sagt, 95% aller Parametritiden bei jeder beliebigen exspektativen Behandlung zum Verschwinden gebracht werden können; es ist aber sicher, daß in einzelnen Fällen der Erfolg bei Belastungstherapie rascher herbeigeführt wird, indem unter dem kombinierten Druck das chronisch-indurative Ödem, welches in seiner Knorpelhärte fest organisiertes, derbes Gewebe vortäuscht, eher zum Weichen gebracht wird.

Ich möchte hierbei noch erwähnen, daß PINCUS verschiedene Modifikationen der vaginalen Behandlung für derartige Fälle angegeben hat. Damit durch eine plötzliche Entlastung nicht eine „abnorme Ansaugung“ von Entzündungserregern erfolgt, wendet er besonders in der ambulatorischen Praxis einen Quecksilberluftkolpeurynter an, wobei es möglich ist, den von Quecksilber entleerten Ballon sofort mit Luft zu füllen; die Patientin kann mit demselben nach Hause gehen und nach einiger Zeit den Ballon selbst entfernen. Mit diesem Apparate kann auch eine intravaginale Kolpeurynter-massage durch Zusammenpressen und Loslassen eines äußeren Ballons erzielt werden. KEHRER hat den Apparat, der namentlich die Dosierbarkeit der intravaginalen Belastung ermöglicht, als gut anerkannt. Für Fälle, wo die tiefstehende Portio vaginalis den ganzen Ballon nach unten drängt, hat

PINCUS einen Ballon angegeben, der die Form eines Uterus bicornis hat und dadurch tief in das Scheidengewölbe geführt werden kann.

Ich selbst habe über diese Modifikationen keine Erfahrung und kann nur hervorheben, daß ich mit dem ursprünglichen einfachen Quecksilberkolpeurynter vollkommen ausreichte. Ich halte auch den von FUNKE angegebenen Apparat zur Entleerung des Ballons für überflüssig. Meine Patientinnen nehmen nach beendeter Belastung eine Glasflasche, führen in dieselbe den Schlauch, erheben sich und lassen durch den geöffneten Hahn das Quecksilber in die Flasche fließen.

Ich möchte auch noch einer besonderen Anwendung der vaginalen Belastung Erwähnung tun, nämlich der Dehnung schmerzhafter Narben in der Vagina.

FUNKE und HALBAN haben über außerordentliche Erfolge der Quecksilberbelastung in derartigen Fällen berichtet; auch ich habe bei 2 Patientinnen, welche infolge von Zervix-scheidennarben über große Schmerzen apud coitum klagten, die günstige Einwirkung der Belastung beobachten können.

In einem Falle von narbiger Schrumpfung der Vagina (nach Totalexstirpation des Uterus), wo Blasenbeschwerden bestanden, und in einem Falle von angeborener Enge der Scheide füllte ich den Ballon nicht mit Quecksilber, sondern verband ihn mit einem ca. $1\frac{1}{2}$ m hoch über der Vulva befestigten, mit 2 l Flüssigkeit gefüllten Irrigator. Nachdem in den Kolpeurynter ca. 300 g Flüssigkeit gelangt war, fühlten die Patientinnen einen ziemlich bedeutenden Druck, worauf ich den Hahn schloß; nach ungefähr 10 Minuten, als der Ballon nicht mehr unangenehm empfunden wurde, öffnete ich den Hahn, ließ etwas nachströmen und endlich den Druck der $1\frac{1}{2}$ m hohen Wassersäule wirken. In beiden Fällen war der Erfolg ein auffallend guter und rascher.

Ich habe in meinem Vortrage im Jahre 1901 auf die geburtshilfliche Bedeutung des unter leicht zu steigendem Drucke stehenden Kolpeurynters hingewiesen und auf die Verwendung desselben speziell für die Metreuryse aufmerksam gemacht. Es fällt bei dieser Methode die Anwendung eines Zuges und die wiederholte Einlegung eines Ballons in den Zervikalkanal weg; der unter erhöhtem Drucke stehende Ballon regt die Wehentätigkeit außerordentlich an, da er an seine Umgebung fest angedrückt bleibt und ein vorzeitiges Abgleiten nicht leicht möglich ist.

Von der Nützlichkeit meines Vorschlages konnte ich mich bisher in einem Falle überzeugen. Ich wurde zu einer 22jährigen I-para gerufen, bei welcher vor 50 Stunden die Blase gesprungen war.

Trotz sehr heftiger, durch 2 Tage andauernder Wehen fand ich den Muttermund, der einen 1 cm dicken lederharten Ring darstellte, kaum für 2 Finger geöffnet; nachdem mißfarbiges Fruchtwasser abging, die Herztöne sehr frequent waren, führte ich zur raschen Beendigung der Geburt wegen Lebensgefahr des Kindes einen zusammengefalteten Kolpeurynter über den Muttermund, verband mit dem Schlauche einen Irrigator und ließ langsam die Lysollösung in den Ballon einlaufen und den Irrigator von der Hebamme allmählich bis auf ca. $1\frac{3}{4}$ m Höhe emporheben. Ich überzeugte mich, daß der rigide Muttermund innerhalb von 25' weit über Handtellergröße gedehnt war und konnte nun den Forceps anlegen. Ich entwickelte ein tief asphyktisches Kind, welches sich nach einigen SCHULZESchen Schwingungen vollkommen erholte; die Zervix zeigte nirgends eine Verletzung.

KURBER, der meinen Vorschlag nicht kannte, hat vor einem Jahr zwei Fälle publiziert (Placenta praevia lateral., Einleitung der Frühgeburt), wobei sich ihm der unter Hochdruck stehende Ballon als sehr verwendbar erwiesen hat. Er hebt hervor, daß mit jedem Moment der fortschreitenden Erweiterung der Zervix der Gummiballon sich selbsttätig mehr füllt.

* * *

Habe ich in meinen bisherigen Auseinandersetzungen es versucht, auf ein neueres Verfahren aufmerksam zu machen, das innerhalb bestimmter Grenzen Gutes zu leisten imstande ist, so möchte ich im folgenden für eine schon ziemlich alte Behandlungsmethode das Interesse erwecken, für das Verfahren nach APOSTOLI, das durch Überschreiten seiner Indikationsgrenzen scheinbar ganz an Renommee verloren hat.

In der Zeit vor dem Aufschwung der operativen Technik nahm die elektrische Therapie auch in der Gynäkologie einen breiten Platz ein; es gab überhaupt kaum ein Leiden, das von APOSTOLI und seinen Jüngern nicht erfolgreich mit dem konstanten oder faradischen Strom behandelt wurde; von den Myomheilungen wurden Wunder erzählt, aber auch alle entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexe besserten sich unter der elektrischen Behandlung.

Die Vielseitigkeit dieses Mittels hat es in Mißkredit gebracht und so sehen wir, daß in Deutschland und Österreich das Verfahren nach APOSTOLI fast vollständig verschwunden ist; die letzte Arbeit, welche über diese Methode in Wien erschienen ist, stammt von MANDL und WINTER aus den Jahren 1891—1892, so daß wir Jüngeren sie nur vom Hörensagen kennen.

Ich habe nun in den letzten Monaten in einer ganz bestimmten Indikationsrichtung das Verfahren nach APOSTOLI versucht; jeder Arzt kennt eine größere Anzahl von Fällen von Endometritis und klimakterischen Blutungen, die allen therapeutischen Versuchen Widerstand bieten und wo trotz wiederholter Abrasio mucosae keine Besserung zu erzielen ist. Da man sich speziell bei jungen Frauen wohl nicht ohne weiteres zu einer Totalexstirpation wird entschließen können, so bleibt man diesen Fällen gegenüber machtlos. Denn das einzige Verfahren, welches noch in Betracht gezogen werden kann, ist die Vaporisation nach PINCUS mit überhitztem strömendem Dampf. Trotz der mannigfachen Modifikationen hat sich die Zesto- und Atmokaussis bei uns nicht eingebürgert, weil, wie einzelne aus der Literatur berichtete Unglücksfälle zeigen, auch bei exakter Handhabung unberechenbare Schädigungen herbeigeführt werden können.

Ich glaube nun, daß wir im Verfahren nach APOSTOLI ein ungefährliches Mittel haben, um energisch, aber nicht allzu energisch auf die Uterusschleimhaut einzuwirken.

Ich will auf die vielfachen Theorien, die über die Art der Wirkung des konstanten Stromes auf das Protoplasma existieren, hier nicht näher eingehen, sondern nur den modernsten, durch experimentelle Untersuchungen begründeten Standpunkt in dieser Frage nach dem Buche FREUNDS zitieren:

„Die biologische Wirkung ist zunächst eine mechanische, dann aber auch eine elektrolytische und thermische; die wichtigste hier in Betracht kommende Eigenschaft der Elektrizität ist die desorganisierende Wirkung auf das lebende Protoplasma — die vakuolisierende Degeneration.“

Das Verfahren nach APOSTOLI bietet uns nun Gelegenheit, das erkrankte Schleimhautepithel des Uterus zu zerstören, ohne bei gehöriger Vorsicht einen Schaden anrichten zu können. Denn nur bei sehr hohen Strömen und zu langer Dauer der Anwendung kann eine Tiefenwirkung bei der Muscularis uteri stattfinden.

Ich will hier nicht auf die Details des Instrumentariums eingehen; am wichtigsten ist ein exakter Rheostat, der ein ganz allmähliches Ein- und Ausschleichen des Stromes ermöglicht. Als aktive intrauterine Elektroden verwendete ich bis jetzt Platin- und Aluminiumsonden; letztere sind wohl sehr billig, nützen sich aber rasch ab; eine Zinkblechplatte, die in eine feuchte Kompresse geschlagen ist, wird als inaktive Elektrode auf das Abdomen gelegt. Nach Desinfektion der Scheide wird die Portio eingestellt und die Sonde vorsichtig eingeführt; der Teil, welcher in den Zervikalkanal zu liegen kommt, wird mit einem Guttaperchastreifen umhüllt und so isoliert.

Zur Anwendung gelangten nur mittelstarke Ströme (50—120 M. A.), und zwar durch höchstens 2—4 Minuten; die einzelnen Sitzungen waren in 3—5tägige Pausen vorgenommen.

Ich habe das Verfahren nach APOSTOLI bisher bei fünf Frauen versucht, die wegen Endometritis wiederholt ohne Erfolg kurettiert worden waren. In diesen Fällen hat sich die Methode vorläufig sehr bewährt — ich sage vorläufig, weil die Beobachtungsdauer erst wenige Monate beträgt; die früher sehr starken und langdauernden Menstruationsblutungen, durch die speziell 2 Patientinnen fast berufsunfähig waren, sind viel schwächer und kürzer geworden und in längeren Pausen (6—8 Wochen) aufgetreten. Ich wollte mit dieser Mitteilung nur anregen, daß das Verfahren nach APOSTOLI für jene Fälle, bei welchen Curettements erfolglos geblieben waren, versucht werde, da meine bisherigen Beobachtungen günstige Resultate ergeben haben.

Über meine sonstigen Versuche der intrauterinen Anwendung des konstanten Stromes sowie über die näheren technischen und klinischen Details will ich an anderer Stelle ausführlich berichten.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz über die Behandlung von Totalprolapsen des Uterus und der Vagina sprechen.

Die meisten derselben werden heute wohl operativ angegangen, da sowohl durch die SÄNGER-GERSUNYSche Naht als durch die Methoden FREUNDS, WERTHEIMS und SCHAUTAS, bei welchen der Uterus durch verschiedene Arten seiner Befestigung als Stütze des Beckenbodens verwendet wird, eine sichere Heilung dieses Leidens erzielt werden kann.

Es bleibt aber für den Praktiker noch eine ziemliche Anzahl von schweren Prolapsen übrig, bei welchen das Alter, Herzfehler, Lungenerkrankungen, Struma, Diabetes etc. einen länger dauernden Eingriff in Narkose kontraindizieren; in solchen Fällen begnügte man sich mit den umständlichen Hysterophoren.

Nun hat Dr. ROSENFELD vor ca. 2½ Jahren ein Zapfenpessar angegeben, welches sich in der Praxis als ausgezeichnet erwiesen hat.

Die gebräuchlichen Pessare werden, wie ROSENFELD in seiner ersten Publikation genau darlegt, bei größerem Druck — Stuhlgang — zuerst mit ihrem vorderen Rand gegen die Symphyse getrieben und erscheinen alsbald vor der Vulva. Das mit einem Zapfen armierte Pessar macht die gleiche, dem Geburtsmechanismus ähnliche Bewegung, kann aber nicht ganz vorrutschen, weil gleichzeitig der Zapfen gegen die hintere Scheidenwand gedreht und der ganze Druck auf die perineale Muskulatur übertragen wird. Ich habe mich bisher in 8 Fällen von schweren Prolapsen bei alten Frauen, die eine Operation verweigert hatten und denen kein Pessar genützt hatte, davon überzeugen können, daß das Zapfenpessar seinen Zweck vollständig erfüllt und keine Beschwerden macht. Einzelne dieser Frauen, die außerhalb Wiens wohnen, tragen das Pessar 3—5 Monate ohne irgend welche Schädigung. MENGE hat in der Meinung, daß durch den Zapfen ein Dekubitus entstehen könne, eine Modifikation angegeben, welche in einer keulenförmigen Abrundung des Zapfens besteht.

Ich habe nie Dekubitus gesehen, auch in den Fällen nicht, welche ich bereits 1—1½ Jahre beobachte.

Über

Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwicklung des Kindes.

Von **Doz. Dr. Victor Hammerschlag.**

II.

Wir wenden uns nun der Frage zu, welcher Art und wodurch begründet die Schädigungen sind, die ein schwerhöriges Kind durch seine Hörstörung erleidet. Diese Nachteile äußern sich schon im gewöhnlichen Verkehre nach verschiedenen Richtungen.

Wie BRAUCKMANN²⁾ sehr richtig hervorhebt, ist der Schwerhörige auch nahehörig, d. h. bei der Annäherung an eine Schallquelle empfindet er den Schall später und bei der Entfernung von der Schallquelle verliert er die Wahrnehmung früher als ein normales Individuum. Ein Schwerhöriger ist weiterhin schwachhörig, d. h. es gehen ihm selbst in aller-nächster Nähe des Ohres verschiedene Wahrnehmungen ganz verloren, sobald dem betreffenden Reiz nur eine sehr geringe Intensität innewohnt.

Endlich erleiden aber auch die verbliebenen Hörempfindungen eine Intensitätseinbuße, und was vielleicht das Wichtigste ist, sie erleiden auch eine qualitative Veränderung. Der Schwerhörige empfängt eine große Zahl undeutlicher und veränderter, verstümmelter, akustischer Klangbilder.

Diese Veränderung der Klangbilder betrifft ebensowohl die Wahrnehmung der Musik, als auch der verschiedensten Geräusche und — was im kindlichen Alter von größtem Einflusse ist — die Wahrnehmung der menschlichen Sprache.

Das eben Gesagte erfordert eine kurze Erläuterung. Die Töne unserer Musikinstrumente sind bekanntlich keine einfachen, physikalischen Töne, sondern zusammengesetzte Tonkomplexe, die sich aufbauen aus dem Grundton und einer bei verschiedenen Instrumenten verschiedenen Reihe harmonischer Obertöne. Die Summe dieser Obertöne ist es, die dem musikalischen Tone seinen Charakter, den Timbre verleiht, die es bewirkt, daß wir zum Beispiel das a¹ der Violine von dem a¹ der Flöte unterscheiden. Um nun alle diese Obertöne — wenn auch unbewußt — zu unterscheiden, bedürfen wir eines normal funktionierenden Gehörorgans; anderenfalls kann es vorkommen, daß einzelne, kaum über die Reizschwelle ragende Obertöne ausfallen: wir hören den Ton vermindert.

Der hier geschilderte Vorgang bezeichnet nur eine denkbare Art der Entstehung von Störungen des musikalischen Gehörs. Bezüglich der Entstehungsmechanismen dieser gar nicht so seltenen Hörstörungen verweisen wir auf die Untersuchungen ALTS.³⁾

Daß durch eine derartige Störung des Gehörs, wenn sie auf einer frühen Stufe einsetzt, die Empfänglichkeit des Kindes für Musik Schaden leiden muß, ist ohne weiteres klar.

Dasselbe, was hier für die Wahrnehmung der Musik gesagt wurde, gilt auch für die richtige Perzeption der Sprache.

Die menschliche Sprache setzt sich im allgemeinen aus Klängen und Geräuschen zusammen, und zwar sind die Vokale im wesentlichen Klänge, die Konsonanten Geräusche.

Durch die Untersuchungen von HELMHOLTZ und DONDERS ist es festgestellt, welche Tonhöhen den einzelnen Vokalen der menschlichen Sprache zukommen.

Nach den Ergebnissen von HELMHOLTZ ist jeder Vokal bezüglich seiner Stellung in der Tonskala charakterisiert, und zwar in folgender Weise:

Dem Vokal U entspricht das	f
" " O	bI
" " A	bII
" " Ö	cisIII
" " Ü	gIII — asIII
" " E	bIII
" " J	dIV

WOLF⁴⁾ hat nun auch die Konsonanten, die, wie erwähnt, sich als Geräusche darstellen, so weit sie selbsttönend sind (R, B, K, T, S, F, G, Sch) untersucht.

Nach WOLF und HELMHOLTZ (dem es schon früher gelungen war, verschiedene Geräusche mit Hilfe von Resona-

toren in ihre einzelnen Töne zu zerlegen) haben wir ein Geräusch aufzufassen als „eine Reihe von einfachen Tönen, welche zum Teile sehr nahe nebeneinander in der Skala liegen und in den meisten Fällen einem sehr raschen und unregelmäßigen Wechsel kurzandauernder verschiedenartiger Töne unterworfen sind“. Es sind somit Geräusche — in unserem Falle die selbsttönenden Konsonanten der Sprache — in gewisser Beziehung musikalisch definierbar.

In welcher Weise sie sich in die Tonskala einreihen, geht aus der folgenden, die Resultate WOLFS zeigenden Tabelle hervor:

R	C ₋₂ + C ₋₁ + C + c
B u. P	eI
K	dII — dIII
T	fisII — fisIII
F	aII — aIII
S	cIV — cV
Sch	fisIV + dIV + aIII

Wenn wir nun sehen, daß die einzelnen Sprachlaute sich als musikalisch definierbare, höchst zusammengesetzte Tonkomplexe darstellen, so werden wir begreifen, wie es kommen kann, daß der Schwerhörige, dem entsprechend dem Grade und der Natur seiner Hörstörung einzelne Partialtöne verloren gehen können, ein verschwommenes, undeutliches, akustisches Sprachklangbild erhält.

Damit sind aber nicht alle Gründe dieser Erscheinung erschöpft. Ein zweiter, sehr gewichtiger Grund für die Verstümmelung des Sprachklangbildes entsteht aus der Nahehörigkeit des schwerhörigen Individuums und aus dem Umstände, daß die einzelnen Sprachlaute — ihrem akustischen Charakter entsprechend — eine sehr verschiedene Hördistanz schon für das normale Individuum aufweisen.

Zur Illustration dieser Tatsache diene das folgende, von WOLF entworfene Schema des Tonstärkeverhältnisses der einzelnen Sprachlaute:

Sprachlaut	Wird noch deutlich unterschieden auf folgende Distanz
A	288 m
O	280 "
Ei	272 "
E	264 "
I	240 "
Eu	232 "
Au	228 "
U	224 "
Sch	160 "
S	140 "
F	55 "
M (a) und N (a)	144 " (in Verbindung mit Vokal a)
K und T	51 "
R	35 " (Zungenspitzen-R allein für sich)
Flüster-U	40 "
B	14 "
H	10 " (für sich als verstärkter Hauch)

* * *

Aus der Verschiedenheit der Hördistanz für die einzelnen Sprachlaute erklärt es sich weiterhin, warum dem schwerhörigen Kinde aus der an sein Ohr tönenden Sprache ganze Buchstaben ausfallen, andere nur sehr undeutlich zum Bewußtsein kommen. Das die Sprache eben erst erlernende Kind wird das so verstümmelte Sprachklangbild entweder ebenso falsch nachahmen oder gar nicht mehr nachzuahmen imstande sein. Auf jeden Fall wird die Entwicklung der Sprache erschwert, verlangsamt oder gar verunmöglicht.

Selbstverständlich werden die erwähnten Ausfälle besonders störend auf die intellektuelle Entwicklung des Kindes einwirken, wenn sie in früher Kindheit, d. h. zu einer Zeit einsetzen, da die Sprache noch gar nicht oder nur sehr unvollkommen erlernt ist. — Aber auch in der späteren Kindheit, im 4., 5. und 6. Lebensjahre kann eine die Perzeption der Sprache störende Ohrenerkrankung verhängnisvoll werden

²⁾ Die psychische Entwicklung und pädagogische Behandlung schwerhöriger Kinder. Berlin 1901, Reuther Reichard.

³⁾ Über Störungen des musikalischen Gehörs. „Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc.“, 1902, XXXVI, pag. 197.

⁴⁾ Sprache und Ohr. Braunschweig 1871, Vieweg & Sohn; und: Die Hörprüfung mittelst der Sprache. „Zeitschr. f. Ohrenheilkunde“, 1899, 34. Band.

für die weitere Ausbildung und Fixierung der schon erworbenen akustischen Erinnerungsbilder, was schon aus dem Umstande hervorgeht, daß eine im 5. bzw. 6. Lebensjahre akquirierte Taubheit meist auch den Verlust der schon erworbenen Sprache nach sich zieht. — Das schwerhörige Kind ist demnach dauernd, in jedem Stadium der Kindheit, in der Entwicklung seines Intellekts gehindert. Besonders manifest wird die Schädigung zur Zeit der Spracherlernung und später wieder nach Beginn des Schulbesuches.

Neben der intellektuellen Einbuße erleidet das schwerhörige Kind aber auch einen zweiten, nicht minder anzuschlagenden Schaden an seiner psychischen Entwicklung, einen Schaden, der nicht hoch genug veranschlagt werden kann, weil er die Entwicklung des kindlichen Gemüts und die Entwicklung des Charakters oft in unheilvoller Weise beeinflußt. — KROISS⁵⁾ schildert den Verlust, den schon der Säugling und das dem Säuglingsalter eben erst erwachsene Kind, also das des Sprachverständnisses jedenfalls noch entbehrende Kind in dieser Richtung erleidet, mit folgenden treffenden Worten: „Allmählich reagiert das neugeborene Kind auf stärkere Schallreize durch Augenliderbewegungen, durch Emporheben der Hände, durch Zusammenfahren, durch Reflexschreie. Die ersten Gehörsempfindungen sind noch sehr undeutlich und unbestimmt, aber sie werden immer mehr differenziert. Hohe und tiefe Töne treten aus dem Klangchaos immer klarer und deutlicher hervor, je mehr das Kind mit der tönenden Umgebung in Wechselbeziehungen tritt. Nach und nach lernt es auch die Tonquellen unterscheiden, die Richtung und später die Entfernung eines Schalles schätzen. Der kleine Weltbürger zeigt Freude an den Klangreizen, denn diese lösen nicht nur Tonempfindungen aus, sondern letztere sind auch begleitet von Gefühlen der Lust. Unter den Gehörreizen werden einige durch ihre stärkere Gefühlsbetonung gegenüber anderen bevorzugt, sie erscheinen ihm interessanter. Auf diese Klänge horcht das Kind mehr hin, es lauscht, seine akustische Aufmerksamkeit ist erwacht.“

Eine Unmenge von Klangbildern erwirbt sich das Kind aus der Sprache der Umgebung. Mit einer Fülle von Worten tritt die Mutter, die ganze Familie dem kleinen Liebling entgegen, dessen Ohr freilich noch nicht fähig ist, die lautliche Gliederung der Rede richtig aufzufassen. Von den vieltausendfältigen Koseworten prägen sich dem Gedächtnisse des Kindes zunächst jene typischen Klangbilder ein, welche die Gefühlsstimmung des Sprechenden ausdrücken. Es lernt unterscheiden, ob man ihm freundlich zuspricht oder ob man es zankt. Wohl bleibt ihm der begriffliche Sinn der Rede noch verschlossen, aber die Gefühlsmusik der Sprache lernt es allmählich verstehen.“

Auf die Beeinträchtigung des kindlichen Empfindungslebens weist auch BRAUCKMANN in seiner früher zitierten Schrift wiederholt und eindringlich hin. So mit den Worten: „Und nun denke man noch jener akustischen Empfindungen, die wir von unseren Mitmenschen, von lieben Angehörigen und Freunden, wie von fernerstehenden Bekannten haben. Auch ohne an die assoziative Vorstellungsverknüpfung zu denken, müssen wir gestehen, daß das schwerhörige Kind viel entbehrt, da der liebe, sanfte, warme, mahnende, warnende, tröstende, ermunternde, beglückende, rührende, erschütternde Ton der Rede, der leise Seufzer, das klingende Lachen, das unterdrückte Schluchzen usw. den Weg zu seiner Seele nicht finden.“

Wir haben früher gesehen, wie schon mildergradige Hörstörungen imstande sind, die Empfänglichkeit des Kindes für die Musik zu untergraben, wir sehen jetzt, daß das schwerhörige Kind auch der Musik der Sprache vielfach verständnislos gegenübersteht.

Und damit ist der Verlust des schwerhörigen Kindes an seelischen Anregungen noch nicht erschöpft! Wir müssen uns erinnern, welche Fülle akustischer Empfindungen wir von der unbelebten Natur empfangen, wie gerade diese akustischen Empfindungen es sind, die uns die unbelebte Natur belebt erscheinen lassen. Auch hier wollen wir BRAUCKMANN zu Worte kommen lassen. Er sagt: „Wie die Sprache der Musik, der seelenvollsten Kunst, den tiefen reinen Widerhall nicht mehr zu wecken vermag, wo das kindliche Ohr auch nur ein Geringes in seiner Funktion leidet, so reden auch die Stimmen der belebten und unbelebten Natur entweder nicht mehr oder sehr verändert zur Seele des Schwerhörigen. Was aber entgeht alles einem Kinde, das die leiseren Klänge nicht mehr versteht. Da liege ich in brütender Sommerglut auf einsamer Haide, und gerade die leisen verschwimmenden, eben noch vernehmbaren Klänge, welche aus der Ferne mein Ohr treffen, machen hier meine Stimmung neben dem leisen Säuseln, Wehen und Rauschen der Haidepflanzen, dem Huschen und Rascheln, dem Surren und Summen der Insektenwelt. In Wald und Feld ist es nicht anders und wo im Hochgebirge der Wind an Felsengraten harft. Das „süße Grau'n, geheime Weh'n“, wir verdanken es den verschwimmenden Klängen der Morgenglocke, dem leisen Rauschen in den Baumwipfeln. Der Schwerhörige vernimmt nicht dieses Rauschen, das Flüstern und Raunen der Waldgeister trifft nicht seine Seele, für ihn rauscht der Bach den „leisen Morgensegen“ nicht. Man nehme aus unserer Poesie alle Malerei, welche mit akustischen Empfindungen arbeitet, und man weiß, was der Schwerhörige an seelischer Anregung verliert, das schwerhörige Kind an seiner Gemütsentwicklung leidet.“

Wir wollen hier zum Schlusse noch einer psychologischen Tatsache gedenken, das ist die sich gegenseitig ergänzende und sich gegenseitig anregende Tätigkeit von Auge und Ohr. Aus der Störung dieses Gegenseitigkeitsverhältnisses der beiden Sinnesorgane ergibt sich eine Schädigung der intellektuellen Entwicklung des Kindes. Wir können diese Schädigung nicht besser charakterisieren, als indem wir wieder den Pädagogen BRAUCKMANN zitieren, welcher ausführt: „Weiter steht nun aber das Ohr auch zum Auge in einem gewissen Erziehungsverhältnis. Die akustischen Empfindungen fordern immer wieder auf zur Ergänzung durch optische Empfindungen. Das Ohr veranlaßt das Auge so vielfach zur Tätigkeit. Und das Auge bedarf sehr solcher Hilfe und Anregung. Es ist einmal abhängig von der Beleuchtung, von Einstellung und Blickrichtung. Zum andern muß es sich seine Reize aufsuchen, kann und muß sich denselben zeitweise verschließen. Anders das Ohr. Ihm fließen ohne sein Zutun fortdauernd Reize zu aus Nähe und Ferne, Höhe und Tiefe, von allen Seiten. Nicht ein jeweiliger Ausschnitt wie beim Auge, nein, das ganze Rund der objektiven Welt spricht zu ihm, und zwar fortwährend, ohne Unterbrechung. Ein solcher Wächter ist fürs Auge ungemain wertvoll. Nun wird es aufmerksam gemacht auf neue Erscheinungen, wird veranlaßt zur Aufnahme seiner Tätigkeit, zur Änderung der Blickrichtung, zu anderer Einstellung. Hinwiederum kann es auch unbeschadet ausruhen und wird so durch das Ohr entlastet, wie ja auch das Auge wieder vielfach den Tastsinn entlastet. Wo das Auge genügend rekognosziert, kann das Getast ruhen, wenn das Ohr wacht, das Auge. Zwar wird dieses Verhältnis erst recht wirksam durch entsprechend angelegte Assoziationen. Wir wollen uns aber merken, daß das Zustandekommen sehr vieler optischer Empfindungen aus obigem Grunde beim schwerhörigen Kinde unterbleibt. Oft, während sein Auge auf dem gleichgültigsten Gegenstand ruht, entgeht ihm in seiner Nähe das interessanteste Schauspiel.“

Wir haben gesehen, wie eine Reihe von Umständen zusammenwirkt, um das schwerhörige Kind in seiner psychischen und geistigen Entwicklung zu hemmen. Die Tatsache nun, daß gehörleidende Kinder sehr häufig den Anforderungen der Schule nicht entsprechen, ist seit langem bekannt. Es

⁵⁾ Zur Methodik des Hörunterrichts. Wiesbaden 1903, Bergmann.

ist nun interessant, daß BEZOLD⁶⁾ diese Tatsache geradezu ziffermäßig festgestellt hat. BEZOLD untersuchte 1289 Schüler einer Münchner Simultanschule und fand unter ihnen 296 Schwerhörige, welche die Flüstersprache einseitig oder doppelseitig nur auf 8 m und darunter hörten. Von diesen 296 Kindern hörten wieder 60 die Flüstersprache doppelseitig nur auf 4 m und darunter, und endlich 33 nur auf 2 m und darunter. Um nun das Fortgangsergebnis der schwerhörigen Kinder berechnen zu können, bediente sich BEZOLD der am Ende des Schuljahres stattfindenden „Lokation“ der Schüler: „Es wurde nun jede einzelne Klasse in der folgenden Weise gesondert berechnet: von jeder der drei oben bezeichneten Hörgruppen⁷⁾ wurden die sämtlichen Fortgangsplätze addiert und aus der Summe der mittlere Durchschnittsplatz berechnet, welcher auf die einzelne Gruppe von Schwerhörigen traf. Dieser Durchschnittsplatz wurde verglichen mit dem Durchschnittsplatz der Schülersgesamtzahl in der betreffenden Schulklasse, der einfach ausgedrückt ist durch die Halbierung der letzteren Zahl. Um nun auch die sämtlichen Klassen unter sich vergleichbar zu machen, war es noch notwendig, die Schülerzahl derselben einander gleichzustellen, welche zu je 100 angenommen wurde, so daß der mittlere Durchschnittsplatz für die ganze Schule durch die Zahl 50 ausgedrückt ist. Mit Rücksicht auf diese Zahl wurden die Durchschnittsplätze berechnet, welche auf die drei obigen Gruppen von Schwerhörigen trafen.

Auf diesem Wege ergaben sich folgende Fortgangsergebnisse für die drei aufgestellten Kategorien von Hörverminderung: Der durchschnittliche Fortgangsplatz war unter den einseitig oder doppelseitig 8 m und weniger Hörenden 54.09 statt 50, unter den doppelseitig 4 m und weniger Hörenden 64.36 statt 50 und unter den doppelseitig 2 m und weniger Hörenden 67.70 statt 50.“

Der Wert dieser Zahlen liegt — wie BEZOLD richtig hervorhebt. — in dem Umstande, daß sie, wenn auch an einem verhältnismäßig kleinen Materiale gewonnen, doch deutlich beweisen, „daß nicht nur überhaupt eine Beeinflussung des Fortgangsplatzes stattgefunden hat, sondern daß sogar eine sukzessive Steigerung dieses Einflusses nachzuweisen ist, welche dem Grad der vorhandenen Schwerhörigkeit entspricht.“

* * *

Es erübrigt nunmehr, den Nachweis zu führen, daß das hier behandelte Gebiet tatsächlich — entsprechend der Häufigkeit kindlicher Ohrerkrankungen — die volle Aufmerksamkeit der Ärzte beanspruchen darf, und wir müssen untersuchen, in welchem Häufigkeitsverhältnis sich Hörstörungen im Kindesalter finden. Für das vorschulpflichtige Alter existieren statistische Nachweise nicht, wohl aber gibt es solche in hinreichender Zahl über schulpflichtige Kinder.⁸⁾

Die ersten Untersuchungen wurden von REICHARDT im Jahre 1878 in Riga vorgenommen. Die Untersuchungen umfaßten 1055 Kinder; sie sind vom otologischen Standpunkte nicht absolut einwandfrei, denn die Hörprüfung wurde nur mittelst einer lauttickenden Uhr vorgenommen. Die Uhr wurde von normalhörenden Individuen bis auf 60 Fuß Entfernung gehört. Es fanden sich nun 22.3% der Kinder, welche diese Uhr nur mehr unter 20 Fuß hören könnten, darunter solche, welche sie überhaupt nicht hörten. Viel umfassendere Untersuchungen wurden von Dr. WEIL in Stuttgart mittelst leiser Sprache unter gleichzeitiger Kontrolle mit dem Ohrenspiegel an 5905 Kinder vorgenommen. In einzelnen Schulen fand dieser Autor mehr als 30% schwerhöriger Kinder, welche

⁶⁾ Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan. Wiesbaden 1885, Bergmann.

⁷⁾ 1. Flüstersprache auf 8 m und darunter

2. „ „ 4 m „ „

3. „ „ 2 m „ „

⁸⁾ Bezüglich der Literatur vgl. BEZOLD, Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan, Wiesbaden 1885 und Enzyklopädie der Ohrenheilkunde, herausg. von BLAU, Leipzig 1900, Vogel. Kapitel: Schulkinder, pag. 358.

die Flüstersprache, deren Hördistanz normalerweise 20—25 m beträgt, nicht mehr auf 8 m perzipierten. Zwei kleinere Untersuchungsreihen stammen dann von amerikanischen Ohrenärzten. SAMUEL SEXTON untersuchte 570 Schulkinder und fand 13% mit hochgradig herabgesetztem Hörvermögen. Dr. NOBELL fand unter 491 Kindern 25.5% mit verminderter Hörschärfe. Eine überaus sorgfältige Untersuchung über 1918 Kinder stammt von BEZOLD. Er fand 74.2% normalhörende und 25.8% ohrenkranke Kinder. Von den Ohrenkranken hörten 6.7% die Flüstersprache doppelseitig unter 8 m, 5.0% doppelseitig unter 4 m. Es ergaben sich sonach 26%, welche nur ein Drittel und weniger der normalen Hörweite besaßen. Interessant ist die weitere Beobachtung von BEZOLD, daß in den höheren Volksschulklassen die Hörschärfe der schwerhörigen Kinder durchschnittlich noch etwas geringer ist, daß dagegen im Obergymnasium relativ wenig Schwerhörige sich finden. Er zieht daraus den Schluß, daß Schwerhörige sich selten dem Studium widmen. Für uns bemerkenswert ist die Feststellung der Tatsache, daß — nach dem Befunde zu schließen — 41.7% aller schwerhörigen Kinder durch entsprechende Behandlung mehr oder weniger leicht zu heilen waren. Es waren das besonders Fälle mit Ceruminalanhäufungen, mit akuten und subakuten Mittelohrkatarrhen und Mittelohreiterungen. In erster Linie standen aber die schon früher erwähnten Tubenkatarrhe, deren Zusammenhang mit der Hypertrophie der Rachenmandel bekannt ist. Wie groß ihrerseits die Verbreitung der hypertrophischen Rachenmandel bei Kindern ist, geht z. B. aus einer diesbezüglichen Schuluntersuchung von STANGENBERG in Stockholm hervor. Unter 3244 Schulkindern fand sich das Übel in 10.1%. KAYSER⁹⁾ fand unter 15.000 Schulkindern 920 derartig erkrankte (= 6%); KAFEMANN¹⁰⁾ unter 2238 größtenteils mit dem Spiegel untersuchten Fällen eine hochgradige Hypertrophie der Rachenmandel in 7.8% der Fälle.

Es ist nun die Frage zu erörtern, was kann der Arzt, zunächst der Familienarzt, auf dem Gebiete, das wir skizziert haben, leisten? Bleiben wir zunächst bei den katarhalischen und entzündlichen Erkrankungen des kindlichen Gehörorgans, so wäre folgendes zu sagen: Der Tubenkatarrh ist leicht zu erkennen und sicher zu beseitigen; ebenso leicht zu beseitigen ist die Grundursache der Erkrankung, das sind die Hypertrophien des lymphatischen Rachenrings. Der Familienarzt kann aber mehr tun. Es ist eine häufig bestätigte Erfahrung, daß in manchen Familien die Hypertrophie der Rachenmandel sich als eine Art familiären Übels von den Eltern auf fast alle Kinder vererbt. GRADENIGO¹¹⁾ bringt sogar die adenoiden Individuen in 3 Gruppen, von denen er die erste „Adenoide infolge direkter Vererbung“ nennt. Nun werden die „adenoiden“ Kinder dem Arzte gar nicht selten erst spät, d. h. nach Beginn des Schulbesuches zugeführt, weil erst jetzt die üblen Folgen des Zustandes klar in die Erscheinung treten. Wenn demnach dem Familienarzte ein derartiges, bereits im schulpflichtigen Alter stehendes Kind mit dem typischen Befunde des Tubentrommelhöhlenkatarrhs zugeführt wird, so wäre es stets ratsam, auch die jüngeren Geschwister — wenn solche da sind — daraufhin zu untersuchen und gegebenenfalls in Behandlung zu nehmen.

Schwierigere Aufgaben erwachsen dem Kinderarzte, bzw. dem Hausarzte, bezüglich der Prophylaxe der Mittelohreiterungen. Hier wäre es angezeigt, bei jedem Kinde, das an Masern, Scharlach, Diphtherie, Mumps, Röteln erkrankt, von Zeit zu Zeit, etwa 1—2mal in der Woche einen otoskopischen Befund aufzunehmen, und zwar auch dann, wenn der kleine Patient nicht über Ohrenbeschwerden klagt.

Ganz kleine Kinder können schließlich keinen Aufschluß über ihre Schmerzen geben und bei größeren Kindern wird

⁹⁾ Zit. nach GRADENIGO, Die Hypertrophie der Rachenmandel. HAUGSche Vorträge. Jena 1900, Fischer, Bd. IV, II. 4.

¹⁰⁾ L. c. pag. 230.

zuweilen eine teilweise Benommenheit des Sensoriums den Beginn der Mittelohrentzündung verdecken. Nur durch eine methodische Überwachung des Gehörorgans allein wird daher der Arzt sicher in die Lage versetzt, die beginnende Otitis rechtzeitig zu erkennen und danach seine Vorkehrungen zu treffen.¹¹⁾

Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert in diesem Punkte das Ohr des Säuglings. Die Mittelohrentzündung ist im Säuglingsalter eine ungemein häufige Erkrankung. Um nur ein Beispiel anzuführen, fand KUTSCHARIANZ¹²⁾ unter 230 Gehörorganen von im Findelhause zu Moskau verstorbenen Kindern die Trommelhöhle nur 30mal normal. Wenn man auch — wie POLITZER mit Recht fordert — von den Ziffern KUTSCHARIANZ die Neugeborenen, bei denen es sich nur um Zerfallsprodukte in der Trommelhöhle gehandelt haben mag, in Abzug bringt, so sind die Ermittlungen des genannten Autors doch im höchsten Grade geeignet, die besondere Wichtigkeit dieses Kapitels der Pathologie zu beweisen.

Die Otitis der Säuglinge kann noch deshalb eine Quelle ärztlicher Mißgriffe werden, weil sie gar nicht selten ganz symptomlos verläuft und dann nur der Trommelfellbefund allein die Diagnose gestattet.¹³⁾ Wo Symptome — leichte Fieberbewegungen, Unruhe, Störungen der Verdauung und des Schlafes — auftreten, werden sie andererseits gar nicht selten als gastrischer Symptomenkomplex gedeutet und erst der Eintritt einer eitrigen Absonderung zwingt dann den Arzt, seine Diagnose richtigzustellen. Wenn man nun weiter bedenkt, daß die Säuglingsotitis häufig nicht zum Durchbruche führt und demnach wiederholt auftreten und dabei unerkant bleiben kann, so wird man zugeben müssen, daß hier eine reichliche Quelle für später zutage tretende Hörstörungen gegeben ist.

Angesichts dieser Sachlage wäre es zu wünschen, daß die Forderung der Otologen Beachtung fände, wonach bei jedem fiebernden Kinde außer dem pharyngoskopischen auch ein otoskopischer Befund aufzunehmen wäre.

Was die Hörstörungen im späteren, schulpflichtigen Alter anbelangt, so haben hier die Ohrenärzte seit langem eine Reihe von Forderungen formuliert. Die Durchführung dieser Forderungen entzieht sich größtenteils dem Bereiche des Familienarztes und wäre Sache eigener, mit den otologischen Methoden vertrauter Schulärzte.

Der Schularzt hätte sonach zu Beginn des Schuljahres alle Kinder seiner Schule auf ihr Gehör und ihren Trommelfellbefund zu untersuchen; besonders wäre von ihm auf das Vorhandensein adenoider Vegetationen zu achten. Wo keine Schulärzte angestellt sind, könnte man dieser Forderung wenigstens teilweise dadurch genügen, daß man die Lehrer verpflichtete, zu Beginn des Schuljahres alle Kinder ihrer Klasse mittelst Flüstersprache einfach auf ihr Gehör zu prüfen. Kinder, die auch nur mit einem Ohre Flüsterworte nicht mehr auf 8 m perzipieren, wären unbedingt der ohrenärztlichen Behandlung zuzuführen. BRÜHL¹⁴⁾ geht noch weiter und verlangt — nicht mit Unrecht —, daß eine derartige Hörprüfung bei schlechten Schülern mehrmals im Laufe des Jahres vorgenommen werde, und daß weiter jedes Schulkind nach dem Überstehen einer akuten Infektionskrankheit einer solchen Untersuchung unterzogen werde.

Es schließt sich jetzt die Frage an: Was hat mit den schwerhörigen Kindern zu geschehen? Hier hätte nun der mit allen otologischen Untersuchungsmethoden vertraute Schularzt einzugreifen und zu entscheiden, ob die

¹¹⁾ Einen ersten erfolgreichen Schritt in dieser Richtung hat SIEGFRIED WEISS gemacht. Es gelang ihm, bei Masernkindern durch Reinigung der Nase mittelst 1%iger gelber Präzipitatsalbe oder viermal täglich vorgenommener Einträufelung einer schwachen Lapislösung (1/3%) die Häufigkeit der Masernotitis von 27.7% auf 6.7% herabzusetzen („Wiener med. Wochenschr.“, 1900).

¹²⁾ Zit. bei POLITZER, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 4. Aufl., 1901.

¹³⁾ Vgl. POLITZER, Lehrbuch, pag. 306.

¹⁴⁾ Die Pflege des Gehörs in der Schule. „Die Krankenpflege“, Bd. II, Heft 3.

jeweilige Hörstörung durch ein zu behebendes Ohrleiden bedingt ist oder ob eine irreparable Hörstörung vorliegt. Es dürfte dann nicht mehr vorkommen, daß ausgesprochen schwerhörige Kinder — ohne jede Aussicht auf Wiederherstellung des Gehörs — zu ihrem eigenen Schaden und zum Schaden ihrer Mitschüler — in der allgemeinen Volksschule verbleiben, wie es jetzt noch überall und immer wieder geschieht. Derartige Kinder müßten dem Grade ihrer Hörstörung entsprechend in besonderen (derzeit allerdings noch nicht vorgesehenen) Parallelklassen für Schwerhörige untergebracht werden. Erweist sich die Hörstörung als so hochgradig, daß der Unterricht von Mund zu Ohr unmöglich ist, so ist das Kind an die Taubstummenschule abzugeben.

Hier wäre zunächst die Frage zu beantworten, wann ein nur schwerhöriges Kind der Taubstummenanstalt zugewiesen werden soll. Nach BEZOLD¹⁵⁾, der in allen diesen Fragen ein ausgezeichneter Gewährsmann ist, muß hier vor allem eine Unterscheidung zwischen erworbenen und angeborenen Hörstörungen getroffen werden. Kinder mit einer angeborenen Schwerhörigkeit werden schon bei einer Hörweite für Konversationsprache, die 2 m nicht übersteigt, sich den Gebrauch der Sprache mit Hilfe der akustischen Klangbilder nicht mehr aneignen können und werden mittelst der Ablesemethode — allerdings unter Berücksichtigung ihrer Hörreste — unterrichtet werden müssen.

Kinder mit später erworbenen Hörstörungen werden dagegen die Sprache um so leichter erlernen, bzw. sich erhalten, je später die Hörstörung eingetreten ist und je vollkommener sie zur Zeit des Eintrittes ihrer Hörstörung bereits die Sprache beherrschten. Aus den BEZOLDSchen Ausführungen ließen sich sonach folgende zwei Gesetze ableiten:

1. Kinder mit einer angeborenen oder vor der Aneignung der Sprache erworbenen Hörstörung sind an eine Taubstummenschule abzugeben, wenn ihre Hörweite für scharf artikulierte Konversationsprache 2 m nicht übersteigt.

2. Kinder mit einer nach Erwerbung der Sprache eingetretenen Hörstörung gehören in die Taubstummenschule, sobald die Hörweite für scharf artikulierte Konversationsprache auf 50 cm herabgesunken ist.

* * *

Die Beurteilung der Frage, wann ein schwerhöriges Kind befähigt ist, die allgemeine Volksschule mit Erfolg zu besuchen, ist einigermaßen schwierig und hängt teilweise auch von der Intelligenz des Kindes ab. Man dürfte aber nicht weit fehlgehen, wenn man für Schulkinder eine Hörweite von 4 m für gewöhnliche, nicht akzentuierte Konversationsprache verlangt. Kinder mit geringerem Gehör könnten wohl häufig in die Lage versetzt werden, dem Vortrage des Lehrers nicht folgen zu können. Kinder mit schlechterem Gehör können und müssen wohl auch derzeit versuchsweise eingeschult werden, sollten aber nach einer gewissen Probezeit aus der Schule wieder entfernt werden, sobald sich ihr Unvermögen, mit den vollsinnigen Mitschülern gleichen Schritt zu halten, erwiesen hat.

Für derartige Kinder müßten nur besondere Parallelkurse an den Volksschulen errichtet werden, in denen sie einen dem Zwecke angepaßten besonderen Unterricht erhalten. Zum Schlusse ist es wohl als selbstverständlich zu bezeichnen, daß minder schwerhörige Kinder die dem Lehrer zunächst gelegenen Sitzplätze zugewiesen erhalten.

Wichtig ist es auch, daß bei schwerhörigen Kindern etwa vorhandene Kurzsichtigkeit durch Brillen korrigiert

¹⁵⁾ Die Taubstummheit auf Grund ohrenärztlicher Beobachtungen. Wiesbaden 1902, pag. 8, Bergmann.

werde, damit ihnen nicht auch noch die Möglichkeit entzogen werde, durch gleichzeitiges Ablesen von den Lippen des Lehrers dem Vortrage leichter zu folgen. Es ist bekannt, daß chronisch schwerhörige Personen mit der Zeit unbewußt die Kunst des Ablesens erlernen, eine Kunst, die ihnen im Verkehre sehr zu statten kommt.

Referate.

BERNHARD FISCHER (Bonn): Über Sondierungsverletzungen und Divertikel des Ösophagus.

Die Pulsionsdivertikel zeigen eine deutliche Vorliebe für die physiologischen Engen des Ösophagus. Eine geschwächte Wandstelle gibt dem Innendruck nach. Ihre Genese ist zu erklären durch submuköse Verletzungen an den engsten Stellen der Speiseröhre. Gerade hier ist aber der Druck beim Schlucken am größten; durch Verletzungen oder Entzündungen der Ösophaguswand mit Bildung schwacher Narben; eine wesentliche Rolle bei ihrer Entstehung spielen ferner a) von außen dem Ösophagus anliegende festere Organe (epikrikoidale, epibronchiale und epiphrenale Pulsionsdivertikel), b) geringe Strikturen der Speiseröhre, c) kongenitale Verhältnisse: muskelschwacher Raum.

Für die Genese der Traktionsdivertikel sind zu berücksichtigen („Deutsches Archiv für klin. Med.“, Bd. 78, H. 1 und 2). Kongenitale Verhältnisse für das Divertikel unterhalb der Bifurkation (KLEBS, RIBBERT); Lymphadenitis mit Übergreifen auf die Ösophaguswand (ROKITANSKY). Analog andere entzündliche Prozesse der Umgebung: Mediastinitis, Strumitis; Verletzungen und Entzündungen der Ösophaguswand mit Übergreifen auf die Umgebung der Ösophaguswand und nachfolgender Schrumpfung. Aus dieser Zusammenstellung geht zugleich hervor, in wie enger Beziehung oft Pulsions- und Traktionsdivertikel stehen müssen und daß eine Kombination beider nicht selten vorkommen wird.
G.

E. SCHWARZKOPF (Marburg): Über die Bedeutung von Infektion, Heredität und Disposition für die Entstehung der Lungentuberkulose.

Auch bei der Erkrankung an einer manifesten Lungentuberkulose spielt die Infektion mit Tuberkelbazillen, wie sie das Zusammenleben mit unreinlichen Phthisikern in ungünstigen äußeren Verhältnissen mit sich bringt, eine wichtige Rolle (bei den an Tuberkulose erkrankten Frauen ließ sich in 61·25% der Fälle vorausgegangene Infektionsgelegenheit nachweisen, bei den Nichttuberkulösen nur in 24·22%) („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 1 u. 2).

Gelegenheit zur Aufnahme vereinzelter Bazillen hat — wenigstens in der schlechter situierten Bevölkerung — fast jeder Mensch. Zur Erkrankung an Lungentuberkulose ist in der Mehrzahl der Fälle eine wiederholte Infektion erforderlich. Die Gefahr der Erkrankung an Tuberkulose wächst mit der Zahl der Kranken in der Umgebung und mit der Dauer der Infektionsgelegenheit. Die Infektionen im Kindesalter lösen verhältnismäßig selten eine nach dem 13. Lebensjahre auftretende Lungentuberkulose aus. Diese entsteht vielmehr häufiger, wenn erneute Infektionen stattfinden. Besonders gefährlich ist die Aufnahme von Tuberkelbazillen in der Zeit zwischen dem 14. und 40. Lebensjahre, und zwar nimmt die Gefahr bis zum 40. Jahre zu. Die Gefahr eines Phthisikers für seine Umgebung schwindet, wenn der Betreffende beim Husten und Auswerfen die nötigen Vorsichtsmaßregeln beobachtet. Die bloße „hereditäre Belastung“ hat auf die Entstehung einer manifesten Lungentuberkulose nicht den geringsten Einfluß. Vielmehr ist dabei die gleichzeitig bestehende Infektionsgelegenheit das maßgebende Moment. Von ihr ist eine eventuelle Erkrankung abhängig. Eine Reihe von Schädlichkeiten, bei den Frauen in erster Linie Geburt und Stillgeschäft (bei den Männern besonders gewisse berufliche Schädlichkeiten), vermögen nicht nur eine schon bestehende

Tuberkulose zu verschlimmern, sondern auch allem Anscheine nach für das Auftreten einer Lungentuberkulose ein disponierendes Moment zu bilden.
BR.

QUENU und DUVAL (Paris): Operative Behandlung der BANTischen Krankheit.

Ein genau beobachteter und durch Operation geheilter Fall von BANTischer Krankheit gibt den Verff. Anlaß, die Indikationen zum operativen Eingriff genau festzustellen. Bekanntlich ist BANTI und mit ihm die meisten italienischen Kliniker der Ansicht, daß es sich bei dieser Krankheit um eine primäre Affektion der Milz handelt. (Primärer Milztumor mit sekundärer Anämie und Leberzirrhose.) Im ersten Stadium der Krankheit findet man bloß die große, harte Milz und die Anämie; dieses Stadium dauert häufig mehrere Jahre lang. Im zweiten Stadium tritt häufig Ikterus auf, der Urin enthält große Mengen von Urobilin; häufig treten auch Diarrhöen auf. Im dritten Stadium tritt erst die Leberzirrhose mit dem konsekutiven Aszites auf.

Der von den Verff. beobachtete Fall betraf eine 21jähr. Frau, die seit einem halben Jahre eine Geschwulst in der linken Bauchseite fühlte. Die Pat. kam dabei stark herunter und wurde anämisch. Da die Diagnose auf BANTische Krankheit gestellt wurde und die Erfahrungen, die mit der chirurgischen Behandlung gemacht wurden, gute waren, entschloß sich Q. zur Exstirpation der Milz, welche ohne Schwierigkeiten entfernt wurde. Bei der Operation fand man die Leber im atrophischen Zustand. Die Milz wog mehr als 2 kg. Die Pat. erholte sich bald nach der Operation; die Nachuntersuchung nach 4 Jahren ergab, daß die Pat. vollkommen gesund war; sie hat sich in der Zwischenzeit verheiratet und zwei Kinder geboren, die sie selbst gestillt hat. Blutbefund normal.

Ohne auf die theoretische Erklärung einzugehen, halten die Verff. die Milzexstirpation bei BANTischer Krankheit für indiziert („Revue de Chir.“, 1903, Nr. 10). Obwohl sie der Ansicht BANTIS, „daß die Milzexstirpation die BANTische Krankheit zur Heilung bringe“, nicht ganz beistimmen können, sind sie doch der Ansicht, daß der Prozeß durch die Operation zum Stillstand gebracht wird.

Die Indikation zur Operation gibt die beträchtliche Milzvergrößerung ab; es handelt sich doch meistens um einen großen Tumor, der schon auf Grund der Schwere dem Pat. unerträglich wird, der außerdem Kompressionserscheinungen bewirkt und von einer schweren Anämie begleitet wird. Da diese Erscheinungen durch die Operation behoben werden, halten die Verff. die Exstirpation der Milz für berechtigt.
ERDHEIM.

GRÜNBAUM (Wien): Über das „harte traumatische Ödem“ des Handrückenens.

Das Krankheitsbild, das zuerst von SECRETAN beschrieben wurde, ist nach der Ansicht des Verf. doch nicht so häufig wie S. dachte. Verf. hat einige Fälle dieser Krankheit gesehen und beschreibt den zuletzt beobachteten Fall („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 51 u. 52). Es handelte sich um einen 34jähr. Mann, der ein Trauma der linken Hand erlitten hatte. Der Handrücken schwellte an und die Schwellung ging trotz der Behandlung mit Umschlägen, Ruhe und später Massage nicht zurück. Bei der Röntgenuntersuchung konnte festgestellt werden, daß keine Fraktur der Metacarpi vorhanden war, hingegen war 4 Wochen nach der Verletzung eine deutliche Knochenatrophie zu sehen.

Das „harte traumatische Ödem“ ist härter als das gewöhnlich beobachtete und fühlt sich in der 3. Woche nach der Verletzung außerordentlich derb und elastisch an. Die Schwellung bleibt nur auf den Handrücken lokalisiert; die Haut über der Schwellung zeigt Zeichen von Atrophie. Wenn man die Haut samt dem Ödem gegen die knöcherne Unterlage verschiebt, hat man das Gefühl rauhen Knarrens. Charakteristisch ist ferner die große Druckempfindlichkeit der Knochen in der Gegend des Ödems. Das „harte traumatische Ödem“ stellt nach Ansicht des Verf. ein schweres Krankheitsbild dar, seine Heilung nimmt lange Zeit in Anspruch und es kommen schon nach geringen Traumen Rezidive vor.

Da Verf. der Ansicht war, daß die Ursache des Ödems eine Bindegewebsneubildung ist, hat er in Kenntnis der quellenden und erweichenden Wirkung, welche das Thiosinamin auf Narben ausübt, die Thiosinaminbehandlung eingeschlagen und konnte schon nach der 10. Injektion ein Zurückgehen des Ödems und eine größere Beweglichkeit der Finger konstatieren. Verf. empfiehlt, jeden 2. Tag eine volle PRAVAZsche Spritze einer 15%igen alkoholischen Thiosinaminlösung zu injizieren und die Haut mit einem Thiosinaminpflaster zu bedecken. Außerdem ist behufs rascherer Resorption täglich ein Heißluftbad von 70—80° C zu verabreichen und im Anschlusse daran sind passive Bewegungen auszuführen.

ERDHEIM.

P. JENSEN (Breslau): Zur Analyse der Muskelstörung bei der THOMSENSchen Krankheit.

Verf. bespricht („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 77, H. 3 u. 4) seine mit dem MOSSOSchen Ergographen gewonnenen Versuchsergebnisse. Ein Vergleich der myotonischen Muskelkurve mit der normalen ergibt, daß die erste Kontraktion des Myotonikers eine viel längere Zeit (8 Sekunden) beansprucht, als die normale (2 Sekunden), insbesondere ist der Erschlaffungsprozeß derselben bedeutend verlängert (Abszissenverlängerung der Dekreszente), um nach etwa 10 Kontraktionen ein ziemlich normales Verhalten zu zeigen. Dieser günstige Einfluß, den eine Reihe von Bewegungen auf den Erschlaffungsprozeß ausübt, erlischt jedoch schon nach wenigen Minuten wieder. Ein ähnliches Verhalten ergibt auch die Kontraktionsphase der Bewegung, d. h. eine abnorme Abszissenverlängerung der Kreszente, und zwar finden sich die erwähnten Abnormitäten sowohl bei willkürlicher Kontraktion als bei jeder Art der künstlichen Reizung mit Induktionsströmen. Bei mehrmaligen, rasch nacheinander erfolgenden Reizen entsteht beim Myotoniker eine Superposition der einzelnen Zuckungen dadurch, daß infolge des langsamen Erschlaffungsprozesses die vorhergehende Zuckung noch nicht beendet ist, wenn die nachfolgende beginnt. Die Größe der Last hat weniger Einfluß auf die Muskelkurve als die Außentemperatur, indem Erwärmung einen beschleunigten, Abkühlung einen verlangsamten Ablauf der Kurve bedingt. Zweifellos ist in der Muskelsubstanz selbst, vielleicht auch in der Endausbreitung des motorischen Nerven im Muskel, die Ursache für die myotonischen Abnormitäten zu suchen. Es handelt sich wohl um eine Assimilationsstörung der kontraktiven Muskelfibrillen oder des Sarkoplasmas, wodurch das für den Muskelstoffwechsel nötige Material nur langsam in einen verwertbaren Zustand übergeführt werden kann; daneben kommt eine erschwerte Abfuhr der Dissimilierungsprodukte in Betracht. Durch Thyreoideatabletten und Einspritzung von orchitischem Extrakt hat J. vorübergehende Besserung erzielt. B.

WASSILLIEW: Xeroform bei ausgedehnten Verbrennungen.

Ein Hirt, der sehr ermüdet und etwas angetrunken war, legte sich in einer Entfernung von ca. 2 m von einem Herdfeuer auf offenem Felde schlafen. Die sprühenden Funken steckten bald die Kleidung des Schlafenden in Brand, ohne daß derselbe jedoch erwachte. Erst als das Feuer an den Penis und den Hoden herangekommen war, sprang der Unglückliche vor namenlosem Schmerz auf. Als der Patient nach dem 20 km entfernten Krankenhause gebracht wurde, bot die Verbrennung folgendes Bild dar („Feldscher“, Bd. 12, H. 12): Die Hälfte des Rumpfes, d. h. die vordere und laterale Oberfläche desselben, die Brust und das Abdomen waren verbrannt. Der ganze Penis und der vordere Teil des Hodensacks hatten gelitten. Die Dorsalfächen der Finger an beiden Händen waren verbrannt. Mancherorts war die Epidermis an der verbrannten Oberfläche durch eine Ansammlung von seröser Flüssigkeit abgehoben, stellenweise war die Epidermis schon abgerissen. Die Verbrennung nahm mindestens über $\frac{1}{3}$ der Körperoberfläche ein. Temperatur 39.0—40.0. Nachdem auf das gesamte verbrannte Gebiet kalte Bleiwasserumschläge appliziert worden waren, wurden große, mit einer 5%igen Xeroform-Vaselin salbe bestrichene

Gazestücke auf die verbrannte Oberfläche gelegt. Einmal täglich wurde die Applikation erneuert. Der Patient fühlte sich wohl und bald waren die Epidermis, theilweise auch das Korium vollständig abgelöst. Nach 2 Monaten war alles rein, Eiterung war nicht mehr vorhanden und die Heilung ging rasch vonstatten. An den Stellen, die vom Feuer stärker gelitten hatten, ging der Heilungsprozeß langsamer vor sich; infolgedessen wurde die Konzentration der Salbe bis zu 10% gesteigert, worauf die Heilung sichtlich rascher vor sich ging. Nach ca. 4 Monaten war fast alles vernarbt.

Auch in einem zweiten Falle, der ein 11jähriges Mädchen betrifft, welches sich am Scheiterhaufen erwärmen wollte und sich dabei eine ziemlich stark ausgedehnte Verbrennung zuzog, wirkte das Xeroform, nachdem verschiedene andere Mittel erfolglos verabreicht worden waren, direkt lebensrettend. L—y.

RUDOLF MICHEL und EMIL RAIMANN (Wien): Das Veronal. (Aus der k. k. psychiatrischen und Nervenklinik des Herrn Professor v. WAGNER in Wien.)

Veronal ist Diäthylmalonylharnstoff, ein feinkristallinisches, weißes, geruchloses, bitter schmeckendes Pulver. Von kaltem Wasser wird es wenig benetzt, ist auch nur sehr schwer löslich (1 T. : 145 T. Wasser von 20° C), leichter in heißem Wasser; es kristallisiert dann beim Erkalten in langen Nadeln heraus, die sich aus kleinen Prismen zusammensetzen.

Zwei Selbstversuche lehrten, daß Veronal in Substanz leicht zu nehmen ist; es löst sich im Speichel mit rein bitterem Geschmacke, der im Rachen eine Zeit nachhält, aber durch Trinken von Flüssigkeit beseitigt werden kann. 0.5 g untermittags genommen, blieben ohne Wirkung; nach 1.0 g Veronal (nachmittags) trat ziemliche Müdigkeit, Abspannung auf, die nicht unangenehm empfunden wurde. Der Nachtschlaf dauerte von 9 Uhr abends bis 8 Uhr früh; selbst damit war die Schläfrigkeit noch nicht überwunden. Neurastheniker reagierten darauf prompt wie die Gesunden.

Bei Patienten, die an einer organischen, nicht schmerzhaften Nervenkrankheit litten, war das Ergebnis ähnlich. Die hypnotische Wirkung, die durchaus angenehm empfunden wurde, dauerte auf 0.5 g Veronal von 5—9 Stunden. Bei absinkender Wirkung genügte anfangs eine Steigerung um wenige Dezigramm, 0.6, 0.7, 0.8 etc., um die Schlafdauer wieder zu verlängern. Idiosynkrasie gegen das Mittel, das Auftreten von Exanthem, wurde nur ein einzigesmal beobachtet. Herz- und Lungenerkrankungen scheinen keine Kontraindikation zu bilden. Das Veronal wurde auch von alten Leuten mit arteriosklerotischer Herzinsuffizienz und Emphysema pulmonum gut vertragen. Die Pulsqualität litt nicht, es trat sogar als durchaus erwünschte Nebenwirkung eine Steigerung der Diurese auf. Das Mittel kann einfach auf die Zunge geschüttelt und ein Schluck Flüssigkeit nachgetrunken werden; ebenso gern wurde das Mittel aber auch in Form der Kakaopastillen genommen. Auch in Oblatenkapseln könnte es in praxi privata gegeben werden. In Lösung, z. B. warmem Tee, Milch, dürfte Veronal schneller wirken (nach 15—45 Minuten); darauf kommt es aber wohl weniger an als auf die Nachhaltigkeit der Wirkung. Der Schlaf war im allgemeinen leicht, traumlos, dem natürlichen ähnlich, durch Geräusche, körperliches Unbehagen zu unterbrechen; am nächsten Morgen Wohlgefühl. Auch bei Geisteskranken sahen Verf. befriedigende Erfolge. Sie nennen das Veronal eines der unschädlichsten und sichersten Schlafmittel. G.

TINGVALL (Westerås): Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie.

In der schwedischen Stadt Westerås erkrankten plötzlich 27 Personen, welche die Milch aus einer gemeinsamen Quelle bezogen und ungekocht getrunken hatten, an Scharlach. Die Nachforschung am Orte der Milchproduktion ergab, daß in dem Hause, in welchem das Stallpersonale wohnte, mehrere Scharlachfälle vorhanden waren. A.

BESREDKA (Paris): De la fixation de la toxine tétanique par le cerveau.

Verf. untersuchte, ob es sich in dem bekannten Versuche von WASSERMANN und TAKAKI, der eine der ersten und wesentlichsten Stützen für die EHRLICHsche Seitenkettentheorie bildete, tatsächlich um eine Neutralisierung des Tetanustoxins durch die Hirnsubstanz handle. Er kommt hierbei zu dem Schlusse („Annales de l'institut PASTEUR“, Bd. 17, pag. 138), daß das Gehirn das Tetanustoxin mehr binde als neutralisiere, daß es mithin nicht die antitoxische Substanz im eigentlichen Sinne des Wortes darstelle. Setzt man zu einer mit Tetanustoxin gesättigten Hirnsubstanz das wirkliche Antitoxin zu, so erlangt das Gehirn seine ursprüngliche Bindungsfähigkeit wieder. Es ist daher die Bindung zwischen Gehirn und Toxin nicht so fest wie zwischen Antitoxin und Toxin; mithin muß der WASSERMANN-TAKAKISche Versuch eine Erklärung in der Anwesenheit einer besonderen Substanz im Gehirn finden, die sich von dem wahren Tetanusantitoxin unterscheidet und es kann somit dieser Versuch nicht als Stütze der EHRLICHschen Theorie dienen.

Dr. S.—

Kleine Mitteilungen.

— Die Röntgenbehandlung des Trachoms schildert MAYON („The Ophthalmosk.“, 1903, Nov.). Pat. sitzt auf einem Stuhle mit gut unterstütztem Kopfe. Die Lider werden mit der Hand (Handschuhe) oder mit einer Lidsperr evertiert. Ist die Hornhaut gesund, so schützt man sie durch Hinaufschieben des unteren Lides. Die Entfernung des Auges von der Anode beträgt etwa 9 Zoll. Verf. verwendet selbst regulierende Röhren mit einer Funkenlänge von 4 Zoll und einem Strom von 6 Ampère. Die Sitzungen von je 4 Minuten Dauer werden an 6 aufeinander folgenden Tagen vorgenommen, dann pausiert man eine Woche und behandelt später 3—5mal wöchentlich, bis die Photophobie stärker wird. Um diese Zeit beginnen die Infiltrate zu verschwinden, die Behandlung wird fortgesetzt, bis das letzte Knötchen verschwunden ist. Die Konjunktiva, die nach dieser Behandlung zurückbleibt, ist im Gegensatz zu anderen Methoden glatt, nicht kontrahiert und nicht narbig verändert, die Fornices sind nicht obliteriert. Frischer Pannus der Hornhaut hellt sich rasch auf, aber auch dichte Trübungen werden erheblich gebessert. Am günstigsten für die Behandlung sind früh zur Behandlung kommende Fälle von chronischem Trachom. Die Behandlung ist völlig schmerzlos. Die Röntgenstrahlen rufen eine enorme Leukozytose hervor, durch welche die Infiltrate zur Absorption gebracht werden.

— Seine Erfahrungen über Thiocol bei Lungentuberkulose und Skrofulose publiziert neuerdings MARTIN MENDELSON („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1904, Nr. 2). Vor allem bestätigte sich auch bei Kindern die Tatsache, daß das Thiocol selbst in starken Lösungen dem Körper einverleibt werden kann, ohne Reizwirkungen auszulösen. Auch bei Kindern kommt es niemals zu einer Gastroenteritis, wie sie beim Kreosot und auch beim Guajakol häufig in Erscheinung tritt. Das Thiocol wirkt auch bei Skrofulose als ausgesprochenes Stomachikum. Die Kinder bekommen ausnahmslos Appetit und damit ging auch eine Körpergewichtszunahme und eine Besserung der Gesichtsfarbe einher. Die weiteren Erfahrungen an Lungentuberkulösen haben ergeben, daß die meisten Kranken sich unter dem Thiocol sehr gut befinden, arbeitsfähig waren, kräftig und frisch wurden. Dabei wurde der Lungenbefund in noch nicht besonders vorgeschrittenen Fällen geringer.

— Die Therapie der Blasenpapillome mit Einspritzungen erörtert HERRING („Brit. med. Journ.“, 1903, 28. Nov.). Die Behandlung besteht in mindestens 6 Monate lang fortgesetzten täglichen Einspritzungen von allmählich stärker werdenden Lösungen von Höllestein in die Blase. Die Blutung hört dabei recht schnell auf und der Tumor verschwindet oder wächst wenigstens sehr viel langsamer als früher. Verf. empfiehlt deshalb, die blutigen Operationen ganz fallen zu lassen, so viel wie möglich vom Tumor durch die Urethra zu entfernen und dann Einspritzungen zu machen. Auch THOMPSON ist von der blutigen Behandlung ganz abgekommen,

seit er zahlreiche so behandelte Fälle hat bald rezidivieren sehen. Wird ein Tumor blutig entfernt, so empfiehlt es sich, sofort nach der Operation mit den Einspritzungen zu beginnen, da sie wohl imstande sind, zurückgebliebene Teile der Neubildung zu zerstören.

— Das kolloidale Wismutoxyd ist eine eigenartige Verbindung des lysalbin- und protalbinsauren Natrons und des Wismutmetahydroxyds, deren chemische intramolekulare Beschaffenheit sich unserer Kenntnis noch entzieht. Es enthält 20% metallisches Wismut, entsprechend 22.3% Wismutoxyd, und besitzt das spezifische Gewicht 1.61. Es löst sich in kaltem und heißem Wasser. Dieses kolloidale Wismutoxyd wurde in der Säuglingsheilstätte in Straßburg von KINNER („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 29) bei einer Reihe von verdauungskranken Säuglingen, die zum Teil noch an komplizierender Skrofulose, Rachitis und Pneumonie litten und größtenteils sehr atrophisch in die Behandlung eintraten, mit Erfolg angewandt. Meist genügten 3—4 tägliche Gaben von 5 cm³ der 10%igen Lösung.

— Die Abschabung von Hornhautflecken bespricht HOLMSTRÖM („Klin. Mon.-Bl. f. Augenheilkunde“, Bd. 42, H. 1). Er empfiehlt die Abschabung der Hornhautflecken mit einem feinen scharfen Löffel; es kommt darauf an, möglichst ebene und glatte Hornhautoberflächen zu erhalten. Die Nachbehandlung geschieht mit warmen Umschlägen, Massage mit Augensalben usw. zur Klärung der Hornhautoberfläche. In einem sehr schweren Falle war durch die Operation die Sehschärfe von $\frac{2}{60}$ auf $\frac{4}{12}$ gehoben worden, in einem andern von Fingerzahlen in 1 m auf $\frac{3}{60}$. Die Operation eignet sich besonders für Fälle von diffusen, oberflächlichen Hornhautflecken mit höckeriger, unregelmäßiger Oberfläche.

— Über die anästhesierende Wirkung des Benesol berichtet VIERTHALER („Österr. Zeitschr. f. Stomat.“, 1904, Nr. 1). Dasselbe ist, in der Zahnheilkunde z. B., wie Kokain zu gebrauchen; es genügen zumeist 3—4 Teilstriche einer eingrammigen Spritze, um 1—2 Zähne oder Wurzelreste zu entfernen. Sofort nach der Injektion tritt im Bereiche der injizierten Flüssigkeit eine anämische Zone auf, welche bald wieder verschwindet; die Extraktion soll zirka 5 Minuten nach der Einspritzung erfolgen, die Anästhesie ist von relativ langer Dauer. Üble Zufälle, und zwar insbesondere Vergiftungserscheinungen, hat V. nie beobachtet. Benesolinjektionen sind bei all jenen Zahn- und Wurzelextraktionen anzuwenden, die voraussichtlich glatt und ohne Komplikationen vor sich gehen werden. Bei all jenen Fällen jedoch, wo es sich um längere blutige Operationen handelt, wie komplizierte Extraktionen, Wurzelspitzenamputationen, Zystenoperation etc. wird man gut tun, etwa ein Kokain-Adrenalingemisch zu verwenden. Das Benesol besteht aus Eukain β , Kokainsaccharat, Phenol, Menthol, Eukalyptol und Amylnitrit, in sterilem, destilliertem Wasser gelöst. Der Hauptkoeffizient scheint Eukain β zu sein. Das Phenol, Menthol und Eukalyptol scheinen nur antiseptische und antifermentative Wirkung zu haben. Dem Amylnitrit scheint eine antidotische Wirkung zugebracht zu sein.

— Die chirurgischen Eingriffe bei manchen Nephritisformen diskutiert LUXARDO („Gazz. d. osp.“, 1903, Nr. 110). Bei der Nephritis der Wanderniere kann die Nephropexie nicht nur die Nierenblutungen und die Nierenkoliken beseitigen, sondern auch die Albuminurie wie die Zylinder aus dem Harn verschwinden machen. Bei akuten Formen von Nephritis kann die Nephrotomie die Integrität der Nierenepithelien herstellen und der Eiterung vorbeugen. Die Bilateralität ist hier kein Hindernis für die Inzision des Parenchyms, wie die von L. berichteten Fälle beweisen. Die Nephrotomie kann von Vorteil sein auch bei bestimmten chronischen Formen, aber nicht bei BRIGHTscher Nierenkrankheit. Diese letztere ist nicht auf bloße Nierenläsion, sondern auf allgemeine Veränderungen des ganzen Organismus zurückzuführen. Die Nephrotomie ist namentlich auch bei der Urämie zu empfehlen, weil sie, direkt auf das erkrankte Organ gerichtet, ihm gestattet, seine Funktionen wieder aufzunehmen; auch bei den schwersten Fällen ist sie zu versuchen, sie kann hier immer noch manches Leben retten (!). Die Kapsulotomie, weniger verletzend als die Nephrotomie, gestattet dem Nierenparenchym, sich auszudehnen; sie kann die Nierenkolikanfälle beseitigen, ebenso wie die Hämaturie und die

Störungen der Harnausscheidung. Durch sie kann man häufig erreichen, daß eine akute und subakute Nephritis nicht in den chronischen Zustand übergeht.

— Bei Zystitis hat F. BEHRING **Helmitol-Tabletten** à 0·5 g, 6 Tabletten täglich, mit sehr günstigem Erfolge angewandt („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 2). Bei heftiger Zystitis mit stark eiterhaltigem Urin trat schon nach 24—48 Stunden Klärung des Urins und Nachlassen der Beschwerden ein. Außerdem machte B. bei Zystitis Blasenspülungen mit Kali hypermanganicum 1 : 4000, je nachdem auch wohl mit Borsäure oder schwacher Argentum nitricum-Lösung. Er gebraucht bei diesen Spülungen die von v. ZEISSL angegebenen 200—250 cm³ fassenden Handspritzen und läßt zu Hause die Injektionen mit 10 cm³ fassenden, mit konischem Ansatz versehenen Spritzen ausführen.

— Als **Medikation bei Hämorrhoiden** ist empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Ther.“, 1904, Nr. 3):

	Rp. Opii pur.	0·06
	Plumb. acet.,	
	Axung. benzoat. aa.	0·2
	Butyr. cacao	1·50
	M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X.	
	S. Morgens und abends ein Zäpfchen einzulegen ;	
oder	Rp. Chloroformii	2·0
	Vitell. ovi unius,	
	Aq. font.	100·0
	M. f. emulsio.	
	D. S. Zum Klystier ;	
auch	Rp. Bismuth. jod. resorcinosulfon.	0·6
	Zinc. oxyd.	0·5
	Balsam. peruv.	0·15
	Cerae alb.	0·2
	Butyr. cacao	1·50
	M. f. suppos. Dtr. tal. suppos. Nr. X.	
	S. Früh und abends ein Zäpfchen einzulegen.	
Ebenso :	Rp. Mentholi	1·0
	Cocain. phenyl.	2·0
	Extr. fluid. secal. corn.,	
	Extr. fluid. hamamel. virgin. aa.	15·0
	D. S. Zum Einpinseln.	

— Nach den Befunden von MISES („Heilk.“, 1903, Nr. 12) ist das **Theocin** ein treffliches harntreibendes Mittel, in erster Reihe bei kardialen, seltener bei renalen Ödemem in täglichen Dosen von 3 × 0·25 ; es ist frei von negativen Nebenwirkungen und übt keinen negativen Einfluß auf Puls und Herz aus. Natürlich kommen Fälle vor, in denen das Theocin im Stich läßt, ähnlich wie dies auch bei anderen diuretischen Mitteln der Fall ist. Ob Theocin auf dem Wege des Herzens, der Nieren, oder ob es in beiden Richtungen wirkt, werden erst spätere Untersuchungen nachweisen können.

— Zur **Behandlung granulierender Hautwunden** bei Patienten, welche zu Transplantationen ihre Einwilligung nicht geben, eignet sich nach WAGNER („Centralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 50) die offene Wundbehandlung, d. h. die systematische Lufttrocknung (am besten im Freien), indem man nur Nachts die Wunde mit Pulververbänden (Aïrol, Dermatol, Zinkamyllum etc.) bedeckt, tagsüber aber, nachdem die Umgebung der Wunde am Morgen mit Äther etc. gereinigt, sie einfach offen so lagert, daß sie durch Kleidungsstücke etc. nicht berührt wird. W. sah bei dieser Behandlung bei einigermaßen normaler Umgebung der Wunde handtellergröße Granulationswunden in 8—10 Tagen zur Epidermisierung kommen und konnte sich bei vergleichender Behandlung (bei zwei oder mehr granulierenden Wunden) stets von der Überlegenheit der offenen Wundbehandlung überzeugen, speziell sieht er auch in Fällen nicht gelungener Transplantation ein dankbares Objekt dieser Behandlung.

— Über die **Verheilung der Bauchwunde nach dem Bauchschnitt** hat BUKOEMSKI Experimente an Kaninchen angestellt, die verschiedensten Nahtmethoden angewandt und nach verschiedenen Zeiträumen die verheilte oder im Verheilen begriffene Wunde ausgeschnitten und untersucht („Petersb. med. Wschr.“, 1904, Nr. 9). Die Verwachsung der Muskeln ist möglich unter zwei Bedingungen : 1. Abwesenheit von bindegewebigen Bestandteilen zwischen den

Muskeln und 2. Annäherung der Wunde. Am 8.—10. Tage scheint die Bauchwunde verheilt zu sein ; mikroskopisch betrachtet findet man um diese Zeit einen atrophischen Zustand der MALPIGHISCHEN Schicht und Inversion der Hautränder. Der Bauchschnitt sollte seitlich von der Linea alba geführt werden oder die Linea alba sollte entfernt und die Muskelränder direkt aneinander genäht werden ; wird die Naht zu fest gezogen, so verfallen die Muskelbündel der Nekrose. Die Verwachsung geschieht überhaupt bindegewebig, aus alten Muskelfibrillen wachsen junge, in den ersten 1½ Monaten sind dieselben innig von Bindegewebsfibrillen durchsetzt. In 96% aller Fälle findet man (SCHLOSSER) in der Wunde Staphylokokken, welche durch die vorhandene Wundsekretion unschädlich gemacht werden.

Literarische Anzeigen.

Über unverschuldete geschlechtliche Erkrankungen.

Vortrag, gehalten im Zweigverein Württemberg der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Dr. med. **Karl Ries**. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke.

Die Bekämpfung der sexuellen Infektionskrankheiten. Von Dr. med. **W. Hanauer**. Frankfurt am Main 1903, Neuer Frankfurter Verlag, G. m. b. H.

Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Preisschrift, gekrönt mit dem Preise des Herrn Kommerzienrat Dr. **WILMAR SCHWABE** zu Leipzig, Vorsitzenden der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Von Dr. **Max Silber**, Arzt in Breslau. Herausgegeben von der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Leipzig 1902, Benno Koenegen.

Drei Broschüren, die das gleiche Thema behandeln und die sämtlich teils direkt, teils indirekt in den Bestrebungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurzeln. Entsprechend dieser Tendenz, die Bedeutung und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten einem größeren Laienkreise, in letzter Linie dem ganzen Volke, klar zu legen und gleichzeitig die Mittel und Wege zu erforschen, sie einzudämmen, sind diese Broschüren gemeinverständlich gehalten.

Den engsten Kreis zieht **RIES** in Betracht, da er sich bloß mit den unverschuldeten geschlechtlichen Erkrankungen beschäftigt, die selbstverständlich auch in den Arbeiten von **HANAUER** und **SILBER** ihren Platz finden. Erwähnt werden alle möglichen Ansteckungsarten, die unmittelbaren sowie die mittelbaren, wie sie ja allen Ärzten geläufig sind. Sie sollen und werden hier sicherlich den Laien, der diese Dinge zum erstenmal hört, über manche Gefahr aufklären, der auszuweichen ihm ganz leicht wird, sobald er sie erst kennt. In dieser Aufklärung aber liegt naturgemäß eines der ersten und wichtigsten Mittel der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wirksamer aber als das geschriebene Wort ist das gesprochene, darum soll die Aufklärung durch Vorträge von Ärzten in den verschiedensten Vereinen gefördert werden, insbesondere aber soll die heranwachsende Jugend nicht blind den Gefahren des sexuellen Verkehrs ausgeliefert werden. Regelung und Assanierung der Prostitution bilden eine weitere Hauptforderung auf dem Wege zur Bekämpfung dieser Krankheiten. Endlich muß die Möglichkeit, sich einer Behandlung zu unterziehen, auf jede Weise erleichtert werden ; dazu gehört auch, daß gewisse Beschränkungen einzelner Kassen, für venerisch Kranke nicht zu zahlen, beseitigt werden, d. h. daß die Volksvertretung durch Schaffung neuer und Aufhebung alter Vorschriften zu dieser wichtigen Frage Stellung nehme.

Wenn aber das erreicht werden soll, wenn sich wirklich Gesellschaft und Volksvertretung, Privatvereine und Staat Hand in Hand dieser schweren Aufgabe unterziehen sollen, so muß vor allem erst die Erkenntnis von der tiefen Schädigung, welche alle Kreise, hoch und niedrig, durch die Geschlechtskrankheiten erfahren, allen zu eigen gemacht werden, und dieses hohe Ziel schwebte jedem der drei Autoren vor, als sie an die Arbeit gingen. D.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Kassel, 20.—26. September 1903.

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

XXII.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

V. NEUGEBAUER berichtet:

1. Über zwei Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität; von dem ersten werden die Sektionspräparate demonstriert. Die Frau war in Anwesenheit von v. N., ohne daß operative Hilfe möglich war, an innerer Verblutung jäh zugrunde gegangen (8 mm langer Riß in der Vorderwand der rechten Tube). Der Fall interessiert besonders dadurch, daß beide Eier scheinbar ein verschiedenes Alter haben. Die intrauterine Frucht ist ca. 10 Wochen alt, die extrauterine ca. 14—17tägig. Die beiden Corpora lutea finden sich im linken Ovarium, so daß eine äußere Überwanderung stattgefunden haben muß. Redner hat aus der Literatur 129 ähnliche Fälle zusammengestellt, von denen 75 Mütter genasen, 35 starben meist an innerer Verblutung, das Schicksal von 19 ist unbekannt. Bei einfacher ektopischer Schwangerschaft verlor v. N. von 55 Operierten 3, von 95 konservativ Behandelten nur 1. Diese Statistik spricht gegen prinzipielles frühzeitiges Operieren, bei gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität soll man hingegen unbedingt eingreifen.

2. Den Befund eines 6—8 wöchentlichen Eies mit erhaltener Nabelblase und Ductus omphalomeseraicus von 22 cm Länge. Seltenes Präparat, sehr gut erhalten und in natürlicher Größe photographiert.

3. Den Befund eines fast hühnereigroßen Blasensteines, der sich um 2 Haarnadeln binnen eines Jahres angesetzt hat. Kolpzystotomie. Extraktion. Vernähung. Genesung.

4. Einen Fall von Meningokele sacralis anterior bei defekter Bildung des Os sacrum bei einer 20jährigen Virgo intacta. Vagina duplex, Uterus didelphys infolge durch den Tumor gehemmter Verschmelzung der MÜLLERSchen Gänge. 4 Wochen nach der Untersuchung plötzlicher Tod infolge Platzens der Meningokele. Redner erwähnt einige wenige einschlägige Beobachtungen von VIRCHOW, SPIEGELBERG, MARCHAND, LÖHLEIN. In Redners Falle wurde die richtige Diagnose schon intra vitam gestellt.

5. Das Röntgenbild des Beckens einer erwachsenen Frau, welche als Kind von einem Wagen überfahren wurde. Das Mittelstück der vorderen Beckenwand wurde herausgebrochen. Einerseits heilte der Knochenbruch, andererseits aber nicht, so daß heute in der vorderen Hälfte des knöchernen Beckenringes ein Defekt von über Faustbreite existiert. Die Schamfuge hatte dem Trauma getrotzt. Die Knochen aber waren durchbrochen worden. Trotz dieser Diskontinuität im knöchernen Beckenringes sind Haltung und Gang der Frau zwanglos frei. Ihre bisherige einzige Entbindung mußte mittelst der Zange beendet werden. Redner kennt nur einen einzigen ähnlichen Fall, Überfahrenwerden im Kindesalter mit Läsion der Knochen des vorderen Beckenringes, beschrieben im „Archiv für Gynäkologie“.

6. Über zahlreiche Photogramme aus der von Redner bisher gesammelten Gesamtkasuistik von 928 Beobachtungen von Scheinzwittertum des Menschen, darunter 37 eigene. Kurzer Überblick über die eigentümlichsten Fälle der Kasuistik. Bemerkungen über das Wesen, die Wichtigkeit, Diagnose des Scheinzwittertums, die soziale Stellung, das psychische Verhalten der Scheinzwitter, die diversen Kollisionen solcher Individuen mit den Behörden, dem kirchlichen, juristischen, polizeilichen, pädagogischen Forum. Endlich bespricht Redner die Beziehungen der Chirurgie zum Scheinzwittertum, erwähnt die zahlreichen Fälle von irrtümlicher Geschlechtsbestimmung und weist auf die Wege hin, solchen immer noch sehr häufig vorkommenden Irrtümern nach Möglichkeit vorzubeugen, obgleich solche Irrtümer trotz aller Vorsicht sich doch stets ereignen werden, wie es auch Fälle gibt, wo die Entwicklung der Geschlechtsdrüsen eine so zurückgebliebene, eine so rudimentäre ist, daß auch das Mikroskop nicht zu entscheiden vermag, ob ein rudimentärer Hoden oder ein rudimentäres Ovarium vorliegt. Ein Unikum in der Kasuistik ist eine Pyosalpinxoperation beim Manne, ebenso der Fall von ENGELHART: Tod eines verheirateten Mannes an Uteruskarzinom (weiblicher Scheinzwitter), die Fälle von

Pozzi, eine Ovariectomie am Manne betreffend (weibliche Scheinzwitter, als Männer erzogen).

GEISTHOVEL: Ovariectomia vaginalis intra partum.

G. berichtet über einen Fall, in dem er zu einer 28jährigen Pat. gerufen wurde. Vor 25 Stunden waren Wehen eingetreten, vor 15 Stunden das Fruchtwasser abgegangen. Der Muttermund vollkommen erweitert, im kleinen Becken ca. zwei Faust großer Tumor. Ein in Narkose ausgeführter Repositionsversuch gelang nicht. G. extirpierte daher vom hinteren Scheidengewölbe aus den frei beweglichen Tumor, der nur einen bleifederstarken Stiel hatte und sich als Dermoid erwies. Die Scheidenwunde nähte er nicht. Nach der Operation kräftige Wehen, Tiefertreten des Kopfes. In Narkose nach wenigen Stunden Entwicklung eines lebenden Knaben durch Forceps. Normales Wochenbett. Einen ähnlichen Fall operierte STAUBE.

KOETSCHAU: Ist die unkomplizierte Retroflexio zu behandeln?

Die Beschwerden bei Retroflexio sind meist durch Komplikationen, durch Zervixkatarrh, Endometritis, Adnexerkrankungen verursacht. Zur Beurteilung, ob eine Retroflexio Beschwerden macht, kommen allein die unkomplizierten Fälle in Betracht. Bei vielen Flexionen finden sich aber metritische Veränderungen, welche sicher allein Folge der Lageveränderungen sind. Die parenchymatöse Metritis bleibt bestehen, auch wenn die Retroflexio zur Heilung kommt, insbesondere als Folge hiervon die Sterilität. Fälle von beweglicher Retroflexio können aber auch an und für sich Beschwerden machen, und zwar nach Ansicht von K. finden sich retrofektorisch verschiedenste Beschwerden, Magendruck, Kopfschmerz, Kreuzschmerz etc. Habituelle Frühgeburt ist gleichfalls häufig die Folge einer Retroflexio. Jede bewegliche Retroversio-flexio sollte daher, auch wenn sie noch keine Symptome macht, behandelt werden, da sie eine Gleichgewichtsstörung der Beckenorgane darstellt, insbesondere weil sie die Ursache von Descensus werden kann.

v. Wild wendet sich gegen die Behauptung, daß jede Retroflexio behandelt werden muß.

Peter Müller: Die Retroflexio soll stets reponiert werden, wenn sie im Wochenbett festgestellt wird, sonst ist allerdings nicht notwendig, eine jede Retroflexio zu behandeln.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 24. März 1904.

K. V. STEJSKAL stellt einen Fall von bilateraler Blicklähmung vor. Pat. bekam nach einem Schläge auf den Kopf wiederholte Schwindelattacken und Kopfschmerz, außerdem Sehstörungen: bilaterale Blicklähmung beim Sehen nach der Seite mit nystagmusartigen Bewegungen. Der Augenhintergrund und das Sehfeld sind normal. Es besteht eine bilaterale Störung des schallperzipierenden Apparates. Als Ursache der Erscheinungen wären bilaterale symmetrische Herde im Gyrus angularis oder eine Ponsläsion anzunehmen; am wahrscheinlichsten ist es, daß es sich um eine von der Labyrinthstörung ausgehende reflektorische Augenmuskellähmung handelt.

M. SACHS demonstriert ein Mädchen mit reflektorischer bilateraler Blicklähmung. Dieselbe ist nach einer Ohroperation entstanden, bei welcher ein Bogengang verletzt werden mußte. Beim Blick nach der Seite führen die Augen zuerst die Seitenwendung in normaler Weise aus, dann läßt aber die Abduzenswirkung etwas nach und das betreffende Auge, also beim Blick nach rechts das rechte, geht etwas zurück. Die Konvergenz ist ungestört. Der Fall zeigt gleiche Erscheinungen wie der früher vorgestellte, die Ätiologie beider Fälle ist jedenfalls die gleiche.

A. FUCHS findet die Annahme eines Pons tumors plausibel.

H. SCHLESINGER stellt eine Frau mit einem Bauchtumor, vielleicht einer Zystengeschwulst der Leber, vor. Der Tumor liegt in der rechten Bauchseite, ist kindskopfgroß, zeigt derbere und weichere Anteile, ist nach allen Seiten leicht verschieblich und zeigt keinen Zusammenhang mit dem Genitale. Die Anwesenheit einer hydronephrotischen Wanderniere wurde durch den Ureterenkatheterismus ausgeschlossen. Pat. ist im Jahre 1881 wegen eines zystischen Tumors der Leber operiert worden, sie hat aber seit dieser Zeit das Wachsen eines Tumors an der operierten Stelle gefühlt.

E. SCHWARZ berichtet über einen Fall von metastatischem Zystosarkom des Mesenteriums nach Hodensarkom. Im vorgestellten Falle könnte man auch an einen Mesenterialtumor denken.

R. SCHMIDT demonstriert anatomische Präparate des von ihm in einer früheren Sitzung vorgestellten Falles von tuberkulöser Mesen-

terialzyste. Die Operation bestätigte die Diagnose; die Zyste war durch Erweichung einer tuberkulösen Lymphdrüse des Mesenteriums entstanden, an ihrer Wand saßen verkäste Massen und Tuberkelknötchen.

ART. Baer demonstriert das durch Obduktion gewonnene Präparat der Lunge eines Pat., bei welchem an der medizinischen Abteilung von Prof. SCHLESINGER die Behandlung mit MARMOREK'SCHEM Antituberkuloseserum erfolglos durchgeführt worden ist. Pat. war 15 Jahre alt und erfüllte die von MARMOREK für die Wirksamkeit seines Serums gestellte Bedingung, nämlich eine kurze Dauer der tuberkulösen Lungenerkrankung. Pat. war erst seit einigen Monaten krank, bei der Aufnahme am 21. November v. J. bestanden über dem linken Oberlappen eine Schallverkürzung vorn und hinten, verschärftes vesikuläres Atmen und reichliche klein- und mittelblasige, nicht konsonierende Rasselgeräusche. Die Temperaturen schwankten zwischen 37·8 und 39·2°. Bis zum 2. Dezember 1903 bekam Pat. 7 Injektionen von MARMOREK'SCHEM Serum (je 15 cm³ unter die Bauchhaut). Sowohl Husten als auch Nachtschweißblieben gleich, nachher vermehrt und objektiv konnte man bereits am 5. Dezember eine Progression des Prozesses insofern konstatieren, als über der linken Spitze das Atemgeräusch bronchial und die Rasselgeräusche reichlicher wurden; wenige Tage später wurde auch über der rechten Spitze rauhes In- und Exspiration nachgewiesen und auch über dem linken Unterlappen trat rauhes Atmen auf. Die Seruminjektionen wurden ausgesetzt, der Prozeß nahm einen raschen Fortgang, es traten Kavernensymptome über dem linken Oberlappen auf und am 15. März erfolgte Exitus. Die linke Lunge zeigte bei der Obduktion im linken Oberlappen eine gänseeigroße Kaverne und im linken Unterlappen und in der rechten Lunge die granuläre Form der Tuberkulose. Auch in zwei anderen Fällen wurde nach Injektion des Serums der Prozeß nicht aufgehalten und führte in allen Fällen zum Exitus. Die anatomischen Präparate lassen Ausheilungsvorgänge irgendwelcher Art nicht erkennen. Was aber hauptsächlich dazu zwang, die weiteren Versuche einzustellen, war der Umstand, daß aus dem Bodensatz mehrerer erst ad hoc eröffneten Fläschchen im pathologischen Institute des Kaiser Franz Josef-Spitals kulturfähige Strepto- und Staphylokokken nachgewiesen wurden.

Friedjung konnte bei 4 Fällen von Meningitis basilaris ebenfalls keinen Erfolg von dem MARMOREK'SCHEM Serum konstatieren. In anderen Fällen, in welchen MARMOREK'SCHES Antistreptokokkenserum injiziert wurde, entstanden an der Injektionsstelle Abszesse, in welchen sich Streptokokken fanden; das Serum scheint also lebende Kokken enthalten zu haben.

PAUL MAYER (Karlsbad): Über einige Fragen des intermediären Kohlehydratstoffwechsels.

Im Tierkörper kommen neben den Zuckerarten mit 6 Kohlenstoffatomen noch solche mit 5—2 C vor, unter welchen namentlich die Pentosen eine höhere Bedeutung gewonnen haben. Unter den intermediären Abbauprodukten des Traubenzuckers ist vor allem die Glykuronsäure wichtig. Dieselbe tritt nicht nur im Harn auf nach Einverleibung gewisser Substanzen, die sich mit der Glykuronsäure paaren (Chloralhydrat, Kampher), sondern sie ist auch ein normaler Bestandteil des Harnes, indem sie an Phenol und Indol gebunden ist, und findet sich in gepaarter Form auch im normalen Blute. Eine vermehrte Glykuronsäure-Ausscheidung wird relativ häufig beobachtet, und zwar nicht nur nach Einverleibung der erwähnten Substanzen und bei vermehrter Bildung der normalen Glykuronsäurepaarlinge Phenol und Indol, sondern auch ohne Mitwirkung dieser beiden Faktoren in Fällen von schweren Respirations- und Zirkulationsstörungen, bei experimentell hervorgerufener Dyspnoe, bei Zufuhr größerer Traubenzuckermengen und nicht selten auch bei Diabetes mellitus. In diesen Fällen muß die vermehrte Glykuronsäureausscheidung als Ausdruck einer unvollkommenen Oxydation des Traubenzuckers aufgefaßt werden. Neben klinischen Momenten, welche diese Anschauung stützen, spricht für dieselbe vor allem die vom Vortr. experimentell festgestellte Tatsache, daß die Glykuronsäure aus dem Traubenzucker entstehen kann, ferner das durch den Übergang der Glykuronsäure in Zuckersäure bewiesene Vorkommen einer unvollkommenen Verbrennung im Bereiche der Kohlehydrate. Beim Diabetes mellitus ist auch die Ausscheidung der Oxalsäure durch unvollkommene Oxydation der Glykose veranlaßt. Zufuhr großer Traubenzuckermengen bewirkt sowohl eine Vermehrung der Glykuronsäure wie auch eine Steigerung der Oxalsäureausscheidung. Die bezüglich der sterischen Konfiguration spiegelbildisomeren Formen der Zucker verhalten sich im Tierkörper durchaus verschieden. Vor allem aber erfolgt eine Umwandlung der Zucker ineinander, wie dies der Übergang der Mannosen in die entsprechenden Glykosen beweist. Vom Standpunkt der gegenseitigen Umwandlung der Zucker lassen sich manche bisher ungeklärte Probleme erklären, wie z. B. die Entstehung des Milchzuckers in der Brustdrüse. Vortr. hat vor kurzem

festgestellt, daß die Diamidopropionsäure im Organismus unter Abspaltung beider Amidgruppen in Glycerinsäure übergeht, eine Tatsache, welche für die Frage der Zuckerbildung aus Eiweiß von Bedeutung ist.

Wilh. Schlesinger bemerkt, daß die Untersuchungen des Vortr. nachgewiesen haben, daß der Abbau des Traubenzuckers im Organismus über die Glykuronsäure stattfinden kann, es bleibe aber noch fraglich, in welchem Ausmaße dies unter physiologischen Bedingungen geschieht. Hinsichtlich des Diabetes mellitus erhält man den Eindruck, daß der Abbau der Kohlehydrate über die Glykuronsäure einen Modus der Zuckerverbrennung darstellt, dessen sich der diabetische Organismus in größerem Ausmaße nur unter besonderen Bedingungen bedient. Vielleicht beruht gerade die Steigerung der Toleranz gegen Kohlehydrate darauf, daß der Organismus die gestörte normale Zuckerverwertung durch den Abbau des Zuckers über die Glykuronsäure kompensieren lernt.

Notizen.

Wien, 9. April 1904.

Der Kampf gegen die registrierten Hilfskassen.

Der Erlaß des Ministeriums des Innern vom 8. Februar 1904¹⁾, durch welchen die Sistierung jener Beschlüsse der früheren Wiener Ärztekammer verfügt wird, die jede Annahme pauschalierter Arztstellen bei den registrierten Hilfskassen für standeswidrig und ehrenrätlich verfolgbar erklärten, ist geeignet, die dem vitalsten wirtschaftlichen Interesse der Ärzteschaft entspringende Aktion ihrer Ständevertretung lahmzulegen. Unseren Lesern ist die Bedeutung dieser Aktion geläufig. Handelt es sich doch um nichts weniger, als um eine Korrektur der Durchführung des Gesetzes vom 16. Juli 1892, betreffend die registrierten Hilfskassen, welches zum Unterschiede von dem Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, dem Versicherten wohl eine pekuniäre Unterstützung im Krankheitsfalle, nicht aber, wie das letztzitierte Gesetz, freie ärztliche Behandlung garantiert. Die registrierten Hilfskassen, die bisher gegründet worden sind, an ihrer Spitze die „Krankenkasse der Bankbeamten“, haben aber fast ausnahmslos die bestimmte Absicht, ihren Mitgliedern neben dem Krankengelde und auf dessen Kosten freie ärztliche Behandlung zu gewähren, und zwar durch pauschalierte Kassenärzte. Gegen diese über den Rahmen des Gesetzes hinausgehende Absicht der Hilfskassen macht die Ärzteschaft und ihre Vertretung aus denselben Gründen Front, aus welchen sie die Aufnahme jener ordentlichen und freiwilligen Mitglieder in die Bezirkskrankenkassen bekämpft, deren Jahreseinkommen einen bestimmten Betrag übersteigt. Sie ist nach wie vor bereit, dort mitzutun, wo es sich darum handelt, die Durchführung des wirtschaftlich Schwachen stützenden Krankenversicherungsgesetzes der Arbeiter zu ermöglichen, verweigert aber ihre Mitwirkung jenen Kassen gegenüber, die ihren, den besseren Ständen angehörenden Mitgliedern Emolumente auf Kosten der Ärzte gewähren wollen.

Diese Haltung ist eine nicht nur gerechtfertigte, sondern durch die eigenen wirtschaftlichen Interessen der Ärzte peremptorisch gebotene, da es ja keinem Zweifel unterliegen kann, daß die Ausdehnung der Krankenversicherung mit Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Hilfe auf weitere, wirtschaftlich gefestigte Kreise geeignet ist, die Erwerbsverhältnisse des praktischen Arztes intensiv zu schädigen, ja vollständig zu untergraben.

Wie wir sehen, ist die Regierung nicht geneigt, diesen Standpunkt der Ärzteschaft, welchem dieselbe in allgemeinen Versammlungen wie im Wege ihrer Ständevertretung immer wieder Ausdruck gegeben hat, zu akzeptieren. Sie hat vielmehr durch den im Eingange zitierten Erlaß versucht, die Durchführung des Boykotts der registrierten Hilfskassen durch die Ärzteschaft zu verhindern oder doch wesentlich zu erschweren.

In jeder Gemeinschaft sind Elemente zu finden, die gegebenen Falls die gemeinsamen Interessen preisgeben um des eigenen Vorteils willen.

¹⁾ Publiziert durch Erlaß der n. ö. Statthalterei vom 14. März 1904.

Basler Chemische Fabrik, Basel (Schweiz).

Kryofin

(Methylglycolsäureparaphenetidin)

schnelle u. sichere **Antipyrese.**
Spezifikum gegen Ischias u. sonstige
Neuralgien.

Vioform

(Jodchloroxychinolin)

anerkannt bestes **Ersatzmittel**
des **Jodoform**, geruchlos, **ster-**
ilisierbar u. von vorzüglich
austrocknender Wirkung.

Ferratogen

(Eisennuclein)

unanreißbar im
Magensaft, keine
Magenbeschwerden
verursachend.

Literatur, Proben sowie sonstige Anskunft stehen zu Diensten.

Antipyrin, Phenacetin, Acetylsalicylsäure etc. etc.

General-Depot für Österreich-Ungarn bei:

Carl Barolin, Wien, VII/1, Apollgasse 8.

Telephon 7992.

Korwills (früher Blandsche Weis) Eisenpillen
mit **Schokoladeüberzug.**
Seit Jahren anerkannt best. Mittel geg. Anämie u. Chlorose. Wirkung
absolut sicher. Bleiben i. Gegensatz zu and. Eisenpillen **stets weich,**
da **ohne Magenbeschwerden** sehr leicht verdau-
lich; Geschmack sehr angenehm, daher auch von Kindern gerne genommen;
1 Schachtel à 100 Stück 2 K. Über Verschreibung auch
mit Acid. arsen. 0.001 pro Pille.
Hauptdepot: **Korwills Mohrenapotheke,**
Wien, I., Cuchlauben 27.

TRIFERROL

(Name geschützt)

(Hells Aromatische Triferrin-Essenz).

Die Triferrin-Essenz ist eine haltbare, angenehm schmeckende, schwach weingeistige Lösung von Triferrin*) und enthält 1.5% Triferrin, entsprechend 0.33% Eisen und zirka 0.033% Phosphor in organischer Bindung. Dasselbe ist ein leicht resorbierbares und assimilierbares Eisenmittel, gelöstes paranukleinsaures Eisen. — Das Triferrol hat sich nach zahlreichen klinischen Erfahrungen**) in allen Fällen, wo überhaupt Eisenmedikation indiziert war, aufs beste bewährt. Nicht nur, daß stets eine reichliche und prompte Resorption des Triferrols ohne jedwede Belästigungen des Verdauungsapparates beobachtet wurde, konnte auch stets, selbst bei ungünstigen äußeren Nebenumständen, eine überraschend schnelle Besserung im Befinden der Patienten konstatiert werden. Namentlich konstatierte Dr. William Kraus stets nicht nur Zunahme des Hämoglobingehaltes im Blute der behandelten chlorotischen und anämischen Personen, sondern auch eine Zunahme der Zahl der roten Blutkörperchen. — Da das Triferrol außer seiner spezifischen Eisenwirkung bei Chlorotischen und Anämischen auch eine Steigerung des geschwächten Appetites bewirkt, erweist es sich auch als wertvolles Kräftigungsmittel bei Schwächezuständen von Reconvaleszenten und Neurasthenikern. — Die Darreichung erfolgt am besten nach den Mahlzeiten 2—3mal täglich je ein oder zwei Eßlöffel, für Kinder entsprechend weniger. — Das Triferrol ist kühl und vor direktem Sonnenlichte geschützt aufzubewahren.

Alleinige Erzeuger für Österreich-Ungarn:

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Preis einer Flasche K. 2.50.

*) **) Das Triferrin wird nach Prof. Salkowski von Knoll & Co. in Ludwigs-
hafen hergestellt und wurde auf seine Wirksamkeit von Prof. Klemperer-Berlin
(Therapie der Gegenwart, April 1901) und Dr. William Kraus-Berlin (Therapeutische
Monatshefte, Oktober 1903) mit bestem Erfolge in zahlreichen Fällen erprobt. Ferner
veröffentlichten ihre Studienresultate und günstigen klinischen Erfahrungen mit
Triferrin J. H. Warner in „The Medical Fortnightly“ 1901 und 1902 und A. W. Sattler
in „Courier of Medicine“ 1902.



SPATENBRÄU

nahrhaftes, schlafförderndes
medic. Hilfsmittel.

Specialität: **3 Jahre gelagertes**
„Tafelbier“

aussergewöhnlich malzreich.

Spatenbräu-Depot:
I., Führichgasse 10.

Telephon Nr. 1894.

Statt Leberthran! Jed! Eisen!

Pastilli Jodo-Ferrat. comp. „Jahr“

Zusammensetzung: Kali jod. 0,05, Ferratin 0,10, Duotal, Calc. glycer.-phosph. aa 0,05.
Hervorragendes, wohlschmeckendes, leichtverdauliches, appetitanregen-
des Kräftigungsmittel. Uebertrifft an Wirksamkeit alle Leberthran- und künstlichen
Eisenpräparate. Im Sommer und Winter zu gebrauchen. Mit Erfolg angewendet bei
Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulose, 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“ soat. orig.

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten

Brand & Co.'s Essence of Beef.

Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.

Diese Fleisch-Essenz besteht ausschließlich aus den Säften des feinsten Fleisches,
welche nur durch gelinde Erwärmung und ohne Zusatz von Wasser oder anderen
Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, daß die
herorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als **Stärkungs- und Be-**
hebungsmittel mit außerordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.

„LANCET“ brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz,
auf welche wir uns speciell hinweisen erlauben.

BRAND & Comp. Ltd. Mayfair, London W.

Auszeichnungen. — (Gründungsjahr: 1835.) — Preis-Medailien.
Depôts in Wien: **A. Hagenauer, I., Tuchlauben 4; M. Löwenthal, I., Heiden-**
schaß 3; Math. Stalzer, I., Lichtensteg 5.

Liquor Ferro-Mangani saccharati

Liquor Ferro-Mangani peptonati

„Marke Helfenberg“

die leichtverdaulichsten und wohl-
schmeckendsten Eisenpräparate der Neuzeit.

Beide Präparate enthalten 0.6% Eisen und 0.1% Mangan
in organischer, nicht styptisch wirkender Verbindung.

Wirkung anerkannt

Hauptdepôt für Oesterreich-Ungarn:

A. KREMEL'S Adler-Apotheke,
Wien, XIV., Märzstrasse 51.

Zu haben in den meisten Apotheken.

<p>Indiziert bei Anämie, Rachitis, Neurasthenie, Kachexien und Erschöpfungszuständen aller Art als wirksamstes Kräftigungsmittel und zuverlässiges Nerventonicum.</p>	<h1 style="font-size: 2em;">Sanatogen</h1>	<p>Absolut reizlos, daher tadellos bekömmlich, wird gern genommen. Den Herren Ärzten stehen Proben und Literatur kostenlos zur Verfügung. Bauer & Cie., Sanatogenwerke, Berlin SW. 48. Generalvertretung: Apoth. C. Brady, Wien, I., Fleischmarkt 1.</p>
--	--	---

Name geschützt **EXTRACTUM CHINAE „NANNING“** Name geschützt

(Das beste Stomachicum der Gegenwart.)

Zur Verordnung bei den Berliner Krankenkassen zugelassen.

Indiziert bei:

1. Appetitlosigkeit Bleichstüchtiger (Dysmenorrhoe verschwand nach längerem Gebrauch dieses Mittels).
2. Appetitlosigkeit Scrophulöser u. Tuberculöser.
3. Acutem und chronischem Magenkatarrh.
4. Fiebernden und Wundkranken.
5. Recovalescenten.
6. Erbrochen Schwangerer.
7. Chron. Magenkatarrh infolge Alkoholgenusses.
8. Hg- und Jodkali-Dyspepsie.
9. Tuberculösen.

Originalrezept
à K2.-
 + nur +
 in Apotheken.

Alleiniger Fabrikant **H. NANNING, Apotheker, 's Gravenhage.**
 Hauptniederlage: G. & R. FRITZ, Wien, I., Bräunerstrasse 5.
 Generalvertreter für ganz Oesterreich-Ungarn: LUDWIG FUCHS, Wien, I., Bartossteing. 8.
 Proben und Litteratur kostenfrei.

„APENTA“

Das Beste
 Ofener Bitterwasser.

Analyse und fachmännische Berichte erhältlich in den Mineralwasserbehandlungen etc. oder auf Wunsch durch die Brunnendirection und Eigenthümerin der Quellen:

„Apenta“ Action-Gesellschaft, Budapest.
 Gratisproben franco zur Verfügung der Herren Aerzte.
 Ausschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma **S. Ungar Jan.,** k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

Die verbesserte **Loubo-Rosenthal'sche Fleischsolution** ist das vorzüglichste u. leichtverdaulichste Nahrungsmittel bei allen Schwächezuständen, Magen- und Darmleiden, Magengeschwüren, Darmblutungen, Typhus u. s. w. nach Prof. Dr. Rosenthal, à 0'0005 und 0'0001 in jedem Täfelchen. Bestbewährtes Mittel bei asthmatischen Beschwerden, Angina pectoris etc. 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. Düttsche.**
 Generaldepôt für Oesterreich: **C. Brady's Apotheke „z. König v. Ungarn“** Wien, I., Fleischmarkt 1.

**BEI MASTKUREN, TUBERKULOSE,
 SCHWÄCHEZUSTÄNDEN,
 ERKRANKUNGEN DER LUFTWEGE**

JOHANN HOFF'S

garantiert reiner hochdiastatischer

trockener Malzextrakt

(10% Eiweiß, 1.11% Phosphorsäure)
 Muster u. Broschüren zu Diensten.
 Werke in Stadlau bei Wien.

C. Haubner's Engel-Apotheke

Wien

I. Bezirk, Bognergasse Nr. 9.

General-Depôt der:

- I. Orig. Bornaizik's sterilisirten subcutanen Injectionen in zugeschmolzenen Glasphiolen in beliebigen medicamentösen Lösungen und genauester Dosirung.
 Sauerstoff in Gummiballons.
- II. Amerik. Fluid-Extracte von Parke Davis & Co. in Detroit. Extractum hydraetis canad. — Casor. Sagrada. — Hamamelis virg. — Condurango — Gossypii — Ipecac. — Kava Kava — Cola — Pichi — Ruus aromatic. — Viburn. prunifol. etc.
- III. Syrup hypophosphites Follow Original. (Nicht zu verwechseln mit minderwerthigen Nachahmungen.) Ausserordentlich günstige Heilerfolge bei Krankheiten der Lunge und Athmungsorgane, bei Anämie und Krankheiten des Nervensystems, bei Neurasthenie, bei Rachitis und Scrophulosis der Kinder.)
- IV. Sandow's brausenden Salze: Brom, Brom Eisen, Chinineisencitrat, Jodsatz, Lithium citrat. u. salicylat, Piperasinsalz, Karlsbad, Ems, Vichy etc.
 Sandow's kohlensauren und kohlensauren Eisen-Bädern, Ersatz für Nauheim.
- V. Dr. Pfouffer's Hämoglobin-Zeltchen und Dr. Pfouffer's Hämoglobin-Extract (Hämoglobin-Syrup), bekanntes und seit einer langen Reihe v. Jahren von Aerzten empfohlenes Eisen-Eiweiss-Präparat, welches vorzüglich blutbildend wirkt und leicht assimilierbar ist.
- VI. Vin-Vivion (Leberthran-Extract).
 Figadel de Vivion (Dragées), bester Ersatz für Leberthran.

Das **Ung. hydr. cinereum** wird bei der Inunctionskur **weit übertroffen** durch die

Enthält 33 1/3 % Hg.

Gesetz. gesch.

Ung. Patent Nr. 24.723

In graduirten, 30 g
 hältigen Glastuben.
 Preis 2 Kronen.

Geruchlos, fettfrei, beschmutzt die Wäsche nicht,
 ist in 3 bis 5 Minuten vollkommen eingerieben.
 Die Erzeugungsstelle sendet den Herren Ärzten Proben und Literatur gerne gratis und franko. Bezug durch sämtliche Apotheken.
 Detail-Verkauf: **C. BRADY, Apotheke zum König von Ungarn, Wien, I. und sämtliche Apotheken.**

Erzeugungsstelle:
Dr. A. Rosenbergs Apotheke
 Budapest, Kerepeserstrasse 43.

Hauptdepot für Oesterreich:
G. & R. Fritz, Wien, I.
 Verkauf nur an Apotheken.

In dem Augenblick, in welchem der Kammer die Möglichkeit entzogen ist, die Übertretung ihrer Verbote zu verfolgen, dürfte sich so Mancher bereit finden, eine pauschalierte ärztliche Stelle bei einer Hilfskasse anzunehmen und so Bresche zu schlagen in den Damm, den die Ärzteschaft gegen die drohende Überflutung ihres Besitzstandes aufzurichten bemüht ist.

Das darf nicht geschehen.

An Stelle des lahmegelegten Ehrenrates der Kammer muß die Gesamt Ärzteschaft treten. Ist die durch die „politische“ Abstinenz eines Teiles der Ärzte in Frage gestellte „Organisation“ nicht mehr leistungsfähig, so muß eine neue Organisation und die Einigung der Ärzte in dem Augenblick versucht werden, in welchem der Boden unter ihren Füßen zu schwinden droht. Im Notfalle muß die Kammer selbst an die Spitze dieser Organisation treten, die Kammer, deren Prestige als „Behörde“ durch die Haltung der Regierung immer mehr schwindet, die daher die freie Führung der Ärzteschaft in dieser wichtigen Frage um so bereitwilliger übernehmen sollte.

Der Boykott der registrierten Hilfskassen muß durch den gesellschaftlichen Boykott jener Ärzte aufrecht erhalten werden, welche, die gemeinsame Sache verrätend, ärztliche Stellen bei diesen Kassen annehmen.

Wir sind uns der Schwierigkeiten voll bewußt, welchen die Durchführung einer solchen Aktion in einer Riesenstadt und bei einem Personalstande von mehr als 2000 Ärzten begegnet.

Was in kleineren Orten, selbst in Provinzstädten, möglich, eine Agitation von Haus zu Haus, ist in Wien undurchführbar. Und doch vermögen wir an den Effekt eines solchen Boykotts zu glauben, wenn er zielbewußt durchgeführt wird. Auch unter den schwankenden Elementen unseres Standes dürfte ein bemerkenswerter Bruchteil davor zurückschrecken, sich von jedem Verkehr mit den Standesgenossen abgeschnitten zu sehen, die den Zusammentritt am Krankenbette mit dem die Interessen der Gemeinschaft verrätenden ablehnen, seine Vertretung perhorreszieren, ihn aus den ärztlichen Vereinen weisen und ihn öffentlich an den Pranger stellen.

Auch die Hilfskassen selbst dürften sich kaum dazu beglückwünschen, lediglich den Bodensatz der Ärzteschaft ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen zu können.

Es ist leider weit gekommen im Kampfe um die wirtschaftlichen Interessen unseres Standes, die heute durch die unbegreifliche Haltung der Regierung mächtig entflammt wird. Vielleicht gelingt es noch, diese Regierung durch den Hinweis auf die unausbleiblichen Konsequenzen umzustimmen, die als Konsequenz dieser Haltung den Ärzten Österreichs drohen; gelingt es diesen nicht, zu erreichen, was in Deutschland — freilich durch bewundernswürdigen Zusammenhalt der Ärzte — erzielt worden, dann bleibt uns nur noch die Selbsthilfe.

Diese entsprechend zu organisieren, muß gegenwärtig als die wichtigste Aufgabe der ärztlich-sozialen Führung bezeichnet werden.

* * *

Die Wiener Ärztekammer versendet ein Communiqué an die Ärzte Wiens, in welchem betont wird, die Entscheidung der politischen Behörde vermöge die Kammer in ihrer ernsten Überzeugung nicht zu beirren, daß die Annahme einer ärztlichen Stelle bei den ausgesperrten Kassen (registrierten Hilfskassen) sowie bei allen neu zu gründenden Krankenversicherungs-Vereinen ein Vergehen gegen das Standesinteresse sei. „Wir haben beschlossen — sagt das Communiqué —, gegen den Statthalter-Erlaß vom 14. März d. J. in einem an das k. k. Ministerium des Innern gerichteten Rekurse Stellung zu nehmen und das gute Recht der Kammer, die Interessen der Ärzte zu wahren und zu fördern, mit aller Kraft zu verteidigen. Zugleich halten wir es auf Grund der Anschauung, daß es der Regierung weniger an gutem Willen als an genügender Orientierung in Sachen der Ärzte gebricht, im Gesamtinteresse unseres Standes für angezeigt, die der Kammer von maßgebender Stelle gegebene Anregung, in Zukunft bei allfälligen Verhandlungen mit den Kassen die Vermittlung der Statthalterei

in Anspruch zu nehmen, aufzugreifen, weil wir uns trotz der herrschenden Gegensätze nicht ganz der Hoffnung verschließen möchten, daß endlich einmal ein Modus vivendi zwischen Ärzten und Krankenkassen gefunden werden muß und gefunden werden wird. Solange jedoch dieser Modus nicht gefunden ist, gibt es für uns Ärzte zur Hintanhaltung unseres wirtschaftlichen Niederganges nur ein Mittel: die unbedingte Zurückweisung jedes Stellenangebotes seitens der in Frage stehenden Kassen.“

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. LOTHEISSEN einen Fall von traumatischer Magenruptur, die er mittelst Deckung des Risses durch das Netz erfolgreich behandelt hat. — Hierauf stellte Doz. Dr. ALT einen Mann vor, bei welchem ein otitischer Kleinhirnsabsceß von ihm operativ beseitigt worden ist. — Prof. Dr. EHRMANN zeigte den Erfolg einer kombinierten Lupustherapie (Resorcin- und Röntgenbehandlung) an zwei mit trefflichem kosmetischen Effekte rasch geheilten Fällen von Lupus tumidus des Gesichtes. — Dr. PEHAM erstattete aus der Klinik CHROBAK eine vorläufige Mitteilung über Serumbehandlung bei Puerperalfieber. Nach subkutaner Injektion von 100 cm³ des PALTAUFschen Antistreptokokkenserums sank bei 18 Schwerkranken, bei welchen eine Reininfektion mit Streptokokken bestand, binnen 24—48 Stunden die Temperatur zur Norm und sie genasen. Das Serum hat sich bei anderen Infektionen als unwirksam erwiesen. — Sodann sprach Prim. Reg.-A. WICK „Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus“ (der Vortrag wird demnächst in dieser Wochenschrift ausführlich erscheinen). In der sich anschließenden Diskussion hob Prof. RIEHL die Wichtigkeit der Befunde des Vortr. hervor und erörterte ihre differentialdiagnostische Bedeutung. Doz. Dr. L. BRAUN betonte das häufigere Vorkommen dieser Knoten, namentlich bei Kindern, und wies auf die prophylaktische Bedeutung derselben hin. — Schließlich erstattete Dr. LEOP. FREUND eine vorläufige Mitteilung über ein neues radiometrisches Verfahren. Dasselbe beruht auf der Zersetzung einer 2%igen Lösung von Jodoform in Chloroform, welche in einer Epruvette gleichzeitig mit der zu bestrahlenden Partie den Röntgenstrahlen ausgesetzt wird. Das abgeschiedene Jod färbt die Flüssigkeit in einer der Expositionszeit proportionalen Intensität rotviolett. Als Skala dienen Lösungen verschiedener Quantitäten Jod in Chloroform.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdozent Doktor OSKAR BAIL ist zum a. o. Professor der Hygiene an der deutschen Universität in Prag ernannt worden. — Dr. FERDINAND SCHENK hat sich als Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der nämlichen Universität habilitiert. — Prof. Dr. UNGER in Bonn ist zum Geh. Medizinalrat ernannt worden. — Prof. Dr. PFANNENSTIEL hat einen Ruf als Direktor der Frauenklinik in Erlangen erhalten. — Der Privatdozent für Pharmakologie in Heidelberg Dr. RUDOLF MAGNUS hat den Professortitel erhalten.

(Personalien.) Die Dozenten Dr. W. LATZKO und Dr. G. LIHOTZKY sind zu Primärärzten der gynäkologischen Abteilungen im Krankenhaus Wieden, beziehungsweise in der Rudolfstiftung in Wien ernannt worden. — Der Primararzt und Vorstand der I. med. Abteilung des Krankenhauses Wieden Dr. JOHANN LÜTKEMÜLLER ist in den Ruhestand versetzt worden und hat bei diesem Anlasse den Titel eines Regierungsrates erhalten. — Geh. Rat Professor Dr. HIS in Leipzig ist von der Akademie der Wissenschaften in Christiania zum Mitgliede der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse ernannt worden. — Kaiserl. Rat Dr. EDUARD RICHTER in Prag, Dr. AUGUSTIN KRELL in Kgl. Weinberge und Med.-Rat. Dr. SALZER in Worms feierten am 25. März ihr 50jähriges Doktorjubiläum. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. LUCAS in Berlin ist zum Ehrenmitgliede der Münchener laryngologischen Gesellschaft ernannt worden. — Der Oberwundarzt des Militärinvalidenhauses in Wien JOHANN HABRICH hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Die „Gesellschaft schwedischer Ärzte“ in Stockholm hat den Kurarzt Dr. LEO KLEMPERER in Karlsbad zu ihrem auswärtigen Mitgliede ernannt.

(Die Wiener Ärztekammer) hat in ihrer letzten Sitzung gegen den sogenannten „Spitalzettelerlaß“ des Wiener Magistrats Stellung genommen. Dieser Erlaß verlangt von den Ärzten bekanntlich die Ausfüllung besonderer Formularien behufs Aufnahme von Kranken in ein öffentliches Krankenhaus. Die Ärztekammer gab der Ansicht Ausdruck, daß die Ärzte nicht verpflichtet seien, den magistratischen Erlaß zu befolgen, um so weniger als derselbe ohne vorherige Begutachtung durch die Kammer erlassen sei.

(Ärzte und Krankenkassen in Deutschland.) Aus Berlin schreibt man uns: Es wird Ihren Lesern aus meiner Mitteilung noch erinnerlich sein, daß die Kölner Krankenkassen einen seinerzeitigen Vertrag des Regierungspräsidenten mit den Kölner Ärzten auf Grundlage der freien Arztwahl mit einem Telegramme an den Kaiser beantwortet haben, in welchem dieser um Schutz für die Kassen angerufen wurde. Die Antwort des Kaisers hat dem Regierungspräsidenten Recht gegeben, denn dieser sieht nunmehr, nach dem Eintreffen der kaiserlichen Verfügung, keine Veranlassung, seine seinerzeitigen Maßnahmen aufzuheben oder abzuändern. — Die Professoren und Dozenten der Leipziger medizinischen Fakultät haben eine Erklärung erlassen, in welcher sie mit den Ärzten gemeinsame Sache machen und das System der freien Arztwahl als das einzig anzustrebende propagieren.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Der steiermärkischen Ärztekammer lag vor kurzem die Anfrage eines Arztes vor, ob er verpflichtet sei, an die Bezirkskrankenkasse oder an die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt ein Gutachten über einen von ihm behandelten privaten Kranken abzugeben. Die Anfrage wurde dahin beantwortet, daß eine derartige Verpflichtung nicht bestehe. Wohl aber könnte der behandelnde Arzt über direkte Aufforderung der k. k. Bezirkshauptmannschaft zur Abgabe einer Äußerung über den Krankheitsfall verpflichtet werden. Doch würde es sich im Interesse des Kranken empfehlen, die gestellten Fragen zu beantworten und dafür ein entsprechendes Honorar anzusprechen, zu dessen Bezahlung in diesem Falle die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt verpflichtet erscheine.

(Kongresse und Versammlungen.) Der internationale Tuberkulosekongreß in Paris ist um ein Jahr verschoben worden; er wird erst vom 2.—7. Oktober 1905 im Grand Palais abgehalten werden; der diesjährige Kongreß findet vom 3.—5. Oktober in St. Louis statt. — Der diesjährige (VI.) internationale Physiologenkongreß wird unter Vorsitz PAUL HEGERS vom 30. August bis 3. September in Brüssel tagen. — Die XVIII. Jahresversammlung der Anatomischen Gesellschaft wird unter WALDEYERS Vorsitz vom 18.—21. April zu Jena stattfinden. — Der XIV. ungarische balneologische Kongreß findet unter dem Vorsitz des Hofrates Prof. Dr. TAUFFER am 17. April d. J. zu Budapest statt.

(Volksgesundheit und Medizin.) Die unleugbaren Erfolge, welche die ärztliche Tätigkeit in den letzten Dezennien für das Volkwohl und die Gesundheit des Volkes zu erzielen vermochte, erhellen u. a. ganz vortrefflich aus einem Berichte der „Statist. Korr.“, welchem wir folgende Daten entnehmen: Die Zahl der Blinden in Deutschland allein hat seit dem Jahre 1871 von 92'02 auf 100.000 bis auf 61'95, jene der Taubstummen von 97'51 auf 90'73 abgenommen.

(Tuberkulose und Schwangerschaft.) Herr Doktor O. FELLNER ersucht uns, den letzten Passus unseres Referates in Nr. 14 über seinen unter obigem Titel im Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium abgehaltenen Vortrag dahin richtig zu stellen, daß er die Tuberkulose der Mutter als absolute Kontraindikation für das Säugen der Kinder ansehe.

(Statistik.) Vom 27. März bis inklusive 2. April 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7575 Personen behandelt. Hiervon wurden 1764 entlassen, 174 sind gestorben (8'9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Stathalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 82, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 100, Scharlach 30, Masern 698, Keuchhusten 51, Rotlauf 34, Wochenbettfieber 2, Röteln 3, Mumps 90, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 661 Personen gestorben (— 73 gegen die Vorwoche).

Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien. An diesem Institute gelangt die Stelle eines Vorstandes der II. gynäkologischen Abteilung zur Besetzung. Bewerber wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis spätestens 25. April 1904 bei der Direktion der Anstalt einreichen.

Dr. Michaelis' Eichel-Cacao hat sich seit einer Reihe von Jahren als ein vorzügliches Heilmittel bei gestörter Verdauung, sowie bei chronischer Diarrhöe und Brechdurchfall der Kinder bewährt. Auch Erwachsenen und in der Rekonvaleszenz leistet er als ein nahrhaftes und leicht verdauliches Getränk an Stelle von Kaffee, Tee und Schokolade sehr gute Dienste. Das nach den Angaben von MICHAELIS von der Firma Gebr. Stollwerk, k. u. k. Hof-Schokoladefabrikanten in Wien, Köln a. Rh. und Preßburg, aus reinstem Cacao und Eichelextrakt allein hergestellte Präparat enthält 14'14% Fett, 1'95% Gerbsäure und an 45% Kohlehydrate (mit zirka 25% Traubenzucker). Wegen seiner stärkenden und nährenden Eigenschaften wird dieser Eichel-Cacao von zahlreichen Ärzten und in den meisten Spitätern gerne und mit Erfolg verordnet.

Frühlingekuren. Das Frühjahr erinnert uns fast immer daran, daß wir unserem Körper für die naturwidrige Lebensweise des Winters eine Erholung schuldig sind. Es beginnt die Zeit der Kuren im Hause und die Vorbereitung für solche in den Badeorten. Nicht leicht ein Mittel eignet sich hierfür so gut wie der bekannte Gießhübler Sauerbrunn, der vermöge seiner günstigen Zusammensetzung die wahlartigste Wirkung auf den menschlichen Organismus ausübt und ärztlicherseits für diesen Zweck besonders empfohlen wird. Mattonis Gießhübler bildet in dieser Beziehung ein Kurmittel ersten Ranges.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: E. Merck in Darmstadt über „Veronal“ und C. F. Boehringer & Soehne in Mannheim-Waldhof über „Ferratin“ und „Ferratose“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Granules de Catillon
à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diuresis, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

à 1/10 MILLIGR. CRISTALL. **STROPHANTINE** HERETONICUM NICHT DIURETISCH

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gefl. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Goldene Medaille auf der Pariser Weltausstellung 1900.

GENERAL-VERTRUUNG F. OESTERRICH-UNGARN: Dr. E. Bloch, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & R. Frits, verkauf nur an Apotheken.

ADLER-APOTHEKE, I., Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, I., Stephansplatz.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natrium-
bikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Gießhübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen
Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Gießhübler Sauerbrunn bei
**Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und
Respirationsorgane** (bei letzteren mit Milch), bei
Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Med. Univ. Dr. **Moriz Oranz** aus Wien, VIII., Bannogasse 30,
ordiniert vom 15. April bis 15. Oktober im Seebad **Grado**,
Piazza Grande 31.

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 Redaktion 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 aspalige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der orthopädischen Anstalt des Dr. Max Haudek in Wien. Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation. Von Dr. Max Haudek, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Wien. — Über die physiologische Wirkung des Acetopyrin. Von Dr. Julius Zwintz in Wien. — Aus dem allgemeinen Krankenhaus in Biala: Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode. Von Dr. Josef Bogdanik, derzeit Primarius der chirurgischen Abteilung des St. Lazarospitals in Krakau. — Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat Eiselt und Maxner in Prag. Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung. Von Dr. Václav Plavec. — Referate. R. Stern (Breslau): Über den Wert der Agglutination für die Diagnose des Abdominaltyphus. — Bujnemsch (Moskau): Zur Theorie der Harnbildung. Die kryoskopische Methode in der Diagnostik der Nierenerkrankungen. — Bunge (Königsberg): Zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreashämorrhagie und abdominalen Fettgewebnekrose. — Lermoyez und Guisez (Paris): Ein Pflaumenkern und ein Nagel in den Bronchien. — M. v. Margulies (Odessa): Über die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie. — M. Reiner (Wien): Epiphyseolyse mit subkutaner Periosteotomie zur Behandlung des Genu valgum infantum. — Hugo Löhrke (Tübingen): Zur Frage der sogenannten febrilen Albuminurie. — Avonheim (Gevelsberg): Ein Fall von willkürlicher Verrenkung beider Kniegelenke bei einem 1 Jahr alten Mädchen. — Subkowaki: Beitrag zur Kasuistik der Frakturen des Penis beim Koitus. — Amos (Göttingen): Eine Entwicklungsanomalie der Zungenschleimhaut beim Neugeborenen. — Pace (Neapel): Sur l'existence du virus rabique dans le siège de la morsure d'un enfant mort de rage. — Kleine Mitteilungen. Die Therapie der Bronchopneumonie. — Agurin. — Zur Behandlung der Conjunctivitis blepharorrhoea neonatorum. — Die bakterizide Wirkung des Wismutsubnitrat und des Bismion. — Zur Frage des künstlichen Blutersatzes. — Behandlung der chronischen Gonorrhöe. — Die oxydierende Wirkung des Sauerstoffs auf die Haut. — Mercurio-Creme. — Gegen Ephemiden. — Thiokol. — Wirkung der Nebennierenpräparate. — Die diagnostische Tuberkulininjektion. — Literarische Anzeigen. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Von Professor Dr. Ottokar Chiar. I. Teil. Die Krankheiten der Nase. II. Teil. Die Krankheiten des Rachens. — Gesammelte Abhandlungen über Zuckerbildung in der Leber. Von Prof. Dr. Sergej f. — *Manuale dell' igienista ad uso di ufficiali sanitari, medici provinciali ingegneri, chimici e veterinari igienisti, uffici e laboratori d'igiene.* Per cura del Prof. Angelo Celli. — Feuilleton. Berliner Briefe. (Orig.-Korresp.) III. — Verhandlungen Ärztlicher Vereine. 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904 (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“). — Aus französischen Gesellschaften (Orig.-Ber.). — Notizen. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 orthopädischen Anstalt des Dr. Max Haudek in Wien.

Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

Von Dr. Max Haudek, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Wien. *)

I.

Die Behandlung der angeborenen Hüftluxation, vor zwei Dezennien noch eine der schwierigsten und oft genug undankbarsten Aufgaben der Therapie, ist jetzt zu einem Felde der Erfolge für den modernen Orthopäden geworden. Bietet diese Behandlung auch immer noch in so manchen Fällen große Schwierigkeiten und erfordert sie auch größere Erfahrung und eine gut durchgearbeitete Technik, so verfügen wir doch über Behandlungsmethoden, die, ohne den Patienten einer allzu großen Gefahr auszusetzen, einen Erfolg unserer Mühe und Arbeit verbürgen. Die Geschichte der angeborenen Hüftluxation ist mit den Namen unserer bedeutendsten Chirurgen und Orthopäden verknüpft und hat die Arbeit aller sowohl zur genauen Kenntnis der ätiologischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse dieser Deformität beigetragen, als auch, gestützt auf diese, die Ausarbeitung neuer zuverlässiger Behandlungsmethoden gefördert. Das allgemeine Interesse an diesem Gegenstande hatte die gegenseitige Prüfung und Ver-

besserung der von verschiedenen Seiten angegebenen Methoden zur Folge und es läßt sich jetzt mit Befriedigung konstatieren, daß nun die Therapie der angeborenen Hüftluxation zu den dankbarsten Aufgaben der Orthopädie gehören.

Es soll an dieser Stelle nur von den unblutigen Verfahren die Rede sein, die in erster Linie für die Behandlung der angeborenen Hüftluxation in Betracht kommt.

Den vorliegenden pathologischen Verhältnissen entsprechend, muß die Behandlung der angeborenen Luxation der Hüfte gleichwie bei der traumatischen die Reposition in die Pfanne zum Ziele haben und bildet die Wiederherstellung der normalen anatomischen Verhältnisse naturgemäß auch bei der angeborenen Luxation das ideale Resultat. Da nun aber bei dieser die pathologischen Verhältnisse nicht allein in dem fehlerhaften Lageverhältnis vom Kopf zur Pfanne bestehen, sondern noch eine ganze Reihe anderer Veränderungen hinzukommt — als solche sind zu nennen, daß die Pfanne nicht mehr in der normalen Gestalt existiert, daß Schenkelkopf und -Hals und endlich auch die sonstigen Konstituentien des Gelenkes sowie die umliegenden Weichteile gewisse Veränderungen erfahren haben —, sind für die Wiederherstellung der normalen anatomischen Verhältnisse auch ebensovieler Hindernisse gegeben.

Die Schwierigkeiten, die durch diese Verhältnisse der Therapie in den Weg gelegt werden, spiegeln sich in der Geschichte der angeborenen Hüftluxation; erst auf dem Umwege über die verschiedensten Maßnahmen palliativer Natur, über komplizierte blutige Eingriffe und schließlich auf Grund der durch die blutige Reposition gewonnenen Erfahrungen konnte eine rationelle Methode zur unblutigen Behandlung ausgearbeitet werden; diese wird in allen hierzu geeigneten

*) Nach einem am 7. März 1904 im „Wiener medizinischen Doktorenkollegium“ gehaltenen Vortrage.

Fällen in Reposition des Kopfes in die Pfanne zu bestehen haben, unter gewissen Indikationen wird die blutige Reposition auszuführen sein, in den für diese beiden Verfahren nicht geeigneten veralteten Fällen eine palliative Behandlung in Anwendung gezogen werden.

Die ersten Versuche, den Schenkelkopf auf unblutigem Wege durch Extension und Repositionsmanöver wieder in sein normales Lager zurückzuführen, wurden von französischen Chirurgen bereits in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts gemacht. So veröffentlichte PRAVAZ in Lyon im Jahre 1847 ein Verfahren, durch welches er 15 unzweifelhaftige Heilungen erreicht hatte. Nach 4—6wöchentlicher präliminärer Extension mit Gewichten wurde mittelst des Flaschenzuges bei starker Abduktion des Beines und durch manuellen Druck auf den Trochanter die Einrenkung vollzogen. Zur Nachbehandlung benutzte PRAVAZ einen Lagerungsapparat, der die Bewegung der Beine bei ausgeschaltetem Körpergewicht gestattete. Waren die Schenkelköpfe genügend fixiert, so durften die Patienten dann gehen; die ganze Behandlung dauerte etwa 2 Jahre.

Das Verfahren von PRAVAZ fand jedoch keine Nachahmung und erst im Jahre 1887 demonstrierte PACI auf dem internationalen Kongreß in Rom eine neue Behandlungsmethode. PACI führt jedoch keine wirkliche Reposition aus, sondern es wurde nur eine Herabholung des Schenkelkopfes in das Niveau der Pfanne und eine Nearthrose erstrebt. PACI erreichte dies dadurch, daß er bei fixiertem Becken durch maximale Beugung im Hüftgelenke und Druck vom Knie aus ein Tieferreten des Kopfes erzielte, der dann durch Abduktion und Außenrotation des maximal gebeugten Oberschenkels gegen die Pfanne hingebacht wurde. Nach schließlicher Streckung von Ober- und Unterschenkel wurde der Kopf in seiner neuen Lage zum Becken für einen Monat fixiert durch einen Gipsverband, in dem die Patienten jedoch nicht herumgingen; dann wurde durch 3 Monate permanente Extension nach v. VOLKMANN ausgeübt, schließlich folgen Gehübungen in Stützapparaten. Mit der Methode von PACI wurden recht gute funktionelle Resultate erzielt; der anatomische Erfolg war jedoch nur eine Transposition.

Eine wirkliche Reposition in die alte Pfanne hat SCHEDE erreicht; nach SCHEDE werden vorerst durch eine vorausgehende, meist einige Wochen dauernde vorbereitende Extensionsbehandlung die geschrumpften Weichteile einer ausgiebigen Dehnung unterzogen; auf dem von SCHEDE konstruierten Extensionsapparat wird hierauf die Reposition vorgenommen, wobei der Schenkelkopf durch Extension an beiden Beinen in das Niveau der Pfanne gebracht wird; hierbei befindet sich das Bein in möglicher Abduktion und beträgt der angewendete Zug 30—70 kg; eventuell muß das Extensionsmanöver mehrmals wiederholt werden. Ist das Bein genügend heruntergezogen, so wird unter Einwärtsrotation des Beines und Druck auf den Trochanter major von hinten her die Reposition des Kopfes angestrebt, die meist unter hör- und fühlbarem knirschendem Einschnappen über den oberen Pfannenrand erfolgt. Der Kopf kann nach erfolgter Reposition in der Leistenbeuge gefühlt werden. Das erreichte Resultat wird durch einen exakt angelegten, dem Trochanter und Becken gut anmodellierten und bis ans Knie reichenden Gipsverband bei Innenrotation des Beines fixiert; im Verbands gehen dann die Patienten mehrere Monate umher. Die starke Innenrotation der Beine korrigiert SCHEDE nachträglich mittelst querer Osteotomie im unteren Drittel des Oberschenkels. Die Behandlungsergebnisse nach der Methode von SCHEDE sind recht günstige und werden mittelst derselben auch noch bei älteren Fällen gute funktionelle Erfolge erzielt.

Am häufigsten kommt heute die Methode der unblutigen Reposition nach LORENZ zur Anwendung. In den Jahren 1894/1895 entwickelte LORENZ diese Methode auf Grund der bei der blutigen Behandlung der Hüftluxation gewonnenen Erfahrungen. Mittelst dieser Methode wird eine anatomi-

sche Heilung der angeborenen Hüftluxation angestrebt, indem durch die Repositionsmanöver der Kopf nicht bloß an den Pfannenort gebracht, sondern auch in den noch vorhandenen Rest der Pfanne eingepflanzt werden soll. Auf funktionellem Wege durch die andauernde Belastung beim Gebrauche des Beines soll dann die Fixierung des Resultates erzielt werden. Diese Methode wird heute ziemlich allgemein geübt, sie hat in ihrer Technik mancherlei Modifikationen erfahren, wie sich dieselben bei der Ausführung des Eingriffes für die einzelnen Operateure als praktisch erwiesen haben. Die Resultate sind die weitaus besten gegenüber den durch die anderen unblutigen oder blutigen Verfahren erzielten, doch bietet auch diese Methode mancherlei Schwierigkeiten und birgt, wie wir sehen werden, auch gewisse Gefahren.

Die Anwendung der unblutigen Reposition wird desto größeren Schwierigkeiten begegnen, je älter das betreffende Individuum ist. Diese Altersgrenze ist bei der LORENZschen Methode schon eine ziemlich frühe, bei einseitiger Luxation im allgemeinen das 10. Lebensjahr, bei doppelseitiger das 6.—7. Jahr. Es gibt aber Fälle, in denen die Reposition auch noch bei älteren Individuen gelingt, andererseits werden wir sehen, daß sich manchmal schon bei ganz jungen Kindern der unblutigen Reposition unüberwindliche Hindernisse in den Weg stellen, häufiger allerdings bei doppelseitiger als bei einseitiger Luxation. Auch bei älteren Kindern vom 10. bis 16. Jahre — bei Erwachsenen ist eine Reposition, sei es auf blutigem oder unblutigem Wege, wegen der schon bestehenden hochgradigen Veränderungen völlig ausgeschlossen — wird das Verfahren in Anwendung gezogen werden können; es wird durch dasselbe in diesen Fällen jedoch keine wirkliche anatomische Restitution mehr erreicht werden, sondern es wird sich meist nur ein gutes funktionelles Resultat ermöglichen lassen, in manchen Fällen vielleicht noch leichter nach der Methode von SCHEDE.

Die Technik der unblutigen Reposition hat wie gesagt mehrfache Modifikationen erfahren, doch ist das Prinzip des Verfahrens bei allen Operateuren das gleiche. In Narkose wird durch Extension am Bein und unter Kontraextension am Becken der Schenkelkopf in das Niveau der Pfanne gebracht. LORENZ benutzt zur Extension, besonders bei älteren Kindern, die von ihm angegebene Schraubenvorrichtung, der Gegenzug wird durch ein um das Perineum geführtes und kopfwärts befestigtes zusammengerolltes Leintuch ausgeübt. Die Extension erfolgt unter gleichzeitiger Abduktion des Beines; hierbei spannen sich die Weichteile und Muskeln an der Innenseite des Oberschenkels kolossal an und springen die Adduktoren strangartig vor. Durch Kneten und Drücken wird die Spannung der vortretenden Teile beseitigt und man fühlt hierbei manchmal das Einreißen der Sehnenstränge, bei älteren Kindern ist man des öfteren genötigt, die subkutane Tenotomie der Adduktorensehnen auszuführen. Die Extension, bei jüngeren Kindern genügt die manuelle, wird solange fortgesetzt, bis der Kopf genügend heruntergerückt ist. Wir erkennen dies am Stande des Trochanters, der unter Rotation nach außen tiefer tritt und schließlich in den Weichteilen verschwindet. Nach Lösung der eventuell angewendeten Extensionsvorrichtung wird hierauf das Bein unter fortgesetzter manueller Extension zur Beseitigung des noch vorhandenen Adduktorenwiderstandes in maximale Abduktion gebracht.

Den zweiten Akt der Operation bildet die eigentliche Reposition. Diese wird in der Weise ausgeführt, daß man das im Hüftgelenk maximal gebeugte und leicht nach einwärts rotierte Bein in maximale Abduktion überführt, wobei von hinten her ein Druck auf den Trochanter ausgeübt wird. Bei jungen Kindern gelingt oft schon die Reposition in die Pfanne beim ersten Versuch, indem der Schenkelkopf den hinteren Pfannenrand unter hör- und fühlbarem Ruck (Einrenkungsgeräusch) überspringt. Ist die Reposition einmal vollzogen, so kann man den Schenkelkopf immer wieder mit Leichtigkeit in die Pfanne bringen. Nicht immer aber gelingt

die Reposition so leicht. Oft genug bieten sich derselben manchmal auch bei ganz jungen Kindern die größten Schwierigkeiten. Die Hindernisse sind hier teils durch die Verkürzung der Weichteile, besonders der Muskulatur, teils durch Veränderungen an Pfanne und Kopf gegeben. Die ersteren lassen sich meist durch länger dauernden energischen Zug, eventuell durch subkutane Durchschneidung der verkürzten Weichteile überwinden. In solchen Fällen ist es oft zweckmäßig, die Herabholung des Kopfes in Etappen durchzuführen, indem man den Kopf resp. das Bein in der bestmöglichen Extensionsstellung für einige Tage im Gipsverband fixiert; nach 2—3 derartigen Verbänden, manchmal schon nach dem ersten, gelingt dann die Reposition sehr leicht.

Schwerwiegender sind die Repositionshindernisse, die durch besondere anatomische Beschaffenheit von Pfanne und Kopf bedingt sind. Flachheit der Pfanne wird es oft unmöglich machen, den Kopf in derselben festzuhalten, und kommt es in diesen Fällen nach Auflassung der Fixation meist durch Relaxation nach vorn zur sogenannten Transposition, wobei sich der Kopf unter der Spina anterior inferior einstellt. Veränderungen am Schenkelkopf, insbesondere abnorme Kleinheit, unregelmäßige Gestalt desselben, sowie Coxavara- und Anteversionsstellung geben gleichfalls Anlaß zu Relaxation und sind manchmal auch ein unüberwindliches Repositionshindernis. Es wird zwar meistens schon möglich sein, diese Hindernisse im Röntgenbilde, dessen Anfertigung nie unterlassen werden soll, zu erkennen und danach die Voraussage einigermaßen zu richten; doch gelingt manchmal die Reposition auch in solchen Fällen leichter als man gedacht. Andernfalls ist es notwendig, bei den Repositionsversuchen eine Reihe von Bewegungen und Manövern vorzunehmen, die das Eintreten des Kopfes in die Pfanne bewirken sollen. Es ist oft notwendig, zur maximalen Abduktion auch noch die Überstreckung hinzuzufügen; um dieselbe zu erreichen, wird man nach dem Rate HOFFA's pumpenschwengelartige Bewegungen mit dem Beine vorzunehmen haben, Bewegungen, die allmählich den maximal flektierten und etwas auswärts rotierten Oberschenkel in die maximalste Abduktion und Überstreckung führen und die den Zweck haben, insbesondere die vordere Kapselwand zu dehnen; eventuell wird man zu diesem Zwecke auch noch Zirkumduktionsbewegungen ausführen. Unter Extension in der Richtung des abduzierten Oberschenkels und Druck auf den Trochanter von hinten her wird es dann meist gelingen, den Kopf über den hinteren Pfannenrand zu hebeln. Oft ist es notwendig, auf den Trochanter einen stärkeren Druck auszuüben; dies geschieht entweder durch Unterschieben der Faust, eines gepolsterten Keiles (LORENZ) oder des Vorderarms (HOFFA). Über diese Unterlage wird dann unter Ausübung der oben geschilderten Bewegungen der Trochanter unter kräftigem Druck gehebelt. Bei dieser Art der Repositionsversuche ist natürlich große Vorsicht geboten, da durch die forcierte Hebelung leicht Schenkelhalsfrakturen erzeugt werden können. Doch ist die Freude dann um so größer, wenn nach mehrfachen vergeblichen Versuchen endlich das ersehnte Einklinkungsgeräusch die gelungene Reposition verkündet.

Nach gelungener Reposition bleibt der Kopf meist ohne weitere Fixation in der Pfanne stehen. Das erreichte Resultat fixieren wir jedoch meistens nicht in der stark abduzierten Stellung, in der die Reposition vollzogen wurde, sondern suchen den Abduktionswinkel zu vermindern. Um dies zu ermöglichen, wird vorerst die Erweiterung der Pfannentasche durch kräftige bohrende, gegen das Becken gerichtete Bewegungen in möglichster Überstreckung des Oberschenkels angestrebt. In der geringsten Abduktion, in der dann noch der Kopf in der Pfanne bleibt, wird der fixierende Gipsverband angelegt. Von Wichtigkeit ist auch die Rollstellung, die man dem Beine gibt. In einer Anzahl von Fällen ist es nur möglich, den Kopf bei mehr oder weniger starker Außenrotation in der Pfanne zu halten. Wenn es irgendwie möglich ist, soll

man den Verband in leichter Einwärtsrotation anlegen. HOFFA, insbesondere aber LANGE verlangen wegen der meist vorhandenen Anteversionsstellung des Schenkelkopfes die Anwendung starker Einwärtsrollung.

Der Gipsverband muß sich den Konturen des Körpers, insbesondere über dem Trochanter, genau anschmiegen und wird bis zum Knie reichen müssen; bei starker Einwärtsrotation bis an die Malleolen. In den Fällen, wo der Verband bei gestrecktem Keil nur bis ans Knie reicht, muß man noch die Streckung der Sehnen an der Bogeneseite des Kniegelenkes ausführen. Die Vornahme dieses Eingriffes wird sich aber auch schon vor Anlegung des Verbandes empfehlen, da durch die Spannung der vom Tuber ossis ichii nach dem Unterschenkel ziehenden Muskeln der Kopf noch besser in der Pfanne festgehalten wird.

Mit dieser Technik wird es wohl in den meisten Fällen gelingen, die Reposition zu bewerkstelligen. Setzen sich der Reposition über den hinteren Pfannenrand, die durch die oben geschilderten Verfahren angestrebt wird, unüberwindliche Hindernisse entgegen, so kann man noch versuchen, dieselbe über den unteren Pfannenrand zu Wege zu bringen, indem der Schenkel in recht- bis spitzwinkliger Flexion nach aufwärts gezogen und durch Druck auf den Trochanter von unten nach oben das Überspringen des unteren Pfannenrandes unterstützt wird.

Der unangenehmen Zwischenfälle gibt es während und nach der unblutigen Reposition eine ganze Reihe. Allerdings meistens nur nach den forcierten Eingriffen. Durch den bei der Extension ausgeübten forcierten Zug an den Fußgelenken kann es leicht zu einer Zerrung der Kniegelenksbänder und Kniekehlensehnen, eventuell des Nerv. Peroneus mit nachfolgenden Lähmungserscheinungen, kommen. Es wird sich daher empfehlen, die Extensionsvorrichtung nicht über den Knöcheln, sondern womöglichst oberhalb des Kniegelenkes anzulegen. Durch die Dehnung der Adduktoren sowie durch die mobilisierenden Bewegungen im Sinne der Überstreckung kommt es zu Weichteilquetschungen und Zerreißungen, die zur Bildung von Blutextravasaten in der Hüftgegend und durch Vereiterung dieser manchmal zu höchst unangenehmen Folgen führen können. Zu den glücklicherweise gleichfalls höchst seltenen üblen Ereignissen gehören dann noch Lähmungen des Ischiadikus; etwas häufiger sind die schon früher erwähnten Frakturen des Oberschenkels und besonders des Schenkelhalses. NARATH hat auf die Entstehung von breiten, flachen Hernien aufmerksam gemacht, die unter dem POUPARTSchen Bande durch eine spaltförmige Lücke neben den Gefäßen austreten.

Wenn nach mehrfachen Versuchen die Reposition doch nicht gelingt und auch das Etappenverfahren nicht zum Ziele führt, so tut man besser, die Versuche der unblutigen Reposition aufzugeben, als dieselben zu forcieren. Ich habe unter meinen Fällen 3, in denen dies der Fall war — 2mal bei einseitiger (9jähriges und 4½jähriges Kind) und 1mal bei doppelseitiger (8¼jähriges Kind) Verenkung. In solchen Fällen wird man sich eventuell entschließen müssen, auf die Reposition in die Pfanne zu verzichten und bloß eine Transposition nach vorn auszuführen, die ja auch ein recht gutes funktionelles Resultat ergibt; ich habe dieses Verfahren bei den beiden einseitigen Fällen eingeschlagen.

Ist die Reposition gelungen, so handelt es sich darum, dieses Resultat durch den entsprechend angelegten Verband und durch die Nachbehandlung auch zu einem dauernden zu gestalten. Leider gelingt dies nicht immer. Wenn wir auch bemüht sind, die Reposition durch die Stellung, die wir dem Beine geben, und durch die Einbohrung in die Pfanne zu stabilisieren, so ist doch nicht immer die Retention des Kopfes in der Pfanne möglich und es kommt manchmal schon unter dem Verbands zur Relaxation. Ich konnte dieses Ereignis 2mal (3½ und 4½ Jahre alte Kinder) beobachten, wo ich nach der Art des Gehens die Relaxation ver-

mutete; ich wiederholte die Reposition, die leicht gelang und ein dauerndes Resultat ergab.

Im Verbands können die Kinder mit einseitig reponierter Hüfte sehr bald herumgehen, falls die Abduktionsstellung keine zu hochgradige ist. Bei einseitig vorgenommener Reposition der beiderseitigen Hüftluxation ist wegen der starken Spreizstellung der Beine im ersten Verband das Gehen unmöglich; um auch hier die Funktionen ausnutzen zu können, empfiehlt es sich, besonders bei etwas älteren Kindern, die Operation zweizeitig vorzunehmen. Der erste Verband bleibt 2—3 Monate liegen, um dann je nach den speziellen Verhältnissen (anatomische Beschaffenheit der Gelenkskonstituentien, Alter des Kindes) noch einem zweiten eventuell dritten Platz zu machen, wobei jedesmal die Abduktionsstellung vermindert wird. Bei der Vornahme des Verbandwechsels ist, falls nicht Relaxation vorliegt, keine Narkose notwendig. Bei zweizeitig ausgeführter Reposition der doppelseitigen Hüftluxation wird die Behandlung erst auf der einen Seite bis zur völligen Stabilisierung durchgeführt und dann erst die zweite Seite in Angriff genommen.

Um den Patienten mit einseitigem Abduktionsverband das Gehen zu erleichtern, wird unter das gesunde Bein eine Einlage gegeben, die mit der Verminderung der Abduktion auch niedriger gemacht wird. Nur bei sehr starker Abduktion, bei welcher zum Gehen das Knie abgebogen werden muß, wird unter das reponierte Bein eine Prothese kommen müssen.

Nach Entfernung des letzten Verbandes setzt die Nachbehandlung ein, die vor allem in Massage der Muskulatur des ganzen Beines, insbesondere aber der Abduktionsmuskeln (Muskeln an der Außenseite des Oberschenkels und Glutäalmuskeln) zu bestehen hat. Auf die Massage läßt man eine energische Abduktionsgymnastik folgen. Erst in Rückenlage, hierauf in Seitenlage wird erst passiv, dann aktiv, endlich unter Widerstand die Ausführung der Abduktionsbewegung geübt. Anfangs sind die Patienten gar nicht imstande, ihr Bein von der Unterlage abzuheben oder das passiv erhobene in dieser Lage zu halten; mit der Kräftigung der Abduktionsmuskulatur gelingt dies aber immer besser. Abduktions- und Spreizübungen im Stehen, Stehen auf einem Bein, Übungen an aktiven und Widerstandsapparaten vervollständigen die Nachbehandlung. Durch wie lange Zeit dieselbe fortgeführt werden muß, hängt vom Kräftezustande der Muskulatur ab; im Durchschnitte muß man mit einer Nachbehandlung von 6—8 Wochen rechnen. Als wirklich abgeschlossen kann man dieselbe dann betrachten, wenn die Kinder beim Stehen auf dem Beine der ehemals luxierten Seite das TRENDLENBURGSche Phänomen nicht mehr zeigen, wenn also die Abduktionsmuskeln dieser Seite imstande sind, das Becken hoch zu halten; es zeigt sich dann nicht mehr das Tieferstehen der Glutäalfalten der anderen gehobenen Seite, die das TRENDLENBURGSche Zeichen charakterisiert. In manchen Fällen wird es notwendig sein, zur Sicherung der Reposition noch einige Zeit einen der später anzugebenden Apparate tragen zu lassen.

Über die physiologische Wirkung des Acetopyrin.

Von **Dr. Julius Zwintz** in Wien.

Anschließend an die bisherigen Veröffentlichungen über die Eigenschaften des Acetopyrin schien es sich der Mühe zu lohnen, die physiologischen Eigenschaften desselben näher zu studieren. Nach dem bisher Veröffentlichten war nämlich anzunehmen, daß es, subkutan verwendet, keine Wirksamkeit äußern werde. Tatsächlich konnte nun bei subkutaner Anwendung keine Einwirkung auf den Tierkörper oder eine solche auf die peripheren Nerven nachgewiesen werden. Es blieb daher nur

die Darreichung per os oder bei eröffneten Bauchdecken eine direkte Einspritzung in den Magen übrig und bei dieser Art erfolgte die Wirkungsweise in der Regel innerhalb 2 bis 10 Minuten.

Wichtig war es vor allem, die Einwirkung auf den Blutdruck zu prüfen, schon mit Rücksicht auf die Antipyrikkomponente des Acetopyrin. Die beiliegende Blutdruckkurve zeigt ein Sinken des Blutdrucks — an der linken Karotis gemessen — um 2 mm Quecksilber, 5 Minuten nach Einverleibung von zirka 0.05 g Acetopyrin bei einem ungefähr $\frac{1}{4}$ kg schweren Kaninchen.

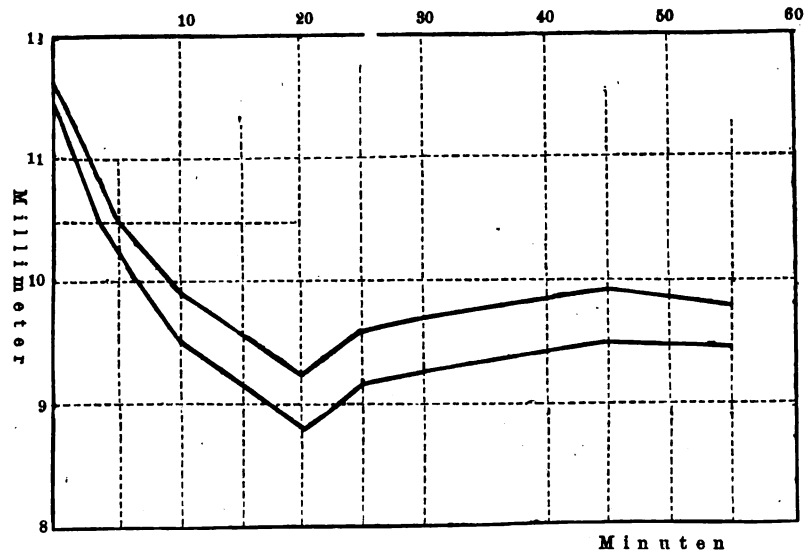


Fig. 1.

Ein ähnliches Resultat ergab die Blutdruckmessung an der linken A. cruralis: Manometerstand (absolute Höhe der Quecksilbersäule) 9.1 mm, 9 Minuten nach Einführung von 0.05 g Acetopyrin, in kaltem Wasser verrieben und mittelst Magenschlauchs in den Magen injiziert, sinkt das Quecksilber auf 7.7 mm. Der Versuch ergab außerdem das Erhaltenbleiben der Gefäßreflexe, denn eine galvanische Reizung am Nerv. cruralis appliziert, ergab nach zwei stärkeren Anstiegen des Blutdrucks ein Sinken desselben auf 7.5 mm; nach Aussetzen des Reizes den früheren Stand (7.7 mm). Jedenfalls war die Wirkung auf den Blutdruck eine geringe.

Hingegen schien das Acetopyrin mehr auf die Respiration zu wirken; wenigstens gingen einige Tiere auf die einmalige Einverleibung von 0.15, resp. 0.2 g Acetopyrin innerhalb 5—10 Minuten an Atmungslähmung zugrunde. Es lag daher nahe, den Respirationstrakt einer näheren Prüfung mit nicht toxischen Mengen zu unterziehen. Zu diesem Behufe verwendete ich eine kleine Vorrichtung, die den intrathorakalen Druck zu messen erlaubte und außerdem einen Magenschlauch behufs Einspritzung des Acetopyrin in sich enthielt.

Ich nahm ein T-Rohr, an dessen einem Schenkel (a) ich mit Hilfe eines Kautschukschlaches ein Wassermanometer anschloß. Durch b und c wurde ein dickwandiger Katheter so gelegt, daß sein Ende in den Magen reichen mußte, während ein Kautschukschlauch bei c angebracht über den Katheter ging und unten derart über ihn zugebunden wurde, daß der Kautschukschlauch im Ösophagus um zu liegen kam. Dieser derart montierte Apparat wurde durch eine seitlich am Halse angebrachte Ösophagotomie eingeführt, wobei es sich empfahl, das distale Ende des Ösophagus abzubinden, da die Wunde sonst durch den massenhaft abgesonderten Speichel und Schleim verunreinigt worden wäre. Der Versuch ergab: Manometerstand 36 mm, unmittelbar nach der Einspritzung Steigen auf 36.2 mm. 10 Minuten nach der Einspritzung von zirka 0.04 g in Wasser verriebenen Acetopyrins sinkt der Manometerstand um 1 mm. Nach 20 Minuten bis $\frac{1}{2}$ Stunde wird wieder Acetopyrin ein-

gespritzt — wieder Sinken des Manometerstandes. Es spricht dieser Versuch wohl für ein Sinken des intrathorakalen Drucks und für eine Verflachung der Atmung — ein Symptom übrigens, das auch am Krankenbette beobachtet wurde.

Zunächst wurde alsdann die Schilddrüse untersucht. Hier ergab das Acetopyrin eine Herabsetzung der Drüsentätigkeit (gefunden durch ein von mir geübtes Verfahren, auf das ich mich hier nicht näher einlassen kann), eine Eigenschaft übrigens, die es mit dem Na. salicyl. teilt.

In teilweisem Zusammenhang wohl damit steht die Beobachtung in einem Falle von BASEDOW, bei dem unangenehme Sensationen, Hämmern und Pulsieren im „Kropf“ die hauptsächlichsten Beschwerden waren, die auf $3 \times 0.4 g$ Acetopyrin täglich fast vollständig verschwanden. Als nächstes Organ sei die Milz erwähnt. Nebenbei ist die Onkometerkurve: sie zeigt eine kräftige Verkleinerung des Organs nach Acetopyrindarreichung, ferner eine vorübergehende Vergrößerung desselben nach Applikation von heißen feuchten Umschlägen auf die Umgebung des Organs — eine Erscheinung, die bereits A. STRASSER und H. WOLF (Volumschwankungen der Milz und Niere nach thermischen Reizen. „Blätter f. klin. Hydrotherapie“, Nr. X, 1903) beobachtet haben.

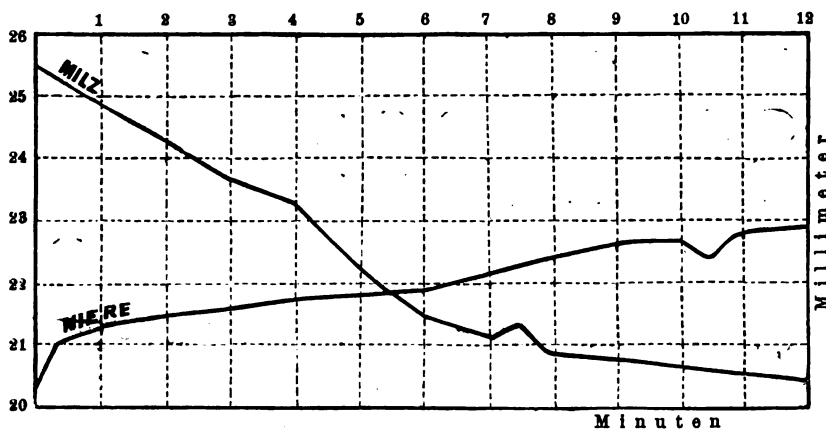


Fig. 2.

Die Onkometrie der Niere ergab eine Volumsvergrößerung des Organs nach Darreichung von Acetopyrin; merkwürdigerweise ergab ein Versuch von Wärme eine Verkleinerung der Niere in der an der Kurve eingezeichneten Art. In wahrscheinlichem Zusammenhange mit der Volumsvergrößerung der Niere steht der Umstand, daß das Acetopyrin nachgewiesenermaßen größtenteils durch den Urin eliminiert wird. Ein in den Ureter eingebundenes Glasrohr zeigt tatsächlich die Zunahme der Urinmenge an.

Eine interessante Beobachtung ergaben die Sekretionsänderungen des Pankreas. Der betreffende Versuch wurde folgendermaßen angestellt: Nachdem der Bauch unter Narkose des Tieres (Kaninchens) mit Chloroform in gewöhnlicher Art eröffnet war, die Därme mit feuchten warmen Tüchern gewärmt waren, wurde der Darm zu beiden Seiten des Ausführungsganges des Pankreas abgeklemmt und dazwischen durchschnitten, in den Ausführungsgang ein konisches, kurzes Glasrohr eingebunden. 3 Minuten nach fertiggestellter Versuchsanordnung ist die Absonderung 1 mm hoch in die Glasröhre gestiegen. In weiteren $7\frac{1}{2}$ Minuten beträgt die Zunahme $\frac{1}{2} mm$. Es werden nun $0.03 g$ Acetopyrin in Wasser aufgeschwemmt in den Magen eingespritzt. In den nächsten 5 Minuten erreicht die Sekretion einen Stand von 17 mm, in weiteren 5 Minuten. Zunahme um 1 mm, wobei es bleibt, so daß die totale Sekretionshöhe nach 10 Minuten 18 mm beträgt. Die Innentemperatur des Tieres betrug während des Versuchs nicht mehr als 37.4 .

Ein Versuch möge hier noch Platz finden, obzwar er kein sehr wesentliches Resultat lieferte, und zwar wegen der allgemeinen Schwierigkeiten derartiger Versuche am Tier.

Es ist ein Versuch über die Schweißsekretion: Es werden bei einer Katze unter Chloroformnarkose $0.2 g$ Acetopyrin mit der Schlundsonde in den Magen injiziert. Nach 10 Minuten treten an den nackten Stellen der Vorderpfoten Schweißtröpfchen auf, die anscheinend sauer reagieren. Nach zirka 20 Minuten ist keine Sekretion mehr vorhanden. Bei Einspritzung von 0.2 Natr. salicyl. auf 1 Pravazspritze Wasser unter die Bauchhaut tritt nach zirka 5 Minuten bereits eine Schweißsekretion an den Vorderpfoten auf.

Zusammenfassend wäre demnach über Acetopyrin folgendes zu sagen:

1. Ist es ein ausgezeichnetes, ausgesprochenes Antipyretikum, das
2. keine schädlichen Einwirkungen auf das Herz ausübt;
3. in toxischer Dosis ist es ein Respirationsgift, in medizinischer Dosis verflacht es die Atmung;
4. die Milz wird verkleinert;
5. bei der Ausscheidung durch die Niere erhöht es die Diurese;
6. die Pankreasabsonderung wird enorm erhöht, eine Wirkungsweise, die dessen Anwendung bei der pankreatischen Form des Diabetes als gerechtfertigt erscheinen ließe;
7. die Schweißabsonderung tritt spät ein und ist nur von kurzer Dauer.

Aus dem allgemeinen Krankenhause in Biala.

Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, derzeit Primarius der chirurgischen Abteilung des St. Lazarusspitals in Krakau.

Im Anhang zu meiner Arbeit¹⁾ teile ich noch einige weitere einschlägige Fälle mit:

5. J. Ch., 23jähriger Arbeiter aus Andrychów, wurde am 3. September 1897 ins Spital aufgenommen. In der Gegend des Kahnbeines ist am rechten Fuße eine schmerzhafte Geschwulst vorhanden, welche sich bis auf die Ferse hinzieht. Da die Schmerzen trotz Ruhe, Bädern etc. nicht nachließen, bat der Kranke um eine Operation, welche am 29. Oktober 1897 vorgenommen wurde. Nach Durchsägen des Fersenbeines verlängerte ich den Schnitt beiderseits neben der Fußsohle zu den Mittelfußknochen und enukleierte das Kahnbein mit seiner Gelenkkapsel, dann verlängerte ich den Schnitt neben der Achillessehne nach oben und entfernte mit dem scharfen Löffel die da befindlichen Granulationen. Naht der Knochen mit Draht, Hautnaht mit Chromcatgut, Jodoformverband. Am 24. Januar 1898 wurde der Kranke gesund entlassen, das Gelenk war frei beweglich. Im Jahre 1903 sah ich den Operierten wieder. Das Sprunggelenk ist beweglich und funktioniert gut.

6. A. B., 16 Jahre alter Bildhauerlehrling aus Matzdorf, wurde am 18. Januar 1902 ins Spital aufgenommen, wegen Schmerzen im linken Sprunggelenke, welche seit Mai 1901 anhalten. Am 24. Januar 1902 entfernte ich von meinem Schnitte aus das ganze Sprungbein und kratzte mit dem scharfen Löffel einen kariösen Herd aus der Gelenkfläche der Tibia nebst Granulationsgewebe um den Knochen herum aus. Den resezierten Knochen vereinigte ich mit zwei Bronzealuminiumdrahtnähten, Drainage, Hautnaht, Jodoformverband. Die Temperatur stieg nur am 26. Januar bis $37.6^{\circ} C$, sonst war sie normal, und am 22. März verließ der Kranke genesen das Spital.

7. St. O., Fleischergehilfe, 21 Jahre alt, welcher bereits vom 14. März bis 2. Juli 1901 im Spital mit der Diagnose Caries ossium tarsi sin., fistula, behandelt wurde, ersuchte um neuerliche

¹⁾ Siehe „Wiener Med. Presse“, 1904, Nr. 9.

Aufnahme behufs Operation, welche auch am 6. Februar 1902 vorgenommen wurde. Nach Durchsäugung des Fersenbeines verursachte die Luxierung des Gelenkes Schwierigkeiten wegen starker Verwachsungen. Der ins Fersenbein dringende Fistelgang wurde erweitert und ein stark übelriechender, gangränöser Herd beseitigt. Knochennaht mit Aluminiumbronzedraht, Drainage, Hautnaht, Jodoformverband. Im Verlaufe der Nachbehandlung betrug die Temperatur nur zweimal 38.2°C und am 14. April verließ der Kranke genesen das Spital.

8. J. R., 14jähriger Hirt, wurde am 20. Juli 1902 wegen Caries tarsi sinistri operiert. Nachdem die Weichteile durchtrennt waren, ließ sich das Fersenbein mit einem starken Messer ohne Säge bis zum Talocalcaneal-Gelenk durchschneiden. Darauf wurde das Fersenbein mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, so daß davon nur eine dünne Hülle blieb. Dann wurden ein kariöser Herd aus dem Sprungbeine und Granulationen von beiden Seiten des Knochens beseitigt. Naht der Weichteile mit Fil de Florence, Drainage, Jodoformverband. Der postoperative Verlauf war ganz glatt, die Temperatur erreichte nie 37.5°C , aber das Ausfüllen einer so großen Höhle brauchte lange Zeit. Am 20. November verließ der Kranke genesen das Spital.

9. S. S., 37 Jahre alter Arbeiter aus Lodygowice, wurde bereits im allgemeinen Krankenhause in Zywiec vom 4. November 1901 bis 10. Februar 1902 behandelt und von Dr. IDZINSKI wegen Tuberkulose des rechten Sprunggelenkes operiert. Es verblieb ein Fistelgang, welcher Eiter absonderte; das Sprunggelenk ist wenig beweglich und schmerzhaft. Am 8. Januar 1903 resezierte ich das Sprunggelenk nach Injektion von Tropakokain in den Lendenkanal. Nachdem das Fersenbein durchsäugt war, verursachte die Luxation des Talocalcaneal-Gelenkes wegen starker Verwachsungen große Schwierigkeiten. Die Verwachsungen mußten mit dem Messer gelöst werden. Nun wurden die stark übelriechenden und ausgebreiteten Herde aus dem Fersenbeine mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, so daß nur ein schmaler Saum des Knochens verblieb. Dann entfernte ich die Herde aus dem Sprungbeine und Granulationen von den Gelenksflächen. Naht des Knochens mit Draht, Drainage, Hautnaht mit Fil de Florence, Jodoformverband. Nur durch 2 Tage, d. i. am 20. und 21. Januar, fieberte der Kranke (39.0°C), sonst war die Temperatur stets unter 37.0°C . Das Ausfüllen der großen Substanzverluste benötigte viel Zeit, so daß der Kranke erst am 25. November 1903 vollkommen genesen das Spital verlassen konnte. Das Gelenk war ziemlich gelenkig. Dieser Fall war eigentlich schon zur Amputation geeignet gewesen.

Ich erwähnte oben, daß beim Kranken die Rückenmarksnarkose mit Tropakokain gemacht wurde. Es ist nun interessant zu erfahren, daß darauf die Operation ganz schmerzlos war und der Kranke diese Narkose der Chloroformnarkose vorzog.

Ich habe also in neun Fällen nach meiner Methode operiert und ein gutes Resultat selbst noch da erzielt, wo infolgeausgebreiteter Erkrankung eigentlich die Amputation am Platze gewesen wäre (Fall 9). Unangenehme Zwischenfälle, z. B. Verletzung größerer Gefäße, Nerven oder Sehnen, sind gar nicht vorgekommen. Schwierigkeiten bereiteten nur jene Fälle, wo wegen starker Verwachsungen das Gelenk wenig beweglich war. Nach vollzogener Luxierung hat man einen sehr guten Einblick in die erkrankten Gelenke und Knochen, so daß alles Krankhafte entfernt werden kann. Das Resultat ist in kosmetischer und funktioneller Hinsicht sehr gut, wie es auch nach Jahren bestätigt wurde. Die günstig angelegte Operationsnarbe verursacht gar keine Schmerzen oder sonstige Beschwerden. Nur in einem Falle (4) bei einem 8jährigen Knaben war das Resultat nicht gut; in diesem Falle war aber der Knochen so weich, daß er mit dem Messer durchschnitten werden konnte; der Fall war also a priori eigentlich zur Resektion nicht geeignet. Zur Resektion sind bloß sehr jugendliche und alte Personen nicht geeignet; bei ersteren ist die konservative Behandlung, bei letzteren die Amputation vorzuziehen.

Aus den internen Abteilungen der Professoren Hofrat Eiselt und Maixner in Prag.

Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.

Von **Dr. Václav Plavec.**

(Schluß.)

Viel wichtiger als die Neutralisation der Phosphorsäuren im Verdauungstraktus ist die Neutralisation der verschiedenen Säuren und sauer reagierenden Produkte, welche bei der Phosphordegeneration der Organe entstehen und das Blut überschwemmen.

SCHULTZEN und RIESS (18) haben zuerst im Harn und im Blute mit Phosphor Vergifteter große Quantitäten von Milchsäure gefunden, später konstatierte H. MAYER (50) bei der Phosphorintoxikation eine Herabsetzung der Blutalkaleszenz um 50—80%. Bei vergifteten Hühnern fand TAUSSIG (51) sogar deutlich saure Reaktion des Serums. In neuester Zeit hat MÜNZER (26, 52) bei der gründlichen Bearbeitung seines reichen Materiales konstatiert, daß auch anorganische Säuren an dem Sinken der Blutalkaleszenz wichtigen Anteil nehmen.

Daß diese abnorme Säureproduktion und das Sinken der Blutalkaleszenz für den Organismus nicht ohne Folgen bleiben kann, ist sicher. MÜNZER hat gezeigt, daß der Organismus des Menschen und der Fleischfresser diese abnorme Säureproduktion durch eine erhöhte Produktion von Ammoniak selbst paralyisiert. Dieser bildet im Harn mit Phosphor Vergifteter 10—17% des ausgeschiedenen Gesamt-N, und es gelang MÜNZER, diese erhöhte Produktion des Ammoniaks durch Darreichung von Natriumbikarbonat bis auf 6.2% herabzudrücken. Es kann kein Zweifel darüber sein, daß das lebende Protoplasma der Organe, das ja ohnehin schon durch die Phosphordegeneration geschädigt ist, durch die Ammoniakproduktion doppelt leidet, und daß infolgedessen die Darreichung des Natriumbikarbonats nach JAKSCH und MÜNZER bei der akuten Phosphorvergiftung eine der wichtigsten Forderungen der symptomatischen Therapie darstellt. Natriumbikarbonat oder auch alkalische Getränke werden aber erst 2—3 Tage nach dem Beginne der Vergiftung gereicht, denn erst zu dieser Zeit erreicht nach MÜNZER der Eiweißzerfall und das Sinken der Blutalkaleszenz einen höheren Grad. v. JAKSCH (17) läßt bis zu 20 g Natrium bicarbonicum pro die nehmen.

Von allen sekundären Symptomen der akuten Phosphorvergiftung besitzt für den Arzt die größte Wichtigkeit (RIESS) die Schwächung der Herztätigkeit, welche sich gleich in den ersten Stunden nach dem Genusse des Phosphors einstellt und bei größerer Resorption desselben leicht in Lähmung übergehen kann, wobei das Herz in Diastole stehen bleibt.

Dieser deletäre Einfluß des resorbierten Phosphors auf das Herz war schon öfters Gegenstand experimentellen Studiums [H. MAYER (50), BRILIANT (53), O. LOEWI (54)], wobei es sich gezeigt hat, daß unter dem Einflusse des Phosphors nicht allein der nervöse Apparat, sondern auch der Muskel selbst leidet. Das stillstehende Froschherz konnte BRILIANT durch Physostigmin, Kampher oder durch lokale Reizung der Kammer noch zu erneuter Tätigkeit anregen. Auch MAYER beobachtete, daß die lokale Erregbarkeit des Muskels noch beim stillstehenden Herzen erhalten ist, aber nach kurzer Zeit schwindet auch diese. Die Herzzentren erlahmen also früher als der Muskel, obzwar kein Zweifel darüber besteht, daß die Arbeit des Herzmuskels schon vor der vollständigen Lähmung zerstört sein muß. KUNKEL sagt ausdrücklich, daß die Pulszahl bei der Phosphorvergiftung nicht einmal so sonderlich erhöht zu sein pflegt, daß aber der Puls schwach ist, und damit stimmen auch meine Erfahrungen an der Klinik MAIXNER überein.

Es ist klar, daß ein Herz, das mit einem Fehler bereits behaftet war, bei der Phosphorvergiftung ganz besonders

leiden muß. LANGER (35) z. B. beschreibt einen Fall, wo bloß von einem Zündhölzchenpäckchen der Phosphor genommen worden war und wo der Tod binnen 10 Stunden eintrat, obwohl schon eine halbe Stunde nach dem Genuße des Phosphors eine Ausspülung vorgenommen werden konnte. Diesen raschen Tod bei einer so kleinen Phosphordose erklärt LANGER durch Veränderungen am Endo- und Myokard, die man in diesem Falle gefunden hatte, und beruft sich auch auf andere ähnliche Fälle in der Literatur.

v. JAKSCH (17) erklärt subkutane Injektionen von Kampheröl für das souveränste Mittel bei Herzschwäche im allgemeinen und bei der Phosphorvergiftung im besonderen. In der Klinik Hofrat EISELTS und MAIXNERS bekamen unsere Phosphorvergiftungen in den ersten Tagen schwarzen Kaffee, bei deutlich schwächer werdendem Pulse Kognak in wiederholten kleinen Gaben und erst dann bei weiter zunehmender Schwäche Injektionen mit Kampheräther. Die Darreichung alkoholischer Getränke bei frischen Fällen von Phosphorvergiftung setzt aber eine gründliche Evakuierung des Darmtrakts und namentlich eine sorgfältige Ausspülung des Magens voraus, denn sonst löst der Alkohol den zurückgebliebenen Phosphor auf und erleichtert seine Resorption. In allen Fällen wurde der Puls nach dieser Medikation, wenn auch nicht dauernd, so doch wenigstens für eine gewisse Zeit voller und der Patient fühlte sich kräftiger. Irgendwelche auffallend gute Wirkungen der Kampherinjektion habe ich nicht gesehen, wenn ich auch die Erfahrungen v. JAKSCHS und BRILIANTS nicht bezweifeln will.

Den guten Einfluß der alkoholischen Getränke auf die Herzschwäche bei Phosphorvergiftung haben noch mehrere andere Autoren beobachtet. VETTER (9) und MAYER (9) geben mit Bestimmtheit an, daß man den Kollaps bei der Phosphorvergiftung mit einem kräftigen Weine am besten beherrscht. In unserer Literatur beschreibt SRBEK (55) einen schweren Fall von Phosphorintoxikation, wo der Puls kaum tastbar war und sich nach Kognak wieder hob.

Leider ist die Herzschwäche im Beginne der Phosphorvergiftung in prognostischer Beziehung stets ein schlechtes Symptom, mag nun die Ursache für das Sinken der Herzaktion mehr im Herzen selbst gelegen sein oder in einer ausgiebigen Resorption des Phosphors. Durch die fortschreitende Degeneration der Organe leidet das Herz im höchsten Grade, und da stellt sich zur Zeit des Ikterus und der Hämorrhagien von neuem Herzschwäche ein, die sich aber mit Hilfe von Exzitantien nicht mehr so gut bewältigen läßt. Ich habe zwei gleiche Fälle von Phosphorvergiftung mit sonst gesundem Herzen beobachtet, bei denen infolge reichlicher Resorption des Phosphors ein starker Kollaps eintrat, der sich unter Darreichung von Kaffee und Kognak bedeutend besserte, bei denen später aber (nach 5 resp. 8 Tagen) unter den bekannten Symptomen doch der Tod eintrat, trotz der Darreichung dieser und noch anderer Exzitantien. Andererseits erinnere ich mich aber auch an zwei andere Fälle, bei denen sich am 4. Tage nach dem Genuße des Phosphors bei deutlicher und schmerzhafter Intumescenz der Leber, mäßigem Ikterus, bedeutender Albuminurie und vollständiger Appetitlosigkeit große Allgemeinschwäche einstellte und der Puls wenig tastbar war.¹⁷⁾ Unter der Darreichung von Kognak (70—100 g in Wasser pro die) wich allmählich die Allgemeinschwäche und der Puls wurde ausgiebiger; später trat vollständige Genesung ein, obzwar man ursprünglich diese Fälle hätte für verloren halten können.

III. Diätetische Therapie.

Die Diät bei der Phosphorvergiftung ist zwar einfach, aber sehr wichtig. Ich habe bereits erwähnt, daß ursprünglich, in den fünfziger und sechziger Jahren, Öl und Milch verordnet

¹⁷⁾ Bei einer Frau stellte sich sogar eine beträchtliche Metrorrhagie außerhalb der Menstruationszeit ein.

wurden. Da sich der Phosphor in Fett löst und seine Resorption dadurch erleichtert wird, ist es kein Wunder, daß die Mortalität damals so groß war. Im Jahre 1867 sammelte O. SCHRAUBE (2) aus der früheren Literatur 108 Fälle von Phosphorvergiftung, von denen bloß 18 genasen.

Erst TAYLOR (7), HUSEMANN (56), MIALHE (28) und LEWIN (36) wiesen darauf hin, wie wichtig es ist, bei der Phosphorvergiftung alle fetthaltigen Speisen zu vermeiden. Aus demselben Grunde auch raten ROMMELAERE und MOELLER von allen alkoholhaltigen Getränken ab. Bei der heute üblichen gründlichen Evakuierung des Verdauungstrakts muß man sich vor der fraglichen Diät allerdings nicht mehr so sehr fürchten, aber der Vollständigkeit halber wird es doch gut sein, während der ersten 4—5 Tage nur solche Speisen zu verordnen, die kein Fett enthalten.

Trotzdem aber braucht die Ernährung des Kranken darunter nicht zu leiden. Nach RIESS (18) haben zwar LO MONACO und TRAMBUSTI beobachtet, daß die Versuchstiere der Phosphorvergiftung besser widerstanden, wenn sie bei Hunger und Durst gehalten wurden, aber RIESS selbst zweifelt an dem Nutzen dieser Therapie beim Menschen. Nach unseren Erfahrungen müssen wir MÜNZER (26) zustimmen, der in der Klinik JAKSCH arbeitete und daher ebenfalls reiche Erfahrungen besitzt, daß man den mit Phosphor Vergifteten, sobald sich bei ihnen der Appetit einstellt, eine kräftige, ausgiebige und eiweißreiche Kost geben muß. Einerseits ist es schon theoretisch wahrscheinlich, daß dadurch der Zerfall der im Körper organisierten Eiweißstoffe eingeschränkt wird, andererseits scheint es mir, daß ich bei unseren Fällen objektiv einen günstigen Einfluß auf den weiteren Verlauf der Phosphorvergiftung beachtet habe.

Resumé.

Wenn ich sämtliche Indikation bei der Therapie der akuten Phosphorvergiftung kurz zusammenfasse, dann halte ich nach dem Stande unserer gegenwärtigen Kenntnisse folgende Therapie für die beste.

Magenausspülungen mit warmem Wasser, bis dasselbe ganz klar abfließt, hierauf ungefähr mit zirka 20 Litern einer 0.2%igen Kalium hypermanganicum-Lösung und schließlich wiederum mit warmem Wasser, bis es ungefärbt abfließt. Die Verabreichung einer Kupfersulfatlösung muß manchmal vorausgeschickt werden, wenn der Magen mit groben Speiseresten angefüllt ist und die Ausspülung stockt. Nach beendeter Magenausspülung müssen möglichst bald Abführmittel gereicht werden (Infusum Sennae e 10.0 bis 15.0). Die Wirkung der Abführmittel können und müssen wir manchmal durch einen hohen Einlauf beschleunigen. Riecht der Stuhl nach Phosphor, dann können wir den Einlauf mit einer 0.1%igen Kalium hypermanganicum-Lösung wiederholen. Im weiteren Verlaufe der Phosphorvergiftung verordnen wir Natrium bicarbonicum und bei sich einstellendem Appetit reichliche Eiweißkost. Bei Kollaps und Herzschwäche Excitantia (Kaffee, Kognak, Kampher, Äther, Valeriana usw.).

Ist die Magenausspülung in kürzester Zeit nicht möglich, dann reicht man wenigstens wiederholt eine Kupfersulfatlösung oder trachtet überhaupt auf irgendeine Weise Erbrechen hervorzurufen und reicht später in größeren wiederholten Dosen ein Sennainfus oder wenigstens Bittersalz.

Bei älteren (4—5 Tage alten) Vergiftungen werden wir den Magen nicht mehr ausspülen, dagegen reichlich Abführmittel und nach Möglichkeit und Bedarf auch Klystiere verordnen.

Innerlich reichen wir für den ersten Tag bei frischen und älteren Fällen — namentlich dort, wo eine Ausspülung nicht vorgenommen wurde oder nicht vorgenommen werden konnte — eine stärkere Lösung von übermangansaurem Kali (0.2 : 200 Wasser, 2stündlich 2 Eßlöffel).

Zu besonderem Danke fühle ich mich verpflichtet den Herren Profesoren, k. k. Hofrat Dr. EISELT und Dr. MAIXNER, für die vielseitige Unterstützung und das Wohlwollen, welches sie mir bei der Abfassung dieser Arbeit entgegengebracht haben. Dem Herrn Hofrat EISELT bin ich außerdem dankbar für die Aufforderung zur Bearbeitung dieses für unsere hiesigen Verhältnisse sehr wichtigen Themas.

Literatur: 1. H. KÖHLER, „Berliner klin. Wochenschrift“, 1870, pag. 5. — 2. O. SCHRAUBE, SCHMIDTS Jahrbücher, 1867, Bd. CXXXVI. — 3. R. KOBERT, Kompendium der Toxikologie, 1894. — 4. A. TOMSA, EISELTS Spezielle Path. u. Ther., 1881, Bd. III, pag. 468. — 5. E. MAIXNER, „Časopis lék. č.“, 1884, pag. 345. — 6. Die hierhergehörige reichhaltige Literatur ist in meiner Abhandlung „Die Phosphorvergiftung und Wirkung des Terpentins auf den resorbierten Phosphor“, Arch. f. exper. Patholog. u. Pharm., Bd. XLVIII, pag. 150 (1902) angeführt. — 7. TAYLOR, Die Gifte, 1863, Bd. II. — 8. A. WERBER, Lehrbuch der Toxikologie, 1869. — 9. A. VETTER, VIRCHOWS Archiv, 1871, Bd. LIII, pag. 168. — 10. SCHUCHARDT, Phosphorvergiftung in PENZOLDT-STIMTZINGS Handb. d. Ther., Bd. II, pag. 378. — 11. Handbuch der Toxikologie, 1899. — 12. Étude sur l'empoisonnement, 1875. — 13. SCHMIDTS Jahrbücher, 1875, Bd. CLXVIII, pag. 236. — 14. „Wiener Med. Presse“, 1872. — 15. ZIERMANS Handbuch, Bd. XV. — 16. Lehrbuch der Toxikologie. — 17. Vergiftungen. NOTHNAGELS Path. u. Therapie, Bd. I, 1897. — 18. Phosphorvergiftung in EULENBURGERS Enzyklopädie. — 19. Grundriß der Toxikologie, 1901. — 20. „Médecine judiciaire“, 1886. — 21. Vorlesungen über Therapie, 1900, pag. 783. — 22. Lehrbuch der Intoxikationen, 1893. — 23. Wirksamkeit des Terpentins etc. Inaug.-Diss., Dorpat 1892. — 24. „Münchener med. Wochenschrift“, 1902, pag. 724. — 25. „Ungar. Archiv f. Med.“, 1893, pag. 315. — 26. BOKAI, „Deutsche med. Wochenschrift“, 1891, pag. 1294; BOKAI und KORANYI, „Therap. Monatshefte“, 1892. — 27. „Therap. Monatshefte“, 1892. — 28. SCHMIDTS Jahrb., 1868, Bd. 144, pag. 35. — 29. SCHUCHARDT, Vergiftungen in MASCHKAS Handb. d. ger. Med., Bd. II. — 30. Kompendium der Toxikologie, 1892. — 31. Lehrbuch d. gerichtl. Med., 1893. — 32. SCHMIDTS Jahrbücher, Bd. 208, pag. 181. — 33. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1888, pag. 513. — 34. „Prager med. Wochenschr.“, 1889, Nr. 8. — 35. „Prager med. Wochenschr.“, 1892, Nr. 39. — 36. VIRCHOWS Arch., 1861, Bd. XXI, pag. 561. — 37. „Vierteljahrschr. f. ger. Med.“, Bd. XXXV, 1881, pag. 248. — 38. VIRCHOWS Archiv, 1866, Bd. XXXVI, pag. 549. — 39. „Vierteljahrschr. f. ger. Med.“, 1870, Bd. XII, pag. 201. — 40. VIRCHOWS Archiv, 1872. — 41. Gerichtliche Medizin. Vergiftungen. 1894. — 42. Gerichtliche Medizin. Vergiftungen. 1894. (Böhmisch.) — 43. NOTHNAGEL und ROSSBACH, Handbuch der Pharmakologie, 1894. — 44. SCHMIDTS Jahrbuch, Bd. 168, pag. 130 (1875). — „Münchener med. Wochenschr.“, 1902, Nr. 32. — Lehrbuch der Intoxikationen, 1903. — 45. A. STEPANOW, Arch. f. experim. Path. u. Pharm., Bd. XLVII, 1902. — 46. SCHMIDTS Jahrb., Bd. 152, pag. 150. — 47. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1871. — 48. Enzyklopädie d. Pharm., Bd. VIII. Phosphorvergiftung. — 49. KOTHS, „Arch. f. klin. Med.“, 1869. — 50. SCHMIDTS Jahrb., Bd. 190, pag. 232 (1880). — 51. „Arch. f. experim. Path. u. Pharm.“, 1902, Bd. XX, pag. 161. — 52. „Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1894, Bd. 52. — 53. SCHMIDTS Jahrb., 1862, Bd. 240, pag. 135. — 54. SCHMIDTS Jahrb., 1885, Bd. 253. — 55. „Časopis lékařů českých“, 1883, pag. 577. — 56. L. HERMANN, Lehrbuch der Toxikologie, 1874.

Referate.

R. STERN (Breslau): Über den Wert der Agglutination für die Diagnose des Abdominaltyphus.

Der positive Ausfall der „GRUBER-WIDALSchen Reaktion“ entspricht bei verschiedenen Autoren nicht derselben Grenze der Agglutinationswirkung. Vielmehr bestehen auch bei gleich starker Verdünnung des Serums erhebliche Unterschiede je nach der Art der Anstellung der Reaktion — mikroskopische oder makroskopische Beobachtung, Kriterien der Serumwirkung, Zeit der Einwirkung des Serums („Berl. klin. Wochenschr.“, 1903, Nr. 31).

Der Vorgang der Agglutination ist erheblich komplizierter als man ursprünglich annahm, und die Bedingungen, von denen ihr Eintritt abhängt, sind auch heute noch nicht vollständig erforscht. Für die klinische Verwertung können sich aus Unterschieden in der Agglutinabilität der verwendeten Kulturen, vielleicht auch in vereinzelt Fällen aus einer die Agglutination hemmenden Wirkung des Serums, Schwierigkeiten ergeben. Die Erhöhung der agglutinierenden Wirkung des Blutserums gegenüber dem Typhusbazillus über diejenige Grenze, welche gewöhnlich von nichttyphösen Seris nicht erreicht wird — 1:50 bei 2stündiger Einwirkung des Serums und mikroskopischer Beobachtung —, kann heute nicht mehr als sicheres Zeichen einer (bestehenden oder überstandenen) Infektion mit dem Typhusbazillus angesehen werden. Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, daß das Blutserum eines Organismus, der von einem bestimmten Bazillus in-

fiziert ist, agglutinierende Wirkung nicht nur gegenüber dieser Bazillenart, sondern auch gegenüber „verwandten“ Bazillen erlangt. Unter „Verwandtschaft“ ist hier die Gemeinsamkeit gewisser Bestandteile des Bakterienprotoplasmas — die man im Anschluß an EHRLICHES Theorie als Agglutinin-Rezeptoren bezeichnen kann — zu verstehen. Diese „Verwandtschaft“ deckt sich nicht mit der bisherigen Gruppeneinteilung der Bakterien. So konnte nachgewiesen werden, daß gewisse Proteus- und Staphylokokkenstämme eine erhebliche „Mit-Agglutination“ gegenüber dem Typhusbazillus hervorrufen. Hieraus ergibt sich für die Serodiagnostik die Schwierigkeit, zu entscheiden, ob die beobachtete agglutinierende Wirkung eines Serums gegenüber einem bestimmten Bazillus eine direkte (d. h. durch dieselbe Bazillenart bedingt) oder eine indirekte (d. h. durch einen im obigen Sinne verwandten Bazillus hervorgerufen) ist. Im allgemeinen agglutiniert zwar das Blutserum eines Kranken die Spezies des Infektionserregers in höherer Verdünnung als die mit ihm „verwandten“ Mikroorganismen. Indes kommen Ausnahmen vor, anscheinend besonders häufig, wenn das Agglutinationsvermögen des Serums nur ein geringes ist. Die Serodiagnostik kann demnach den Nachweis des Infektionserregers nicht vollständig ersetzen; sie spricht vielmehr nur mit Wahrscheinlichkeit für die infizierende Rolle des agglutinierten Mikroorganismus, und zwar mit einer um so höheren Wahrscheinlichkeit, je stärker das Agglutinationsvermögen des Serums ist. Für die klinische Diagnose ist daher eine annähernde quantitative Bestimmung des Agglutinationsvermögens gegenüber den in Betracht kommenden Mikroorganismen, die eventuell im Laufe der Krankheit öfters wiederholt werden muß, erforderlich. Nach diesen Erfahrungen erscheint es zweckmäßig, bei Mitteilung von Agglutinationsbefunden nicht mehr von positiver oder negativer WIDALScher Reaktion zu reden, sondern einfach den Tatbestand, d. h. die ungefähren Grenzwerte gegenüber den untersuchten Bakterienarten anzugeben. Der Kliniker muß die agglutinierende Wirkung des Serums als ein Symptom ansehen, das er ebenso zu verwerten hat, wie andere diagnostische Reaktionen. Auch bei der agglutinierenden Wirkung des Blutserums handelt es sich um eine Reaktion, die jedoch nicht für eine bestimmte Bakterienart, sondern für gewisse Bestandteile der Bakterienzelle charakteristisch ist.

BR.

BUJNEMTSCH (Moskau): Zur Theorie der Harnbildung. Die kryoskopische Methode in der Diagnostik der Nierenerkrankungen.

Die kryoskopische Untersuchung ist die genaueste Methode zur Funktionsbestimmung der Nieren. Der Gefrierpunkt des Harns an sich reicht zur Beurteilung der Funktionstätigkeit der Nieren nicht aus, da derselbe von der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge in bedeutendem Maße abhängig ist. Aber das Produkt aus Δ und der 24stündigen Urinmenge V , oder noch besser die Formel von

CLAUDE und BALTAZARD $\frac{\Delta \cdot V}{P}$ gibt (namentlich für dasselbe Indi-

viduum) konstante Größen, welche innerhalb relativ geringer Grenzen schwanken, und kann als zuverlässiger Index der gesamten Funktionstätigkeit der Nieren dienen. Bei Anwendung der Katheterisation der Ureteren kann auf kryoskopischem Wege die Funktionstätigkeit jeder einzelnen Niere besonders bestimmt werden („Russ. Med. Rundschau“, Bd. 2, Nr. 7). Die kryoskopische Untersuchung des Blutes darf infolge des Fehlens einer scharfen Grenze in der Δ zwischen pathologischer und normaler Beschaffenheit, wegen der Unbeständigkeit der Veränderungen der Konzentration des Blutes bei Insuffizienz der Nieren und der Unbequemlichkeit der Untersuchung als klinische Methode keine Verbreitung finden. Auf Grund der kryoskopischen Daten hinsichtlich des Harns kann man an der Hand der KORANYISchen Theorie bestimmen, ob in der Niere Erkrankung der Glomeruli oder der Kanälchen oder beider zusammen vorliegt. Bei der experimentellen Affektion des Epithels der Harnkanälchen bei Kaninchen durch chromsaures Kali nimmt die Kochsalzmenge im Harn und das Verhältnis $\frac{\Delta}{\delta}$ zu. Nach den Untersuchungen von KORANYI äußern sich die Kompensationsstörungen

des Herzens, Veränderungen in dem Verhalten der pleuritischen und Aszitesexsudate in entsprechenden kryoskopischen Veränderungen des Harns. Die kryoskopische Untersuchung des Harns ermöglicht es, Nierenerkrankung bei Abwesenheit von irgend welchen anderen Daten für eine solche, als Eiweiß, Zylindern und anderen geformten Elementen, zu diagnostizieren. Als Index der Funktionsfähigkeit der Nieren erlaubt die kryoskopische Untersuchung des Harns ein genaueres Urteil über die Schwere der Erkrankung als die gewöhnlichen Daten der Untersuchung (Eiweiß, Zylinder), welche sich in der Regel nicht im Verhältnis zur Schwere der Erkrankung verändern und zuweilen auch ganz fehlen können. Die Resorption von Wasser aus den Kanälchen ins Blut kann auch außer der vitalen Zelltätigkeit durch osmotische Vorgänge erklärt werden, da dieselbe eine besondere Art von Filtration durch Druck darstellt.

BR.

BUNGE (Königsberg): Zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreashämorrhagie und abdominalen Fettgewebsnekrose.

Während die chronischen, mit Eiterung einhergehenden Erkrankungen des Pankreas derzeit ein unbestrittenes Gebiet der Chirurgie bilden, sind die Ansichten bezüglich der operativen Behandlung der akuten Pankreaserkrankungen geteilt und sogar Autoren, die eine große Erfahrung auf diesem Gebiete haben, sprachen sich für die symptomatische Behandlung (Morphin, Exzitantien, Magenspülungen, Einläufe) aus; erst wenn die Kranken durch diese Behandlung über das akute Stadium hinaus gebracht worden sind, sei die Operation am Platze.

Der vom Verf. beobachtete Fall ist hingegen geeignet, diese Ansicht gründlich zu widerlegen, und Verf. tritt daher für die Berechtigung und Notwendigkeit der Operation in den frühesten Stadien der Krankheit ein („LANGENBECKS Archiv“, Bd. 71, H. 3). Die schlechten Erfolge der Operation sind nach Ansicht des Verf. zum Teil darauf zurückzuführen, daß die Kranken meistens unter der falschen Diagnose des hochsitzenen Darmverschlusses oder der Peritonitis operiert wurden und infolgedessen viel Zeit durch Absuchen der Bauchhöhle verloren ging; die langdauernde Operation verschuldete dann den Kollaps. Weiters war ein großer Teil der Operationen unzweckmäßig und ungenügend. Der vom Verf. operierte Fall nahm folgenden Verlauf: Die 51jährige Patientin, die mit kolikartigen Schmerzen und Erbrechen erkrankte, kam 60 Stunden nach Beginn der Erkrankung unter der Diagnose eines hochsitzenen Darmverschlusses zur Operation. Bei der Operation fanden sich linsengroße Fettgewebsnekrosen an den Appendices epiploicae und dem Netz, in der Bauchhöhle blutige, getrübbte Flüssigkeit, in dem Lig. astro-colicum bestand durch Zerfall des Fettgewebes ein Loch, durch das man das blutig infarzierte Pankreas sah. Durch das Loch im Ligament wird ein Jodoformtampon bis an die hintere Wand der Bursa eingeführt, ein zweiter Tampon kommt hinter das Kolon und den Magen. Nach der Operation erholte sich die Pat.; in den ersten Tagen gingen Flatus ab, der Bauch wurde weich; nach einer langwierigen Nachbehandlung, die durch die Vereiterung des Pankreas kompliziert war, konnte Pat. geheilt entlassen werden.

Verf. hält es für dringend notwendig, nicht nur die Bauchhöhle von dem trüben blutigen Inhalt zu entleeren, sondern er legt das größte Gewicht auf die Tamponade der Pankreasgegend, weil auf diese Weise der späteren Peritonitis sicher vorgebeugt wird.

ERDHEIM.

LERMOYEZ und GUISEZ (Paris): Ein Pflaumenkern und ein Nagel in den Bronchien.

Eine Frau hatte einen Pflaumenkern in der Querrichtung desselben verschluckt; sofort stellten sich bedrohliche Erstickungsanfälle ein. LERMOYEZ nahm die Tracheotomie vor, doch ohne Erfolg. Ebenso erfolglos blieb die Sondierung der Trachea („La Presse médicale“, 1904, Nr. 102). Die Kranke starb 3 Tage später an einer Bronchopneumonie. — Viel glücklicher verlief ein zweiter Fall. Ein Tapezierer, der einige Nägel im Munde hielt, hatte beim

Lachen einen derselben verschluckt. L. versuchte beim narkotisierten Kranken vergebens alle klassischen Kunstgriffe. BECLÈRE röntgenisierte den Kranken und fand, daß der Nagel im rechten Bronchus stecke. L. versuchte nun in sechs Sitzungen die Extraktion des Fremdkörpers mittelst der direkten Bronchoskopie. Da diese versagte, wurde die Tracheotomie behufs Vornahme der Bronchosopia inferior ausgeführt. In einer einzigen Sitzung gelang es nun, den Nagel zu entfernen. Im ersten Fall, wo der Sitz des Fremdkörpers nicht hatte eruiert werden können, versagte auch die Therapie. Im zweiten entsprach der Heileffekt der exakten Diagnose. Die Bronchosopia inferior vertritt die von den alten Chirurgen in solchen Fällen geübte transmediastinale Bronchotomie, deren Mortalität 100% betrug.

J. S.

M. V. MARGULIES (Odessa): Über die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie.

Es handelt sich um eine Kranke, die wegen einer Geschwulst im Bauche, heftiger Schmerzen im Beine, sowie Kopfschmerzen das Spital aufsuchte. Die Untersuchung ergab, daß der Tumor der linken Niere angehörte. Die Anamnese ließ aus den erhobenen Aborten, aus den Krankheitserscheinungen von in den ersten Lebenswochen verstorbenen Kindern, sowie aus vorausgegangenen (nicht spezifisch behandelten) Erscheinungen an der Frau selbst den Schluß auf vorausgegangene Syphilis zu. Auch die objektive Untersuchung der linken Niere ergab trotz der im Harn vorhandenen spärlichen hyalinen und Wachsylinder, Eiterkörperchen und ausgelaugten Erythrozyten normale Funktion, so daß gerade der Widerspruch zwischen palpatorischem Befund und Ergebnis der Harnanalyse im Verein mit der Anamnese die Diagnose Syphilis der Niere wahrscheinlich machte.

Die sofort eingeleitete spezifische Behandlung schien auch gleich in den ersten Tagen von günstigem Einfluß, da machten plötzlich auftretende hohe Temperaturen den Autor doch in der Diagnose etwas schwankend („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 45), da das Fieber auf einen Eiterungsprozeß zu weisen schien, so daß die Operation des Tumors trotz der großen Hinfälligkeit der Kranken unternommen wurde. Beim Einschneiden in die allseits mit der Umgebung verwachsene Nierenkapsel entleerte sich nicht Eiter, sondern eine geringe Menge einer grauweißen, eiterähnlichen Masse, die im Vereine mit dem gelatinös entarteten Fettgewebe viel eher auf Gumma als auf maligne Neubildung schließen ließen. Es wurde von der weiteren Operation abgestanden und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung abgewartet. Man konnte wohl nicht Gumma mit Sicherheit erkennen, wohl aber Neoplasma positiv ausschließen. Die antiluetische Therapie wurde nunmehr fortgesetzt und die Kranke bei allmählich abklingenden Krankheitserscheinungen nach vierwöchentlicher Behandlung geheilt entlassen, die Heilung auch bei nachträglicher Beobachtung sichergestellt.

DEUTSCH.

M. REINER (Wien): Epiphyseolyse mit subkutaner Periosteotomie zur Behandlung des Genu valgum infantum.

Die Epiphyseolyse ist die zweckmäßigste Operation beim Genu valgum jugendlicher Individuen in der Altersgrenze von 8—17 Jahren, weil dieselbe die Deformität am Kulminationspunkte angreift und die Kontinuitätstrennung am Locus minimae resistentiae etabliert. Der operative Eingriff ist außerdem mit einfachen Hilfsmitteln ausführbar, setzt nur ein geringes, glatt heilendes Operationstrauma, und eine Wachstumsverkürzung tritt nur bei grober, nicht reduzierter Dislokation ein. Bei Kindern unter 8 Jahren ist die einfache Epiphyseolyse viel schwieriger und nur mit bedeutendem Kraftaufwande ausführbar, das Operationstrauma daher ein größeres und unbeabsichtigte Nebenverletzungen häufiger und erheblicher. Der Grund für dieses verschiedene Verhalten liegt in der verschiedenen Festigkeit des Periostes, das bei Adoleszenten dem unteren Diaphysenende des Femurs nur leicht anhaftet, während es bei den rachitischen Kindern unter 8 Jahren häufig an dieser Stelle stark verdickt ist und sich nur schwer ablösen läßt. Versuche des Verfassers an

kindlichen Leichen haben diese Annahme auch experimentell bestätigt. Nach diesen Erfahrungen empfiehlt REINER („Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie“, Bd. 12, H. 1 u. 2), der Epiphyseolyse bei Kindern stets eine subkutan, resp. subfaszial ausgeführte Periosteotomie unmittelbar vorhergehen zu lassen. Das vom Verf. hierbei verwendete Periosteotom unterscheidet sich von einem gewöhnlichen Tenotom nur dadurch, daß es stärker gebaut und mit einer kurzen kräftigen konvexen Schneide versehen ist. Wie zahlreiche Leichenversuche ergaben, sind die mit vorhergehender Periosteotomie ausgeführten Epiphysenlösungen tatsächlich reine Epiphyseolysen, d. h. die Trennungsfäche verläuft genau an der Knorpel-Knochengrenze. Die Nachbehandlung ist genau so einfach wie bei der Epiphysenlösung ohne Periostdurchtrennung. Der zirkuläre Gipsverband bleibt 6 Wochen liegen, nach Abnahme desselben durch entsprechende Zeit Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik.

GRÜNBAUM.

HUGO LÜTHJE (Tübingen): Zur Frage der sogenannten febrilen Albuminurie.

Es gibt keine febrile Albuminurie in dem bisher meist gebräuchlichen Sinne des Wortes. Jedes Auftreten von Eiweiß bei diesen Zuständen ist stets auch begleitet von dem Auftreten eines mehr oder weniger reichlichen pathologischen Harnsedimentes. Wir haben stets eine Nephritis leichteren oder schwereren Grades vor uns, eine Ansicht, der LEYDEN bereits vor mehr als zwanzig Jahren zuneigte. Es ist kein rechter Grund, sich klinisch an dem Worte „Nephritis“ zu stoßen, wenn es dem modernen pathologisch-anatomischen Begriffe auch vielleicht nicht entspricht. Man findet wiederholt bei den Autoren die Angabe, daß in Fällen von febriler Albuminurie die Sektion und Untersuchung der Nieren keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Nierenerkrankung gegeben habe („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 11). Es ist klar, daß es sich bei einer großen Mehrzahl der Fälle von febriler Albuminurie nur um ganz leichte, vor allem wohl auch räumlich nicht sehr ausgedehnte Veränderungen im Nierenparenchym handelt. Würde man im Falle des Todes solche Nieren systematisch untersuchen, so würden wahrscheinlich den klinischen Erscheinungen entsprechende anatomische Aufgefunden werden, wie sie ja hier und da auch bereits gefunden sind. Wird aber dies Postulat nicht erfüllt, so müssen Widersprüche zwischen klinischem und dem pathologisch-anatomischem Untersuchungsergebnisse entstehen. Als Ursache dieser Nierenschädigung ist neben der erhöhten Temperatur wohl die Anwesenheit von Bakterien im Organismus anzusehen. B.

ARONHEIM (Gevelsberg): Ein Fall von willkürlicher Verrenkung beider Kniegelenke bei einem 1 Jahr alten Mädchen.

Diese seltene Affektion beobachtete Verf. an einem vollständig gesunden, sich normal entwickelnden Kinde, das gar keine sonstigen Erscheinungen irgendwelcher Knochen- oder Muskelerkrankung aufwies. Die Verrenkung trat abwechselnd oder gleichzeitig an beiden Kniegelenken auf und war, da die Gelenkflächen noch teilweise miteinander in Berührung blieben, eine inkomplette. Die Subluxation blieb etwa $\frac{1}{4}$ Minute bestehen und renkte sich dann federnd und unter einem laut hörbaren, häufig die Nachtruhe störenden Einrenkungsgeräusche wieder ein. War das Kind nruhig, so bemerkte man das Phänomen bis fünfmal in der Minute. Die unteren Extremitäten wurden dabei entweder gestreckt oder leicht gebeugt gehalten. Nach der spontanen Einrenkung gelang es in keiner Weise, die Verrenkung gewaltsam wieder hervorzurufen. Eine Anstrengung schienen diese Verrenkungen dem Kinde nicht zu verursachen. Am Kniegelenk war sonst nichts Abnormes zu bemerken, die Röntgendurchleuchtung ergab auch nichts Pathologisches. Hier bestand eine leichte Hypertrophie des Quadriceps. Verf. spricht („Zeitschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen“, 1904, Nr. 2) die Vermutung aus, daß bei diesem Kinde eine kongenitale Disposition zu unwillkürlichen Verrenkungen bestehe, weil in der letzten Zeit von den Eltern des Kindes auch wiederholt willkürlich hervorgerufene

Luxationen des rechten Oberarmes an dem Kinde beobachtet worden sein sollen. Ein 4 Wochen lang getragener Fixationsverband des Kniegelenkes mit nachfolgender Massage soll die Häufigkeit der willkürlichen Luxationen bedeutend reduziert haben.

GRÜNBAUM.

SUBKOWSKI: Beitrag zur Kasuistik der Frakturen des Penis beim Koitus.

Der überaus seltene Fall betrifft einen 38jährigen Bauern von kräftigem Körperbau, der den Alkoholmißbrauch negierte, Abusus in venere aber zugab. Der Patient erzählte Folgendes („Wratschebn. Gazetta“, 1903, Nr. 26): Vor 3 Tagen verspürte er beim Koitus, den er in hochgradiger Erregung ausführte, als ob der Penis gegen einen Knochen gestoßen wäre, wobei es knackste und im Penis brennender, heftiger Schmerz auftrat. Der Penis fiel sofort ab und knickte an der Wurzel um. Fast zu gleicher Zeit begann er zu schwellen und wurde dunkelblau. Die objektive Untersuchung ergab: Die Haut des Mons veneris, des Penis und der vorderen Oberfläche des Hodensacks ist dunkelblau; an der Haut der Glans penis befindet sich am Orificium urethrae ein gegen Nadelstiche empfindliches Fleckchen von der Größe eines silbernen Zwanzigfennigstücks. Beträchtliches Ödem des ganzen Präputialsacks. Penis bedeutend verdickt, ödematös und am Hodensack bedeutend nach links gekrümmt. Harn normal, Harnentleerung frei, ohne Schmerzen. An der vorderen Oberfläche des Hodensacks fühlt man im linken Corpus cavernosum ein tauben-eigroßes Infiltrat, welches leicht schmerzhaft ist. Andere Veränderungen von seiten der Genitalorgane sind nicht vorhanden. Temperatur 37.0. Auf Grund dieses Befundes gelangte Verf. zu der Annahme, daß der Patient infolge der hochgradigen sexuellen Erregung die Immissio nicht vollführt hat, sondern mit dem Penis gegen die Symphyse gefahren ist, wodurch eine Ruptur des linken Corpus cavernosum des Penis stattgefunden hat. Die Behandlung bestand in Folgendem: Absolute Bettruhe, Einführung eines Katheters in die Harnröhre und leichter Druckverband; von außen Kälte. Am folgenden Tage wurde der Katheter entfernt. Am 8. Krankheits-tage wurde der Patient auf eigenen Wunsch entlassen. Bei der Entlassung war der Zustand folgender: Die blutunterlaufenen Stellen waren absorbiert; das Ödem des Gliedes hat bedeutend nachgelassen, die Krümmung nach links ist zwar geringer geworden, aber geblieben. Das Infiltrat im linken Corpus cavernosum hat sich um das Doppelte verringert und ist etwas derber geworden. In den letzten Tagen hatte der Patient Erektionen, die etwas schmerzhaft waren, die Krümmung des Penis war jedoch sehr unbedeutend. — Status nach 14 Tagen: Im linken Corpus cavernosum, an Stelle des früheren Infiltrats, befindet sich eine unbedeutende Verhärtung; von einer Krümmung des Penis ist nichts zu sehen. Normale Erektionen. Der Koitus geht normal vonstatten. L—y.

AMOS (Göttingen): Eine Entwicklungsanomalie der Zungenschleimhaut beim Neugeborenen.

SCHAFFER hat bereits eine Anomalie des Epithels der Zungenschleimhaut beschrieben, die in oberflächlich dellenförmig ausgehöhlten, in der Tiefe aber soliden Epithelzapfen an der Oberfläche umwallter Papillen besteht. Verf. berichtet nun über eine Veränderung der Zungenschleimhaut bei einem Neugeborenen („Zentralbl. für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“, Bd. 14, pag. 993), die seiner Auffassung nach nur einen höheren Grad der SCHAFFERschen Entwicklungsanomalie des Zungenepithels darstellt. Sie bestand in zahlreichen, etwa 60 punkt- bis stecknadelkopfgroßen, über das Niveau der Zungenschleimhaut vorragenden, weißlich durchschimmernden Herdchen, die wie multiple kleine Abszesse aussahen, in deren Umgebung aber jede entzündliche Reaktion fehlte. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um verlagertes Oberflächenepithel handelte, durch dessen Wachstum Zystchen entstanden. Die Auffassung dieser Gebilde als Retentionszysten lehnt Verf. ab. Er glaubt, daß diese kleinen Mißbildungen im späteren Leben in den meisten Fällen in kurzer Zeit voll-

ständig verschwinden werden, und zwar die kleineren durch Resorption und Ersatz durch Bindegewebe, die größeren durch Einreißen der Zystendecke spätestens bei dem ersten festen Bissen, der die Mundhöhle passiert. Dr. S.

PACE (Neapel): Sur l'existence du virus rabique dans le siège de la morsure d'un enfant mort de rage.

Verf. verimpfte die Hautnarbe, die bei einem 33 Tage nach dem Bisse an Wut verstorbenen Kinde von der Verletzung zurückgeblieben war, auf Kaninchen und konnte in derselben das Virus noch nachweisen (Annales de l'Institut PASTEUR, Bd. 17, pag. 293). Er glaubt hierdurch den ersten experimentellen Nachweis von Beziehungen zwischen gewissen Reaktionserscheinungen an dem Sitze der Verletzung bei Ausbruch der Wut und dem Vorhandensein des Virus in der Bißwunde geliefert zu haben, und hofft, daß dieser Befund bei Nachuntersuchungen bestätigt werden wird. — Es ist daran auch nicht zu zweifeln, da der gleiche Befund bereits in vielen Lyssa-Instituten erhoben wurde und wohl den meisten, die Gelegenheit haben, sich mit dieser rätselhaften Erkrankung eingehender zu befassen, seit langer Zeit vollständig bekannt ist. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die Therapie der Bronchopneumonie der Kinder mit heißen Bädern bespricht POLIEWTKOW („Arch. f. Kinderheilk.“, Bd. 35). Er hat nur günstige Erfolge gesehen. Der Einfluß der heißen Bäder zeigt sich in einer Beschleunigung der Lösung des pathologischen Prozesses in den Lungen, in Hebung der Herz-tätigkeit, Vermehrung der Diurese, in Temperaturabfall und in Besserung des Allgemeinzustandes. Die Anfangstemperatur des Bades beträgt 29° R, während des Bades, welches 15 Minuten dauern soll, wird die Temperatur des Wassers auf 31—32° R erhöht. Nach der Prozedur wird das Kind in Laken und Wolldecken eingehüllt, in welchen es eine Stunde verbleibt. Solche Bäder werden täglich 1—2mal verabfolgt. 3—4 Bäder genügen in der Regel, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Nur wenn die ersten Bäder schlecht vertragen wurden, nahm P. Abstand von denselben. Zweimal sah er Herzschwäche auftreten und ließ die Bäderbehandlung unterbrechen.

— Das Agurin, eine Doppelverbindung von Essigsäure und Theobrominnatrium (SALOMON, „Thèse“, 1903), enthält fast 60% Theobromin. Eine öftere Reizung, welche das Theobromin hervorruft, wird durch die Gegenwart des essigsäuren Natrons gemildert. In allen Fällen, in welchen Agurin verabreicht wurde, konnte man eine Vermehrung des Harnquantums feststellen. Die harntreibende Wirkung beginnt nach 24 Stunden, erreicht ihr Maximum am 6. und 7. Tag nach Verabreichung und dauert noch einige Tage nach Aufhören der Medikation an. Dieselbe variiert natürlich je nach den klinischen Fällen, in welchen dasselbe verabreicht wird. Die höchste Diurese wurde erzielt in Fällen von Asystolie, infolge von Herzfehlern mit Anschwellungen und Aszites ohne offenbare Nierenaffektion. Weniger bemerkbar war die Diurese in Fällen von Aszites bei Zirrhose.

— Zur Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoea neonatorum empfiehlt FRIES („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 9) die KALTSche Methode. In einem Falle von Blennorrhoe bei einem 21jährigen Manne, bei welchem die bisherigen Methoden nicht zum Ziele führten, wurde zur KALTSchen Therapie geschritten und täglich viermal der ganze Konjunktivalsack mit einem Liter lauwarmen Lösung einer Kal. hypermanganicum-Lösung (1:5000) ausgespült. Im Laufe der nächsten Tage trat eine Abnahme der Schwellung und der Sekretion ein, die Infiltrate der Kornea bildeten sich zurück und die Trübung hellte sich auf. Nach 5 Tagen waren keine Gonokokken mehr nachweisbar, nach 10 Tagen war das Auge geheilt. Auch vier andere Fälle von Blennorrhoe Neugeborner, zum Teil mit schweren Kornealkomplikationen, wurden in gleich günstiger Weise beeinflußt. F. glaubt, daß die KALTSchen Spülungen bezüglich der Beschränkung der Sekretion und der

günstigen Beeinflussung der Hornhautkomplikationen allen anderen Methoden vorzuziehen seien; sie sind nicht umständlicher und können auch von weniger gewandten Händen ohne Schaden für das Auge angewendet werden.

— Aus den Versuchen über die bakterizide Wirkung des Wismutsubnitrats und des Bismon (kolloidalen Wismutoxyds) von KOCH („Zentralbl. f. Bakt. u. Par.“, 1904, Nr. 5) geht hervor, daß das Bismon (kolloidales Wismutoxyd) dem Pyocyaneus, Bacterium coli und Milzbrand gegenüber das Wismutsubnitrat an bakterizider Wirkung übertrifft, dagegen in der Einwirkung auf den Staphylococcus pyogenes aureus das letztere nicht erreicht. Es sind immer zwei Versuchsreihen nebeneinander angestellt worden, weil es sich um einen krystallisierten, in Wasser unlöslichen und um einen löslichen kolloidalen Stoff gehandelt hat.

— Experimentelle Untersuchungen zur Frage des künstlichen Blutersatzes hat KÜTTNER („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 40) angestellt und empfiehlt auf Grund derselben, nach schweren Blutverlusten beim Menschen anstatt der gewöhnlichen eine sauerstoffgesättigte Kochsalzlösung in die Vene einzuspritzen und bei reichlicher Erwärmung des Körpers die Wirkung dieser Infusion durch stundenlang fortgesetzte Einatmung von Sauerstoff zu unterstützen. Er hat einen Infusionsapparat konstruiert, in welchem die Mischung des Sauerstoffs mit der Kochsalzlösung vorgenommen werden kann. Durch Schütteln der Flüssigkeit mit dem hinzugeleiteten Gase wird rasch eine Sättigung herbeigeführt.

— Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe berichtet FALK („Ther. Monatsh.“, 1904, Nr. 10). Auf die Notwendigkeit hinweisend, daß man die sogenannten Urethralgänge (SKENESche Drüsen), die als Schlupfwinkel der Gonokokken dienen, mit dem Paquelin zur Verödung bringe, empfiehlt F. zur Behandlung der Endozervizitis und Endometritis gonorrhoeica nebst Ruhe die lokale Anwendung von Thigenol in einer 0.5%igen Lysollösung:

Rp. Thigenol 100.0
S. 40g in 17 1/2%iger Lysollösung.

Thigenol ist geruchlos und macht die Wäsche nicht dauernd unbrauchbar. Eine weitere, sehr angenehme Nebenerscheinung bei seiner Verwendung ist die juckreiz- und schmerzlindernde Wirkung, welche sich besonders bei dem durch stärkeren gonorrhoeischen Ausfluß erzeugten Ekzem der Vulva bemerkbar macht, bei dem Verf., falls resorptionsbefördernde Thigenoltampons (bei Exsudaten) angewendet wurden, an Stelle des Glycerins das Thigenol in gleichem Verhältnisse mit einer 20%igen Bromokoll-Lösung mischt.

— Die oxydierende Wirkung des Sauerstoffs auf die Haut hat HERXHEIMER in Anwendung gezogen („D. med. Wschr.“, 1904, Nr. 5) und für seine therapeutischen Versuche das Zinksuperoxyd (ZnO₂), welches vor allen Dingen eine erweichende Wirkung auf die Haut ausübt, gewählt. Das ZnO₂ besteht aus weißen Kristallen, ist ein relativ reiner Körper, der besonders noch Zinkoxyd enthält, und wird als Nebenprodukt bei der Fabrikation von Natriumsuperoxyd gewonnen. Es empfiehlt sich, bei Verwendung des ZnO₂ in Salben Unguentum paraffin. als Konstituens zu nehmen, da bei Verwendung von Fetten die Bildung von ölsaurem Zink erfolgt, welches auf die Haut eine intensive Reizwirkung ausübt. Verf. behandelte zunächst 30 Patienten mit Psoriasis ambulant mit 10%iger Zinksuperoxydsalbe. Von diesen wurden 16 als von den Psoriasis-symptomen geheilt entlassen, davon waren 9 ausschließlich mit ZnO₂ lokal und 7 gleichzeitig mit Acid. arsenicos. intern behandelt. Die Durchschnittsdauer betrug für die universelleren Fälle 3 Monate, gleichgültig, ob mit oder ohne Arsen behandelt wurde. Eine Reizung der Haut wurde zweimal festgestellt, die Kur einige Tage unterbrochen, aber später ohne Schaden wieder aufgenommen. Dem neuen Oxydationsmittel scheint also tatsächlich ein heilender Einfluß auf die Psoriasis-effloreszenzen zuzukommen. Bei einigen im Krankenhaus behandelten Patienten wurden neben der Zinksuperoxydsalbe noch tägliche Bäder mit Verwendung einer 10%igen Zinksuperoxydsalbe verabreicht.

— Die Mercurio-Creme ist nach HAVAS („Pest. med.-chir. Presse“, 1904) ein in Glycerin gelöstes, neutrales, stearinraures Kali mit 33 1/3% Quecksilbergehalt; sie ist in Wasser löslich und

enthält keine Spur von Fett. Sie hält sich, ohne sich zu zersetzen oder ranzig zu werden, und verändert sich mit der Zeit nur insofern, als sie durch Wasserverlust etwas härter wird, jedoch die Einreibungsfähigkeit nicht verliert. Sie ist sehr leicht in die Haut einzureiben, ruft auf derselben kein unangenehmes Gefühl hervor, macht sie im Gegenteil weich und geschmeidig, färbt sie kaum und ist absolut geruchlos. Nach 3, längstens 5 Minuten dauernder Verreibung ist die Creme in die Haut ganz imbibiert. Ein längeres Verreiben wäre nicht nur überflüssig, sondern sogar schädlich, weil dadurch die Haut gereizt würde. Die auf der Haut eingetrocknete Masse kann mit reinem Wasser (ohne Zusatz) abgewaschen werden. H. hat mit diesem Präparate 103 Kranke behandelt und durchwegs vorzügliche Erfolge erzielt.

— Gegen **Epheliden** sind folgende Medikamente empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Ther.“, 1904, Nr. 3):

Rp. Acid. tannic.,
Acid. carbol. liq. aa. 2:5
Tinct. iod. 100
Vasellini ad 100:0
D. S. 3mal täglich aufzutragen.

Oder:

Rp. Zinc. sulfur. 2:50
Camphor. trit. 0:50
Plumb. acet. bas. sol. 2:50
Mercur. subl. corros. 0:50
Spirit. vin. conc. 100
Vitelli ovi 1
Aq. font. ad 200:0
D. S. Morgens das Gesicht bestreichen und nach 2 Stunden abwischen.

— Das **Thiokol** nennt LEFFINGWELL-HATCH („Med. News“, 1904) ein Mittel, welches bei Erkrankungen der Atmungsorgane von ausgezeichneter Wirkung ist, dabei keinerlei reizende oder toxische Eigenschaften besitzt und leicht assimiliert wird. Er hat dasselbe bei akuter und chronischer Bronchitis, Pneumonie und insbesondere bei Lungentuberkulose in mehr als 20 Fällen angewendet. Bei Bronchitis tritt viel rascher als gewöhnlich die Lösung ein, ebenso zeigt sich bei Pneumonie ein rascher Abfall des Fiebers, eine Abnahme der Dämpfung und des Bronchialatmens und eine wesentliche Erleichterung der Expektoration. Bei Tuberkulose zeigt sich vor allem ein günstiger Einfluß auf die Nachtschweiß, der Auswurf wird leichter und verliert seinen eitrigen Charakter, der Husten läßt nach, der Appetit nimmt zu und das Fieber fällt nach einiger Zeit ab. Am meisten in die Augen springend ist der Einfluß des Thiokols auf das Allgemeinbefinden, indem der Appetit und die Ernährung rasch gesteigert werden. Irgendwelche Störungen der Verdauung oder Reizung der Magenschleimhaut wurden nie beobachtet. Was die Dosierung betrifft, so beginnt man mit 0.35 dreimal täglich und steigt bis auf 3 g pro die.

— Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Wirkung der **Nebennierenpräparate** publiziert KLAPP („D. Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 71). Verf. hat, um über den Ablauf der resorptionshemmenden Wirkung des Adrenalins Näheres zu erfahren, Hunden Milchzucker eingespritzt und die dabei ausgeschiedene Zuckermenge verglichen mit derjenigen, die er bei anderen Hunden erhielt, denen er gleichzeitig Adrenalin eingespritzt hatte. Es ergab sich, daß schon die minimale Dosis eines Tropfens einer 1:1000 Adrenalinlösung eine Verlangsamung der Resorption zur Folge hatte. Meist hält sich die Ausscheidungskurve bei Adrenalinzusatz bis zur 4.—6. Stunde unterhalb der des Kontrollversuches, um dann in die gewöhnliche Kurve anzusteigen und langsam abzufallen. Die Höhe der Kontrollkurve wird nie erreicht. Verf. glaubt annehmen zu dürfen, daß alle anämisierenden Mittel resorptionsverlangsamend wirken.

— Die **diagnostische Tuberkulininjektion**, deren Wert als feststehend anerkannt werden muß, läßt sich auch ambulatorisch unter Beobachtung gewisser Kautelen (sorgfältige Unterweisung in der Feststellung der Körpertemperatur, eventuelle häusliche Kontrolle durch den Kassenarzt) sehr wohl durchführen (HAMMER, „Beitr. zur Klin. der Tuberkulose“, Bd. 2, H. 1). Die Tuberkulindiagnostik scheint berufen, eine wesentliche Rolle bei der Auswahl des Heilmittelmaterials zu spielen. Indessen sind vor der Injektion eine

sehr sorgfältige Untersuchung und Beobachtung der Kranken, sowie weitere Untersuchungen über diesen Gegenstand wünschenswert, um sichere Klarheit zu schaffen über die Natur und Häufigkeit etwaiger Gefahren. Von 180 injizierten Fällen (Probedosen 0.001—0.005 bis 0.01 resp. 0.001—0.003—0.006) haben zwei letal geendigt. Eine Kranke starb an einer interkurrenten Krankheit. Ein zweiter Patient, der bei relativ geringen lokalen Krankheitserscheinungen einen schweren allgemeinen Krankheitseindruck machte (!), starb sechs Wochen nach einer mäßigen, nach 0.001 T. O. erfolgenden, rasch vorübergehenden Reaktion.

Literarische Anzeigen.

Die Krankheiten der oberen Luftwege. Von Professor **Dr. Ottokar Chiari**. I. Teil. Die Krankheiten der Nase. Mit 37 Abbildungen. II. Teil. Die Krankheiten des Rachens. Mit 118 Abbildungen und 1 Tafel. Leipzig und Wien 1903, Franz Deuticke.

Die beiden Bücher bilden die zwei ersten Teile des Gesamtwerkes der Erkrankungen der oberen Luftwege, denen noch ein dritter, „Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre“ folgen werden. Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, in diesem Werke die Krankheiten der oberen Luftwege derart darzustellen, daß der Student und der praktische Arzt sich gut unterrichten können, — es ist somit für Anfänger auf diesem Gebiete der praktischen Medizin bestimmt und erfüllt nach dieser Richtung seinen Zweck insofern, als es in gedrängter Kürze und übersichtlicher Darstellung alles für den Anfänger Wissenswerte darlegt und alles vermeidet, was wohl als schätzenswerte wissenschaftliche Errungenschaft jahrzehntelanger Arbeiten in größeren Spezialwerken seinen Platz finden mag, den Anfänger aber wegen der Fülle von Details derart verwirrt, daß er den Weg, auf welchem er sich zu bewegen erst lernen muß, kaum findet.

Jeder dieser beiden Bände beginnt zweckmäßig mit einer kurzen Darstellung der Anatomie und Physiologie des betreffenden Organes, wobei gute, teils nach eigenen Präparaten angefertigte, teils größeren anatomischen Werken entnommene Abbildungen das Verständnis wesentlich fördern. In zwei Kapiteln, „Die Untersuchung“ und „Allgemeine Therapie“, folgt dann die Besprechung der Instrumente und Methoden, welche sich bei der Untersuchung der Organe und bei der Behandlung der dieselben befallenden Krankheiten im Laufe der Jahre bewährt haben; auch hier wird der Text durch gute Bilder nicht unwesentlich erläutert.

Die Krankheiten selbst sind der leichteren Übersicht wegen in folgende Kapitel gebracht: Die katarrhalischen Erkrankungen, die Infektionskrankheiten, Anomalien, Verletzungen, Fremdkörper, Neubildungen — und bei der Nase sind noch besondere Kapitel dem Nasenbluten, den Erkrankungen der Nebenhöhlen und den Erkrankungen des Introitus nasi und des Vestibulum gewidmet. Jede einzelne Erkrankungsform wird in Bezug auf Ätiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie, soweit es zum Verständnis derselben erforderlich ist, erörtert, das Hauptgewicht ist aber dem praktischen Zwecke entsprechend überall auf die Beschreibung der klinischen Symptome, auf die Diagnose mit Einschluß der Differentialdiagnose, auf die Prognose und Therapie gelegt. Dabei bewegt sich der Autor vollständig auf dem Niveau des gegenwärtigen wissenschaftlichen Standes dieses Spezialfaches, läßt anderen Autoren und ihren Leistungen volle Gerechtigkeit wiederfahren und betont seinen eigenen Standpunkt nur in solchen Fragen, die noch kontrovers sind. Allerdings zeigt das Werk in der Behandlung des Stoffes manche Ungleichheiten, indem einzelne Erkrankungen, wie die Tuberkulose, die Syphilis, das Sklerom, sehr eingehend, andere dagegen, wie die bei infektiösen nicht bakteriellen Allgemeinerkrankungen vorkommenden Erkrankungen der Nase und des Rachens, nur gestreift werden, bei der Rhinitis membranacea auf die erforderliche örtliche Behandlung nicht näher eingegangen wird. Doch sind diese Mängel gegenüber den Vorzügen des Werkes nur geringfügiger Natur und werden sich gewiß bei einer neuerlichen Auflage beseitigen lassen.

Die Ausstattung, was Druck und die dem Texte beigelegten Abbildungen anlangt, macht der Verlagsbuchhandlung alle Ehre. Es wird mithin dieses Werk in den Kreisen, für welche es bestimmt ist, gewiß zahlreiche Freunde finden. ROTH.

Gesammelte Abhandlungen über Zuckerbildung in der Leber. Von Prof. Dr. S. Seegen †. Berlin 1904, Verlag A. Hirschwald.

CLAUDE BERNARDS Entdeckung des Glykogens und der Zuckerbildung in der Leber nahm Verfasser zum Ausgangspunkt zahlreicher, teilweise äußerst mühevoller Arbeiten, deren Resultat er in folgende 2 Lehrsätze zusammenfaßt: 1. Das Material für die Zuckerbildung sind die mit der Nahrung eingeführten Eiweißkörper und Fette. 2. Der in der Leber gebildete Zucker bildet die ausschließliche Quelle für die Leistungen des Tierkörpers, für die mechanische Arbeit und Wärmebildung. Verfasser hat nun seine zerstreut publizierten, die Entwicklung dieser seiner Lehrsätze darlegenden Arbeiten in chronologischer Folge in vorliegendem Buche veröffentlicht. Die Fragen, die sich Verfasser gestellt, die Mittel und Wege, die er zur Lösung derselben eingeschlagen, die Versuche, die er zur Entkräftung der ihm gemachten Einwürfe angestellt hat etc. etc.,

verkünden den Meister auf dem Gebiete der Forschung und machen die Lektüre dieses auch der Form nach vollendeten Buches zu einer äußerst interessanten, anziehenden und lehrreichen. v. St.

Manuale dell'igienista ad uso di ufficiali sanitari, medici provinciali, ingegneri, chimici e veterinari igienisti, uffici e laboratori d'igiene. Per cura del Prof. Angelo Celli. Con la collaborazione di O. CASAGRANDI, A. SCALA, J. NOSOTTI, D. SPATARO, T. GUALDI, C. FRADELLA. Roma-Milano 1904. Società Editrice Dante Alighieri.

Das vorliegende „Handbuch des Hygienikers“ bildet die 2. Auflage des „Handbuches des Sanitätsbeamten“, das entsprechend der weiteren Bestimmung und den Fortschritten der Hygiene in allen Kapiteln eine durchgreifende Neubearbeitung und Erweiterung erfahren mußte. Der I. Band umfaßt die Untersuchungsmethoden des Hygienikers, der II. Band die allgemeine und spezielle Epidemiologie von CELLI, die Hygiene des Bodens, der Wohnungen, der Städte, der Schulen und der Spitäler, ferner die Aufgaben der Sanitätspolizei und als Anhang eine Sammlung der in Italien gültigen sanitätspolizeilichen Gesetze und Verordnungen, sowie der von den Sanitätsbeamten benutzten Drucksorten. A.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

III.

— April 1904.

Es gibt ärztlich-soziale Fragen, welche so tief in das Erwerbsleben eingreifen, daß sie nicht leicht von der Tagesordnung verschwinden, ja zeitweilig den Blick von der wissenschaftlichen Arbeit ablenken und die allgemeine Aufmerksamkeit fesseln. Dahin gehört die jetzt alles beherrschende Kassenfrage; steht sie doch so im Mittelpunkt der Diskussion, tobt um sie doch ein so leidenschaftlicher Kampf in ganz Deutschland, daß man von ihr in erster Linie sprechen muß.

Hier in Berlin hatten wir nach der letzten großen Versammlung, die unter Exz. v. BERGMANN'S Vorsitz im LANGENBECK-Hause stattfand, begründete Hoffnung, daß für die Reichshauptstadt eine friedliche Einigung der Gegensätze erfolgen und die „freie Arztwahl“ als Prinzip allgemeine Anerkennung finden würde. Ach, nur zu schnell hat sich der Regenbogen, der sich als Friedenssymbol über allen Parteien wölbte, wieder verflüchtigt! Neue Gewitterwolken ballten sich zusammen und das Unwetter tobt mit einer gegen früher noch gesteigerten Heftigkeit. Ja, die Aussicht auf friedliche Beilegung des Streites ist in weitere Ferne gerückt, als je zuvor. Denn nun hat man sich hüben und drüben fest hinter seine „Grundsätze“ verschanzt. Der „Verein für freie Arztwahl“, der unter der aufopfernden Führung MUGDAN'S seit Jahren dahin gestrebt hat, jedem Arzte die Betätigung an jeder Kasse zu ermöglichen, sieht sich in seiner verdienstvollen Tätigkeit gehemmt, denn die festangestellten Ärzte, eine Anzahl von Berufs- und Gewerkskassen, die sich einige Augenblicke ihrer kollegialen Pflichten im Interesse des Gemeinwohls ihrer Standesgenossen zu erinnern schienen, haben sich inzwischen eines andern besonnen. Sie sind nicht geneigt, ihr sicheres Einkommen gegen eine unsichere materielle Zukunft einzutauschen und ihre Stellung an den betreffenden Kassen zum Besten idealer Bestrebungen aufzugeben, ihr Verhältnis zu lösen. Man kann dies wohl begreifen und bei der jetzigen gedrückten Lage des ärztlichen Standes entschuldigen. Wer so glücklich ist, etwas in der Hand zu haben, hält es heutzutage mit allen Kräften fest. Und so haben sie zum Teil schon langfristige Verträge mit ihren Kassen geschlossen, um, geschützt vor allen Zumutungen oder vor Großmutsanwandlungen, ihre Position zu verteidigen.

So liegen nun hier die Verhältnisse für weitere Reformbestrebungen ziemlich aussichtslos. Die Folge davon ist zunächst

eine gewisse Resignation, sodann aber der Wunsch nach einer reichsgesetzlichen Regelung des Kassenwesens, das allerdings seinerzeit ohne jede Erfahrung und ohne Rücksicht auf den ärztlichen Stand nur im Interesse der Arbeiter eingeführt wurde. Die Arbeiterfreundlichkeit, das Liebeswerben um diesen Stand, hat wenig Gegenliebe gefunden, wie die Millionen sozialdemokratischen Stimmen beweisen. Aber andererseits ist auch der ärztliche Stand, welcher sich nicht der nötigen Fürsorge der Regierung erfreut, mit Recht verbittert. Denn die Regierung hält nicht ihren schützenden Schild mit starkem Arm über die ohnehin schon in Bedrängnis befindlichen Ärzteschaft. Sie nimmt vielfach gegen sie Partei und dieser Notstand hat schon in ganz Deutschland zu einem engeren Zusammenschlusse der Ärzte geführt. Da sie nicht auf Hilfe von oben rechnen können, haben sie auf ihre Fahne geschrieben: „Hilf Dir selbst!“

Diese Selbsthilfe hat nun bereits vielfach im Deutschen Reich bei Konflikten mit Krankenkassen Erscheinungen gezeigt, die man früher nicht für möglich zu halten glaubte. Worte, wie Streik, Streikfonds, Streikbrecher, Arbeitslosigkeit, Lohnbewegung, Forderung höheren Lohns usw., die doch eigentlich bisher nur aus Arbeiterkreisen gemeldet wurden, in Ärztekreisen aber undenkbar gewesen wären, haben sich jetzt, wo es sich um den Interessenkampf und um die Existenzfrage handelt, rasch bei den Ärzten eingebürgert. Sie haben für unsere deutschen Fachgenossen leider nichts Auffallendes oder Anstößiges mehr. Auch das ist eine Folge wirtschaftlicher Notlage, daß man sich schließlich an alles gewöhnt, selbst an Dinge, die man früher im Hinblick auf die höheren Ziele und die Ethik des medizinischen Standes perhorreszierte.

Unwillkürlich richten sich von hier aus die Blicke der Ärzte nach Leipzig, wo zur Zeit der Konflikt der nahezu 200 Ärzte mit der Ortskrankenkasse — der größten, bestorganisierten Deutschlands — die denkbar schärfste Form angenommen hat. Zum 1. April haben die Ärzte ihre Stellung niedergelegt und ebenso die akademischen Leiter klinischer sowie poliklinischer Anstalten den Kassenkranken „wegen Überfüllung“ jede fernere ärztliche Hilfe — versagt. Andererseits hat die Ortskrankenkasse das System fest und glänzend besoldeter Distriktsärzte, sowie öffentlicher Beratungsanstalten für Kassenkranke eingeführt. Allein, die Leipziger Ärzte haben sich eifrig bemüht, ärztlichen Zuzug von auswärts fern zu halten, so daß es der Kasse bisher nicht gelungen ist, die von der Aufsichtsbehörde geforderte Minimalzahl von Distriktsärzten zu erlangen. Infolgedessen ist die ärztliche Versorgung des Kranken in Frage gestellt und leider auch — was ja bisher ein Vorzug war — die ärztliche Behandlung von Familienangehörigen der Mitglieder. Es ist nicht unmöglich, daß der Ausgang der Angelegenheit so sein wird, wie in anderen Städten, in denen schließlich

die Aufsichtsbehörde die Kasse kommissarisch verwalten mußte, um die Mitglieder nicht ohne ausreichende ärztliche Hilfe zu lassen. Eine Schwierigkeit der Lösung bilden freilich die meist mehrjährigen Verträge, welche auswärtige Ärzte mit der Kasse abgeschlossen haben, z. B. 5jährige auf 5000 M. lautende Kontrakte. Da diese für beide Teile bindend sind, können dabei hohe Summen als Abstandsgelder in Frage kommen.

Man sieht auch hier in Berlin mit Spannung auf den weiteren Verlauf solcher Konflikte und hofft, aus einem Siege der Leipziger Ärzte auch für den eigenen Sieg manches zu lernen.

Großes Aufsehen erregte hier wiederum ein Prozeß gegen eine Kurpfuscherin. Leider waren auch in diesem Falle wieder Ärzte in wenig rühmlicher Weise an dem Vorgehen der Dame beteiligt, Kranke in zum Teil ganz unwissenschaftlicher Weise behandeln zu helfen. Natürlich wird solche Deckung naturärztlicher Laien durch approbierte Ärzte sehr gut honoriert und darin mag vielleicht für den Einen oder Andern eine Versuchung liegen, sich gewissermaßen zu verkaufen. Für solche Ärzte wird aber die Sache meist, auch wenn sie mit geringer Strafe davon kommen, verhängnisvoll; denn ihre Stellung wird dadurch völlig ruiniert. Immer aber finden sich dennoch neue, die dem Kurpfuschertum willig ihre Hand leihen. Dies auszurotten, ist darum doppelt schwer, und selbst die Unternehmung einer Popularisation der Heilkunde durch Verbreitung billiger, volkstümlicher Schriften wird nur in geringem Maße aufklärend wirken. Der Nimbus der Naturheilkünstler ist ja gar nicht das Wissenschaftliche, sondern gerade das Geheimnisvoll-Unfaßbare; Übernatürliche, Wunderbare, die Erweckung des Glaubens an verborgene Kräfte und an unerklärliche Heilungen. Hier kommt die Scharlatanerie der Hang des Menschen zu solchen Dingen, ihre Autosuggestion und Leichtgläubigkeit entgegen und dieser Hang wird schwerlich mit Vernunftgründen zu bekämpfen sein.

Vielseitig haben auch die an den Kwilecki-Prozeß sich knüpfenden Erörterungen über die Grenzen der Sachverständigentätigkeit interessiert. In dieser gräflichen Kindesunterschiebungsangelegenheit hatte es sich nämlich gezeigt, daß der Sachverständige nur zu leicht Partei ergreift, indem er sich nach Form und Inhalt seines Gutachtens nicht streng an die ihm als Mediziner gestellte Aufgabe hält. Es war deshalb ein Verdienst des Straßburger Gynäkologen Prof. FREUND, der hier im Ruhestand lebt und sein Sachverständigen-Gutachten in mustergültiger Weise beschränkt hatte, noch nachträglich in einem Vortrage seinen Standpunkt wissenschaftlich zu begründen und die Frage zu prinzipieller Erörterung zu bringen.

Von verschiedenen Seiten sind jetzt — nach dem Vorbilde des Auslandes — auch hier Neuerungen im Interesse des Gemeinwohles angeregt worden, die rasch Verwirklichung gefunden haben. So hat man Fürsorgestellen für Tuberkulöse eingerichtet, in denen sie zu bestimmten Zeiten durch sachkundige Ärzte und andere Persönlichkeiten mit Rat und Tat unterstützt, auch mit allen für sie und die Ibrigen nötigen Hilfsmitteln versehen werden. Diese „Dispensaires“ hatten sich andernorts gut bewährt und werden auch hier wohl ganz besonders die häusliche Hygiene Lungenkranker, sowie die Prophylaxis befördern. Ferner hat man, um der Säuglingssterblichkeit weitere Dämme entgegenzusetzen, mit den Einrichtungen von Säuglingsheimen, sowie von Zentralstellen zur unentgeltlichen Abgabe von Kindermilch begonnen. Wie spät kommen wir hier Österreich nach, das in seinen großartigen Findelhäusern schon so lange die Fürsorge für Säuglinge praktisch verwirklicht, dadurch manches junge Leben erhalten, manche gefallene Mutter vor Verbrechen bewahrt hat! Doch — besser spät, als gar nicht.

Höchst interessant war die Ausstellung, welche die hiesige chirurgische Klinik im LANGENBECK-Hause veranstaltet hatte und welche alle die für St. Louis bestimmten Objekte vorführte, ehe sie die Reise über den Ozean antreten, um drüben in Amerika ein Zeugnis von deutscher Wissenschaft abzulegen. Hat Professor v. BERGMANN damit ein neues Blatt in seinen Ruhmeskranz gefügt, so darf man das Gleiche auch von dem Kaiserin Friedrich-Haus behaupten. Die Mittel zu diesem der ärztlichen Fortbildung gewidmeten Bau hat die Energie und der Einfluß v. BERGMANN'S

in geradezu erstaunlicher Weise bei einer kleinen Anzahl reicher Mitbürger gesammelt. Es mögen wohl 1 1/4 Millionen Mark auf diese Weise dem schönen Zwecke dienstbar gemacht worden sein, so daß bereits in allernächster Zeit der Bau beginnen kann, welcher dem genialen Architekten Ihne übertragen wurde. So lange unser Stand noch solche auf idealste Ziele gerichtete Errungenschaften aufzuweisen hat, so lange wird er auch Kraft finden, um schwierige, kritische Zeiten siegreich zu überwinden.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

KÖRTE (Berlin): Ein Fall von Gefäßnaht bei Aneurysma arterioso-venosum popliteum.

Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben mit einer frisch genähten und geheilten Verletzung in der rechten Kniekehle mit nachfolgender Entwicklung des Aneurysma. Da der Knabe links eine spinale Lähmung hatte, glaubte K. das Aneurysma nicht exstirpieren zu sollen, sondern machte die Gefäßnaht. Die Demonstration des Patienten zeigt glatte Heilung.

Franz (Berlin) berichtet über einen ähnlichen Fall aus der v. BERGMANN'Schen Klinik, bei dem eine Unterbindung gemacht werden mußte, und über die von ihm vorgenommenen Tierexperimente, zu denen er veranlaßt wurde, weil in dem erwähnten Falle eine Erhöhung der Temperatur der Extremität vorhanden war, während sonst immer eine Temperaturerniedrigung konstatiert werden kann. Seine Experimente, deren technische Seite im Original nachgelesen werden muß, haben ihm gezeigt, daß unter gewissen Bedingungen der arterielle Blutstrom bei Aneurysma arterioso-venosum bis über das Kniegelenk hinaus in die Vene vordrang. Vortragender geht dann noch des eingehenderen auf die Phänomene der Hautvenenpulsation, Platzen und Geräusch ein. Er glaubt nicht, daß das Schwirren durch den Zusammenfluß von arteriellem und venösem Blut entsteht. Demonstration von Präparaten und Photographien.

Riese (Britz) zeigt das Präparat eines traumatischen Aneurysma, das durch einen bei einer Operation abgesprengten Knochensplitter entstanden ist, der innerhalb 6 Jahren eine Usur des Gefäßes zuwege gebracht hat.

LEXER (Berlin): Weitere Untersuchungen über Knochenarterien und ihre Bedeutung für krankhafte Vorgänge.

An Tafeln demonstriert Redner die anatomischen Ergebnisse seiner Studien über Knochengefäßinjektionen und spricht anschließend daran über die Bedeutung, die die Gefäße für den Sitz der Knochenkrankungen haben: Fortsetzung der Studien, über die Vortragender schon auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß berichtet hat. Redner beleuchtet eingehend die verschiedenen Theorien der Entstehung von Knochenmetastasen bei chirurgischen Infektionskrankheiten und erklärt sie leicht durch den Verlauf der Arterien im Knochen, den er durch sein Injektionsverfahren festgestellt hat.

Helferich (Kiel) betont die Bedeutung der LEXER'Schen Untersuchungen für unsere Anschauungen über die Entstehung der Knochenkrankungen, glaubt aber entgegen Herrn HOFMANN, daß die Beziehungen zwischen Arterie und Wirbelkörper bei Skoliose sehr variable sein können. Herr LEXER-Berlin konnte bei seinen Studien eine Regelmäßigkeit, wie sie Herr HOFMANN gefunden, auch nicht entdecken.

Aschhoff (Marburg) ist der Meinung, daß nicht alle Knochenmetastasen durch embolische Verstopfung nach LEXER erklärt werden können, wie die Tuberkulose etc. Er glaubt, daß man doch die alte RECKLINGHAUSENSCHE Erschütterungstheorie nicht ohneweiters über den Haufen werfen dürfe, und daß jedenfalls die Klärung der Sache noch weiterer Forschungen bedarf.

HOFMANN (Graz): Die Arterien der skoliotischen Wirbelsäule.

Anatomische Untersuchungen und Demonstration derselben an Tafeln nebst Röntgenphotographien.

STUBENRAUCH (München): Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Fluornatriums auf den Knochen, speziell den Kieferknochen.

Die Fütterung junger Hunde mit Fluornatrium ergab eine typische, frühe Karies der Zähne, große Porosität der Extremitätenknochen, dagegen kein Zurückbleiben im Wachstum, welches jedoch ganz junge Kaninchen ganz deutlich zeigen, nebst früher Karies der Zähne und

Kiefernekrose. Bei Aufhören der Fütterung Nachwuchs von normalen Zähnen und Stillstand des Knochenprozesses. Demonstration von Photographien und Präparaten.

REHN (Frankfurt a. M.): Demonstration eines Präparates von multiplen Knochensarkomen mit Ostitis deformans.

Ein Mädchen von 23 Jahren erkrankte mit rechtsseitigen Hüftschmerzen. Nach 10 Monaten Tumor. Operation und Ausräumung eines Myeloidsarkoms. Nach 2 Monaten Erkrankung der linken Beckenschaukel, darauf Tumor des Femur, mehrerer Rippen, Unterschenkel etc. Demonstration der Präparate. Die Knochen zeigen eine auffallend osteomalazische Konsistenz. REHN wirft die Frage auf, ob diese Sarkome als echte Neoplasmen aufzufassen sind oder als entzündliche Neubildungen. Da sich in keinem der drei bekannten Fälle von multiplen Sarkomen echte Metastasen gefunden haben, da bei seiner Patientin das vorherrschende Symptom die Schmerzen waren, da die pathologisch-anatomischen Untersuchungen ebenfalls keine echten Metastasen zeigten, so glaubt er, daß es sich um entzündliche Neubildungen, nicht um Neoplasmen handelte, und empfiehlt, auf diese Dinge in Zukunft sein Augenmerk zu richten.

HOFFA (Berlin): Über die Enderfolge der Sehnenplastik. Mit Demonstration von Kranken.

Nach einleitender Besprechung über die notwendigen Vorbedingungen zur erfolgreichen Sehnenplastik spricht HOFFA über die Untersuchungen, die sein Assistent Dr. KOCH an gelähmten Muskeln angestellt hat und deren Resultat die Konstatierung einer Verfettung der Muskelfasern ergab. Den dadurch mangelnden Tonus des Muskels soll man durch Verkürzung ersetzen. Demonstration von operierten Patienten. H. empfiehlt, die beiden bekannten Methoden, die man nach NICOLADONI und LANGE benennt, zu kombinieren, da man so die besten Resultate erreicht. Interessant ist die Demonstration der schrägen Durchmeißelung des Calcaneus zur Verkürzung der Achillessehne.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie de Médecine.

METSCHNIKOFF: Die Überimpfung des syphilitischen Schankers auf Affen.

M. hat für seine Experimente, die er gemeinsam mit ROUX ausführte, Schimpansen, bekanntlich eine anthropoide Affenart, ausgewählt. Das Serum dieser Affen verhält sich in Bezug auf Agglutinerung und Präzipitation ähnlich wie das des Menschen. Behufs Überimpfung der Lues wurden einem weiblichen Affen Teilchen, die von der Oberfläche eines Ulcus durum entnommen waren, auf eine oberflächlich geritzte Stelle an der Klitoris eingerieben. Zunächst erfolgte rasch Heilung der Skarifikation. Aber 25 Tage nach der Inokulation zeigte sich an der Impfstelle der Klitoris ein kleines Bläschen, welches sich rasch zu einem typischen harten Schanker entwickelte. Auch Drüsenschwellungen in inguine traten zutage. Andere Erscheinungen der Lues waren bis 21 Tage nach Konstatierung des Primäraffektes nicht zu entdecken.

FOURNIER stellt auf Grund des Charakters des Primäraffektes, der Inkubationszeit und der Drüsenschwellungen ebenfalls die Diagnose Lues. Die bisherigen Impfversuche scheiterten wohl daran, daß man kleine Affen zu denselben heranzog. Doch möchte er das Auftreten anderer Erscheinungen oder Sekundärperiode abwarten, bevor die Diagnose zu einer unumstößlich richtigen wird.

Metschnikoff führt den Erfolg seiner Versuche darauf zurück, daß das Blut der Anthropoiden dem menschlichen sehr nahestehe.

CHANTEMESSE: Die Phlegmasia alba dolens und die chlorarme Diät.

Ch. tritt der Anschauung entgegen, daß beim Typhus, bei welcher Erkrankung die Menge der im Urin ausgeschiedenen Chlorsalze eine sehr geringe ist, die Retention derselben im Blut stattfindet. Es findet vielmehr eine Bindung des Chlors in den Gewebszellen selbst statt. Das Blut zeigt die merkwürdige Erscheinung, daß sein Gefrierpunkt um so mehr herabgesetzt erscheint, je schwerer der Fall ist. Die Erklärung dieser Tatsache ergibt sich eben aus der Verarmung des Blutes an Salzen, die von den Gewebszellen zurückgehalten werden. WIDAL zeigte, daß das Ödem bei gewissen Formen von Nephritis bei chlorarmer Diät verschwindet. Anknüpfend an diese Beobachtung setzte Ch. sechs an Phlegmasia alba erkrankte Patienten unter chlorfreie Diät und erzielte trotz Persistenz der Thrombose Verschwinden der Schwellungen. Bei Salzkost traten die Ödeme sofort wieder auf. Ch. glaubt zur Annahme berechtigt zu sein, daß die Phlegmasia alba dolens der

Effekt einer Intoxikation des betreffenden Gliedes mit Chlorsalzen sei, während die Venenobliteration nur die prädisponierende Ursache abgibt.

DIEULAFOY: Über die Gefahren der subkutanen Injektionen mit Gelatine.

D. berichtet über eine Frau, welche wegen wiederholter und starker Hämoptoen mit einer Gelatineinjektion behandelt wurde und wenige Tage später an Tetanus starb. Es fand keine Autopsie statt, doch fand man an der Injektionsstelle einige Tröpfchen Eiter. Mit diesem wurden unter entsprechenden Kautelen Tierimpfungen angestellt, welche zu dem Resultate führten, daß alle Versuchstiere an Tetanus starben. Die Untersuchung der verwendeten Gelatine ergab ebenfalls, daß Tetanuskeime in derselben enthalten waren. Tierversuche bestätigten dieses Ergebnis. Bisher sind 23 Todesfälle durch derartige Gelatineinjektionen bekannt. D. hält es für notwendig, die Tiere, welche zur Gelatineerzeugung herangezogen werden sollen, vorher zu untersuchen, ferner die Instrumente und die Gelatine selbst entsprechend zu sterilisieren und schließlich mit der Gelatine vor der Verwendung Tierversuche anzustellen.

Notizen.

Wien, 16. April 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Reg.-A. Dr. FEIN eine Frau mit primärem Lupus an der rechten unteren Nasenmuschel; bei der Pat. ist sonst keinerlei lupöse oder tuberkulöse Erkrankung nachweisbar. — Dr. HEINR. RAIMANN stellte eine Frau mit chronischem Ulcus vaginae elephantiasicum vor, welches jahrelang jedweder Therapie Widerstand geleistet hat und erst auf Heißluftbehandlung eine Tendenz zur Heilung zeigt. Gegen die syphilitische Natur des Ulcus spricht vor allem der Umstand, daß Pat. während des Bestehens des Geschwürs Syphilis akquiriert hat. In der Diskussion stimmte Doz. MATZENAUER mit dem Votr. in Bezug auf die nichtsyphilitische Natur des Ulcus überein, während Hofr. NEUMANN dieselbe bloß für einen Teil der einschlägigen Fälle zugab, Prof. RIEHL auf die unbekanntete Ätiologie des Ulcus vulvae hinwies und Hofrat WEINLECHNER darauf aufmerksam machte, daß solche Geschwüre auch tuberkulöser Natur sein könnten. — Prim. FRANK führte einen 69jähr. Mann vor, bei dem er einen 127g schweren Harnblasestein durch perinealen Blasenschnitt entfernte hat. — Prim. v. FRIEDLÄNDER erstattete eine vorläufige Mitteilung zur „Diagnose der Coxitis“, in welcher er den Zusammenhang der verschiedenen Abweichungen von der typischen pathognomonischen Stellung mit der Lokalisation des Krankheitsherdes, namentlich an der unteren Insertionsstelle der Kapsel, darlegte. — Schließlich hielt Dr. HAMBURGER den angekündigten Vortrag über seine gemeinsam mit Dr. DEHNE ausgeführten Untersuchungen über passive Immunisierung mit artfremdem Serum. Dieselben führten zu dem Schlusse, daß ein gegen normales Pferdeserum immunisiertes Tier eingeführtes Tetanusserum vom Pferde vollständig samt dem Antitoxin bindet. Dabei bleibt aber die Gruppe des Antitoxins, welche auf das Toxin spezifisch eingestellt ist, erhalten; es tritt Immunität ein. Dieselbe dauert nur kurze Zeit an und verschwindet am 2. bis 4. Tage. Die Versuche würden auf die Möglichkeit einer kurzdauernden Immunisierung des Menschen gegen Tetanustoxin schließen lassen.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Ophthalmologe Professor Dr. HERMANN COHN in Breslau ist zum Geheimen Medizinalrate ernannt worden. — Der Dermatologe Prof. Dr. KRÖMAYER in Halle ist von seinem Lehramte zurückgetreten und nach Berlin übersiedelt. — Dozent Dr. ERNST MEYER ist zum Professor der Psychiatrie und Nervenheilkunde in Königsberg ernannt worden.

(Personalien.) Der Direktor des Krankenhauses Wieden in Wien, kaiserl. Rat Dr. JOHANN LANGER, hat den Titel eines Regierungsrates, der Gemeindecart und Primararzt des allgemeinen Krankenhauses in Ischl, kaiserl. Rat Dr. MAX MAYER, das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten. — Die belgische Akademie der

Wissenschaften hat den Anatomen ROUX in Halle zum auswärtigen Mitgliede gewählt. — Der Geb. Ob. Med.-Rat Dr. A. L. SCHMIDT-MANN in Berlin hat den Professortitel erhalten. — Der Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. MORITZ PISTOR in Berlin tritt am 1. Mai d. J. in den Ruhestand.

(Krankenversicherungs-Statistik.) Der Präsident der Wiener Ärztekammer hat in der vorwöchentlichen Vorstandssitzung eine Enquete über das numerische Verhältnis zwischen den bei den bestehenden Krankenkassen versicherten Personen und den zur Behandlung dieser Personen angestellten Ärzten angeregt, um an der Hand des gesammelten statistischen Materials an die Regierung um eine schleunige, im Interesse der Versicherten und der Ärzte gelegene Regelung dieses Verhältnisses heranzutreten. Der Vorstand beschloß, das Krankenkassenkomitee der Kammer mit der Ausarbeitung dieses Vorschlages zu betrauen und denselben nach seiner Annahme durch das Plenum an die maßgebende Stelle zu leiten.

(Statistik.) Vom 3. bis inklusive 9. April 1904 wurden in den Zivilapitalern Wiens 7587 Personen behandelt. Hiervon wurden 1427 entlassen, 179 sind gestorben (11,1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 72, Scharlach 31, Masern 796, Keuchhusten 44, Rotlauf 41, Wochenbettfieber 6, Röteln 4, Mumps 72, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 687 Personen gestorben (+ 26 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. SIGMUND BARS im 60. Lebensjahre, der praktische Arzt Dr. BERNHARD KRÄMER, 37 Jahre alt, und der Generalstabsarzt d. R. Dr. MICHAEL WALDHEIM Edler v. HEILWEHR, Ritter des Ordens der Eisernen Krone III. Kl.; in Baden-Baden der bekannte Nervenheilkunfts-Besitzer Dr. OTTO EMMERICH; in Freiberg Hofrat Dr. WEICKERT, 82 Jahre alt; der Marine-Oberassistentenarzt Dr. VELTEN, im Kampfe gegen die Hereros, im Alter von 24 Jahren; in Weybridge Kolonel Prof. Dr. H. CAYLEY, Ehren-Leibarzt des englischen Königspaares, 70 Jahre alt.

Badgastein. Der im Herbst vorigen Jahres über unsere Gegend niedergegangene Wolkenbruch hat bekanntlich in den Tälern von Gastein vielfachen Schaden angerichtet, vermochte aber trotz seiner Vehemenz im Kurorte Badgastein selbst weder an den bekannt großartig fundierten Gebäuden, noch an den Wegen und Straßen irgend ein Unheil anzurichten.

Der weltbekannte Gasteiner Wasserfall, in seiner normalen Beschaffenheit schon bewundert, bot einen herrlich schönen Anblick und mochte wohl durch sein ins Kolossale verstärktes Getöse auf schwache Nerven erschreckend einwirken; aber selbst diese erschreckten Menschenkinder waren alsbald beruhigt und erinnern sich mit Befriedigung der miterlebten Stunden und der überwältigenden Großartigkeit dieses Elementarereignisses.

Dankbar hat die Bevölkerung der Umgebung, welche durch das Unwetter so arg gelitten, die von allen Seiten zur Ausbesserung der Schäden in reichlichem Maße zugeflossenen Spenden entgegengenommen und schon vor Beginn der Saison 1904 wird das Tal und die Umgebung in der früheren Schönheit dastehen. Mit vollster Beruhigung können die zahlreichen Kurgäste ihr beliebtes nervenstärkendes Badgastein wieder aufsuchen, sie werden von den Unbilden des vorjährigen Unwetters nichts mehr bemerken und können

sich mit den Einwohnern des Kurortes freuen darüber, daß die vorjährige Katastrophe keinerlei Nachwehen hinterlassen hat und die Schäden so rasch behoben wurden.

Erratum. In Nr. 15, pag. 706, Zeile 25 von unten ist statt „22jährigen“: 42jährigen zu setzen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. Kuttner, Die nasalen Reflexneurosen etc. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 B. Drastich, Leitfaden des Verfahren bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen f. Militärärzte. I. allg. Teil. Wien 1904, J. Ša fá r. — K 2.50
 W. N. Clemm, Die Gallensteinkrankheit, Berlin 1903, G. Klemm. — M. 1.—
 Bund deutscher Nahrungsmittel-Fabrikanten und -Händler, Borax und Borsäure etc. Nürnberg 1903, W. Tümmel.
 Paolo Mancini, La Rachitide. Mailand 1904, Ulrico Hoepli. — L. 4.—
 A. D. Bocciardo, Elettrocita medica. Mailand 1904, Ulrico Hoepli. — L. 3.50.
 C. Muzio, Die Krankheiten d. warmen Länder. Mailand 1904, Ulrico Hoepli. — L. 7.50.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 21. April 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NEUSZER.

- I. Demonstrationen (angemeldet: Prof. Dr. SCHLESINGER). — II. Dr. KERNBÖCK: Das Herz im hysterisch-stenokardischen Anfall. (Vorläufige Mitteilung.) — III. Dr. KÜRST: Zur Funktionsprüfung des gesunden und kranken Herzens. (Vorläufige Mitteilung.) — IV. Dr. HEINR. LOEBL: Die diagnostische und therapeutische Bedeutung des Blutnachweises in den Fäces.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das April-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Über Herzchirurgie“. Von Hofrat Prof. Weinlechner in Wien. — Ferner liegt dieser Nummer ein Prospekt der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt über „Dionin“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Kronendorfer

natürlicher
SAUERBRUNN
alkalischer

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4. Carlsbad. Krondorf V., Zoltán-gasse 10.

<p>Cheocin</p> <p>Agurin</p> <p>Duotal</p> <p>Creosotal</p> <p>Eisen-Somatose</p>	<p>Citarin</p> <p>harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.</p> <p>Dos.: 2 g 3—4mal tägl. (am ersten Tage 5mal).</p> <p>Mesotan</p> <p>neuer Salicylester zur lokalen Behandlung von rheumatischen Affektionen. — Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos und leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzuspülen. Mesotan äußerlich, Aspirin resp. Salophen innerlich.</p>
--	--



Helmitol

neues verbessertes Blasenantiseptikum.
Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie.
Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung
der lokalen Gonorrhoeotherapie.
Dos.: 1 g 3—4mal täglich.

Veronal

neues Hypnoticum.
Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung
ausgezeichnet, frei von schädigenden
Nebenwirkungen.
Geruchlos, fast ohne Geschmack.
Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g in heißen
Flüssigkeiten gelöst z. n.

Aristochin

Cannigen

Trional

Hedonal

Heroinhydrochlor.

Vertreter für Österreich-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 3 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion 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. 6 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 4spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9164.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen. Von Doz. Dr. G. Nobl in Wien. — Aus der orthopädischen Anstalt des Dr. MAX HAUDEK in Wien. Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation. Von Dr. MAX HAUDEK, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Wien. — Über das Vorkommen von Syphilis ohne Affektion des Lymphsystems. Von Dr. L. EINIS in Ekaterinodar. — **Referate.** PIETREKOWSKY (Prag): Über die Beziehungen von Unfall und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Gelenk- und Knochentuberkulose. — R. FRIEDLÄNDER (Wiesbaden): Bewegungstherapie bei Paralysis agitata. — F. VIELL (Freiburg): Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. — GÖCKEL (Aachen): Über den Wert des Plätschergeräusches und der stethoskopischen Auskultation des Abdomens für die Diagnose von Stenosen im Magen-Darmtraktus. — BECHTEREW (Petersburg): Über Akatisie. — BORCHARD (Posen): Zur Resektion der Oberschenkelaphyse bei malignen Tumoren. — DIETEL (Leipzig): Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägenfläche mit der Achillessehne. — A. LOEWY (Berlin): Die Wirkung des Höhen- und Seeklimas auf den Menschen. — ARTHUR MAYER (Freiburg i. B.): Über den Einfluß von Rhodanverbindungen auf den Stoffwechsel. — Derselbe: Über die Menge des Rhodans im menschlichen Speichel und Harn bei Gesunden und in einigen Krankheitszuständen. — **Kleine Mitteilungen.** Die therapeutische Bedeutung subkutaner Kochsalzinfusionen bei Geisteskranken. — Die Anwendungsweise des Mesotan. — Zur Behandlung der Zahnkaries. — Zur inneren Behandlung der Gallensteinkrankheit. — Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. — Isopral. — Kreosotal und Duotal. — Die Wirkung der Balsamica. — Therapie der Luxatio coxae congenita. — Protulin-Roche. — Die Therapie der Leukoplakia oris. — **Literarische Anzeigen.** Hygiene des Weibes, Gesundheitslehre für alle Lebensalter. Von Prof. Dr. ERNST FRAENKEL. — Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Von Dr. MAX WEIL. — Die Krankheiten der Speiseröhre. Von Dr. med. FR. SCHILLING. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“). — 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“). — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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.

Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen.

Von Doz. Dr. G. Nobl in Wien.

I.

Die abseits der Geschlechtsteile zur Wahrnehmung gelangenden Einbruchspforten der Syphilisinfektion haben trotz der enorm angewachsenen Kasuistik keineswegs an fachmännischem Interesse eingebüßt; bieten doch gerade die umfangreichen Beobachtungserien erst die erwünschten Handhaben, um all jene Fragen der kritischen Würdigung unterziehen zu können, welche ehedem in Bezug auf die klinische, pathogenetische und differentialdiagnostische Bedeutung extragenitaler Initialaffekte aufgetaucht waren.

Die gehäufte Demonstration und Mitteilung hierber zu zählender Fälle hat zunächst gelehrt, daß der extragenitale Sklerosensitz keineswegs den selteneren Vorkommnissen beizuzählen ist und, von der ausgesprochenen Prädilektion gewisser Körperregionen abgesehen, gelegentlich an allen Partien des Integuments und dem Schleimhautbelage aller zugänglichen Körperhöhlen angetroffen werden kann.

Den ersten statistischen Ansätzen von FOURNIER, JULLIEN, MAURICE, PETERSEN, SIGMUND (1879), DOUTRELEPONT (1890) schlossen sich bald andere an, und in kurzen Intervallen häuften sich die zusammenfassenden Übersichten derart, daß DUNCAN BULKLEY (1894) an der Hand einer reichen persönlichen Erfahrung und Durchforschung der Weltliteratur die wahrlich nicht geringe Summe von 12.000 Fällen extragenitaler

Syphilisinfektion in monographischer Sichtung zu vereinen vermochte („Syphilis in the innocent“, New-York).

Seither sind die einschlägigen Studien mit unermüdlichem Fleiße fortgeführt worden und ist ein umfassendes Tatsachenmaterial zu solch üppiger Fülle angewachsen, daß BULKLEY wohl nicht leicht einen Nachahmer finden dürfte, den die Zusammenstellung der einschlägigen Weltstatistik des seither verflossenen Dezenniums reizen könnte.

Für die Bestimmung des Prozentualverhältnisses der an ungewöhnlichen Körperstellen auftretenden Primäraffekte bieten wohl die der allerjüngsten Zeit angehörenden Übersichten von OHMAN-DUMESNIL, HASLUND, NEUMANN, FOURNIER u. a. die wertvollsten Anhaltspunkte.

OHMAN-DUMESNIL (1900), der über eine Serie von 25 Fällen verfügt, vermochte den Initialaffekt je 7mal an Lippen und Fingern, 3mal an der Zunge, je 3mal in der Inguinalgegend und am Rektum und je 1mal am Arm resp. Gaumen, Hals und Tonsillen verfolgen. Die Warschauer Statistik J. SENDZIAKS (1900) bringt aus der Literatur 3767 Primäraffekte auf, die sich in 2741 Fällen auf die Mundhöhle verteilten, 790mal die Rachenhöhle, 206mal die Nase resp. Nasen- und Rachenraum, 28mal die Ohren und 2mal den Kehlkopf (Epiglottis, Aryknorpel) betrafen. Mit der größten Frequenz (2189) figurieren die Lippen- und Gaumenmandeln.

Bei einer Gesamtzahl von 4721 Syphilisfällen (2938 M., 1783 W.), die A. HASLUND in seiner Kopenhagner Station 1882—1898 in Beobachtung hatte, war der extragenitale Sklerosensitz 108mal an männlichen und 113mal an weiblichen Individuen zu verfolgen. Dies entspricht 4,7%, wovon 3,71% auf die maskuline und 6,34% auf die feminine Be-

teiligung entfallen. 25mal trat die Läsion bei Kindern in Erscheinung. Der Lokalisation nach saß der Affekt am Kopf 121mal, am Stamm 24mal, an den Extremitäten 32mal, am Hals 4mal. Am häufigsten hat die Läsion von der Lippen-schleimhaut Besitz ergriffen. Von 50 während des gleichen Zeitraums in der Eigenbehandlung befindlichen Fällen HASLUNDS waren 13 mit Lippensklerosen behaftet.

Wohl die reichhaltigsten Zusammenstellungen eigener Wahrnehmungen sind der mit seltener Sorgfalt durchgeführten Registrierung I. NEUMANN'S (1902) und der dokumentarischen Genauigkeit A. FOURNIER'S (1903) zu verdanken.

An NEUMANN'S Klinik kamen in der Zeit von 1880—1901 207 Fälle von extragenitalen Sklerosen vor. In diesem Zeitraum waren 4634 mit syphilitischem Initialeffekt behaftete Kranke in klinischer Behandlung, worunter 2822 Männer und 1811 Frauen.

Perigenital fanden sich 187 Sklerosen, darunter ad anum 35 (12 M., 26 W.), an der inneren Schenkelfläche 37 (19 M., 19 W.), am Mons veneris 82 (43 M., 39 W.).

Die extragenitalen Initilläsionen betrafen 100 Männer und 107 Frauen. Den Sitz hatten dieselben 41mal an der Oberlippe (15 M., 26 W.), 65mal an der Unterlippe, 8mal am Mundwinkel (6 M., 2 W.), 4mal an der Wange, 12mal am Kinn (9 M., 3 W.), 20mal an den Tonsillen (8 M., 12 W.), 1mal an der hinteren Rachenwand (1 M.), 2mal an der Zunge (1 M., 1 W.), 2mal am Nasenflügel (1 M., 1 W.), 9mal am Augenlid (7 M., 2 W.), 3mal an der Stirne (3 M.), 6mal am Zahnfleisch (2 M., 4 W.), 27mal an Fingern und Händen (17 M., 10 W.), 9mal an der Brust (9 W.), 1mal am Nabel (1 W.), 1mal am Oberschenkel (1 M.) und 1mal am Vorderarm (1 W.).

FOURNIER wieder reflektiert ausschließlich auf die Fälle seiner privaten Klientel, die zur imposanten Zahl von 642 (!) anwachsen. Die extragenitalen Schanker verteilten sich: 484mal auf den Kopf, 4mal auf den Hals, 21mal auf den Rumpf, 19mal auf die Brust, 60mal auf Arme und Beine und 54mal auf die Anorektalgegend. Von den 484 zephalen Sklerosen entfielen 435 auf den Mund, 47 auf das Gesicht und 2 auf die behaarte Kopfhaut. Die Mundaffekte wieder waren an den Lippen 328mal, der Zunge 53mal, den Mandeln 40mal, am Zahnfleisch 9mal, an Gaumen- und Wangenschleimhaut 5mal lokalisiert.

Weiterhin resultierte erst aus der Summierung von Einzelbefunden die Möglichkeit zur genauesten Feststellung aller Merkmale, welche mit dem Wechsel des Standortes, das klinische und morphologische Gepräge der initialen Induration charakterisieren und dessen richtige Deutung ermöglichen. So sind die engeren Beziehungen der Infiltrate zu den lokalen Drüsengebieten, die Abhängigkeit der Plasmomanordnung von den topographischen Strukturverhältnissen (Gefäßbezirke, kollagenes Stützwerk, glanduläre Adnexe, Epithelgefüge) zu nicht minder präziser Aufhellung gelangt, als die durch äußere Einflüsse und parasitäre Mitwirkung bedingten Varietäten der klinischen Erscheinungsweise.

Hand in Hand mit den auf breiter Basis gepflogenen statistischen Erhebungen sind denn auch in reicher Fülle Anhaltspunkte gewonnen worden, welche den Modus infectionis in voller Klarheit zu beleuchten geeignet sind. Diese wichtige Erkenntnis hat ihrerseits wieder vielfach zur Postulierung hygienischer Maßnahmen geführt, welche bestens geeignet erscheinen, an dem neuerdings mit großem Eifer in Angriff genommenen Eindämmungswerke der venerischen Seuche hilfreich mitzuwirken.

Die vorsichtigeren, mehr den Anforderungen oder Asepsis genügende Handhabung der Vakzination, gleichwie die Einbürgerung der animalen Lymphe sind nicht in letzter Linie der früher so häufig beobachteten extragenitalen Syphilisübertragung auf dem Wege des Impfaktes zuzuschreiben. Ähnliche vakzinale Syphilisepidemien vermochte DUNCAN BULKLEY allein 30 (!) aus den Jahren 1814—1892 zu-

sammenzustellen und die Summe der nicht mitgeteilten Impfseuchen dürfte kaum gegen diese Zahl zurückstehen. Jüngst noch reflektiert A. FOURNIER auf drei derart zustande gekommene Masseninfektionen, die teils in der Armee, teils in einer Provinzstadt zum Ausbruch kamen.

Das gleiche Vorkommnis bei der rituellen Beschneidung hat zur strengeren Regelung der bei der Zirkumzision zu beobachtenden Kautelen geführt, die sich in erster Linie auf das Gebot des instrumentellen Eingriffs sowie auf die genaue Einhaltung der aseptischen Nachbehandlung beziehen.

Neue Aufgaben begannen der Gewerbehygiene und allgemeinen Prophylaxis zu entstehen, seitdem die Gefahren zur weiteren Kenntnis gelangten, welche gewisse, in einzelnen Industriebetrieben übliche Manipulationen für die bukkale Syphilisvermittlung in sich bergen. In Glasbläsereien, Zigarrenfabriken, Tapezierer- und Tischlerwerkstätten auftretende Masseninfektionen, durch Benutzung infizierter Blasrohre (die Epidemien von Rive de Gier 1862, Faymoreau 1863, Montlucon 1867 in Frankreich, in der Glasfabrik zu Amelith bei Göttingen 1896) resp. verunreinigte Werkzeuge (von Mund zu Mund wandernde Nägel, Nadeln, Feilen, Zangen etc.) vermittelt, haben zu strengeren diesbezüglichen Schutzvorkehrungen den Anstoß geboten. Der gehäuften Registrierung extragenitaler Initialaffekte im Bereiche des Kapillitiums und der bearteten Gesichtshaut zuzuschreiben ist es auch, daß die Revision der in Barbierstuben herrschenden Hygiene allerorts in Angriff genommen wird und auf das Programm der fachmännischen Diskussion gestellt erscheint.

Die mittelbare Syphilisübertragung durch Gebrauchsgegenstände (Löffel, Gläser, Tassen, Saugflaschen), Zigarrenabfälle, Blasinstrumente und diverse infizierte Utensilien hat des weiteren eine Reihe biologischer Eigenheiten des bisher unbekanntes Lueskontagiums aufzudecken vermocht, über welche auf anderem Wege kaum Aufschluß zu erlangen gewesen wäre. Hierzu hat nicht in letzter Linie die ärztlich verschuldete instrumentelle Syphilisinfektion das ihrige beigetragen, die in neuerer Zeit glücklicherweise in die Kategorie der selteneren ätiologischen Faktoren herabgesunken ist.

Von den großen, durch das Schröpfen und den Aderlaß vermittelten Syphiliseuchen abgesehen, die in der Blütezeit der Bader bis zum neunzehnten Jahrhundert grassierten (Nürnberg 1599, Windsheim 1624, Brünn, Poppara und Hakola in Finnland) und nach vielen Hunderten zählende Opfer forderten, hat leider auch die moderne Ausgestaltung der diagnostischen und therapeutischen Behelfe der extragenitalen Syphilispropagation Tür und Tor geöffnet gehabt.

Der traurigen Erfahrungen hat es erst belurft, welche die Sondierung der Eustachischen Tube, die instrumentelle Exploration des Rachens, Kehlkopfs, der Scheide und Harnröhre, sowie die Verwertung der Injektionsnadeln gezeitigt hatten, um die strenge Separierung aller bei Luetischen in Verwendung genommenen Instrumente als dringliches Gebot aufzustellen. Daß sich die diesbezügliche Vorsicht nicht minder auch auf die Lapisträger resp. Stifte zu erstrecken hat, wurde erst in jüngster Zeit wieder durch eine Reihe von Mundhöhleninfektionen, die zweifellos auf diesem Wege zustande kamen, in warnende Erinnerung gebracht.

Aber auch eine Reihe belangreicher Thesen, welche in früherer Zeit bezüglich der Pathologie und des Verlaufes, der auf ungewöhnlichem, d. h. auf außergeschlechtlichem Wege erworbenen Syphilis geltend gemacht wurden, konnten erst auf ihre Berechtigung und Gültigkeit geprüft werden, seitdem das mit seltenem Eifer zusammengetragene imposante Testmaterial die Einleitung zusammenhängender und fortlaufender Recherchen ermöglichte. So hat die minutiöse Verfolgung vieler tausend Fälle gelehrt, daß durch den extragenitalen

Sitz des Initialaffektes allein weder die Dignität der Allgemeinsymptome, noch die Tendenz zur Rezidivierung eine Beeinflussung erfährt. Die früher herrschende Ansicht, daß der extragenitale Sklerosensitz stets einen schweren Syphilisverlauf bedinge, konnte an der Hand unzähliger Beobachtungen bestens entkräftet werden. Andererseits kam man auch in die Lage, jene Momente genauer feststellen zu können, welche die immerhin häufig beobachtete abnorme Verlaufsweise des Prozesses in solchen Fällen zu bedingen pflegen.

Für die Beurteilung der Virusvermehrung und Propagation, der mikrobiellen Symbiose, des Schutzwertes lymphatischer Filter etc. haben sich hierbei nach mancher Richtung hin neue Gesichtspunkte gewinnen lassen.

Diese nur andeutungsweise gestreiften Forschungsergebnisse zeigen zur Genüge, zu welchem wertvollem Ausgangspunkte ursprünglich nur in bescheidenem Rahmen kasuistischer Mitteilungen gehaltene Einzelbeobachtungen werden können, wenn kritische Sichtung und fachliche Beleuchtung den angesammelten Stoff in systematische Wertung nehmen. Die genaueste Kenntnis der auf extragenitalen Ursprung zurückzuführenden Syphilis ist derart zu einem integrierenden Bestandteil des syphilidologischen Wissens geworden und ihm obliegt es nun, jene Wege zu weisen, welche auch auf dem vielseitigen Felde der praktischen Tätigkeit die bisher nur dürftig vorhandene diagnostische Orientierung ermöglichen.

Daß dem Syphilidologen die richtige Deutung suspekter Erscheinungen, mögen dieselben an noch so ungewöhnlichen Körperstellen zur Manifestation gelangen, nicht so leicht entgegen kann, darf um so weniger wundernehmen, als seine differentialdiagnostischen Erwägungen stets von der bestherrschten Eigendisziplin ihren Ausgang nehmen. Der Praktiker indes wird bei dem bunten Wechsel der unterkommenen Krankheitsbilder leicht die syphilitische Natur einer nicht typisch lokalisierten und entwickelten Läsion entweder völlig ignorieren oder aber die Veränderung mit anderweitigen Prozessen identifizieren. Die Verkennung des am Standorte häufiger Erkrankungsformen auftretenden Primäraffekts wieder kann zur Empfehlung therapeutischer Maßnahmen führen, die nichts weniger als angezeigt erscheinen.

In beiden Eventualitäten kann der Kranke nur Schaden nehmen, indem die Ignorierung des Initialaffektes nicht nur die rechtzeitige Einleitung der Allgemeinbehandlung vereitelt, sondern oft genug dem unerkannten, daher auch therapeutisch unbeeinflussten Prozeß freien Lauf gewährt. Mit dem Verkennen der gegebenen Anhaltspunkte geht aber auch eine nie zu verantwortende Gefährdung der Umgebung des Infizierten einher, die womöglich auf noch unschuldiger Weise von der Seuche ergriffen werden kann. Schwere Beschuldigungen und bittere Vorwürfe werden dann den Arzt treffen, der in unzulänglicher Würdigung des wahren Sachverhaltes seiner vornehmsten Mission — der Prophylaxe — nicht gerecht zu werden vermochte.

Zu alledem kommt noch, daß die verkannte, extragenitale Initialläsion vielfach zu Eingriffen Anlaß bieten kann, die nicht nur den Leitsätzen der Syphilisbehandlung zuwiderlaufen, sondern auch zum Ausgangspunkte dauernder, dem Grundprozesse durchwegs fremder, schwerer Schädigungen werden.

Diese Bedenken sind keineswegs auf das vage Terrain theoretischer Erwägungen zu verlegen, vielmehr wurzeln sie insgesamt auf dem realen Boden der objektiven Beobachtung. Zur Erhärtung dessen möchte ich um so lieber einige selbst verfolgte Illustrationsfakten beibringen, als die Frage meines Wissens von dieser Seite aus noch keine zusammenhängende Beleuchtung erfährt und die freimütige Mitteilung von Fehldiagnosen und ihren Folgen meines Erachtens für die diagnostische Klärung nur Nutzen bringen kann.

Bei Durchsicht der hierher zu rechnenden Eigenbeobachtungen, die ich im Laufe der letzten Jahre zu explorieren

Gelegenheit hatte, konnte ich die Erfahrung gewinnen, daß zumeist jene Kategorien von extragenitalen Initialaffekten einem unglückseligen Schicksal preisgegeben sind, welche mit solchen Erkrankungsformen Ähnlichkeiten aufweisen, die gemeinlich der chirurgischen Intervention bedürfen. Die Neigung, der sich längs kapillarer Lymph- und Blutgefäßnetze hinschlängelnder Zellverbände, an geeigneten Haftstellen zu diffusen Flächeninfiltraten zusammenzutreten, bringt es mit sich, daß immer wieder Sklerosenformen resultieren, die nichts von den typischen Charakteren einer primären Induration an sich haben und für gewöhnliche Zellgewebsentzündungen kokkogener Provenienz imponieren. Freilich könnten hierbei noch die fast stets zu missende Suppuration, die ausgesprochene Indolenz der Infiltrate, die meist vorhandene Miterkrankung des regionären Lymphknotensystems als warnende Signale dienen. Doch werden diese Mahnzeichen im allzu raschen und einseitigen Drange nach radikaler Betätigung häufig genug über den Haufen gerannt und mit dem unüberlegten Eingreifen Schädigungen gesetzt, deren Folgen sich dauernd geltend machen.

Das größte Kontingent scheinen in dieser Hinsicht die an den Extremitäten, vorzüglich an Händen und Fingern lokalisierten Primäraffekte zu liefern. Wenigstens sprechen die von mir registrierten Wahrnehmungen, sowie die zahlreichen Fälle dafür, welche ich in ununterbrochener, mehr als 10jähriger Anstaltstätigkeit zu verfolgen Gelegenheit finde. Um so bedauerlicher muß dies erscheinen, als gerade die digitale Schankerinfektion in überwiegender Häufigkeit den professionellen, d. h. den in der Ausübung des Berufes akquirierten Infektionen zuzuzählen ist und schon ihrer Natur nach das Fortkommen der Befallenen aufs empfindlichste beeinträchtigt. Wenn außerdem noch, wie in dem gleich anzuführenden Falle, in Verkennung des ätiologischen Momentes, verstümmelnde Eingriffe zur Ausführung gelangen, so kann die Notwendigkeit nicht nachdrücklich genug Betonung finden, wie wichtig es ist, bei in ihrer Herkunft unklaren, entzündlichen Infiltraten auch die Möglichkeit der extragenitalen Syphilisinfektion mit in Betracht zu ziehen.

Die Oberhebamme einer Wiener Krankenanstalt akquirierte in Ausübung des Berufes eine knotige, entzündlich gerötete Schwellung am Nagelbett des rechten Zeigefingers. Die Auftreibung nahm während eines dreiwöchentlichen Bestandes allmählich an Größe zu, ohne jedoch Schmerzen zu verursachen oder von Eiterung gefolgt zu sein. Durch das Persistieren der Geschwulst dennoch beunruhigt, sucht Patientin einen Chirurgen auf, der die Läsion als Panaritium angesprochen haben dürfte. Die Ausführung einer tiefreichenden Inzision, sowie die Applikation antiseptischer Verbände lassen wenigstens keine andere Deutung zu.

Da der erste Eingriff nicht zum Ziele führte und die Intumeszenz keinerlei Tendenz zum Rückgange aufwies, so wurden die Einschnitte in kurzen Intervallen wiederholt und vielfach auch bis zum Periost fortgeführt. Die Folge dieser multiplen Gewebsschädigung war das gangränöse Absterben der Endphalange, nach deren Ausstoßung die narbig geschrumpfte und verunstaltete Fingerbeere den verstümmelten Zeigefinger überdeckte.

Während des Abstoßungsvorganges bekam ich die Kranke zu sehen. Die noch vorhandenen braunroten elevierten, ziemlich derben Infiltratresiduen am distalen Fingerabschnitte ließen es unschwer erkennen, daß es sich hier um einen luetischen Initialaffekt gehandelt hatte. In der Ellenfurche war eine nußgroße, sklerosierte Drüse zu tasten, desgleichen zeigten die Nackendrüsen deutlich nachweisbare Volum- und Konsistenzzunahme. Diese unzweideutigen Anzeichen der Allgemeininfektion wurden alsbald von einem

mäßig entwickelten makulo-papulösen Syphilid gefolgt, das unter einer methodischen Inunktionskur zur Involution gelangte.

Die Beobachtung der ersten Allgemeinerscheinungen datiert in das Jahr 1898 zurück, der seither verflossene Zeitraum reichte hin, um die milde Verlaufsweise des Prozesses zu dokumentieren. Von einer nußgroßen, ulzerösen Gummabildung über der rechten Tibia (im Jahre 1902) abgesehen, waren keine weiteren Rezidiven zu vermerken.

In diesem Falle haben die keineswegs angezeigten wiederholten Eingriffe den Verlust eines wichtigen Fingergliedes zur Folge gehabt. Versöhnend mag es hierbei nur erscheinen, daß die immerhin frühzeitige Einstellung des Wartedienstes die Propagation der Infektion hintangehalten hat.

I. NEUMANN erwähnt den Fall einer Hebamme, die mit einer Digitalsklerose behaftet 5 Frauen mit Syphilis infizierte, selbstredend ohne eine Ahnung von der Natur ihrer Fingerläsion gehabt zu haben. In der Stadtklientel bekam A. FOURNIER 30 Ärzte resp. Mediziner, Hebammen und Wartepersonen zu sehen, die sich insgesamt auf beruflichem Wege luetische Primäraffekte an vorher mehr oder minder lädierten Fingern zugezogen hatten. Auch mir ist eine Serie Infektionen gleicher Provenienz bei Kollegen bekannt, die sehr dafür zu sprechen scheint, daß die Praktiker mit bei weitem größerer Sorglosigkeit dem Syphiliskontagium gegenüberstehen als wir, die durch die täglich gesehenen Gefahren zu allergrößter Vorsicht gemahnt werden.

Daß die Digitalinfektion nicht allein auf professionellem Wege zustande kommt, vielmehr auch bei allen möglichen Manipulationen mit Krankheitsprodukten oder mit infizierten Gegenständen entstehen kann, bedarf um so weniger des Hinweises, als in der Literatur hierfür ein lehrreiches Belegmaterial vorhanden ist.

Eine besondere Infektionsmöglichkeit ist in der nicht zu selten geübten Exploration weiblicher Genitalien gelegen, die nichts weniger als in die Sphäre der Berufstätigkeit fällt. Die Franzosen helfen sich bei der näheren Determinierung des Aktes mit der ebenso treffenden als geistvollen Bezeichnung „Accouchements erotiques“ über das Mißliche einer näheren Auseinandersetzung hinweg. RICCORDS Ausspruch „en fait de contagion syphilitique on est toujours puni par ou l'on a péché“ läßt sich hier um so eher geltend machen, als die auf solchem Wege akquirierte Erkrankung die Einreihung der Befallenen in die Gruppe der „innocents“ kaum rechtfertigt und ihre Geschichte keineswegs das Kapitel der „Syphilis immeritées“ bereichert.

In diese Kategorie zu gehören scheint ein Patient, den ich vor zwei Jahren zu behandeln Gelegenheit hatte.

Die Sklerose saß, wie in den meisten ähnlichen Fällen — am rechten Mittelfinger — und wurde seitens des Hausarztes für ein Panaritium angesprochen. Das Vorkommen des Affektes hatte in diesem Falle ständigen Verlust des Nagels sowie eitrigen Zerfall der Kubitaldrüse zur Folge. Durch das Auftreten eines fleckigen Ausschlages am Stamme beunruhigt, präsentiert sich, Februar 1902, Herr N., ein 35jähriger verheirateter Kaufmann. Es handelt sich um ein dichtes, makulo-papulöses Exanthem, universelle, gleichmäßige Skleradenitis, und spezifische Angina. Die genauesten Recherchen nach der Eingangspforte des Virus gestatten nicht die Ernüierung eines Initialaffektes. Der rechte Mittelfinger wird verbunden getragen. Nach der Ursache gefragt, gibt Patient an, daß er sich vor einigen Wochen am Nagelgliede verletzt habe und im Anschlusse daran ein die ganze Fingerspitze einnehmendes, sogenanntes Nagelgeschwür entstanden sei. Da dieses nicht heilen wollte, so wurden vom Hausarzte Einschnitte vorgenommen. Eiterabsonderung war weder vor noch nachher zu gewahren, doch bildete sich später ein Abszeß oberhalb der Ellenbeuge und der Nagel begann sich aus seinem Bette auszulösen.

Nach Entfernung des Verbandes war ein alle typischen Kennzeichen digitaler Initialaffekte an sich tragender, indolenter, bläulich-roter, von einer Inzisionsnarbe durchzogener, mandelgroßer Wulst am Dorsum des Nagelgliedes zu gewahren, der sich gegen die entblößte Matrix hin vorwölbte. Eine eingezogene Narbe oberhalb der medialen Kondylus zeigte deutlich, daß der erwähnte, im Anschlusse an die Inzision der Sklerose entstandene Abszeß von der alterierten Kubitaldrüse ausgegangen war.

Mehr umschriebene, sich in Knotenform präsentierende Sklerosen, wie solche in überwiegender Häufigkeit an den Lippen, Mundwinkeln, Kinn, Zunge, Wangen und Nasenflügel zur Entwicklung gelangen, täuschen dem minder Versierten mitunter maligne Neoplasmen vor und gelangen unter das Messer. Hierdurch werden nicht nur irreparable, ewig entstellende Defekte gesetzt, sondern auch Folgezustände heraufbeschworen, die den ursprünglichen Prozeß in schwerster Weise komplizieren.

Haben die Initialaffekte an den berührten Standorten ein mehr akut-entzündliches Aussehen oder sind an ihrer Oberfläche Follikeln entsprechende Eiterpunkte, Krusten und Borken zu gewahren, so werden sie nicht zu selten auch für Furunkel gehalten und mit den gleichen bedauernswerten Konsequenzen operativ angegangen.

Für beide Vorkommnisse mögen die folgenden Beispiele als Belege dienen.

So sah ich vor drei Jahren einen 45jährigen, verheirateten Fabrikanten, der wegen eines vermeintlichen Epithelioms der Unterlippe von einem chirurgisch gewandten Landarzte operiert worden war. Kühne Keilschnitte brachten das ergriffene Gewebe samt breiten normalen Säumen zur Absetzung. Der große Defekt wurde mittelst kräftiger Nähte mühsam ausgeglichen. Die Auslösung zu jener Zeit bereits tastbarer Submentaldrüsen wurde für einen späteren Termin in Aussicht genommen.

Dieselbe wurde überflüssig, da sich in der Zwischenzeit ein dichtes makulo-papulöses Exanthem entwickelte. Als ich den Kranken sah, war die halbe Unterlippe von einem muldenförmigen, mit warzig unebenen zerklüfteten, speckig belegten Säumen eingefassten Defekt eingenommen, dessen sklerosierte Ränder sich weit vom Kiefer abhoben. Ein kindsfaustgroßes, knorpelhartes Drüsenpaket füllte die Submentalregion und die angrenzende linke Unterkiefergegend aus. Den Stamm und die Extremitäten übersäte eine dichte Flecken- und Knötchenruption. Während der angeschlossenen Allgemeinbehandlung zerfiel noch ein Teil des Drüsenumors und machte die Inzision notwendig.

Bei einer 20jährigen Näherin hatte sich an der Unterlippe nahe dem linken Mundwinkel ein haselnußgroßer Knoten entwickelt, der sich nicht rückbilden wollte. Der konsultierte Vereinsarzt empfahl warme Umschläge, und als diese nicht zum Ziele führten, wurde die als Furunkel deklarierte Geschwulst inzidiert.

Vierzehn Tage nach dem Eingriff (20. März 1902) war eine gleichseitige Unterkieferdrüse zu einem über bühnereigroßen, stellenweise erweichten Tumor intumesziert, über welchen das zu papierdünner Lage reduzierte Integument blauviolett verfärbt und schilfernd erschien. Die derben, zerklüfteten, reaktionslosen Infiltratreste am Lippensaum waren im Vereine mit dem Pakete sklerosierter, indolenter Submaxillardrüsen nur auf eine spezifische Initialmanifestation mit konsekutiver Skleradenitis zu beziehen. So traten denn auch prompt nach Ablauf der Inkubationsfrist die Allgemeinsymptome in Form eines makulösen Exanthems auf. Der weitere Verlauf des Falles zeigte zwar keinerlei Abweichung von der typischen Erscheinungsweise des Prozesses, jedoch machte der fortschreitende Zerfall des submaxillaren Lymphoms die Inzision und Auslöftung notwendig, wornach immerhin eine deutlich sichtbare, in kosmetischer Hinsicht nicht gerade zierende Narbe resultierte.

Aus der orthopädischen Anstalt des Dr. Max Haudek in Wien.

Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

Von **Dr. Max Haudek**, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Wien.

II.

Das durch die Operation erreichte Resultat bleibt nun leider in einer Anzahl von Fällen, besonders bei älteren Kindern, nicht bestehen; wir finden bei einer späteren Untersuchung, daß der ursprünglich in die Pfanne reponierte Schenkelkopf diese wieder verlassen hat, daß es also wieder zur Reluxation gekommen ist. Diese findet entweder nach hinten hin auf das Os ileum oder, was das bei weitem häufigere Ereignis ist, nach vorn hin statt. Wir finden dann den Kopf unter der Spina anterior inferior; es ist hier zur sogenannten Transposition gekommen, zu einer Stellung, mit der wir uns ja in vielen älteren Fällen schon von vornherein zufrieden geben müssen.

Es liegen über die Resultate, die mit Hilfe der unblutigen Reposition erreicht wurden, von verschiedenen Seiten Berichte vor. Von allen Operateuren wird angegeben, daß es nur in einem mäßigen Prozentsatz der Fälle möglich war, ein anatomisch gutes Resultat zu erhalten, d. h. den Kopf wirklich in der Pfanne des Hüftgelenkes festzuhalten. Des öfteren kommt es zur Reluxation, fast stets nach vorn, zur Transposition, selten zur Reluxation nach hinten. Doch geben auch die erstgenannten Fälle fast stets ein recht gutes funktionelles Resultat, indem der Kopf unter der Spina anterior inferior einen guten Halt bekommt, die Verkürzung zum größten Teile ausgeglichen, der Gang gebessert und das Bein vollkommen gebrauchsfähig wird.

So berichtet LORENZ 1900 über ein gutes anatomisches Resultat in 61 Fällen unter 102 einseitigen und 47 Fällen bei 110 Gelenken, d. i. 55 doppelseitigen Luxationen; in den meisten anderen Fällen konnte nur ein befriedigendes funktionelles resp. kosmetisches Resultat erzielt werden und dürften auch die erstgenannten Zahlen bei späteren Untersuchungen noch eine Korrektur erfahren. Nach HOFFA und KÜMMEL kommt es fast in 95% der Fälle zur Reluxation meist nach vorn; SCHEDE hatte unter 102 Einrenkungsfällen 13 Reluxationen nach hinten und 30 Transpositionen zu verzeichnen; CODIVILLA unter 66 unblutigen Repositionen nur 4—5 anatomische Heilungen; KÖLLIKER bei 25 einseitigen Verrenkungen 2, bei 13 doppelseitigen keine anatomische Heilung. LUDLOFF konnte bei 23 Gelenken 20mal die Reposition ausführen, die in 19 Fällen ein gutes Resultat ergab. KIRMISSON konnte unter 27 einseitigen Fällen 17mal die Reposition ausführen, doch ist nur in 3 das Resultat ein anatomisch gutes, 10mal liegt der Kopf etwas nach oben außen; unter 27 doppelseitigen Verrenkungen sind 21 der unblutigen Reposition unterworfen, jedoch nur in einigen Fällen ein anatomisch gutes Resultat, in den meisten ein gutes funktionelles erreicht worden; 13mal kam es zur Transposition. Über sehr günstige Ergebnisse berichten DUCROQUET und NARATH, die auf die funktionelle Belastung verzichten und einen großen fixierenden Verband anlegen: NARATH führt bei einseitiger Luxation den Verband auf der reponierten Seite bis zur Mitte des Unterschenkels, auf der anderen Seite bis zum Knie. Unter 150 Gelenken konnte NARATH in 126 die Reposition ausführen, in 5 gelang nur eine Transposition, während 19mal die Reposition mißlang. Von 101 nachuntersuchten Fällen war in 71 ein gutes anatomisches Resultat zu verzeichnen, wobei merkwürdigerweise bei den doppelseitigen Luxationen die Resultate besser waren als bei den einseitigen; in 15 Fällen war es zur Transposition des Kopfes, 1mal zur Reluxation nach hinten gekommen. MOTTA hat bei der unblutigen Reposition in 47 einseitigen Fällen 23 dauernde Erfolge, 22 Besserungen

und 2 Mißerfolge. In 23 doppelseitigen Fällen 4 Mißerfolge; von den 46 reponierten Hüften blieb 26mal das Resultat erhalten. REDARD hatte unter 43 Fällen einseitiger Luxation 26 Transpositionen, unter 7 Fällen doppelseitiger nur 5 Transpositionen. E. MÜLLER (Stuttgart) hatte unter 40 einseitigen Luxationen 28 vollständige Heilungen, unter 21 doppelseitigen 5 anatomische Heilungen.

Ich selbst habe bis jetzt in 9 Fällen einseitiger Luxation und in 2 Fällen doppelseitiger Luxation das unblutige Repositionsverfahren in Anwendung gebracht. Die Kinder standen im Alter von 17 Monaten bis zu 9 Jahren. Die Reposition gelang mir hiervon in 3 Fällen einseitiger Luxation (17 Monate, 3½ und 4 Jahre) sehr leicht; in 4 Fällen einseitiger Luxation (4 Jahre, 6, 8 und 9 Jahre alt) und 1 doppelseitiger Luxation (5½ Jahre alt) war die Reposition mit größeren Schwierigkeiten verbunden und dauerte von ½ bis zu ¾ Stunden; in 3 Fällen gelang mir die Reposition in die Pfanne nicht und mußte ich mich in 2 Fällen einseitiger Luxation von vornherein mit einer Transposition begnügen; bei 1 doppelseitigen Luxation mußte ich wegen der großen Schwierigkeiten, die sich schon der Herabholung der Köpfe entgegensetzten, nach 1 Stunde meine Bemühungen aufgeben. Die Reposition nahm ich in der schon früher beschriebenen Weise vor (modifiziertes Verfahren nach LORENZ-HOFFA). In den ersten Jahren bediente ich mich zur Herabholung des Kopfes der LORENZschen Schraube; jetzt wende ich fast nur mehr die manuelle Extension an und führe, falls sich der Reposition in einer Sitzung allzu große Schwierigkeiten entgegensetzen, die Reposition in Etappen aus. Die Herabholung des Kopfes und die Reposition gelingen im allgemeinen desto leichter, je jünger das betreffende Individuum ist. Mein jüngster Fall war 17 Monate alt und ich habe die frühe Vornahme des Eingriffes nicht bedauert, da die Reposition außerordentlich rasch gelang und auch schon nach einer verhältnismäßig kurzen Zeit die Fixation im Verbands stabil blieb. Es ist ja sicher, daß die pathologischen Veränderungen am Hüftgelenk desto geringere sind, je jünger die betreffenden Kinder sind, je weniger also die Belastung und Funktion auf die Gelenke eingewirkt hat; es wird daher auch die Restitution hier um so leichter gelingen. Es wird sich also empfehlen, die Reposition nicht erst vom 2. Lebensjahr angefangen auszuführen, sondern die Indikation dahin zu erweitern, daß die Reposition in Angriff zu nehmen ist, sobald die Kinder gehen und einigermaßen rein gehalten werden können; da die Reposition in diesem Alter fast immer leicht und rasch auszuführen ist, so wird man nur bei sehr schwachen Kindern die Vornahme des Eingriffes verschieben.

Nach gelungener Reposition fixiere ich die Beine in einem bis ans Knie reichenden Gipsverband; in der ersten Zeit habe ich ziemlich starke Außenrotation angewendet, seit etwa 3 Jahren fixiere ich die Extremitäten, wenn irgendwie möglich, in leichter Innenrotation. Bei der Vornahme der Reposition hatte ich trotz der in manchen Fällen ziemlich protrahierten Narkose und forcierten Repositionsmanöver glücklicherweise keinen Unfall zu beklagen.

Bezüglich der Fixationsdauer finden sich die verschiedensten Angaben. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß das Alter des Kindes von ziemlicher Bedeutung für diese Frage ist. Je jünger das Kind und je leichter die Reposition gelang, desto kürzer kann die Fixationsdauer bemessen werden, aus den Gründen, die ich schon früher erörtert habe. Bei den älteren Kindern nahm ich 2—3 Verbandwechsel vor und ließ die Verbände im ganzen bis zu 8 Monaten liegen; bei den jüngeren Kindern kam ich mit einer 4—6 Monate reichenden Fixation aus. Der erste Verbandwechsel findet nach längstens 2—3 Monaten statt und wird hierbei die primäre starke Abduktionsstellung je nach den vorliegenden Verhältnissen vermindert. Auch hier wird sich der Einfluß des Alters geltend machen, indem man bei den jüngeren Fällen die Abduktionsstellung viel rascher korrigieren kann.

Ehe ich mit der Nachbehandlung beginne, lasse ich die Kinder noch durch etwa 14 Tage in einem ganz leichten Gipsverbande herumgehen, um die Reposition noch auf ihre Stabilität zu prüfen.

Nach der definitiven Verbandabnahme beginne ich die Nachbehandlung. In einzelnen Fällen sind die Kinder

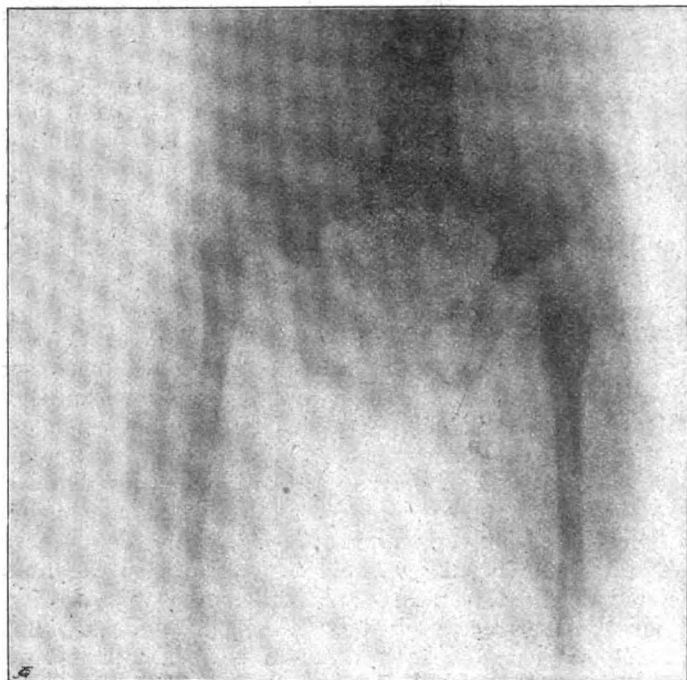


Fig. 1. Luxatio cox. cong. sinistra. G. B., 3 1/2 Jahre altes Kind. Vor der Reposition.

bereits nach wenigen Tagen imstande, das reponierte Hüftgelenk recht gut zu bewegen; in andren Fällen, besonders bei den älteren Kindern, findet man leichte Steifigkeiten, die erst nach längerer Behandlung weichen. Besonders häufig ist etwas Beugekontraktur, man darf jedoch die Beseitigung derselben nicht forcieren, da es sonst leicht zu Reluxation kommen kann. 6—8 Wochen genügen meist, um die Muskulatur des reponierten Beines soweit zu kräftigen, daß die Kinder aus der Behandlung entlassen werden können; bei doppelseitig vorgenommener Reposition sind etwa 3 Monate für die Nachbehandlung notwendig. Die Patienten sind dann meist imstande, die Abduktionsbewegung gut und kräftig auszuführen und ziemlich ausdauernd zu gehen. In den ersten Monaten nach der Verbandabnahme zeigen diese Kinder noch immer etwas hinkenden Gang, der aber nicht mehr die charakteristischen Symptome des Luxationsganges zeigt, sondern nur noch der meist noch vorhandenen geringen Verkürzung entspricht. Kinder mit beiderseitig reponierten Hüften, besonders die älteren Fälle, gehen in der ersten Zeit noch mit etwas schwankendem Gange, der sich aber bei Vornahme entsprechender Gehübungen und mit der Kräftigung der Muskulatur bald bessert; in je stärkerer Außenrotation die Beine fixiert waren, desto längere Zeit dauert diese Übergangsperiode.

Es ist aber auch in den Fällen, wo die Reposition resp. Transposition nicht gelang, durch die Beseitigung der meist starken Adduktionsstellung, sowie durch die wenn auch unvollständige Herabholung des Kopfes nach der Verbandabnahme meistens eine Besserung des Ganges und bessere Haltung zu konstatieren.

Ich konnte fast alle Kinder längere Zeit nach der Entlassung aus der Behandlung wieder nachuntersuchen und ist meist dies Resultat besonders in funktioneller Beziehung ein recht befriedigendes. Von den 7 einseitigen Luxationen zeigten 3 Reposition in die Pfanne, also ein gutes anatomisches Resultat, bei 4 einseitigen und bei der doppelseitigen Luxation

war es zur Transposition nach vorn gekommen. Der Gang ist in allen Fällen ein recht guter und nur bei einzelnen Kindern besonders bei Ermüdung, etwas Hinken zu konstatieren, das aber hauptsächlich durch die noch bestehende Verkürzung verursacht ist. Diese selbst ist besonders bei den älteren Fällen durch die vorhandene Atrophie des ganzen Beines bedingt; bei den Transpositionen kommt dann noch die durch den Hochstand des Trochanters bedingte Längendifferenz hinzu. Die Kinder gleichen jedoch die Verkürzung meist sehr gut durch Beckensenkung aus und ist man nur in wenigen Fällen genötigt, noch eine Sohlenerhöhung tragen zu lassen.

(Vorstellung mehrerer Fälle reponierter angeborener Hüftluxation. Fig. 1 und 2 Röntgenaufnahmen vor und nach der Reposition bei einem 3 1/2 Jahre alten Kinde; anatomische Heilung.)

Den Übergang zur Apparatbehandlung bildet die von MIKULICZ angegebene Methode, die bei ganz jungen Kindern zur Anwendung kommen soll. Hier wird in einem Lagerungsapparat für Becken und Beine unter Extension, dosierbarer Abduktion und bei Außenrotation die Herabholung des Kopfes ausgeführt.

Die Behandlung dauert 1—1 1/2 Jahre und geschieht in der Weise, daß die Kinder mehrere Stunden des Tages und während der Nacht im Apparat liegen, sonst aber herumgehen. Gleichzeitig wird die Muskulatur durch Massage und Gymnastik gekräftigt. HOFFA hat das Verfahren modifiziert, indem er erst in Narkose die Reposition ausführt, mehrere Wochen den Gipsverband tragen läßt und erst zur Nachbehandlung den etwas modifizierten MIKULICZschen Apparat (statt Außenrotation dosierbare Innenrotation) anwendet. Ich halte es für rationeller, die Behandlung bis zum Schlusse im Gipsverband durchzuführen, da es für die Kinder sicher weniger unangenehm ist, im Gipsverband herumzulaufen, als stundenlang im Apparat ruhig zu liegen.

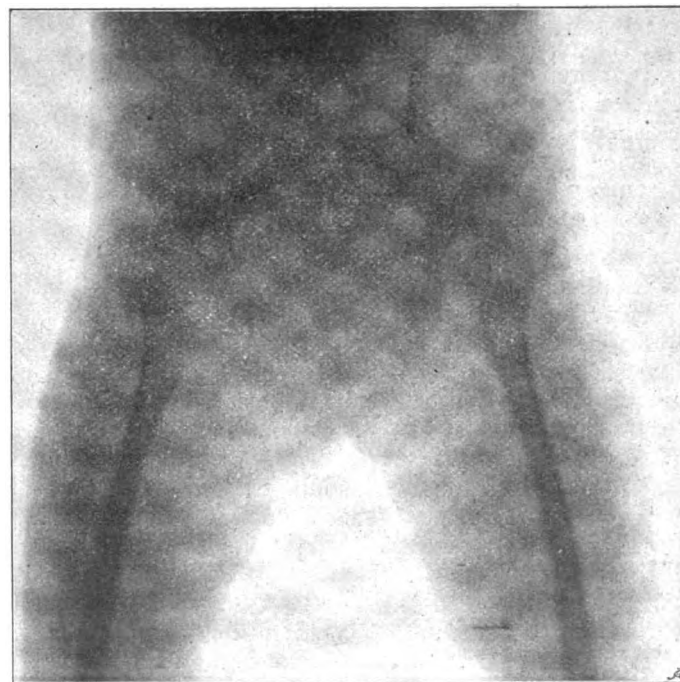


Fig. 2. Luxatio cox. cong. sinistra reposita. G. B., 4 1/4 Jahre alt. 9 Monate nach der unblutigen Reposition. Anatomische Heilung; das Bein steht in leichter Außenrotation.

In den Fällen nun, die allen Versuchen einer unblutigen Reposition Trotz bieten und in denen man sich nicht zur Vornahme einer blutigen Operation entschließen kann, sowie in manchen Fällen zur Unterstützung der Nachbehandlung wird die Apparatbehandlung in ihr Recht treten. Dieselbe wird auch bei älteren Fällen zur Besserung des Ganges und

der Haltung, also aus kosmetischer Indikation angewendet. In manchen Fällen entwickeln sich in den luxierten Hüftgelenken chronische Entzündungsprozesse, bei deren Behandlung gleichfalls die Apparate gute Dienste leisten. Es sind für diese Palliativbehandlung mit Apparaten die mannigfachsten Modelle angegeben worden. Im Prinzip handelt es sich hierbei darum, dem Kopfe einen festen Widerhalt zu schaffen und die Ausbildung einer Nearthrose zu begünstigen. In der einfachsten Form geschieht dies durch einen Beckengürtel, von dem eine den Trochanter fixierende Vorrichtung ausgeht. Will man zum Zwecke der Herabholung des Schenkelkopfes auch noch die Extension anwenden, so wird der Beckengürtel noch mit einem Schienenhülsenapparat für das ganze Bein verbunden, der dann weitgehendste Stellungskorrekturen ermöglicht. Bei ganz jungen Kindern wird es auch vielleicht möglich sein, durch jahrelanges Tragen derartiger Apparate unter fortwährender Überwachung eine bedeutende Besserung, vielleicht sogar tatsächliche Reposition zu erzielen. Doch ist sicherlich diesem Verfahren die viel kürzer dauernde manuelle Reposition und Fixation im Gipsverbande vorzuziehen. Noch sicherer erfolgt die Fixation des Trochanters, wenn man die Trochanterstütze mit einem Korsett verbindet. Ich verwende für diese Zwecke das HESSINGSche Korsett. Bei der doppelseitigen Luxation benutze ich gleichfalls das mit einem vollständigen Beckengürtel verbundene Korsett, an dem auf beiden Seiten die Trochanterstützen angebracht sind. Der kosmetische Effekt ist hierbei ein recht zufriedenstellender. Bei der einseitigen Luxation wird das Hinken ganz bedeutend vermindert, bei der doppelseitigen wird die so entstehende Lordose der Wirbelsäule korrigiert und der watschelnde Gang durch die Fixation der Schenkelköpfe bedeutend vermindert. In vielen dieser Fälle bleibt das kosmetische Resultat auch nach Entfernung der Stützvorrichtungen bestehen, insbesondere wenn man noch durch Massage und Gymnastik die atrophische Glutäalmuskulatur entsprechend gekräftigt hat.

Die sicherste und dabei relativ ungefährlichste Methode bei der Behandlung der angeborenen Hüftluxation ist also, wie wir gesehen haben, die unblutige Reposition. Ihr Anwendungsgebiet ist jedoch ein beschränktes, denn die Schwierigkeiten für eine erfolgreiche Behandlung werden desto größer, je längere Zeit die Luxation besteht und erklären sich aus den immer weiter fortschreitenden pathologischen Veränderungen der Gelenkkonstituentien. Je früher bei der angeborenen Luxation die rationelle Behandlung, also der Versuch der Reposition in Angriff genommen wird, desto größer ist die Aussicht auf Erfolg, auf die Wiederherstellung der normalen anatomischen und funktionellen Verhältnisse.

Wenn auch aus den vorliegenden Berichten hervorgeht, daß es nur in einem mäßigen Prozentsatz der Fälle zu einer wirklich anatomischen Heilung kommt, so sind doch die Resultate quoad functionem so gut, daß wohl in jedem hierzu nur irgendwie geeigneten Falle zum mindesten der Versuch der unblutigen Reposition zu machen ist. Es ist ja zu hoffen, daß die allseitigen Bemühungen, die Technik der Reposition und der Retention zu verbessern, auch noch zu weit günstigeren anatomischen Resultaten der unblutigen Behandlung führen werden.

Über das Vorkommen von Syphilis ohne Affektion des Lymphsystems.

Von **Dr. L. Einis** in Ekaterinodar.

Die Syphilis entsteht, wie gegenwärtig allgemein angenommen wird, zunächst als lokale Affektion und wird erst nach einem mehr oder minder größeren Zeitraum allgemein, d. h. konstitutionell. Der Prozeß der Verallgemeinerung oder der Generalisation der Syphilis vollzieht sich hauptsächlich durch Vermittlung des Lymphsystems, wobei vor allem die in der Nähe des primären Herdes gelagerten Drüsen affi-

ziert und dann auch die entfernter liegenden Lymphdrüsen in Mitleidenschaft gezogen werden.

In der früheren Zeit hat man, indem man sich voll und ganz auf die Lehre RICORDS stützte, geglaubt, daß es eine Syphilis ohne gleichzeitige Affektion der Lymphdrüsen gar nicht gebe. Diese Lehre wird eigentlich auch heutzutage von den Syphilidologen angenommen, jedoch mit gewisser Einschränkung. Nach den Beobachtungen von FOURNIER¹⁾, AUGAGNEUR und LANDOUZY sollen Fälle von Syphilis letzterer Kategorie allerdings selten, aber doch vorkommen. Nach BARTHELEMY²⁾ wird die konstitutionelle Syphilis ohne Affektion der Lymphdrüsen überhaupt bei Greisen, bei jungen Personen jedoch sehr selten beobachtet. Als Seltenheit führt dieser Autor³⁾ einen Fall von Syphilis ohne Affektion der Lymphdrüsen an, den er bei einer 17jährigen Frauensperson beobachtet hat.

Unter den vorerwähnten Umständen glaube ich annehmen zu sollen, daß es den Kollegen nicht uninteressant sein würde, von den nachfolgenden Fällen der in Rede stehenden Syphilisform Kenntnis zu nehmen, um so mehr, als sie Personen relativ jugendlichen Alters betreffen, bei denen Syphilis ohne Affektion der Lymphdrüsen, wie oben bemerkt, am seltensten beobachtet wird. Diese Fälle dürften übrigens, wie aus der nachstehenden Schilderung hervorgehen wird, unsere Aufmerksamkeit auch durch den eigentümlichen Charakter des Verlaufs des Krankheitsprozesses in Anspruch nehmen.

I. Fall. P. L., Offizier, 29 Jahre alt, von mittlerer Statur und mittelmäßigem Körperbau, hat am 15. April 1891 einen harten Schanker an der Glans penis akquiriert. Deutlich ausgesprochene Sklerose. Lymphdrüsen weder in den Leisten, noch an irgend welchen anderen Körperteilen palpabel.

4. Juni. Das primäre Geschwür ist unter der Einwirkung eines weichen Pflasters, welches aus Empl. diachyl. simpl., Empl. hydrarg. und Ol. olivarum bestand, verheilt und hat eine Verhärtung zurückgelassen. An der vorderen sowie an den Seitenoberflächen des Brustkorbes ist ein fleckiges Exanthem zu sehen; hochgradige Kopfschmerzen, die weder am Tage noch des Nachts nachlassen. Lymphsystem normal. Subkutane Injektionen von 1%iger Sublimatlösung. Nach 35 Injektionen waren sämtliche Symptome verschwunden und der Kranke, der sich wohl fühlte, reiste in dienstlicher Angelegenheit nach Petersburg ab. Im Sommer 1899 suchte mich der inzwischen zurückgekehrte Pat. in meiner Sprechstunde auf, wobei ich durch Befragen feststellen konnte, daß der Pat. 4 Jahre lang, vom Momente seiner Ankunft in Petersburg an gerechnet, wegen häufiger Rezidive seiner Krankheit, die bald in Form von Hautexanthenen, bald in Form von intensiven neuralgischen Schmerzen an verschiedenen Körperteilen auftraten, ununterbrochen in Behandlung gewesen ist. Die Ursache, welche den Pat. veranlaßte, mich jetzt aufzusuchen, lag in bedeutender Schmerzhaftigkeit der Region des N. ischiadicus entlang. Die Lymphdrüsen zeigten nach wie vor auch nicht die geringsten Spuren von Schwellung. Ich empfahl Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe und zugleich Galvanisation des Gebietes des erkrankten Nerven mittelst Anode; der Pat. konnte aber zur Behandlung nicht bei mir bleiben, da er nach Petersburg zurückberufen wurde. Er wollte sich aber in Petersburg meinen Anweisungen gemäß behandeln lassen. Seitdem habe ich von dem Pat. nichts mehr gehört.

II. Fall. L. M., Beamter 33 Jahre alt, von mittlerer Statur und ebensolchem Körperbau, erkrankte anfangs Januar 1893 an hartem Schanker des Skrotums. 2 1/2 Monate nach Beginn der Erkrankung trat am ganzen Körper, darunter auch an den Handtellern und am behaarten Kopfteile, ein fleckiges papulöses Exanthem auf. Kopfschmerzen, die sich zur Nacht verschlimmern. Lymphdrüsen gesund. Alle diese Erscheinungen waren nach 42 Quecksilbereinreibungen zu je 4·0 verschwunden.

¹⁾ SCHMIDTS Jahrbücher, Bd. 160, Nr. 40, pag. 60.

²⁾ XII. Internationaler Kongreß der Ärzte zu Moskau.

³⁾ Ibidem.

25. Juli. Borken am behaarten Kopfteil und Kopfschmerzen wie früher. Lymphsystem normal. Es wurde vorgeschlagen, die Quecksilberbehandlung entweder in Form der früheren Einreibungen von Quecksilbersalbe oder in Form von subkutanen Injektionen zu wiederholen; der Pat. willigte aber weder in das eine noch in das andere ein, indem er seine Weigerung mit der Unbequemlichkeit des häuslichen Regimes entschuldigte. Ich schritt dann zur internen Behandlung und verordnete Pillen aus tanninsaurem Quecksilberoxyd zu 0.04 pro dosi, 4mal täglich je eine Pille.

5. August. Kopfschmerzen bedeutend geringer. Borken am Kopfe sehr wenig vorhanden. Der Pat., dessen Ehefrau inzwischen abgereist war, willigte in die Behandlung mit Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe ein.

3. September. Es sind im ganzen 25 Einreibungen zu je 4.0 gemacht worden. Unbedeutendes Gefühl von Schwere im Kopfe. Dem Pat. wurde befohlen, die Einreibungen fortzusetzen und außerdem täglich bis zum vollständigen Verschwinden des Gefühls von Schwere im Kopfe 3mal 0.5 Jodkalium zu nehmen. Der Pat. verließ hierauf die Stadt und war bis zum 5. Februar 1895 abwesend. Er suchte mich dann wieder auf, und zwar wegen Kopfschmerzen, und teilte mir mit, daß er während seiner Abwesenheit sich häufig der Quecksilber- und Jodbehandlung wegen rezidivierender Borken am Kopfe und wegen Kopfschmerzen hat unterziehen müssen. Lymphdrüsen nach wie vor intakt. Da der Pat. anämisch war und über allgemeine Schwäche klagte, wurde ihm der Gebrauch des ZITTMANNschen Dekokts empfohlen.

III. Fall. M. M., Geschäftsreisender, 31 Jahre alt, von hoher Statur und kräftigem Körperbau, kam in meine Sprechstunde am 8. Januar 1901. Der Pat. gibt an, seit 4 Monaten krank zu sein. Status praesens: Verhärtung der inneren Oberfläche des Präputiums nach verheiltem primären Geschwür; Gaumenmandeln exulzeriert. Exanthem nicht vorhanden. Kopfschmerzen namentlich des Nachts. Von seiten des Lymphsystems keine Spur von reaktiven Erscheinungen. Der Pat. bekommt Quecksilberpillen, weil er in keine andere Behandlungsmethode einwilligen will.

IV. Fall. P. M., Getreidehändler, 35 Jahre alt, von hoher Statur und schwachem Körperbau, konsultierte mich am 15. Februar 1903. Die Untersuchung ergab: Hartes, in Heilung begriffenes Geschwür am Skrotum, am Abdomen sowie an der Brust Roseolen. Leisten-, Hals- und Ellbogendrüsen unbedeutend geschwollen. Subjektives Befinden befriedigend. Da der Pat. glaubte, sich von seiner Konkubine angesteckt zu haben, stellte ich ihm anheim, diese letztere behufs ärztlicher Untersuchung mitzubringen. Sie erschien auch am folgenden Tage in meiner Sprechstunde, wobei ich Folgendes konstatiert habe:

F. S., 32 Jahre alt, unter mittlerer Statur und von ziemlich kräftigem Körperbau. Hautdecken und sichtbare Schleimhäute blaß. An der inneren Oberfläche der linken inneren Schamlippe befinden sich drei nicht charakteristische Geschwürchen, am Abdomen und an der unteren Oberfläche des Brustkörpers roseolaartiges Exanthem. Psoriasis palmaris. Iritis am rechten Auge (Diagnose von einem Augenarzte gestellt). Außerordentlich heftige Kopfschmerzen, die die Pat. weder am Tage, noch des Nachts zur Ruhe kommen lassen. Diese Kopfschmerzen sollen sich vor 1½ Monaten eingestellt haben und mit allen möglichen antineuralgischen Mitteln, jedoch mit nur sehr vorübergehendem Erfolg, behandelt worden sein. Lymphsystem intakt. Nach 25 Injektionen von einer 1%igen Sublimatlösung und nach Einträufung einer 1/2%igen Lösung von Atropinum sulfuricum in das kranke Auge waren sämtliche Krankheitserscheinungen verschwunden. Nichtsdestoweniger wurden die Injektionen bis auf 32 fortgesetzt.

22. März. Nach langem Aufenthalt im Freien während eines starken Südostwindes stellte sich ein Rezidiv der Iritis am rechten Auge ein. Der Schmerz war in der Orbitalgegend konzentriert. Einreibungen von Quecksilber in Dosen von je 4.0 und Einträufung von Atropin in das kranke Auge. Lymphdrüsen nicht geschwollen.

24. März. 3 Einreibungen; der Schmerz in der Gegend des erkrankten Auges ist vollständig verschwunden. Die Kranke befindet sich noch in meiner Behandlung.

V. Fall. L. W., Eisenbahnbeamter, 28 Jahre alt, von hoher Statur und kräftigem Körperbau, konsultierte mich am 20. Februar 1903. Deutlich ausgesprochener harter Schanker, der bereits länger als 5 Wochen besteht und schlecht heilt. Kein Exanthem. Permanente Kopfschmerzen. Iritis. Lymphdrüsen nicht palpabel. Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe und Angentropfen aus Atropin. Über das Resultat der Behandlung kann ich Näheres nicht berichten, da der Pat. verreist ist.

VI. Fall. E. A., Getreidehändler, 36 Jahre alt, von hoher Statur und kräftigem Körperbau. An der Glans penis befindet sich ein kleines hartes blutendes Geschwür, an dessen Seiten sich zwei weitere kleine Geschwürchen mit unterminierten Rändern, jedoch ohne Verhärtung, befanden. Diese Geschwüre, die anfangs Januar dieses Jahres aufgetreten sind, waren am 8. März, an welchem Tage mich der Pat. zum erstenmal konsultiert hatte, noch nicht verheilt, trotzdem auf Anraten eines Arztes verschiedene Streupulver angewendet worden waren. Kleinpapulöses Exanthem am ganzen Körper. Borken am behaarten Kopfteile. An den Mandeln spezifische Erosionen. Schmerzen beim Schluckakt. Exulzeration des äußeren Gehörganges. Deprimierte Gemütestimmung. Gefühl von Schwere im Kopfe, welches den Pat. behindert, seiner Beschäftigung nachzugehen. Von seiten des Lymphsystems keine Spur von Reaktion bis auf eine kleine Drüse unterhalb des linken Unterkiefers, welche nach Angabe des Kranken schon vor der Erkrankung bestanden hat. Der Arzt, der den Pat. vor mir behandelt hatte, soll subkutane Injektionen von Hydrargyrum benzoicum angewendet haben, und zwar insgesamt 15 Injektionen. Der Pat. verblieb unter meiner Beobachtung 10 Tage, wobei ich die Injektionen von Hydrargyrum benzoicum fortsetzte; die Geschwürchen am Penis bestreute ich nach vorheriger Bepinselung mit LUGOLScher Lösung mit Euphonen. Die Mandeln sowie die Exulzeration am äußeren Gehörgang pinselte ich mit Höllensteinlösung.

28. März. (Tag der Abreise des Pat.) Das Exanthem verschwindet. Nicht vollständig verheilt ist nur ein kleines Geschwürchen am Ohre, während sämtliche übrigen Geschwüre vollständig verheilt sind.

In den geschilderten Fällen haben wir es augenscheinlich mit einer ausgesprochenen syphilitischen Infektion zu tun, welche das primäre und sekundäre Stadium durchgemacht hatte, ohne daß es auch nur zu der geringsten Beteiligung des Lymphsystems gekommen ist.

Indem wir aber, wie oben erwähnt, das Hauptinteresse dieser Fälle im Fehlen von Adenopathien bei Personen relativ jugendlichen Alters erblicken, kann ich nicht umhin, die Aufmerksamkeit noch auf einen weiteren, meiner Meinung nach nicht unwichtigen Umstand zu lenken, nämlich auf die schwere Äußerung der Infektion, welche in allen mitgeteilten Krankengeschichten bedeutende Störungen von seiten verschiedener Abschnitte des Nervensystems (Fall I), hartnäckige, häufig rezidivierende Kopfschmerzen (sämtliche Fälle), sowie auch frühzeitige Erkrankung den Iris (Fall IV und V) setzte. Mit einem Worte, wir begegnen hier Symptomen, die im allgemeinen bei Syphilis mit mehr oder minder bösartigem Verlauf aufzutreten pflegen.

Zugleich drängt sich von selbst die Frage auf, wodurch diese Erscheinung zu erklären wäre? Ist hier nur der Zufall im Spiele oder hat man es mit der Einwirkung irgend eines ursächlichen Momentes zu tun? AUGAGNEUR und LANDOUZY äußern sich im Sinne der letzteren Hypothese. Diese Autoren, welche vor einigen Jahren über die von ihnen beobachteten Fälle von Syphilis ohne Adenopathien, aber mit schweren Krankheitserscheinungen berichtet haben, haben die Vermutung ausgesprochen, daß dieser Krankheitsverlauf eben durch das Fehlen einer Beteiligung des Lymphsystems, bzw. der Lymphdrüsen am Krankheitsprozeß bedingt sei, mit anderen Worten, durch die Verbreitung des Infektionsstoffes unmittelbar durch das Blutsystem und unter Umgehung des Lymphsystems. AUGAGNEUR und LANDOUZY sind geneigt, in dem üblichen Verbreitungsmodus des syphilitischen Infektionsstoffes durch die Lymphgefäße gleichsam eine Manifestation

der *Vis medicatrix naturae* zu erblicken, welche darin besteht, daß das spezifische pathogene Gift, bevor es in den Blutstrom gelangt, seinen Weg durch das Lymphsystem nehmen muß, wo es eine Abschwächung von seiten der Hüter unserer Gesundheit, nämlich der Phagozyten der Lymphdrüsen, erfährt.

Dieser Auffassung entsprechend wird der bösartige Verlauf derjenigen Fälle von Syphilis, die ohne Reaktion von seiten der Lymphdrüsen verlaufen, in sehr einfacher Weise erklärt, nämlich durch das unmittelbare Eindringen des spezifischen Giftes in die Blutbahn, ohne daß es zuvor eine Abschwächung erfährt.

Mit dieser geistreichen Theorie, die auf Wahrscheinlichkeit durchaus berechtigten Anspruch hat, sind manche Syphilidologen (DE AMICIS, GÉMY u. a.) nicht einverstanden, wobei sie ihre Ansicht damit begründen, daß man eine nicht geringe Anzahl von Fällen von Syphilis mit schwerem Verlaufe beobachte, trotzdem in diesen Fällen von seiten des Lymphsystems bedeutende Reaktionserscheinungen bestehen. Meines Erachtens ist aber diese Einwendung nicht maßgebend genug, weil niemand doch behaupten könnte, daß schwer verlaufende Fälle von Syphilis mit Adenopathien nicht einen noch schwereren Verlauf genommen hätten, wenn das Lymphsystem intakt geblieben wäre.

Von meinen Fällen scheint zugunsten der vorstehenden Hypothese besonders überzeugend der 4. Fall zu sprechen. Wir haben in diesem Falle zwei parallel verlaufende Krankheitsprozesse bei zwei Kranken, bei denen die Syphilis durch einen und denselben Infektionsstoff hervorgerufen worden war; in diesen beiden Fällen sind gegen alle Erwartung die gerade schwersten Krankheitserscheinungen (Kopfschmerzen, Iritis) bei der Kranken mit der kräftigeren Konstitution zu beobachten gewesen. Ich glaube, daß die wahrscheinlichste Ursache, welche diese Erscheinung bewirkt hat, darin liegt, daß bei der Kranken jegliche Reaktion von seiten der Lymphdrüsen gefehlt hat.

Allerdings versteht es sich von selbst, daß zur endgültigen Lösung der Frage der Rolle der Adenopathien in Bezug auf den Verlauf der Syphilisinfection eine möglichst große Anzahl von entsprechenden Beobachtungen erforderlich ist.

Referate.

PIETRZIKOWSKY (Prag): Über die Beziehungen von Unfall und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Gelenk- und Knochentuberkulose.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Trauma und nachfolgender tuberkulöser Lokalerkrankung der durch das Trauma getroffenen Gelenke und Knochen ist keineswegs einwandsfrei erwiesen („Ztschr. f. Heilkunde“, Bd. 24, Heft 9, 1903). Eine Reihe der erzielten positiven Resultate legt nur die Vermutung nahe, daß experimentell erzeugte posttraumatische Gelenk- und Knochentuberkulosen erst dann zur Entwicklung kommen, wenn auch schon andernorts im Organismus zugleich eine Lokalisation eines tuberkulösen Erkrankungsherdens vorhanden ist.

Durch die klinische Erfahrung, durch die statistischen Berichte und durch eine größere Reihe gut beobachteter Fälle erscheint es zweifellos, daß das Trauma zuweilen bei gesunden oder anscheinend an keiner diagnostizierbaren Tuberkulose leidenden Individuen, relativ häufiger aber bei schon an Tuberkulose erkrankten als vorbereitend mitwirkendes Moment für die Lokalisation des posttraumatischen tuberkulösen Krankheitsprozesses an Knochen und Gelenken angesehen werden muß. Da darüber nur relativ wenige sichere Mitteilungen vorliegen, läßt sich ein annähernd sicheres Zahlenverhältnis noch nicht fixieren. Die Prozentzahlen über die Häufigkeit der Fälle, in welchen dem Trauma ein mitwirkender Einfluß auf die Lokalisation, d. i. die örtliche Entfaltung des tuberkulösen Knochen- oder Gelenkleidens, zugeschrieben werden kann, lassen sich nach den darüber in weiten Grenzen schwankenden, meist nur

summarisch vermuteten Angaben nur annähernd bestimmen. Dennoch dürfte etwa $\frac{1}{5} = 20\%$ aller tuberkulösen Gelenk- und Knochenkrankungen mit den Traumen in ursächliche Beziehung gebracht werden können. Verwertbare Anhaltspunkte, um posttraumatische Tuberkulosen gegenüber den viel häufiger auf Grund nichttraumatischer Ursache zur Entwicklung gelangten tuberkulösen Gelenk- und Knochenkrankungen als solche zu charakterisieren, lassen sich nach den bislang darüber vorliegenden Erfahrungen derzeit noch nicht feststellen. Doch scheinen wesentliche Unterschiede zwischen beiden Formen der Tuberkulose je nach Symptomen in zeitlicher, räumlicher und allgemeiner Beziehung nicht zu bestehen. Mindestens dreimal so häufig als die auf Traumen zurückgeführten Gelenk- und Knochentuberkulosen kommen Tuberkulosen zur Beobachtung, die mit Traumen in keine Beziehung gebracht werden können. In der Regel bilden Traumen leichteren Grades, Quetschungen, Zerrungen, Erschütterungen usw. mit ihren geringeren primären Verletzungsfolgen die Grundlage für die posttraumatischen Gelenk- und Knochentuberkulosen. Die Entstehung dieser beiden im Gefolge von schweren Gewalteinwirkungen und den dadurch bewirkten Frakturen, Luxationen und Zerreißen usw. gehört zu den großen Seltenheiten. Um einen posttraumatischen, neuen, tuberkulösen Gelenk- oder Knochenprozeß in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Trauma bringen zu dürfen, muß vom ärztlichen Standpunkte sowohl in Bezug auf die räumliche Kontinuität, als auch auf die zeitliche Entwicklung der Erkrankung ein unzweifelhafter Zusammenhang mit dem erwiesenen Betriebsunfalle gefordert werden. Die Reihe der an die primären Läsionsfolgen sich anschließenden krankhaften Erscheinungen muß bis zur vermuteten oder sicheren Diagnose des tuberkulösen Leidens ärztlich sichergestellt werden können. Der Zeitraum zwischen dem Unfall und den ersten, zur Diagnose verwertbaren Symptomen darf den nach ärztlicher Erfahrung vorliegenden Kenntnissen nicht widersprechen. Derselbe darf weder zu kurz (wenige Wochen), noch zu lange (höchstens 1 Jahr!) angenommen werden. Entwickelt sich an der Verletzungsstelle in relativ kurzer Zeit — nach Tagen oder wenigen Wochen — meist unter Zeichen heftigerer lokaler Ausbreitung ein als solches diagnostizierbares tuberkulöses Gelenk- oder Knochenleiden, so wird in der Regel der berechtigte Schluß erlaubt sein, ein bereits am Ort der Verletzung vorhandener, temporär ruhender oder scheinbar keine schwere Funktionsstörung bedingender älterer Krankheitsherd sei durch den Unfall wieder neu angefacht oder zu rascherem Zerfall und Verbreitung angeregt, beschleunigt und verschlimmert worden. Br.

R. FRIEDLÄNDER (Wiesbaden): Bewegungstherapie bei Paralysis agitans.

Bei der Aussichtslosigkeit jeder kausalen Therapie der Paralysis agitans scheint der Versuch des Verf. gerechtfertigt, durch die Bewegungstherapie den Patienten gewisse Erleichterungen zu verschaffen, vielleicht sogar dem weiteren Fortschreiten des Leidens entgegenzuarbeiten. Hierbei sind alle anstrengenden Übungen kontraindiziert. Jede Anstrengung schadet dem Kranken, vermehrt die Rigidität und das Zittern. Man beginnt zunächst mit passiven Bewegungen, welche aber sehr vorsichtig, langsam und nur mit so viel Kraft ausgeführt werden dürfen, als dies zur Überwindung der Rigidität gerade nötig ist. Der Patient muß sich bemühen, dabei seine Muskeln möglichst zu entspannen. Besonderes Gewicht ist auf die passiven Extensionsbewegungen zu legen. Diese passive Gymnastik kombiniert man zweckmäßig mit einer leichten Massage der Haut und Muskeln. In jenen Fällen, die durch Willensanstrengung das Zittern und die Muskelsteifigkeit vorübergehend zu hemmen imstande sind, kann man mit Erfolg auch eine aktive Übungstherapie anwenden, indem man durch systematische Übungen die Fähigkeit der Korrektur der Bewegungsstörungen durch verstärkte zerebrale Impulse bis zu einem gewissen Grade übt und vervollkommt. Auch hier leisten aktive Bewegungen der Streckmuskulatur die besten Dienste. Weiters müssen Gehübungen vorgenommen werden, wobei besonders das Abwickeln des Fußes vom Boden einer speziellen Einübung bedarf. Patienten, die zur Propulsion

neigen, kann man in zweckmäßiger Weise, nach rückwärts gehen lassen, ebenso ist das Seitwärtsgehen geeignet, dem Gange größere Sicherheit zu geben. Dazu kommen Übungen im Aufstehen und Niedersetzen, im Treppensteigen etc., wobei der Patient wie bei allen aktiven seine Übungen sich bemühen soll, durch seinen Willen und seine Aufmerksamkeit auf die Schnelligkeit und Elastizität der Bewegungen einzuwirken. Schließlich kommen noch Übungen der Hände in Betracht. Wie der Verf. berichtet („Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, Bd. VII, H. 12), hat er mit dieser Art der Behandlung entschiedene Besserungen der motorischen Störungen erreicht, so daß er die Hoffnung ausdrückt, daß die Übungstherapie sich auch bei der Behandlung der Paralysis agitans dauernd Eingang verschaffen werde. Geduld und Ausdauer von Seiten des Arztes wie des Patienten ist aber die *Conditio sine qua non* des Erfolges.

GRÜNBAUM.

F. VEIEL (Breslau): Die Staphylokokken des chronischen Ekzems.

Beim chronischen Ekzem finden sich regelmäßig, in den Anfangsstadien ausschließlich, in späteren Stadien fast ausschließlich Staphylokokken, die mit den eigentlichen Eiterkokken identisch sind und sich von den Staphylokokken der normalen Haut unterscheiden lassen („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 1).

Ob den Staphylokokken beim Entstehen des chronischen Ekzems eine ätiologische Bedeutung zukommt, läßt sich nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse weder bejahen noch verneinen. Dagegen berechtigt die Tatsache, daß die Staphylokokken des chronischen Ekzems mit den eigentlichen Eiterkokken identisch sind und in den Frühstadien der Erkrankung stets in Reinkultur angetroffen werden, zu dem Schluß, daß die Staphylokokken im chronischen Ekzem nicht als reine Saprophyten wuchern, sondern daß ihnen eine Bedeutung in der Pathogenese des Prozesses zukommt. Da sich in den Frühstadien des chronischen Ekzems außer Staphylokokken andere Bakterien nicht finden, ist ein spezifischer Erreger des chronischen Ekzems mit Sicherheit auszuschließen.

G.

GOCKEL (Aachen): Über den Wert des Plätschergeräusches und der stethoskopischen Auskultation des Abdomens für die Diagnose von Stenosen im Magen-Darmtraktus.

Namentlich bei der ersten Untersuchung ist nach den Erfahrungen von G. sorgfältig auf das Plätschergeräusch zu achten, da es, besonders beim Fehlen von Symptomen, welche für eine Stauungsinsuffizienz im Magendarmtrakte verdächtig sind, auf die Möglichkeit des Vorhandenseins einer solchen hinweist. Ist bei der ersten Untersuchung ein Plätschergeräusch gefunden worden, so versäume man nicht, den Patienten bei nüchternem Magen, und zwar möglichst mehrmals, zu untersuchen („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. IX, H. 6). Ist nüchtern stets Plätschern vorhanden und der Magen leer, so ist selbstredend eine Stenose des Magens auszuschließen und wird hierdurch häufig die Diagnose einer Stauungsinsuffizienz im Darm gesichert oder wahrscheinlich gemacht. Ist bei nachgewiesener Stenose des Magens ein Tumor nicht zu fühlen, so empfiehlt es sich, nach gründlicher Entleerung des Magens bei längerer Links- bzw. Rechtsseitenlage den Patienten nochmals zu untersuchen, indem alsdann erst manchmal ein Tumor der Palpation zugänglich gemacht wird. Ist durch Sukkussion, Palpation oder Lagewechsel kein oder nur ein undeutliches Plätschergeräusch wahrzunehmen, so läßt sich dasselbe häufig in deutlicher Weise mit Hilfe der stethoskopischen Auskultation des Abdomens feststellen.

B.

BECHTEREW (Petersburg): Über Akatisie.

B. liefert einen Beitrag („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 42) zu dieser eigenartigen Erkrankung, über welche HASKOVEC zum ersten Male in der Pariser Neurologischen Gesellschaft unter Demonstration eines Patienten, der nicht sitzen konnte und genötigt

war, entweder zu gehen oder zu liegen, berichtet hat. Diese eigenartige Störung hat seitdem die Aufmerksamkeit auf sich zu richten begonnen, und bald sind 4 weitere Mitteilungen gemacht worden. Die Fälle, welche B. unter seiner Beobachtung hat, stellen eine funktionelle Neurose dar, welche sich durch die Unmöglichkeit zu sitzen äußert und gewissermaßen an Astasie-Abasie erinnert, natürlich aber in anderer Form. Bekanntlich gibt es zwei Kategorien von Astasie-Abasie, nämlich die hysterische und die neurasthenische. Bei der hysterischen Form scheint der Patient die Fähigkeit zu stehen verlernt zu haben, bei der neurasthenischen kann der Patient wohl gehen, nur wird das Gehen von einer ganzen Reihe so lästiger Empfindungen (Furcht zu fallen, Angst, unangenehme Sensationen in der Herzgegend etc.) begleitet, daß der Kranke sofort das Gehen aufgibt. Ähnliche Erscheinungen werden auch bei der Akatisie beobachtet. Auch bei dieser Krankheit sind zwei Formen, nämlich die hysterische und neurasthenische, zu unterscheiden. Bei der ersten Form stellen sich beim Versuch, sich hinzusetzen, sofort gleichsam Krämpfe ein, die das Sitzen absolut unmöglich machen. Bei der neurasthenischen Form ist das Vermögen zu sitzen erhalten, aber es entwickeln sich bei dem Patienten, sobald er sich hingesetzt hat, unangenehme Sensationen: schwere Gemütsstimmung, Herzbe-klemmung und unerklärliche Angst, so daß der Patient sofort die Lage wechseln, d. h. aufstehen, gehen oder sich hinlegen muß. Dieser krankhafte Zustand ist gleichsam eine eigentümliche Modifikation der Astasie-Abasie.

L—y.

BORCHARD (Posen): Zur Resektion der Oberschenkel-diaphyse bei malignen Tumoren.

Nachdem MIKULICZ als erster darauf aufmerksam gemacht hatte, daß bei malignen Geschwülsten der Diaphysen die Amputation oder Exartikulation der Extremität nicht immer nötig ist, sondern daß man häufig mit der Resektion der Diaphyse auskommt, ist diese Operation mehrmals mit gutem Resultate ausgeführt worden.

Verf. demonstriert ebenfalls einen hierher gehörigen Fall, bei welchem nach 1½ Jahren noch kein Rezidiv zu sehen war. Es handelte sich um ein langsam wachsendes myelogenes Knochen-sarkom des Oberschenkels mit Spontanfraktur bei einer 23jährigen Frau, bei welcher ein 26 cm langes Stück des Oberschenkels entfernt werden mußte. Die Geschwulst war noch, trotz ihrer Größe, allseits von einer Knochenkapsel umgeben und hat nirgends auf die Muskulatur übergreifen. Die Knochenenden wurden mit Silberdraht vereinigt und die große Höhle mit Jodoformgaze tamponiert. Die Wundheilung ging gut vor sich, aber die knöchernen Vereinigung begann erst nach 4 Monaten einzutreten und war nach 5½ Monaten vollendet. Nach etwa 7 Monaten konnte Pat. aufstehen und ging mit einem Schuh mit erhöhter Sohle herum.

Verf. weist auf Grund seiner Erfahrung darauf hin („LANGENBECKS Arch.“, Bd. 71, H. 43), daß weder das makroskopische, noch das mikroskopische Bild der Geschwulst allein ausschlaggebend sein können für die Wahl der Operationsmethode. Nur der klinische Verlauf und das Allgemeinbefinden seien maßgebend; bei sehr langsam verlaufenden Tumoren könne man die Resektion der Diaphyse versuchen oder sich sogar mit der Exkochleation des Tumors begnügen, welche letztere Methode in einigen Fällen von Sarkom mit Erfolg ausgeführt wurde.

ERDHEIM.

DIETEL (Leipzig): Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne.

Das Bestreben der modernen Chirurgie, bei den Amputationen tragfähige Stümpfe zu erhalten, die das Anlegen nicht komplizierter Prothesen gestatten, hat mehrere Operationsmethoden gezeitigt, die recht gute Resultate aufweisen. Während die einen die Markhöhle des durchsägten Knochens mit einem Knochendeckel verschließen (BIER), verhindern die anderen die Bildung des schmerzhaften Markkallus durch Auskratzen der Markhöhle (BUNGE).

Der Verf. beschreibt eine Methode, die gegenüber dem BIERschen Verfahren eine Vereinfachung bedeutet und, wie die

Erfahrungen der Leipziger chirurgischen Klinik zeigen, gute Dauerresultate liefert („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 71, H. 5 u. 6).

Verf. bedeckt die untere Fläche der durchsägten Tibia mit lang gelassener Achillessehne, die er mit 5—6 Catgutnähten am Periost der Tibia vorderfläche und an der angrenzenden Streckmuskulatur fixiert. Der Hautlappen wird nicht nach einer speziellen Methode gebildet, sondern nach Maßgabe der verfügbaren Haut geschnitten. Das Verfahren eignet sich auch für Amputationen in der Mitte des Unterschenkels.

Von der größten Bedeutung für die spätere Funktion war die Nachbehandlung der Haut, die sofort nach beendeter Heilung der Operationswunde in energischer Weise angefangen wurde. Die Nachbehandlung bestand in folgenden Maßnahmen: Massage des Stumpfes mit Öl und warme Bäder; danach trockener Verband; täglich stärker werdendes Klopfen mit der flachen Hand gegen den Stumpf, um ihn unempfindlich zu machen; Tretübungen des Kranken mit dem verbundenen Stumpf gegen eine Fußbank. Auf diese Weise gelang es in allen operierten Fällen, die zarte Haut für ihre spätere Funktion als Sohlenhaut vorzubereiten und sie vor Wundwerden zu schützen. ERDHEIM.

A. LOEWY (Berlin): Die Wirkung des Höhen- und Seeklimas auf den Menschen.

Verf. hat bloß allgemeinere therapeutische Schlußfolgerungen gezogen („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 4), u. a. die folgenden: See- und Höhenklima sind jedenfalls keine indifferenten Heilpotenzen, die jedermann ohne weiteres benutzen darf. Sie werden da am Platze sein, wo wir anregen wollen, sie werden da mit Vorsicht zu verwenden sein, wo schon Erregungserscheinungen irgendwelcher Art bestehen. Da See- und Höhenklima eine stärkere Inanspruchnahme unserer Funktionen veranlassen, so werden wir sie nur da verwenden können, wo noch ein gewisser Kräftevorrat vorhanden ist, die Fähigkeit, die geforderte Mehrarbeit zu leisten. Man kann auch nicht wahllos See- oder Höhenklima verordnen, denn trotz vieler Gemeinsamkeit ist ihre Wirkung auf das einzelne Individuum, wie sich gezeigt hat, doch keine gleiche. A priori können wir heute noch nicht sagen, bei wem das eine sich wirksamer erweisen wird als das andere oder überhaupt wirksam. Hier wird es Sache weiterer Untersuchungen sein, etwaige Gesetzmäßigkeiten festzustellen. Im speziellen werden sich besondere Versuche mit dem Verhalten des Blutes im Seeklima beschäftigen müssen, um zu ermitteln, ob eine Anregung der Blutbildung etwa auch im Seeklima zustande kommt. BR.

ARTUR MAYER (Freiburg i. B.): Über den Einfluß von Rhodanverbindungen auf den Stoffwechsel.

Derselbe: Über die Menge des Rhodans im menschlichen Speichel und Harn bei Gesunden und in einigen Krankheitszuständen.

1. Verf. fand in Bestätigung früherer Erfahrungen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 3 u. 4): Die Azidität des Harns wird herabgesetzt, die Stickstoffausscheidung, soweit der Ammoniak in Betracht kommt, vermehrt, das Rhodan nur langsam ausgeschieden und der unoxydierte Schwefel nimmt zu. Die Menge der flüchtigen Fettsäuren zeigt vielleicht eine geringe Vermehrung; dabei muß allerdings in Betracht gezogen werden, daß bei der Destillation des sauren Harns auch Rhodanwasserstoffsäure übergeht. Die Zahl der Blutkörperchen und der Blutdruck ändern sich nicht. Die Eisenchloridreaktion im Speichel, die natürlich erst immer mehrere Stunden nach Verabreichung des Rhodans geprüft wurde, nimmt deutlich zu. Aus diesen Untersuchungen geht also hervor, daß das Rhodanradikal für den Haushalt des Körpers nicht ganz gleichgültig ist, sondern den Stoffwechsel in mehrfacher Weise beeinflusst.

2. Aus den Versuchen des Verf. (ibidem) ergab sich ein Durchschnitt von 0.0476 g Rhodan im Harn gesunder Männer; Frauen haben im Durchschnitt weniger Rhodan, das Alter übt keinen Einfluß aus. Tabakrauchen vermehrt — durch Speichel-

schlucken — die Rhodanmenge im Harn; dieselbe ist von der Tageszeit abhängig, nach der Hauptmahlzeit am größten. Im Fieber ist die Rhodanausscheidung erhöht. Salivation setzt die Rhodanreaktion im Speichel herab oder hebt sie scheinbar auf. Das Speichelrhodan ist nicht die einzige Quelle für das Harnrhodan, es scheinen auch noch andere Bildungsstätten für die Sulfozyansäure im Organismus vorhanden zu sein. BR.

Kleine Mitteilungen.

— Über die therapeutische Bedeutung subkutaner Kochsalzinfusionen bei Geisteskranken berichtet GILBROWSKY („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 8). Seit dem Herbst 1901 begann Verf., bei Geisteskranken subkutane Kochsalzinfusionen zu therapeutischen Zwecken anzuwenden. Am häufigsten wurden die Infusionen bei Nahrungsverweigerung vorgenommen, weniger oft bei schlechtem Allgemeinzustand, heftiger Aufregung oder Schlaflosigkeit. Als Kontraindikationen dienten: Organische Herz- und Gefäßerkrankungen, meist vorgeschrittene Lungentuberkulose, voller, gespannter Puls, sowie auf Hyperämie der Schädelhöhle hinweisende Erscheinungen. In der Regel wurde eine 0.7%ige, sogenannte physiologische Kochsalzlösung verwendet. Die Zahl der Einzelinfusionen betrug mehr als 160, die Menge der verbrauchten Flüssigkeit meist 600—700 cm³. Behandelt wurden: Fälle von Dementia praecox, Psychosis circularis, progressive Paralyse und ein Fall von Amentia asthenica. Die Ergebnisse waren: Wo allgemeine Schwäche bestand, wo die Tätigkeit des Herzens, der Lungen, der Nieren herabgesetzt war, und zwar infolge eines Nachlasses der Energie der Lebensvorgänge, hatten die Infusionen auf den Allgemeinzustand des Organismus einen günstigen Einfluß; von besonderem Nutzen waren sie in denjenigen Fällen, in welchen ein Sinken des Ernährungszustandes durch eine akute oder subakute Erkrankung bedingt war. Weniger indiziert sind die Infusionen bei Nahrungsverweigerung; am besten sind die Erfolge dort, wo die Abstinenz mit Verwirrtheit und Erregtheit einhergeht, nicht aber bei völlig klarem Bewußtsein. Ferner besitzen die Kochsalzinfusionen eine stark beruhigende Wirkung.

— Die Anwendungsweise des Mesotan erörtert WEIL („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 7). Nie soll reines Mesotan, sondern nur Mesotan und Olivenöl zu gleichen Teilen verwendet werden. Das Mesotanöl darf nie kräftig eingerieben werden, sondern es soll im Tag 2—3mal je 1 Teelöffel voll ganz leicht aufgerieben oder eingepinselt werden. In vielen Fällen wird erst zum Mesotan gegriffen, wenn verschiedene andere, die Haut stark reizende Mittel, wie Senfpflaster, Chloroformöl etc. erfolglos geblieben sind. Daß in solchen Fällen, wenn die Haut und das Gewebe durch die vorhergegangene Kur bereits geschädigt resp. weniger widerstandsfähig gemacht sind, eine noch nachfolgende Mesotankur die ohnehin schon bestehende Reizwirkung merklich steigern kann, ist begreiflich. Jedenfalls tut man gut, die Medikation, sobald stärkere Rötung der Haut auftritt, zu unterbrechen. Bei längerem Gebrauche ist es empfehlenswert, dazwischen eine mehrtägige Pause eintreten zu lassen. Auch soll das Mesotan nicht immer an ein und derselben Stelle aufgetragen werden.

— Zur Behandlung der Zahnkaries empfehlen ANDRE und MARION folgende Mixtur („Klin.-ther. Wschr.“, 1904, Nr. 9):

Rp. Formaldehyd (40%),
Alkohol (80%) aa. 40.0
Ol. Geranii redestill. 20.0

Diese Mixtur desodoriert und desinfiziert die Karies schon nach 2—3 Applikationen vollständig und hat den Vorteil, daß sie die Solidität des Zahngewebes nicht beeinträchtigt.

— Zur inneren Behandlung der Gallensteinkrankheit empfiehlt W. N. CLEMM das von STROSCHEN hergestellte, „Cholelysin“ genannte Präparat, welches 20% ölsaures Natron in klarer Lösung enthalten soll („Zentralbl. f. Stoffw.- u. Verd.-Krankh.“, 1904, Nr. 5). Dasselbe hat wohl einen sehr schlechten Geschmack, doch erlaubt es, größere Gaben ölsauren Natrons vermöge seines angeblich größeren Seifengehaltes zu verabreichen, da es erheblich (2—3fach) kon-

zentrierter ist, als es gelang, Eumatrolmixturen herstellen zu lassen. Da die Aufnahme des Mittels per os auf viele Schwierigkeiten stößt und es erwünscht ist, in Fällen schwerer Erkrankungsformen möglichst rasch den heilsamen Einfluß zu erzielen, so ist das zweckmäßigste Verfahren dasjenige, wobei eine wässrige EumatrolLösung durch den Magenschlauch dem Kranken eingegossen wird. So können ganz erhebliche Mengen Seife zur Aufnahme kommen, ohne den Geschmack zu behelligen. Der Schlauch wird, ehe er heraufgezogen wird, mit etwas Pfefferminzwasser durchgespült, und nach seiner Entfernung werden ein Bengué-Dragee, ein Stück Zucker mit 2 Tropfen Pfefferminzöl oder 15 Tropfen Validol in den Mund genommen, um den anhaftenden, beim Durchgleiten durch die Mundhöhle abgegebenen Seifengeschmack zu beseitigen und Übelkeit zu vermeiden. So lassen sich 3mal täglich je 10—20 g Eumatrol verabreichen.

— Einen Beitrag zur **Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum** publiziert E. FUHRMANN („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 35). Er hat in 3 Fällen von Melaena vera Injektionen von Gelatine angewandt. Im 1. Fall ließ die Gelatine vollständig im Stich; allerdings konnte Verf. erst spät zur Injektion schreiten, Fall 2 und 3. heilten; Fall 2 war leicht, 3 schwer. Nach Verf.'s Meinung kommt es darauf an, möglichst früh zu injizieren und in nicht zu geringer Menge. Zur Injektion eignet sich am besten die Gegend zwischen den Schulterblättern. Man injiziere stets mindestens 40—50 cm³ einer 2%igen Lösung von Gelatine auf einmal. Die Gelatine soll immer in physiologischer Kochsalzlösung gelöst werden, da ein Teil der unangenehmen Zufälle nach den Injektionen auf den Mangel an Natron in der Lösung bezogen werden muß. Man verschreibe also z. B. Gelatinae albae 1·0, Natr. chlorat. chemice pur. 0·3, Aq. dest. 50·0.

— Das **Isopral** ist nach den Erfahrungen von URSLIN („Ther. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 2) ein zuverlässiges, nach der bisherigen Feststellung ungefährliches Hypnotikum, welches zwar bei sehr schwerer Agrypnie, bzw. hochgradigen Erregungen mehr oder weniger versagt, jedoch in den leichteren und mittelschweren Fällen immer treffliche Dienste leistet. Jedenfalls verdient es die Aufmerksamkeit der Ärzte und es verlohnt sich wohl, weitere Versuche damit anzustellen. Verf. hat das Isopral meist in Dosen von 0·7—0·75, seltener zu 1·0, ausnahmsweise auch zu 1·5—2·0 verabfolgt. Sehr bequem sind die Tabletten à 0·25 und 0·5, welche sich, in Glasröhren kühl aufbewahrt, gut halten, ohne ihre Wirksamkeit einzubüßen.

— In dem **Kreosotal** und **Duotal** kommt ein wirksames Prinzip, das Guajakol, am besten zur Geltung. Man gibt z. B. die Duotal-Tabletten Bayer. Das schlecht schmeckende Kreosotal wird, wenn man die dasselbe enthaltende Flasche in heißem Wasser stehen läßt, dünnflüssig und läßt sich dann leichter auftropfen. Am einfachsten ist die Darreichung in heißer Milch oder in einem Medizinalweine. Folgende Kreosotalemulsion wird auch von Kindern gern genommen:

Rp. Pulv. gummi arab.,	
Creosotal	aa. 20·0
Ol. Amygdal. dulc.	40·0
Aq. destill.	45·0
M. f. l. a. emulsio.	
Adde:	
Aq. destill.	15·0
Spir. vini Cognac	50·0
Succ. Citri	10·0

— Die Wirkung der **Balsamica** hat WINTERNITZ geprüft („Arch. f. Derm. u. Syph.“, 1903, H. 3). Dieselben rufen bei kleineren Tieren toxische bzw. tödliche Wirkungen hervor. Die beim Tiere erzielten Giftwirkungen sind in geringerem Grade bei der medikamentösen Verabreichung beim Menschen zu beobachten. So die Magen- und Darmerscheinungen, beim Menschen als Appetitstörung, zeitweilige Stuhlverstopfung, im Tierexperiment als völliges Aufhören der Freßlust, welches zur tödlichen Inanition führen kann; weiter Erscheinungen von seiten der Nieren, und zwar geringe Eiweißausscheidung und Auftreten von etwas Blut im Harn. Beim Menschen durch Genuß von Balsamicis entstehende Exantheme sind im Tierversuche nicht beobachtet worden. Bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit ist die diuretische Wirkung der Bal-

samica und ihr günstiger Einfluß bei der Gonorrhöe zweifellos. Als nicht absolut sicher, aber als wahrscheinlich, ergibt sich ein günstiger direkter Einfluß der Balsamica auf den Ablauf der Entzündungserscheinungen, indem das entzündliche Exsudat schneller resorbiert, das Gewebe früher zur Norm zurückgeführt wird.

— Zur Pathologie und Therapie der **Luxatio coxae congenita** berichtet VOGEL („Deutsche Ztschr. f. Chir.“, Bd. 71) an der Hand des Materials von SCHEDE. Die Gesamtzahl der seit dem Jahre 1895 behandelten Patienten beträgt 242, 133 mit einseitiger, 109 mit doppelseitiger Luxation. Die Reposition wurde immer auf dem SCHEDESchen Extensionstisch vorgenommen, zunächst bei Parallelstellung der Beine extendiert, dann abduziert und verschieden rotiert. Dabei tritt der Kopf mit hörbarem Ruck in die Pfanne ein. Danach wird die Extension ausgehängt und werden die verschiedenen LORENZschen Manöver ausgeführt, um den Kopf in der Pfanne zu fixieren. Gipsverband in abduzierter Stellung. Nach 8 Wochen Verringerung der Abduktion und neuer Gipsverband, der $\frac{1}{4}$ Jahr getragen werden soll. In günstigen Fällen kann jetzt ein einfacher Beckengurt angelegt werden. Schwerere Nebenverletzungen sind, seitdem die Extension nicht mehr über 50 kg hinausgeht, nicht mehr vorgekommen. Schwerer als die Reposition ist die Retention des Kopfes. War infolge der anatomischen oder manchmal auch der äußeren Verhältnisse eine Reposition nicht zu erzielen, so begnügte man sich mit der möglichsten Fixierung einer funktionell leidlichen Transposition. Mit einer guten Transposition ist eine leidliche Funktion wohl vereinbar. Auf eine sehr starke Abduktion verzichtet die SCHEDESche Methode. Beim ersten Verband wird die Abduktion nicht über 60°, bei jeder folgenden nicht über 45° gesteigert. Ein sehr häufiges Hindernis für die Retention ist die Anteversion des Schenkelhalses. Der blutigen Operation nach HOFFA-LORENZ wurden 10 Patienten unterworfen. 2 Kinder sind an Sepsis gestorben, 3 sind mit Ankylose geheilt, 3 Kinder sind gut geheilt.

— Den diätetisch-therapeutischen Wert des **Protylin-Roche** erörtert ABNOLD („Ärztl. Zentral-Ztg.“, 1903, Nr. 49). Dasselbe ist ein leicht resorbierbares und ebenso leicht assimilierbares Tonicum, welches 2·7% Phosphor und 81% Eiweiß enthält. Verf. hat das Mittel in Fällen angewendet, in welchen von seiner Phosphorbehandlung Nutzen zu erwarten war und die Ernährung gehoben werden mußte. Bei Hysterie war der Effekt des Protylinum bromatum auf die Gesamternährung und auf die nervösen Erscheinungen eine ausgesprochene, bei Epilepsie bewirkte es nach mehrwöchentlicher Einnahme eine Abnahme der Anfälle an Häufigkeit und Intensität. Gut bewährte sich das Protylin auch bei Chlorose und anämischen Zuständen, und zwar in Form des Protylinum ferratum (2·3% Eisengehalt). Auch bei chronischen Magen-Darm-erkrankungen bewährte sich das Protylin als gutes Kräftigungs- und Anregungsmittel.

— Die Therapie der **Leukoplakia oris** ist nach DUMENY („Therap. Monatsh.“ 1904, Nr. 1) teils kausal, teils lokal. Man hat vorerst die ursächlichen Noxen zu berücksichtigen. Man wird nur bei wirklich konstatierte oder zugestandener Syphilis die Einleitung einer antiluetischen Kur vornehmen. In Fällen, wo keine Lues zu Grunde liegt, nützt nicht nur das Quecksilber absolut nichts, sondern es kann sogar einen schädlichen Einfluß ausüben, indem es das Fortschreiten der Leukoplakie begünstigt. Als zweites, ätiologisch in Betracht kommendes Moment ist das starke Rauchen bekannt, namentlich ohne Zigarrenspitze. Man wird völlige Abstinenz von Tabak fordern, anstatt das Rauchen nur einzuschränken. Ferner ist jede Reizung der Mundschleimhaut, sei es durch starke alkoholische Getränke, sei es durch scharfe, gewürzte Speisen, zu vermeiden. Lokal hat man früher oft die Ätzmittel angewandt, vorzüglich das Argent. nitr. in konzentrierten Lösungen und als Lapis, dann die Kalilauge und die Chromsäure (1%); doch ist der Erfolg derselben recht zweifelhaft. Von Erfolg waren Einreibungen, zweimal täglich, mit der von LEISTIKOW angegebenen Paste: Resorcin 3·0, Terra silic. 1·5, Adeps lan. 0·5. Wo man die maligne Umwandlung befürchten muß, bleibt nur noch ein Weg übrig: Die Zerstörung der Plaques mit dem Galvanokauter.

Literarische Anzeigen.

Hygiene des Weibes, Gesundheitslehre für alle Lebensalter. Den Müttern und Erzieherinnen gewidmet von Prof. Dr. Ernst Fraenkel, Breslau. Mit 25 Abbildungen im Text. Berlin, Oskar Coblentz, 1903.

An populär-wissenschaftlichen Büchern, die über Hygiene des Weibes belehren wollen, ist wahrlich kein Mangel auf dem deutschen Büchermarkt. Aber wohl nirgends trifft das Wort: si duo faciunt idem, non est idem, besser zu, als in unserem Falle. Alle ähnlichen Werke und Machwerke weit überragend, will das vorliegende Buch „wissenschaftlich begründete Kenntnisse des gesamten Frauenlebens weiteren Kreisen zugänglich machen“. Und um eben auf wissenschaftlichem Boden aufzubauen, hat der Autor sein Thema weiter abgesteckt und er behandelt daher außer den eigentlichen hygienischen Gebieten auch die Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane, die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Daß ein Autor wie FRAENKEL die vollkommene Beherrschung des Stoffes und den tiefen sittlichen Ernst mitbringt, ist zu betonen ja überflüssig. Nur stellenweise scheint mir der Verfasser zu weit zu gehen, wenn er z. B. sowohl in der Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane, als auch bei der Menstruationslehre der „Lutein“-Theorie Erwähnung tut, die ja erst noch im Mittelpunkt der fachwissenschaftlichen Diskussion steht. Sicher aber ist das Werk der Empfehlung von Seiten der ärztlichen Kreise wert.

FISCHER.

Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Von Dr. Max Well, Stuttgart (HOCHES Sammlung zwangl. Abhandl., IV. Bd., H. 4). Halle a. S. 1903, Karl Marhold.

Verf. setzt zunächst die Umstände auseinander, welche die Zahl der operablen Hirntumoren sehr stark einschränken. Die Geschwulstart ist gleichgültig (z. B. Gumma, Solitär tuberkel, als unzulässig wird die Operation metastatischer Karzinome oder Sarkome bezeichnet); auch vor Rezidivoperationen darf man nicht zurückschrecken. Sodann werden die großen Gefahren der Schädelöffnung besprochen. Trotzdem wird die Berechtigung der chirurgischen Behandlung der Hirntumoren nicht bestritten, sowohl im Sinne der Radikaloperation als auch der palliativen Trepanation (mit Spaltung der Dura); in letzterer Beziehung treten die Ventrikelpunktion und die Spinalpunktion sehr in den Hintergrund. Schließlich wird die kraniozerebrale Topographie dargelegt.

INFELD.

Die Krankheiten der Speiseröhre. Von Dr. med. Fr. Schilling in Leipzig. Mit 14 Abbildungen. Leipzig 1903, Verlag von H. Hartung & Sohn.

Das kleine Kompendium ist hauptsächlich für die Praktiker bestimmt und hat den Zweck, dieselben in knapper Form über die Untersuchungsmethoden und die wirksame Therapie bei den verschiedenen Krankheiten des Ösophagus zu belehren.

E.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

Über Arteriosklerosis.

MARCHAND (Leipzig), Referent.

1. Zur Arteriosklerose im weiteren Sinne sind alle diejenigen Veränderungen der Arterien zu rechnen, die zu einer diffusen oder knotigen Verdickung der Wand, besonders der Intima führen, in deren Entwicklung degenerative Zustände (fettige Entartung mit ihren Folgen) Sklerosierung und Verkalkung (mit Einschluß der Verkalkung der Media) auftreten.

2. Der Prozeß ist in seiner Gesamtheit degenerativer Natur, wenn auch in seinem Verlauf teils entzündliche Veränderungen, teils produktive Gewebswucherungen vorkommen.

3. Die reine Hypertrophie der Media ist von der Arteriosklerose zu trennen. Ebenso die syphilitische Arteriitis der mittleren und kleinen Arterien und verwandte Prozesse.

4. Die Bindegewebswucherung der Intima ist bei der Arteriosklerose im wesentlichen hyperplastischer Natur; die Vermehrung der elastischen Elemente der Intima tritt vorwiegend durch Abspaltung neuer Lamellen von jenen der gewucherten elastisch-muskulösen Schicht der Aorta, und von der Elastica interna der übrigen Arterien ein, während bei den sogenannten chronisch-entzündlichen Prozessen die Fasern in gleicher Weise wie im Narbengewebe neugebildet werden (JORES).

5. Die Arteriosklerose ist in erster Linie die Folge der mechanischen Einwirkungen einer abnorm gesteigerten Inanspruchnahme (funktionellen Anstrengung) der Arterien (vermehrte Füllung, wechselnde oder dauernde Drucksteigerung), unterstützt durch allgemeine oder lokale Schädlichkeiten, allgemeine Ernährungsstörungen, toxische und infektiöse Prozesse, hereditäre Anlage, Temperatureinflüsse usw.

6. Eine durch vorwiegende (degenerative und entzündliche) Beteiligung der Media und Adventitia ausgezeichnete Sklerose der Brust-aorta wird in vielen Fällen durch Syphilis verursacht; in gewissen Fällen kommt es dabei zur Entwicklung von gummösen Herden in der Gefäßwand, doch ist der Ausdruck „gummös“ nicht auf die allgemeine Verdickung der Intima anzuwenden. Daher empfiehlt es sich vorläufig, diese Erkrankung als „schwierige Aortensklerose“ oder Aortitis (Mes-aortitis productiva CHIARIS) zu bezeichnen.

7. Der Anfang des arteriosklerotischen Prozesses scheint in einer Schädigung der elastischen Elemente, und zwar in erster Linie der elastisch-muskulösen Schicht der Intima, aber auch der elastischen Elemente der Media der Aorta, sowie der Elastica interna der mittleren und kleineren Arterien zu bestehen.

8. Die oberflächliche fettige (atheromatöse) Entartung der Intima der Aorta bei jugendlichen Individuen ist bereits als Teilerscheinung des Prozesses zu betrachten.

9. Die Degeneration der elastischen Elemente hat eine umschriebene oder mehr verbreitete Überdehnung der Gefäßwand zur Folge, welcher die gleichzeitig eintretende Verdickung der Intima entgegenwirken kann. Die diffuse Verdickung (diffuse Arteriosklerose THOMAS) kann eine kompensatorische Bedeutung haben.

10. Bei der knotigen Arteriosklerose tritt der degenerative Charakter stets in den Vordergrund; sie bedingt stets eine Schädigung der Gefäßwand.

11. Die Ansicht von THOMA, daß die Verdickung der Intima (in beiden Fällen) durch eine Verlangsamung des Blutstromes hervorgerufen wird, ist nicht aufrecht zu erhalten.

12. Die Verkalkung der Media der Arterien der Extremitäten (besonders der unteren) ist zwar anatomisch von der gewöhnlichen Arteriosklerose verschieden, ist aber oft mit Verdickung der Intima kombiniert.

13. Die Sklerose und Verkalkung der Extremitäten-Arterien läßt keine bestimmten Schlüsse auf das gleichzeitige Vorhandensein der Arteriosklerose der Aorta oder anderer Gefäßgebiete zu.

14. Die Arteriosklerose ist nicht selten von Hypertrophie des linken Ventrikels begleitet, als Folge von allgemeiner Vermehrung der Zirkulationswiderstände, besonders Vermittlung von Nierenschwund. Die Bedeutung der Arteriosklerose der Splanchnikusgefäße für die Entstehung der Herzhypertrophie (ROMBERG, HASENFELD, HIRSCH) scheint überschätzt zu werden.

15. Es empfiehlt sich, für den Gesamtprozeß (atheromatöse Entartung und Arteriosklerose) den Namen „Atherosklerose“ oder „Sklero-Atherose“ der Arterien zu gebrauchen.

ROMBERG (Marburg), Korreferent.

1. Die für den Kreislauf schädlichste Veränderung sklerotischer Arterien ist ihre verminderte Dehnbarkeit. Die dadurch herbeigeführte Erschwerung des Blutstromes wird nur durch sehr starke aneurysmaartige Erweiterung des Lumens ausgeglichen. Eine weitere Erschwerung des Blutstromes verursachen die häufige Verengung sklerotischer Arterien und ihre Verlängerung.

2. In typischer Weise sieht man die so entstehende Erhöhung des Widerstandes für den Kreislauf bei der sehr seltenen hochgradigen Sklerose der Lungenarterienäste.

3. Im Körperkreislaufe führt die Arteriosklerose meist zu keiner ähnlichen Vermehrung des Widerstandes für die linke Kammer, weil scheinbar niemals alle Gefäßgebiete erkranken. Eine mäßige, durch Wägung feststellbare Hypertrophie des linken Ventrikels findet sich nur bei hochgradiger Sklerose der Splanchnikusarterien oder der Aorta, falls die letztere nicht aneurysmatisch erweitert ist (HASENFELD, C. HIRSCH). Dementsprechend hält sich der arterielle Druck in fast 90% der un-

komplizierten Fälle auf normalen Werten und sind etwaige Drucksteigerungen bei reiner Arteriosklerose meist gering.

4. Viel stärker als im Ruhezustande ist der Kreislauf durch die Arteriosklerose bei jeder Tätigkeit der Arterien beeinträchtigt. Das zeigt sich schon am Pulse, noch mehr an der Schädigung der Vasomotorenwirkung.

5. Unter den Erkrankungen der einzelnen Organe sind die Herzveränderungen am häufigsten. Koronarsklerose liegt nur einem Teile von ihnen zugrunde. Vielfach verläuft die Herzerkrankung unter dem uncharakteristischen Bilde der chronischen Herzmuskelsuffizienz. Oft gestatten aber charakteristische Erscheinungen die Diagnose der Koronarsklerose. Besonders wichtig sind Angina pectoris, kardiales Asthma und neben Herzerscheinungen der Nachweis der Aortensklerose.

6. Zur Unterscheidung der Aortensklerose von Aneurysmen sind die Kompressions- und Verdrängungserscheinungen, für sackförmige Aneurysmen auch die Röntgendurchleuchtung bedeutsam.

7. Die Nieren werden durch die Arteriosklerose bis zu einem gewissen Grade zu chronischen interstitiellen Entzündungen disponiert. Das Bild der arteriosklerotischen Schrumpfniere wird vollständig von der scheinbar regelmäßigen Insuffizienz des deutlich hypertrophischen Herzens beherrscht. Die Folgen der Nierenerkrankung fügen nur einige charakteristische Züge hinzu. Die nicht voll ausgebildeten Fälle sind sehr häufig.

8. Von den arteriosklerotischen Hirnerscheinungen werden die neurasthenieartigen Beschwerden des Initialstadiums besonders hervorgehoben. Vereinzelt gehen sie in psychotische Störungen über.

9. Die Erkrankung der Sinnesorgane, des Magendarmkanals ist verhältnismäßig seltener. Sehr interessant sind die nervösen Störungen an den Extremitäten, deren eine, die Claudicatio intermittens, der Vorbote der arteriosklerotischen Gangrän sein kann, und die allgemeinen vasomotorischen Neurosen bei Arteriosklerose.

10. Bei der Einwirkung der Arteriosklerose auf die einzelnen Körperteile sprechen auch funktionelle Einflüsse in maßgebender Weise mit. Die rein anatomische Betrachtung vermag nicht alle Einzelheiten des Krankheitsbildes aufzuklären.

11. Bei der Mitteilung der Diagnose an den Kranken wird besser nicht von Arterienverkalkung gesprochen.

12. Für die Ätiologie steht die starke Inanspruchnahme der Gefäßwand an erster Stelle. Neben körperlichen Anstrengungen kommen nervöse Einflüsse ganz hervorragend in Betracht. Auch der Alkohol, der Tabak, Kaffee, Tee wirken wohl vorzugsweise durch die Herbeiführung starker Schwankungen im Gefäßtonus schädlich. Der Einfluß der Inanspruchnahme der Gefäßwand wird durch den angeborenen oder erworbenen Grad der Widerstandsfähigkeit der Arterien weitgehend modifiziert. Die Arteriosklerose ist keine Alters-, sondern eine Abnutzungskrankheit. Sie tritt bei Männern weit früher und häufiger auf als bei Frauen.

13. Entsprechend der Ätiologie der Arteriosklerose und entsprechend dem Erholungsbedürfnisse der Organe ist die Einschränkung der Ansprüche die therapeutische Hauptaufgabe. Nur in verhältnismäßig seltenen Fällen ist eine vorsichtige Steigerung der Tätigkeit nützlich. Sorge für ausreichenden Schlaf. Auswahl von Orten zum Erholungsaufenthalt. Nutzen indifferenten und Kochsalz-Thermen. Beschränkung, aber meist nicht Verbot des Alkohols, des Tabaks, des Kaffees und Tees.

14. Bei der Ernährung ist dem HUCHARDSCHEN oder dem RUMPF-SCHEN Regime die rein empirische Regelung der Diät mit Vermeidung übermäßig reichlichen Fleischgenusses und allzureichlicher Gewürze vorzuziehen.

15. Die Flüssigkeitszufuhr ist nur bei Ödemen oder Neigung zu Ödemen auf etwa 1 bis 1½ Liter nach oben zu beschränken. Viel häufiger ist aber eine vom Kranken übermäßig herabgesetzte Wasseraufnahme zu steigern.

16. Wichtig ist die Sorge für ausreichende Stuhlentleerung. Nutzen der alkalisch-sulfatischen und der Kochsalz-Wässer.

17. Der lang fortgesetzte Gebrauch von Jodkali hat guten Erfolg bei beginnenden Störungen, namentlich bei den initialen Hirnerscheinungen, bei Angina pectoris, bei leichter Herzschwäche u. dgl. Anatomische Läsionen vermag es aber nicht zu beseitigen. Sicher wirkt es nicht gefäßerweiternd, resorbierend oder als Alkali, nur vereinzelt spezifisch. Sein Erfolg beruht auf einer anderen Veränderung. Beachtenswert ist die Technik seiner Verordnung: kleine Dosen 3mal täglich 0,5 g.

18. Andere ausreichend erprobte Mittel für die Arteriosklerose als solche besitzen wir nicht. Beachtenswert ist wohl der Salpeter (LAUDER-BRUNTON). Das Nitroglyzerin wirkt nur symptomatisch.

19. Bei der arteriosklerotischen Schrumpfniere ist vor allem das Herz zu behandeln.

20. Bei der Behandlung des Herzens ist die Furcht vor Drucksteigerungen nicht berechtigt, wenn die übermäßigen, sicher zu vermeidenden Erhöhungen verhütet werden.

Digitalis und Strophanthus sind bei Kranken über 40 und 50 Jahren in kleinen Dosen zu geben.

Kohlensäurehaltige Bäder sind, und zwar nur in ihren milden Formen, für die Anfänge der Herzinsuffizienz oder für die Rekonvaleszenz von schweren Erkrankungen empfehlenswert.

Die das Herz kräftigenden Methoden der Gymnastik passen fast nur für die Steigerung der Leistungsfähigkeit in der Rekonvaleszenz von Störungen. Nur bei muskelschwachen Fettleibigen ohne Herzüberanstrengung sind sie schon im Beginn der Herzschwäche brauchbar.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

SAUERBRUCH (Breslau): Über die physiologischen und physikalischen Grundlagen bei intrathorakalen Eingriffen in meiner pneumatischen Kammer. Demonstration der Operationskammer zur Vornahme intrathorakaler Eingriffe unter Vermeidung des Pneumothorax.

Während S. es durch die Operation in der pneumatischen Kammer ohne weiteres ermöglicht hat, die Druckdifferenz zwischen intrabronchialen und intrapleuralem Druck auszugleichen, hat er es auch versucht, diese Differenz durch ein umgekehrtes Verfahren, intrabronchialen Überdruck von 10 mm Quecksilber, auszugleichen und die eröffnete Pleura dem atmosphärischen Druck ruhig auszusetzen. Obgleich dieser Versuch bei Tieren vollkommen gelang, glaubt S. doch dieses Vorgehen beim Menschen nicht empfehlen zu dürfen, da das menschliche Herz den Überdruck nicht aushalten würde. Eine zufällige Beobachtung hat ihn nun mit Erfolg am Tiere das Experiment machen lassen, nach Aufblähen der Lunge mittelst Blasebalgs und Abklemmen des Bronchus Thoraxoperationen mit Eröffnung der Pleura auszuführen. Es trat kein Pneumothorax auf und die Lunge kollabierte nicht. Wie weit nun überhaupt sein Verfahren für den Menschen sich anwenden läßt, will S. noch nicht bestimmen, für alle Fälle bleibt der experimentellen Physiologie ein weites Tätigkeitsfeld.

v. MIKULICZ-RADECKI (Breslau): Chirurgische Erfahrungen über die SAUERBRUCHSche Kammer bei Unter- und Überdruck.

Redner gibt einen Ausblick über die Möglichkeit und größere Leichtigkeit ausgedehnter Thorakotomien nach dem SAUERBRUCHSchen Verfahren, die bisher äußerst schwierigen transpleurales und transdiaphragmale Operationen, die das Verfahren erlaubt, und deren hauptsächlichste Gefahr sie ausschließt, beleuchtet die Operationen am Ösophagus, die dadurch ermöglicht werden, wirft einen Blick auf die eventuell in Zukunft gewollten Herzoperationen; und die launige Zukunftsmusik einer durch Verkürzung und Naht der Klappe geheilten Mitralinsuffizienz erfreut die Versammlung. — Die Erfolge, die an der Breslauer Klinik mit den Operationen in der pneumatischen Kammer erzielt wurden, waren bei Tieren sehr zufriedenstellend; in dem einen Falle beim Menschen jedoch war ein Exitus im Herzkollaps zu verzeichnen. Ob die veränderten Druckverhältnisse zu dem Ereignis beigetragen haben, will v. M. dahingestellt sein lassen. Ausprobiert wurde in diesem Falle, daß der notwendige Minusdruck 12 mm Quecksilber sein muß.

BRAUER (Heidelberg): Eine Modifikation des SAUERBRUCHSchen Verfahrens zur Verhütung der Pneumothoraxfolgen.

BRAUER berichtet über die Anwendung des sogenannten Überdruckverfahrens zur Verhütung der schädlichen Folgen des Pneumothorax und über die weitere Ausgestaltung dieses Vorgehens. Das Überdruckverfahren ist auf die Entdeckung SAUERBRUCHS aufgebaut; es sucht die Erhaltung der Druckdifferenz zwischen Innen- und Außenfläche der Lunge durch Steigerung des auf der Innenfläche der Lunge ruhenden Luftdruckes zu erzielen. Dieses Verfahren wurde in zielbewußter Weise zu dem Zwecke angewandt, die von SAUERBRUCH inaugurierten Operationen auch ohne Anwendung der großen pneumatischen Kammer auszuführen. — Das Überdruckverfahren kann in verschiedener Form zur Anwendung kommen: Mit Hilfe 1. der Tracheotomie, 2. einer WALDENBURGSchen Atemmaske und eines Luftdruckregulierungsapparates, etwa derart, wie derselbe beim Ausatmen in komprimierter Luft, als WALDENBURGScher Apparat üblich ist. Das erstere Verfahren ist für das Tierexperiment und in der menschlichen Chirurgie für gewisse Notfälle zu empfehlen. Das zweite Verfahren

ermöglicht es wenigstens zeitweise, die Folgen eines Pneumothorax, der wider den Willen des Operateurs während einer Operation sich ausbildet, zu bekämpfen, so daß während dieser Zeit die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden können. Es ist ferner dazu geeignet, den Pneumothorax der Schwindsüchtigen zu bekämpfen und bei bestimmten Operationen die Nachbehandlung zu erleichtern.

Zur Ausführung typischer SAUERBRUCHScher Operationen mit Überdruck hat BR. einen kleineren, etwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ cm³ Luft fassenden Kasten konstruieren lassen, in welchen der Kopf des zu operierenden Menschen gebracht wird. In diesem Kasten kann sehr leicht unter Zuhilfenahme des ROTH-DRÄGERSchen Chloroformapparates die Narkose ausgeführt werden. Der narkotisierende Assistent führt seine Arme durch Gummimanchetten in den Kasten ein und kann auf diese Weise leicht alle notwendigen Handleistungen ausführen.

BR. ist der Meinung, daß mit Hilfe eines solchen einfachen und wenig kostspieligen Vorgehens sich die SAUERBRUCHSchen Operationen ebenso wohl ausführen lassen, wie mit Hilfe der ursprünglichen, recht kostspieligen und umständlichen pneumatischen Kammer.

Notizen.

Wien, 23. April 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Doz. PAULI einen Fall von Exanthem nach Theozingebrauch vor, welches 2 Tage nach Einführung einer Gesamtdosis von $1\frac{1}{2}$ g in Form eines diffusen Erythems aufgetreten und nach dem Aussetzen des Medikaments verschwunden ist. In der Diskussion machte Doz. WEIDENFELD auf die blaue Färbung des Antipyrinexanthems, auf die rote des Pyramidonexanthems aufmerksam und Prof. EHRMANN erwähnte, daß das Antipyrinexanthem je nach seiner Lokalisation verschiedene Färbungen aufweisen könne. — Hierauf demonstrierte Prof. v. BASCH ein Instrument zur Messung des Venendruckes. Dasselbe besteht aus einem Glaskästchen, welches mit seiner offenen Basis mittelst eines eigenen Kittes luftdicht über einer Vene befestigt wird, worauf man durch einen Ballon die Luft in dem Kästchen so weit komprimiert, daß die Vene zusammenfällt. Der angewendete, in der Norm 6—8 mm Hg betragende Druck wird an einem mit Methyljodid gefüllten Manometer abgelesen. (Die bezügliche Publikation wird in unserem Blatte ausführlich erscheinen.) — Schließlich hielt Hofr. v. EISELSBERG den angekündigten Vortrag: „Zur operativen Behandlung der Krankheiten des Magens“, in welchem er die in den letzten 8 Jahren von ihm wegen chronischer Magenerkrankungen ausgeführten Operationen eingehend besprach. Die Eingriffe betrafen: Fremdkörper, Verätzungen des Ösophagus und des Magens, Pylorospasmen, Magengeschwüre und Narben nach denselben, Duodenalgeschwüre und Neoplasmen. Nach Darlegung seiner Resultate erörterte Vortr. die Technik der Eingriffe und die Wahl derselben. Bei Verätzungen des Pylorus führt er in der Regel die Gastroenterostomie aus, bei gleichzeitigen Verätzungen des Pylorus und Ösophagus eine dem Falle angepaßte kombinierte Operation; ein offenes Ulkus ist zunächst intern, erst im Falle der Erfolglosigkeit der internen Therapie operativ und dann zweckmäßig durch Gastroenterostomie zu behandeln, bei Narben sei die Gastroenterostomie, bei Karzinomen die Resektion die Operation der Wahl.

(Die freie Arztwahl bei den Krankenkassen.) Einer Einladung des rührigen ärztlichen Vereines des IX. Bezirkes Folge leistend, hielt am 17. d. M. Herr Dr. LUDWIG DRESNER, der Führer der Münchener Ärzteschaft in ihrem erfolgreichen Kampfe für die freie Arztwahl bei den Krankenkassen, im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte einen Vortrag über „Moderne sozialärztliche Bestrebungen“. Durch nahezu zwei Stunden wußte der Vortragende die überaus zahlreich erschienenen Ärzte zu fesseln, welche seinen Ausführungen mit gespannter Aufmerksamkeit folgten. Unserer Leser werden Gelegenheit haben, den Wortlaut des ausgezeichneten Vortrages kennen zu lernen; derselbe wird in diesen Blättern in extenso zur Publikation gelangen. — Die Versammlung faßte nach Schluß des sehr beifällig aufgenommenen Vortrages eine Resolution, in welcher den Leipziger Ärzten, die gegenwärtig im Kampfe gegen die Krankenkassen stehen, die Sympathien ihrer Wiener Kollegen übermittelt werden.

(Universitätsnachrichten.) Der ordentliche Professor für Physiologie in Innsbruck Dr. OSKAR ZOTH ist zum Ordinarius seines Faches in Graz ernannt worden. — Der Extraordinarius für Kinderheilkunde in Krakau Dr. JOHANN RACZYNSKI ist in gleicher Eigenschaft nach Lemberg versetzt worden. — Der Privatdozent der physiologischen Chemie in Graz Dr. FRIEDRICH PREGL hat den Professortitel erhalten. — Der bekannte Straßburger Internist NAUNYN tritt dem Vernehmen nach am 1. Oktober d. J. von seinem Amte zurück. — Das französische Unterrichtsministerium hat zufolge Beschlusses des Senates und der Kammer die gesetzlich eingeführte Altersgrenze von 70 Jahren für die Universitätsprofessoren wieder abgeschafft. — Der Direktor der Universitätsfrauenklinik in Jena Prof. Dr. B. KRÖNIG hat einen Ruf als Nachfolger VEITS nach Erlangen erhalten.

(Auszeichnungen.) Der bei der Krakauer Polizeidirektion in Verwendung stehende praktische Arzt Dr. ALBIN KASIMIR SCHWARZ und der Kurarzt in Meran Dr. JOHANN PRÜNSTER haben den Titel eines kaiserlichen Rates, der Brunnenarzt in Franzensbad kais. Rat Dr. LEOPOLD FELLNER hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, der Badearzt Dr. EDGAR GANS in Karlsbad den Osmanié-Orden IV. Kl. erhalten.

(Prof. E. FINGER.) Der ärztliche Verein des I. Bezirkes veranstaltete am 18. d. M. anlässlich der Ernennung seines früheren Obmannes und langjährigen Mitgliedes Prof. E. FINGER zum Ordinarius eine solenne Festkneipe, deren reger Besuch seitens der Wiener Ärzteschaft und deren animierter Verlauf Zeugnis gaben für die großen und wohlverdienten Sympathien, welcher sich Prof. FINGER bei den praktischen Ärzten Wiens erfreut. Eine unabsehbare Reihe von Rednern feierte den neuernannten Kliniker, der in seinen Dankesworten das Versprechen gab, auch fürderhin im Interesse der Praktiker und der Ärzteschaft wirken zu wollen.

(Die Wiener Ärztekammer) hat in ihrer letzten Sitzung u. a. folgende Anträge der geschäftsordnungsmäßigen Behandlung zugewiesen: 1. Die Revision der Haftpflichtklauseln in den ärztlichen Unfallversicherungspolizzen durch die Kammer und die Änderung ihrer ärzteschädigenden Bestimmungen im Verhandlungswege mit den zuständigen Versicherungsgesellschaften; 2. die Systemisierung von unentgeltlichen Fortbildungskursen für die praktischen Ärzte durch die Kammer im Einvernehmen mit den Lehrkräften der Wiener medizinischen Fakultät; 3. die Erwerbung von Stiftpätzen für arme und bedürftige Ärzte des Wiener Kammer Sprengels in den niederösterreichischen Heilanstalten.

(Aus den Ärztekammern.) Die Salzburger als geschäftsführende Ärztekammer hat sich, dem Beschlusse des Linzer Kammer-tages entsprechend, an sämtliche Schwesterkammern mit dem Ersuchen gewendet, seitens der politischen Behörden ihres betreffenden Sprengels die Bekanntgabe des von denselben für die einzelnen Gewerbszweige bestimmten Taglohnes zu erwirken. Dem seinerzeitigen diesbezüglichen Antrage der Kammer von Niederösterreich lag die Annahme zugrunde, daß bei den Krankenkassen als ortsüblicher Taglohn ein beträchtlich niedrigerer Betrag angenommen wird, als der tatsächliche Verdienst ausmacht, daher auch die Beiträge seitens der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu niedrig bemessen werden.

(Krankenverein der Ärzte Wiens.) Unter zahlreicher Beteiligung fand am 29. März d. J. die allgemeine Mitgliederversammlung des Krankenvereines der Ärzte Wiens statt. Der Obmann, Herr Dr. ADOLF KLEIN, entwarf in schlichten Worten ein Bild der segensreichen Tätigkeit des Vereines, dankte allen Mitgliedern für ihre Unterstützung, ferner der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums für die freundliche Überlassung des Saales zu allen Versammlungen, sowie der medizinischen Presse für die Aufnahme aller vom Vereine ausgegebenen Mitteilungen. Der Vermögensstand betrug am 31. Dezember 1903 113.957 K 88 h, und an Krankengeld wurde im Laufe des letzten Jahres an 95 erkrankte Mitglieder die nicht unbedeutende Summe von 20.456 K ausbezahlt. Die Zahl der ordentlichen Mitglieder war am 31. Dezember 1903 456. — Anmeldungen zur Aufnahme sind an Herrn Dr. ADOLF KLEIN, III., Hauptstraße 50, zu richten.

(Eine oberstgerichtliche Entscheidung.) Beim Bezirksgerichte Marburg hatte — wie das „Öst. Ärztekammer-Bl.“

meldet — ein Arzt, der Nichtkassenarzt ist, gegen eine genossenschaftliche Krankenkasse eine Klage auf Zahlung des Honorars für die einem schwer erkrankten Mitgliede dieser Kasse geleistete Behandlung überreicht. Während die beklagte Krankenkasse geltend machte, daß sie satzungsgemäß nur durch ihre bestellten Kassenärzte den Mitgliedern ärztliche Behandlung beizustellen verpflichtet sei, vertrat der klägerische Arzt den Standpunkt, daß das Krankenkassengesetz den Genossenschafts- und Bezirkskrankenkassen die Beistellung ärztlicher Hilfe überhaupt vorschreibe. — Das Bezirksgericht hat dieses Klagebegehren abgewiesen, auch das Kreisgericht und schließlich der Oberste Gerichtshof haben das erstrichterliche Urteil bestätigt.

(Statistik.) Vom 10. bis inklusive 16. April 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 8052 Personen behandelt. Hiervon wurden 1693 entlassen, 201 sind gestorben (10,6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, ägypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 101, Scharlach 34, Masern 794, Keuchhusten 40, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 3, Röteln 4, Mumps 100, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 716 Personen gestorben (+ 29 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In London ist am 18. d. M. der berühmte englische Chirurg SIR HENRY THOMPSON im 85. Lebensjahre gestorben. Er war einer der namhaftesten Urologen seiner Zeit, ein hervorragender Operateur und auch auf literarischem Gebiete von fruchtbringender Tätigkeit. Sein Name bleibt mit den Fortschritten unserer Wissenschaft untrennbar verbunden. — Gestorben sind ferner: In Wien Dr. JOHANN SCHIPP, 83 Jahre alt; in Budapest der Primararzt des St. Stephansspitals Dr. GEZA DULÁCSKA; in Berlin der Generalarzt Dr. STAHR, ehemals Subdirektor der Kaiser Wilhelms-Akademie.

Aus Römerbad (Stolmark) schreibt man uns: Durch frühzeitigen Eintritt wärmerer Witterung stets begünstigt, eröffnet dieser in reizendster Gegend Südateiermarks gelegene Kurort auch heuer die Saison am 11. Mai. — Neben allen Vorteilen eines milden subalpinen Klimas bietet Römerbad durch die eminente Heilkraft seiner altberühmten, 36,2–37,5° warmen Thermen allen Erholung und Heilung Suchenden den denkbar günstigsten Erfolg bei Gicht, Rheumatismus, Frauen- und Nervenleiden, Schwächezuständen usw., deren Behandlung in geeigneten Fällen durch Anwendung der Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik unterstützt und gefördert wird. Seine das gesellige Badeleben begünstigenden, allen Ansprüchen gerecht werdenden Einrichtungen prädestinieren diesen Kurort für längeren Aufenthalt und als Übergangsstation für Besucher der Winterkurorte. In Römerbad halten sämtliche Tagesschnellzüge, in der Hochsaison auch Nachtschnellzüge, und werden, wie in früheren Jahren, ermäßigte Tour- und Retourkarten, sowie Fahrtscheinbefreite ausgegeben.

Das Zentralkomitee des „Kaiserin Elisabeth-Denkmales“ für das westliche Böhmen hat in Eger am 10. April l. J. den einstimmigen Beschluß gefaßt, dieses Denkmal in den Parkanlagen der Kurstadt Franzensbad zur Aufstellung bringen zu lassen. Die Stadtgemeinde Franzensbad hat in ebenso munifizenter als patriotischer Weise zu diesem Denkmale den namhaften Betrag von 7000 K gewidmet, so daß der Fonds auf 20.000 K angewachsen ist. Voraussichtlich wird mit der Ausführung des Denkmales ein heimätlicher Künstler betraut werden und wird das gewählte Künstler-Komitee die weiteren Verfügungen treffen, weshalb die selbstlose Tätigkeit des Herrn k. k. Landesgerichtsrates Wokalek, welcher zur Errichtung des patriotischen Werkes nicht allein die Anregung gab, sondern auch den Denkmalfonds gründete, in Bälde vom gewünschten Erfolge gekrönt sein wird.

Dr. Sigm. Gara, früher unter Herrn Prof. HOCHNEGG und im Wiener ZANDER-Institut tätig, hat seine Praxis in Pistyán wieder aufgenommen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

H. Mohr, Allgemeines über den Krebs. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 40.

F. Freih. v. Oefele, Der Aberglaube in der Krankenstube. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 30.

K. Grunert, Die Pflege des Ohres etc. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 50.

E. Singer, Über vegetarische Kost etc. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 40.

E. Pfeiffer, Pocken und Impfung. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 30.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 28. April 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. II. Dr. K. HOCHSINGER: Die Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrokephalie.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung Dienstag den 26. April 1904, um 7 Uhr abends im pädiatrischen Hörsaal der allgem. Poliklinik, IX. Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Mitteilungen des Vorsitzenden. 2. Krankendemonstrationen. 3. Vortrag von Dr. MOHILLA: „Über Anaemia pseudoleukaemica“.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: Farbwerke vormals Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Dr. E. Ritserts Anästhesin“, Kalle & Co. in Biebrich am Rhein über „Dormiol“ und „Jodol“, Vasogenfabrik Pearson & Co. in Hamburg über „Lactogol“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasocostriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

A 1/10 MILLIGR. CRISTALL.

STROPHANTINE

HERETONICUM NICHT DIURETISCH

Bewiesene Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, 3, Boul. St-Martin, PARIS
Goldene Medaille auf der Pariser Weltausstellung 1900.

GENERAL-VERTRERER F. OESTERREICH-UNGARN: Dr. E. Bloch, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & E. Fritz, Verkauf nur an Apotheken.
ADLER-APOTHEKE, I., Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, I., Stephansplatz.

Bei Rheumatismus, Gicht,

Podagra,

Ischias, Lumbago, Paralysen

badet man am besten in Bädern mit Zusatz von

Mattoni's Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend

schon nach wenigen Bädern.

MATTONI'S Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Thermophor

Stundenlange gleichmäßige Wärme. — in allen Spitalern
Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. eingeführt. —
Überall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos.
Telephon 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephon 7967.

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 Redaktion 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 spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Frakturenbehandlung und Kontentivverband. Mit einem kurzen historischen Rückblicke. Von Regimentsarzt Dr. JOHANN SCHEIDL. — Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen. Von Doz. Dr. G. NOBL in Wien, II. — **Referate.** WAGNER (Breslau): Die Behandlung von granulierenden Hautwunden. — H. KÖSTER (Gothenburg): Die Diät bei der Nephritis. — JEDLIČKA (Prag): Ein Fall eines komplizierten Nierentumors, durch Nephrektomie und Resektion des ganzen Colon ascendens geheilt. — F. LEVISON (Kopenhagen): Über die diätetische Behandlung der Arthritis. — LUDWIG BLUMREICH (Berlin): Experimente zur Frage nach den Ursachen des Geburtseintrittes. — A. E. STCHERBAK (Warschau): Neue Beiträge zur Physiologie der Sehnenreflexe. — P. MORAWITZ (Tübingen): Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung. HAGEN (Nordhausen): Theorie und Praxis der Behandlung eingeklemmter Brüche durch Atropin. — A. W. NIKOLJSKI (Moskau): Über tuberkulöse Darmstenose. — A. NEUMANN (Wien-Gainfarn): Über die Wirkung der gebräuchlichsten physikalischen Heilmethoden auf die Magenfunktionen. — G. LANG (Tübingen): Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers. — GOULADZE (Warschau): Weitere Beobachtungen über die therapeutische Anwendung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen der äußeren Genitalorgane. — **Kleine Mitteilungen.** Ätiologie und Prophylaxe des Typhus. — Verwertung des Salophen in der Kinderpraxis. — Zur Behandlung der kardialen Form der Schlaflosigkeit. — Behandlung von Hydrops und Stenokardie. — Diätetik der Arteriosklerose. — Die Bedeutung des Fersans als Medikament und Nahrungsmittel. — Lumbago. — Zur Behandlung der Keratitis interstitialis. — Zur subkutanen Eiweißernährung. — Therapie der Sterilität. — „Sérum antithyroidien“. — Expektorantien. — Die Abortivbehandlung der Tonsillaranginen. — Zur Sterilisation chirurgischer Seide. — Desinfektionswert von 50%igen Alkoholdämpfen. — Die Malaria und ihre Prophylaxe. — Über direkte Belichtung der Bauchhöhle. — **Literarische Anzeigen.** Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung. Von Dr. HENRY MEIGE und Dr. E. FREINDEL. Nebst einem Vorworte von Prof. BRISSAUD. Deutsche autorisierte Ausgabe von Dr. O. GIESE, Nervenarzt in Düsseldorf. — Compendium der Operations- und Verbandtechnik. Von Dr. EDUARD SONNENBURG, Prof. der Chirurgie, und Dr. RICHARD MÜHSAM, emerit. I. Assistentenarzt. II. Teil: Spezielle Operationstechnik. — Erfolge der Karlsbader Kur und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens. Von Dr. FRANZ FINK, Primararzt des allgemeinen Krankenhauses in Karlsbad. — **Feuilleton.** Moderne sozialärztliche Bestrebungen. Von Dr. LUDWIG DRESDNER, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewesenen 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) — 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über

Frakturenbehandlung und Kontentivverband.

Mit einem kurzen historischen Rückblicke.

Von **Regimentsarzt Dr. Johann Scheidl.***)

I.

M. H.! Mit den ersten Anfängen der Kultur des Menschen begann auch die Entwicklung der Heilkunde. Die Unbilden der Witterung, denen der erste Mensch schutzlos preisgegeben war, erzeugten Krankheiten, die Kämpfe mit den gewaltigen Raubtieren der Vorzeit und mit den feindlichen Nachbarn erzeugten Verletzungen aller Art und damit auch das Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe. Schmerzende Stellen und blutende Wunden wurden mit kühlenden Blättern bedeckt und diese mit dünnen Zweigen oder stärkeren Halmen örtlich befestigt. So entstand wohl der erste Verband.

Zur Abwehr der sichtbaren Feinde halfen den ersten Menschen das scharfe Auge und die bewehrte Faust. Zur Abwehr der unsichtbaren Feinde, der fieberhaften Krankheiten, die ganz plötzlich kamen, als wie von Göttern gesendet, wurden denselben Opfer gebracht, gar bald durch Vermittler zwischen der Gottheit und den von ihr Getroffenen, durch die Priester. Natürlich wurde jenen Göttern, die am meisten zu heilen wußten, oder vielmehr deren Priestern am meisten geopfert, weshalb dann diese Priester nicht nur die Heilkunde pflegten, sondern auch als einträgliches Monopol für sich behielten.

*) Vortrag, gehalten im wissenschaftlichen Vereine der Militärärzte der Garnison Wien am 16. April 1904.

Mit der wachsenden Zahl der Menschen und deren besserer Bewaffnung gab es öfter Kämpfe und zahlreiche oft einander ähnliche Verletzungen, die von einzelnen Heilkünstlern mit besonderem Erfolge behandelt wurden. Diese Heilkünstler wurden nun viel gesucht und hochgeehrt.

Als in mythischer Zeit die Töchter des Prötus, des Königs von Argos, vom Aussatze und Wahnsinne befallen wurden, so daß sie sich in Kühe verwandelt glaubten und in den Wäldern herumstreiften mit falschem Gebrülle, da heilte MELAMPUS dieselben und bekam dafür die älteste zur Frau, dazu noch einen großen Teil des Königsreiches. ASKULAP wurde ob der Größe seiner Kunst von der dankbaren Nachwelt zum Gotte erhoben und ihm viele Altäre errichtet.

Der Altmeister HIPPOKRATES und dessen Schule reinigten die im Laufe der Zeiten gewonnene Erkenntnis von allem Geheimnisvollen und trennten die medizinische Wissenschaft ab von den philosophischen Schulen, die aus Vernunftgründen allein die medizinischen Wahrheiten ergründen wollten. Statt auf Sophisterei basierte er alles medizinische Wissen auf die Erfahrung und Beobachtung der natürlichen Vorgänge, eine Basis, breit genug für einen kräftigen Fortschritt. Vielseitig waren die Beobachtungen und die daraus geschöpfte Erkenntnis, die Operationen und Verbände, mit denen er die Nachwelt bereicherte. Bei starker Verwandung der Gliedmaßen verordnete er neben strenger Diät eine ungezwungene Lage des Gliedes. Bei Knochenbrüchen nahm er zum Zwecke der Einrichtung erst die Ausdehnung und Gegenausdehnung vor, legte hierauf einen Verband an, den er behufs weiterer genauer Beobachtung alle drei Tage erneuerte. Am Ende der ersten Woche aber wurde ein Dauerverband angelegt, welcher durch Schienen verstärkt wurde. Kranke mit Armbrüchen durften nach dem

10. Tage herumgehen. Die Zeiten, in denen die verschiedenen Knochenbrüche heilten, waren ihm genau bekannt, ebenso viele Umstände, welche die Heilung verzögerten oder gänzlich behinderten.

Mit dem Untergange der blühenden Freiheit Athens versank das ganze reelle medizinische Wissen und wurde ersetzt durch einen Wust komplizierter Spekulationen und fruchtloser Grübeleien.

Als Rom sich anschickte, die Weltherrschaft anzutreten, nahm es von den Griechen nicht nur die Freiheit, sondern auch die Götter und die Kultur. Dem ASKULAP wurden Tempel in Rom errichtet und die vestalischen Jungfrauen hüteten nach strengen Regeln den Kultus des medizinischen Apollo; die ärztliche Kunst aber blieb lange den Auguren und Haruspices, die wegen ihrer Unwissenheit schon lange zum Gespötte der Gebildeten geworden waren, überlassen. In späterer Zeit wurde sie von den eingewanderten griechischen Ärzten, Freigelassenen und Sklaven ausgeübt. Die Römer selbst verschmähten es, Kunst oder Wissenschaften persönlich zu pflegen, die sie ebenso wie die Medizin, den Freigelassenen und Sklaven überließen. Erst CELSUS, ein Zeitgenosse und Freund OVIDS und CICERO, der sein 8. Buch den Knochen- und Gelenkerkrankungem widmete, befaßte sich persönlich, wenigstens theoretisch, mit diesem Gegenstande. 150 Jahre später lebte GALENUS, der größte Vielwisseur seiner Zeit, der Feldarzt MARK AURELS und seiner Nachfolger. Dieser untersuchte die mittlere Gestalt der Glieder, das heißt jene Lage, welche am längsten beibehalten werden könne, ohne die Muskeln zu ermüden und er fand: „mäßige Beugung“. Dieses Resultat stand aber in direktem Widerspruche mit der Lehre des HIPPOKRATES, daß die oberen Gliedmaßen die Beugung, die unteren aber die Streckung gewohnt seien und demgemäß der Verband in der gewohnten Lage der Glieder anzulegen sei. Allzusehr von den Dogmen der hippokratischen Lehre beherrscht, wagte er keinen direkten Widerspruch, sondern suchte einen Mittelweg, indem er die Streckung der unteren Gliedmaßen beibehielt, die Beugung aber in jenen Fällen empfahl, in welchen infolge sitzender Lebensweise, die Schenkel beständig gebeugt gehalten wurden. So wurde dadurch, daß die Lehre des HIPPOKRATES als unanfechtbares Dogma gelehrt wurde, jede Forschung jahrhundertlang niedergehalten. Erst POTT wagte 1500 Jahre später dieses Dogma des HIPPOKRATES zu stürzen, wenigstens in England.

Die Pflegestätte der medizinischen Wissenschaft war aber nicht in Rom, sondern in Alexandrien. Nach dem Untergange und Teilung des Reiches Alexanders des Großen gründeten die Ptolomäer die berühmteste Schule und die größte Bibliothek des Altertums in Alexandrien, wohin sie die Weisesten aller Länder beriefen.

Auch das Studium der Anatomie wurde dort eifrig gepflegt, eine unerschöpfliche Fundgrube chirurgischen Fortschrittes. Die Frakturbehandlung allein wurde stiefmütterlich behandelt. Ein kunstvolles Anlegen der Binden und zierliche Verbände waren die Hauptsorge. Zur Einrichtung von Frakturen und Luxationen wurden große und komplizierte Maschinen konstruiert, ein Schrecken der Kranken. Die Einfachheit der hippokratischen Lehre war und blieb noch viele Jahrhunderte verloren.

Als das Römerreich dem Ansturm der Barbaren zum Opfer fiel, trat zugleich damit ein Verfall aller Wissenschaft ein. Jede Forschung und selbständige Beobachtung wurde ersetzt durch Sammeln und Abschreiben jener Reste antiker Bildung, die sich nach Byzanz gerettet hatten. Während dieser für die Wissenschaft so fruchtlosen Zeit fand dieselbe eine neue Pflegestätte in dem aufblühenden Reiche der Araber und wurde von diesen nach der Eroberung Spaniens ins Abendland verpflanzt.

Als Karl der Große verordnete, daß neben den anderen Wissenschaften auch die Arzneikunst in den Klosterschulen gelehrt werden solle, wurde dieselbe anfangs als rein philo-

sophische Wissenschaft gepflegt, später aber auch mit großem Interesse praktisch ausgeübt, nicht nur vom niederen Klerus, sondern auch von sehr hohen Würdenträgern, bis diese Mönchschirurgie, deren Basis das Lesen und Abschreiben der Werke der Alten bildete, durch verschiedene Verordnungen und Konzilien im 12. und 13. Jahrhunderte verboten wurde. Die damals herrschende Unkenntnis der Anatomie, die Furcht vor Blutung, die man nicht stillen konnte, nebst vielen Vorurteilen hinderten jeden chirurgischen Fortschritt. Die Knochenbrüche wurden nach den alten Überlieferungen der Alexandrinischen Schule behandelt, das heißt mit Apparaten, Maschinen und Bruchpflastern, die allmählich so viel Unheil anrichteten, daß sie im 13. Jahrhundert insgesamt verworfen wurden. An deren Stelle wurden jetzt im extremen Gegensatze nur weiche Verbände angelegt.

Nach der Einnahme von Konstantinopel 1453 flüchteten viele Griechen nach Italien und brachten dorthin die Schriften der Alten. Auf dieser Grundlage, die alsbald durch selbständige Forschung und neuerliche Wiedereinführung des Studiums der Anatomie, welches dann besonders VESAL gehoben hat, wesentlich erweitert wurde, stellte sich bald ein rascher Fortschritt ein, der durch die Erfindung der Buchdruckerkunst, die eine rasche und vielfache Verbreitung neuer Errungenschaften ermöglichte, wesentlich gefördert ward. Die Erfindung des Schießpulvers und die vielen Kriege boten durch die große Zahl der Schußverletzungen der chirurgischen Forschung und Erfahrung ein reiches Feld.

In Frankreich war es AMBROIS PARÉ, der berühmte Feld- und Leibarzt dreier französischer Könige, der ob der Größe seiner Kunst von Karl IX. allein unter den Hugenotten während der Bluthochzeit geschont wurde, da für dessen Rettung der König selbst Sorge trug; dieser führte Schienen und Binden wieder in die Frakturenbehandlung ein und betonte die Bedeutung des Dauerverbandes.

Frühzeitig schon hatten die Araber, wie wir oben gesehen, in der Behandlung der Knochenbrüche wesentliche Fortschritte gemacht. Da ihnen ihre Religion das Abnehmen von Gliedmaßen verbot, waren sie ausschließlich zur konservativen Behandlung gezwungen, selbst in den aussichtslosesten Fällen. Zu ihren Kontentivverbänden nahmen sie eine Mischung aus Kalk, Gummi und Eiweiß, später auch Gips. Diese Mischung erhärtete rasch und gab dem Verbandsolche Festigkeit, daß durch diese Verbände eine wenn auch geringe Extension erzeugt wurde.

Wann der Gips zuerst als Verbandmittel Anwendung fand, läßt sich nicht feststellen. Zweifellos wurde derselbe schon in den ältesten Zeiten und bei der Häufigkeit seines Vorkommens bei den verschiedensten Völkern angewendet, aber wieder völlig vergessen. Erst am Ende des 18. Jahrhunderts kam eine genaue Nachricht über dessen Anwendung bei den Arabern nach Europa durch den Bericht des englischen Konsuls Eaton in Bassora. Einem Soldaten sollte das zerschmetterte Bein amputiert werden. Der Mann wollte aber seine Einwilligung dazu nicht geben. Über seine Bitte wurde er den Eingebornen zur Behandlung übergeben, die, wie er wußte, kein Glied amputieren durften. Der Bruch wurde von einem arabischen Heilkünstler eingerichtet und um das Bein eine Art Gipskapsel gelegt, erst von unten bis über die Mitte der Dicke des Beines, dann eine zweite Kapsel von oben, beide mit größeren Öffnungen, teils für die vorstehenden Knochensplitter, teils für den Abfluß des Wundsekretes. Nach fünf Monaten war das Bein wieder gebrauchsfähig. Trotz dieser genauen Mitteilung fand aber der Gipsverband zunächst keine weitere Beachtung.

LARREYS so reiche Kriegserfahrung, sowie die Beobachtung, daß selbst schwere Schußfrakturen nach längeren Transporten, bei denen der Verband nicht gewechselt werden konnte, fast geheilt waren, ließen keinen Zweifel an der Nützlichkeit der Dauerverbände.

Fußend auf den bisherigen Erfahrungen, konstruierte er einen Verband, der im wesentlichen aus einem großen Verbandtuche, Strohschienen, Kissen aus Werg oder Spreu, Binden, sowie einer klebenden Masse aus Eiweiß, Bleiwasser und Kampferspiritus zusammengesetzt war. Dieser Verband, welcher in 24 Stunden hart wurde, blieb dann meist 8—9 Wochen liegen. Bei komplizierten Frakturen wurde die Wunde vorerst von Knochensplintern und Blutgerinnseln gereinigt, mit den Fingern zusammengepreßt und mit einer Salbenkompressen bedeckt. Darüber kam dann der Verband.

Diese Art der Wundversorgung sowie das lange Liegenlassen der Verbände hatten viele Unannehmlichkeiten im Gefolge, welche von den Gegnern reichlich ausgenutzt wurden. Aber LARREYS Autorität, gestützt auf die Erfahrungen so vieler Feldzüge, verschafften seinem Verbandsverbande viele Anhänger.

Die lebhafteste Diskussion über diesen Gegenstand gab allorts reiche Anregung zu zahlreichen Versuchen und Modifikationen; damit war aber der Dauerverband endgültig eingeführt.

In England wurde ein Verband aus Leinwand mit Gummi und Gips hergestellt, in Amerika wurde plastischer Filz zu Verbandkapseln verwendet, die dem Gliede entsprechend modelliert, bei Unterschenkelbrüchen schon nach einer Woche das Herumgehen erlaubten. In Frankreich wurden aus Flachs und einem erhärtenden Brei Kontentivverbände gemacht, ein Verfahren, welches 1878 von BELY in der Form seiner „Gips-Hanf-Schiene“ vervollkommen wurde. Schließlich kam man auf den Gipsguß zurück, der, von FROLIER d. A. 1817 der Vergessenheit entrissen, an mehreren Orten fast gleichzeitig auftauchte und dem nun DIEFFENBACH seine besondere Aufmerksamkeit zuwendete.

Die Technik des Gipsgusses war kurz folgende:

Das gut geölte Bein wird in einem viereckigen Kasten, dessen Wände abnehmbar sind, schwebend erhalten. Nun wird so viel rahmartiger Gipsbrei zugegossen, daß die Schienbeinkante gerade noch sichtbar bleibt. Vor dem Erhärten werden mit dem Finger Eindrücke an den oberen Rändern gemacht und diese gut beölt. Der neuerlich zugegossene Gipsbrei bedeckt das ganze Bein völlig und kann nach dem Erhärten wie ein Deckel abgehoben werden. Die Vorzüge dieses Verfahrens wurden von BURGER in folgender Weise zusammengefaßt: Der Gipsguß wird vorzüglich bei den Schiefbrüchen in der Nähe des Gelenkes empfohlen, wo eine stete Ausdehnung schwer zu bewerkstelligen ist, und man rühmt von ihm, daß er sich an allen Punkten des Gliedes genau anschmiege, an allen Stellen einen gleichen Druck ausübe, das Glied überall gleichmäßig unterstütze, keinen Fersenschmerz erzeuge und durch sein enges Anliegen eine Verschiebung der Bruchenden verhindere, wie kein anderer Verband dieses zu tun imstande ist.

Dieses Gutachten kann vollinhaltlich unterschrieben werden, wieweil die Nachteile des Gipsgusses, vor allem die schwere Masse Gips, die Bein und Patienten völlig unbeweglich macht, auf der Hand liegen.

Ähnliche Zwecke verfolgten, aber in sehr unvollkommener Weise der Sandverband des Regimentsarztes FÖRSTER und der Spreukissenverband von HESSELBACH. Beide Verfahren erinnern lebhaft an die Heilmethode jenes Arabers, der sein gebrochenes Bein in die Erde ingrüb und so die Heilung abwartete.

Um die Unförmlichkeit des Gipsgusses hintanzuhalten, umgab MALGAIGNE das Bein mit Verbandstücken, die er mit Gipsbrei begossen hatte, während CLOQUET Gips in einen Sack füllte, diesen Sack im Wasser völlig durchfeuchtete und diese nun sehr plastische Masse dem Beine anlegte. Dieses Verfahren wurde 1901 von SAHLI in Bern neuerlich aufgenommen und verbessert. Derselbe füllte einen Schlauch aus Baumwolltrikot mit Gips, dessen Masse durch einen Streifen aus grober Jute in zwei Schichten getrennt wurde. Das Ganze

wurde glatt gewalzt und wie eine Binde aufgerollt. Dieses Verfahren wurde unter dem Titel „Boagipsschiene“ veröffentlicht und gestattet gewiß ein rasches und reinliches Arbeiten.

Während dieser vorerwähnten Bestrebungen trat im Jahre 1834 der belgische Chirurg SEUTIN mit seinem Kleisterverbande hervor. Derselbe stellt einen vereinfachten LARREYSchen Verband dar. An die Stelle der vielen, schon oben aufgezählten Verbandstücke LARREYS setzte er die Binde, als Klebemittel nahm er den Stärkekleister; die Verstärkung des Verbandes bewirkte er durch Pappschienen. Vertrauensvoll auf die Festigkeit seines Verbandes und dessen sichere Wirkung verlangte er, daß nur die Bruchenden in Ruhe bleiben sollen, nicht aber der ganze Organismus, deshalb ließ er die Kranken, die seinen Verband so frühzeitig als möglich erhalten sollten, nach Erhärtung des Verbandes herumgehen. Mit dieser so präzise ausgesprochenen und ganz allgemein geltenden Forderung kam er aber mit einer seit HIPPOKRATES bestehenden und allgemein gültigen Meinung in direkten Gegensatz. Selbst MALGAIGNE schrieb darüber folgendes: „Die Deambulation ist ein Kraftstück, welches der Originalität nicht entbehrt. Bei den Schenkelbrüchen, welche so selten ohne Verkürzung heilen, ist es eine Tollkühnheit, den Schwierigkeiten, welche der Heilung der Fraktur entgegenstehen, noch die gefährlichen Wechselfälle des Gehens hinzuzufügen.“

Noch wogte der Kampf, ob man bei schwerer Schußverletzung der Beine primär oder sekundär amputieren solle, ein Beweis, wie wenig beide Methoden befriedigten, und viele Ärzte hofften nun von diesem neuen Verbandsverbande einen entscheidenden Einfluß auf diese Frage. In kürzester Zeit wendete sich das Interesse aller dem neuen Verbandsverbande zu, ja, ganze Gesellschaften wurden gegründet, um dieses Verfahren rasch und in möglichster Ausdehnung einzuführen.

Ebenso wie LARREY legte SEUTIN seinen Verband sofort an und betonte die Vorzüge einer sofortigen Fixierung der Bruchenden. Viel einschneidender für die Frakturenbehandlung war aber die von ihm strikte geforderte Deambulation.

In England war es AMESBURY, der als der Erste bei Unterschenkelbrüchen das Herumgehen gestattete; ihm folgt 1831 BERARD und 1836 SEUTIN.

Schon lange vorher hatte LARREY die Möglichkeit der Deambulation erkannt und ganz zuversichtlich ausgesprochen, daß die Verwundeten mit seinem fest gewordenen Verbandsverbande, bei der Gefahr einer Gefangennehmung, sich wie mit einem hölzernen Beine retten könnten. Beide Ideen nahm SEUTIN mit seinem Kleisterverbandsverbande auf und modifizierte beide.

Groß waren die Forderungen, die SEUTIN an seinen Verband stellte, und zahlreich die Verbesserungen, die von ihm und seinen Anhängern an demselben vorgenommen wurden, um alle diese Forderungen zu erfüllen. Immer lauter wurde vor allem das Verlangen nach einem Klebemittel, welches wenn möglich sofort nach dem Anlegen des Verbandes erhärte. Der Kleisterverbandsverband brauchte 24—48 Stunden zur Erstarrung. VELPEAU schlug Dextrin vor, VANZETTIS dagegen machte aus Tischlerleim und Leinwand ein Linteum adhaesivum, das in schmale Streifen geschnitten und gerollt vorrätig gehalten werden konnte. Von diesem Verfahren machte VIKTOR v. BRUNS ausgiebigen Gebrauch; nach ihm wurde es von HESSING reichlich angewendet. LAFARGUE machte zuerst eine Mischung von Stärke und Gips zu gleichen Teilen.

SEUTIN selbst erkannte manche Schäden seines Verbandes und machte denselben abnehmbar und zweiklappig, ohne dadurch dessen Wirkungsfähigkeit zu fördern.

Trotz aller dieser Neuerungen verlor der SEUTINSche Verband immer mehr von den Anhängern, die er sich so rasch erworben hatte. Das langsame Erhärten des Verbandes, das rasche Verderben durch Nässe, die große Assistenz und die lange Zeit zum Anlegen — 1½ Stunden für einen Oberschenkelverband —, hauptsächlich aber das Zusammenziehen des Verbandes beim Erhärten, welches die Gefahr einer zirkulären Abschnürung so oft erzeugte, welche Gefahr auch durch

das Kompressimeter nicht behoben wurde, sowie die ungünstigen Berichte über seine Brauchbarkeit im Felde, welche bewiesen, daß derselbe nicht imstande war, die Zahl der Amputationen herabzudrücken, schränkten seine Anwendung immer mehr ein. Da wurde endlich jenes Mittel gefunden, nach welchem sich SEUTIN so gesehnt, jenes Mittel, welches sofort nach dem Anlegen des Verbandes erstarrte, das aber SEUTIN, als es gefunden war, nicht anerkennen wollte, der Gips.

Im Jahre 1852 legte der holländische Arzt MATHIJSSSEN seinen Gipsverband der belgischen medizinischen Akademie zur Begutachtung vor. Derselbe war der SEUTINSche Verband, nur das Klebemittel war geändert; statt der Stärke nahm er Gips. Die zwei größten Schwächen des SEUTINSchen Verbandes, das langsame Erhärten und das Zusammenziehen beim Erhärten waren behoben. Aber SEUTIN und seine Anhänger verschlossen sich dem neuen Verbande. So war es möglich, daß jenes Verbandmittel, welches die höchste Entwicklung der Frakturbehandlung begründen half, von einer zur Prüfung des Gipsverbandes einberufenen Kommission im Dezember desselben Jahres verworfen wurde mit folgender Begründung: Der Verband trockne zu rasch, seine Ränder seien hart und schneidend; er beschmutze den Chirurgen, verliere aufgeschnitten seine Form, weite sich beim Erhärten aus und mache beim Aufschneiden die Schere stumpf.

Viele glückliche Erfolge sowie das rasche und einfache Arbeiten schufen trotzdem dem Gipsverbande viele Anhänger und überzeugten gar bald dessen Gegner. Vor allen war es der belgische Militärarzt DE LA COSTE, der die Broschüre MATHYSSENS übersetzte, dieselbe durch vielfache eigene Versuche bereicherte und das erste öffentliche Urteil über den Gipsverband aussprach. VAN DE LOO, empört über das so abfällige Urteil der Kommission, nahm an dem Verbande einige Verbesserungen vor, trat in Wort und Schrift für denselben ein und wußte ihn durch sein persönliches Erscheinen allorts zur Anerkennung zu bringen.

MATHIJSSSEN hatte vier Methoden, den Verband anzulegen, von denen jedoch nur zwei als dauernde verblieben, der Kataplasmen- und der Rollbindenverband. Nur letzterer fand allgemeine Anwendung.

Leinwand oder Flanell wurde in lange Streifen zerschnitten, mit Gipsmehl bestreut und locker aufgerollt. Während des Anlegens wurden die einzelnen Touren mit einem nassen Schwamme angefeuchtet. Die Touren mußten sich über ein Drittel ihrer Breite decken; Umschlag Touren waren verboten; das war das ursprüngliche Verfahren MATHYSSENS.

In Berlin wurden zuerst fertige Rollbinden mit Gipsmehl imprägniert und locker gerollt, der Schwamm wurde weggelassen und die ganze Binde vor dem Anlegen ins Wasser getaucht. Statt der Watte wurde eine leichte Flanellbinde zum Einwickeln des Gliedes vor dem Anlegen des Verbandes verwendet.

PIROGOFF, welcher den Fortschritt des SEUTINSchen Verbandes erkannt und gewürdigt hatte, wandte sich jetzt sofort dem Gipsverbande zu, dem er, nach vielfacher Erprobung, 1854 durch die Veröffentlichung seiner Erfahrungen ein glänzendes Zeugnis ausstellte, fast gleichzeitig mit CESSNER in Wien, der zu einem gleich günstigen Urteile kam.

Einige Jahre vor MATHIJSSSEN hatte BURGGRAEVE seinen Watteverband publiziert, welcher die Vorteile des SEUTINSchen Verbandes haben sollte, ohne dessen Nachteile. Um das so gefürchtete Zusammenziehen des SEUTINSchen Verbandes beim Erhärten unschädlich zu machen, wurde das Bein mit einer dicken Schicht Watte umwickelt, die an den vorspringenden Punkten und an der Bruchstelle noch verstärkt wurde. Dadurch wurde die Kompression, die man seit HIPPOKRATES' Zeiten zur Heilung der Brüche für unbedingt notwendig hielt, eine gleichmäßige. Die Wunden konnten, durch die Watteschicht von der Luft dicht abgeschlossen, gleichsam subkutan gemacht, ohne Eiterung heilen. Diese Anschauung der damaligen Zeit begründete freilich die Vorzüge des Watte-

verbandes zur Genüge, um so mehr, als der Watte noch eine besondere schmerzstillende Wirkung zugesprochen wurde. Diese Begründung für die Watteunterlage ist heute fast vollständig vergessen und doch wird der Watteverband, wenn auch schon selten, noch bei der Frakturbehandlung benutzt. Dieser Watteverband trägt gewiß einen großen Teil der Schuld daran, daß die Deambulation in unserem heutigen Sinne erst auf dem Umwege über Apparate allgemeinen Eingang gefunden hat.

Schon wenige Jahre nach seiner Erfindung hatte der Gipsverband allgemeine Verbreitung gefunden. Im Jahre 1857 zählt SZYMANOWSKI bereits folgende Vorzüge desselben auf: „Der Gipsverband verhärtet sehr schnell, ist sehr wohlfeil und leicht anzulegen. Die Extension und Kontraextension ist nur auf die Zeit des Anlegens beschränkt. Die Ersparnis des Dextrins,“ schreibt der Autor weiter, „welches besonders von VELPEAU befürwortet wurde, gibt, denke ich, einen Gewinn an Zeit und Menschenhänden, die besonders auf der Feldambulanz so hoch im Werte stehen. Der enganliegende Gipsverband muß entschieden sicherer als der Watteverband die Extremität unverrückbar in perpetueller Extension und Kontraextension erhalten. Die Poren des Gipsverbandes, besonders wenn er direkt ohne Unterbinde dem Gliede angefügt ist, behindert in geringerer Weise die Hauttätigkeit als jeder anderer Verband, indem der Gips, wenn er trocken geworden ist, einen Gasaustausch vollkommen gestattet. Befindet sich unter dem Verbande eine Wunde, wird durch die Poren des Gipsverbandes das Wundsekret unter Bildung eines typischen braunen Fleckens, wie in Kapillarröhrchen, auf die Oberfläche gesaugt, wo es rasch verdunstet kann. Die Wärmeleitung des Gipses ist von großer Bedeutung, indem sowohl die Eisblase als auch mit Äther getränkte Kompressen, dem Verbande aufgelegt, eine bedeutende Kälte Wirkung erzeugen, endlich das Nichtweichwerden durch die Nässe, ein Umstand, der besonders für die Feledraxis wichtig ist. Die Baumwolle und die Schienen werden erspart und dem Dekubitus am besten vorgebeugt. Dem Vorwurfe CESSNERS, die zu geringe Extensionskraft betreffend, wird durch das Weglassen der Baumwolle am besten begegnet, da nur in dem sicheren Fixieren der bequemen Angriffspunkte für die temporär wirkende Extension die gesuchte Stärke in unübertroffener Weise in dem genau anpassenden und doch nicht nachteilig drückenden Gipsverband gefunden wird.“

Zu dieser Anschauung bleibt nichts hinzuzufügen, als die Deambulation. Der Gipsverband als Modellverband, der erst über 30 Jahre später allgemeine Anerkennung fand und noch ein Jahrzehnt später erst allgemein angewendet wurde, steht klar und im modernsten Kleide vor uns.

Die Deambulation SEUTINS hatte einen großen Nachteil. Das gebrochene Bein durfte den Boden nicht berühren, sondern wurde in leichter Beugung im Knie und Hüfte mit dem Fuße auf eine Schlinge gestützt, welche um den Nacken geschlungen war und die Last des Beines mit tragen half. Das gesunde Bein bekam eine erhöhte Sohle. Die richtige Vorstellung, die LABREY über die Deambulation hatte und die er als der Erste so präzise ausgesprochen hatte, wurde als ganz ungläubwürdig nicht weiter beachtet. HESSING nahm die Deambulation SEUTINS im Sinne LABREYS wieder auf. Die weit vorgeschrittene Technik unserer Zeit, die Wiederaufnahme des Leimverbandes, den VIKTOR v. BRUNS so sehr empfohlen hat, sowie der klare Blick des genugsam bekannten Orthopäden, ermöglichte die Verwirklichung dieses Problems.

Schon wenige Jahre später versuchte KRAUSE ebenfalls die Deambulation im Sinne LABREYS anzuwenden und die großen Vorteile derselben der Allgemeinheit zugänglich zu machen, indem er den Gipsverband im Sinne SZYMANOWSKIS als Modellverband, also ohne jede Unterlage, direkt auf die rasierte und befettete Haut anlegte. Zuerst waren es die einfachen, unkomplizierten Querbrüche des Unterschenkels, die für den Gehverband geeignet schienen. Schiefbrüche wurden

vorerst durch eine Woche in Gewichtsextension gelegt, mit 15—20 Pfund Belastung.

KOOSCH hielt sich anfangs an diese Einschränkung KRAUSEs, aber alsbald legte er seinen Gehverband bei allen Unterschenkelbrüchen an, entweder nach 12 Stunden oder nach 3—4 Tagen, je nachdem die Anschwellung ihren Höhepunkt überschritten hatte, immer mit sicherem Erfolge. Nach diesen günstigen Erfahrungen ging er noch einen Schritt weiter und wendete den Gehverband auch bei komplizierten Brüchen des Unterschenkels an, anfangs erst einige Wochen nach der Verletzung, später auch bei Oberschenkelbrüchen, nachdem mindestens eine sechstägige Gewichtsextension mit einer Belastung bis zu 25 Pfund vorausgegangen war. Darüber schreibt er Folgendes: „Zur Ausdehnung des Gehverbandes auch auf die komplizierten Frakturen habe ich mich lange nicht entschließen können, indem ich die alte Lehre befolgen zu müssen glaubte, daß eine Wunde an den unteren Gliedmaßen nur in liegender Stellung günstige Bedingungen zur Heilung finden könne. In einfachen Fällen kann der Verband bald nach der Verletzung angelegt werden, da die Schwellung der Weichteile meist weit hinter der bei subkutanen Brüchen zurückzubleiben pflegt, in schwereren nach Verlauf einer Woche, wenn die Granulationsbildung beginnt und man des aseptischen Verlaufes sicher ist.“ Ein Jahr später aber Jolgendes: „Bei komplizierten Brüchen wird die Wunde nach Stillung der Blutung, bzw. Entfernung von Splintern mit Jodoformmull ausgestopft, eventuell vernäht und über den Mullbauschen der Gipsverband angelegt.“

DOLLINGER, der 1898 schon über 110 Fälle, die er mit dem Gehverbande behandelt hatte, berichten konnte, pflegte gleich anfangs den Gipsverband in einfachen Fällen sofort anzulegen. War aber der Patient infolge des Unfalles zu sehr erschüttert, so daß er in erster Linie der Ruhe bedurfte, oder wenn sich die Fraktur in der Höhe eines Gelenkes befand und Blutung in die Gelenkhöhle erfolgt war, wurde der Gehverband erst nach Ablauf von einigen Tagen angelegt. „Ich ersah“, schreibt derselbe Autor weiter, „daraus, daß ich den Verband sofort anlegte, niemals irgend einen Schaden für den Patienten erwachsen, im Gegenteil scheint es mir, als ob sie um so schneller das Gehen erlernten, je früher sie mit dem Gehverbande versehen wurden. Der Transport selbst auf weite Strecken kann leicht bewerkstelligt werden.“ — HABART, einer der eifrigsten Anhänger dieser Verbandart, betonte die Wichtigkeit dieser Tatsache besonders vom chirurgischen Standpunkte.

Fehldiagnosen extragenitaler Primäraffekte und ihre Folgen.

Von **Doz. Dr. G. Nobl** in Wien.

II.

In all den bisher angeführten Fällen hat es sich um Fehldiagnosen gehandelt, die mit Recht dem Arzt zur Last gelegt werden können. Die klinische Diagnostik hat in ausreichender Zahl leitende Merkmale zu eruieren vermocht, welche die präzise und frühzeitige Agnoszierung der kutanen Primäraffekte in allen Varietäten ermöglichen, und an den Ärzten ist es, sich mit denselben aufs innigste vertraut zu machen. Kaum überwindlichen Schwierigkeiten steht man indes gegenüber, wenn es sich darum handelt, die wahre Natur von Schleimhautläsionen nach flüchtiger Inspektion entscheiden zu müssen. Wenn es hierbei, wie das ja so oft geschieht, zu Irrtümern kommt, so ist viel eher die Unzulänglichkeit der Differenzierungsmethoden als die insuffiziente Orientierung und fachliche Unkenntnis der Prüfer verantwortlich zu machen.

Die großen Ähnlichkeiten, welche zwischen luetischen Schleimhautläsionen und mukösen Prozessen anderer Ätio-

logie bestehen, haben nie aufgehört, der Verwechslungsmöglichkeit weitesten Spielraum zu gewähren und zu folgenschweren diagnostischen Irrtümern Anlaß zu bieten. So hat sich allmählich das assekurative Verlegenheitsprinzip herausgebildet, in allen zweifelhaften Fällen den Prozeß der höheren Dignität anzunehmen und dementsprechend auch das kurative Vorgehen einzurichten. Das weiteste Wirkungsfeld haben in dieser Hinsicht von jeher die unzähligen Formen der Mundhöhlenprozesse geliefert.

Katarrhalische Anginen, follikuläre Entzündungen, ulzeröse Veränderungen, akute Streptokokkeninfektionen, merkuriale Reizsymptome, ulzeromembranöse Affektionen, Angina Vincenti, aphthöse Auflagerungen etc. werden für syphilitische Plaques, Anginen, Gummen resp. Primäraffekte angesprochen und der sicherlich nicht indifferenten energischen merkurialen Therapie unterzogen. Andererseits wieder werden spezifische Läsionen verkannt und mit den früher erwähnten Erkrankungsformen identifiziert, ohne die indizierte lokale Beeinflussung und entsprechende Allgemeinbehandlung zu erfahren.

Von den Primäraffekten sind es insbesondere die Sklerosen der Rachenmandeln, die immer wieder mit gewöhnlichen diffusen Tonsillaranginen verwechselt werden und bei der mangelhaften Beachtung den Ausgangspunkt von Masseninfektionen abgeben. Für den Träger selbst bleibt die falsche Deutung seines Leidens meist deshalb belanglos, weil der hartnäckige, auf viele Wochen ausgedehnte Fortbestand des streng lokalisierten Initialaffektes sowie die konsekutive indolente Drüsenschwellung schließlich doch auf die richtige diagnostische Fährte leiten; oder das nachträglich auftretende Exanthem zum verkannten Initialvorgang den erläuternden Kommentar liefert.

Wenn man es aber nicht bei der „exspektativen Behandlung“ bewenden läßt, sondern getäuscht durch den objektiven Befund und irregeführt durch die subjektiven Beschwerden zu strengeren Maßnahmen greift, so kann hieraus nureinenen Verlauf des Gesamtprozesses tief alterierende Kumulierung von Einzelschädigungen sowie eine tiefreichende Beeinträchtigung und Verschiebung des klinischen Bildes resultieren.

Obschon das meist nur einseitige Auftreten der diffusen Tonsillarsklerosen, ihre relative Schmerzlosigkeit im Vereine mit dem hartnäckigen Bestand und der meist vorhandenen regionalen Adenopathie für sich schon geeignet wären, dem Verdachte Nahrung zu bieten, daß es sich hierbei um eine syphilitische Läsionsart handle, so sind diese Charaktere doch oft genug derart diskret angedeutet, daß sie die Vermutung in ganz andere Bahnen lenken. Bedenkt man außerdem noch, daß die Schanker der Gaumenmandel mit besonderer Vorliebe mit Fieber einherzugehen pflegen und bei ihrem Sitze an hyperplastischen Tonsillen zu weiterer beträchtlicher Volumszunahme führen und gelegentlich auch doppelseitig auftreten können, so darf es gar nicht wundernehmen, wenn der Zustand als „Tonsillarabszeß“ angesprochen und mittiefgeführten Inzisionen traktiert wird.

Ebenso klar ist es aber auch, daß die multiple Durchtrennung des in seiner Ernährung ohnehin schon alterierten Tonsillargewebes notgedrungen zu nekrotischem Zerfalle führen muß und der Sekundärinfektion hierdurch willige Pforten eröffnet werden.

Das Schicksal ähnlicher Kranken habe ich zu wiederholten Malen in Evidenz zu führen Gelegenheit gehabt und

möchte ich nur zur Illustration des erwähnten in aller Kürze die Daten aus der Leidensgeschichte zweier Patienten hervorheben.

Anfangs Oktober 1902 bekam ich einen 30jährigen Beamten zu sehen, den ein Kollege behufs Einleitung der Allgemeinbehandlung an mich gewiesen hatte. Die rechtsseitigen Unterkieferdrüsen waren zu einem faustgroßen, durch eine seichte Furche eingekerbten Tumor angewachsen, der minimal verschleiblich vom Kieferwinkel bis zum vorderen Maxillardrittel reichte. Die teigig weiche, auf Druck wenig empfindliche Geschwulst war an mehreren Stellen fluktuierend. Das überkleidende Integument entsprechend den zerfallenen Partien violettrot verfärbt, verdünnt und mit einzelnen haarfeinen Perforationsöffnungen versehen. Die Submentalgegend durch einen ganseigroßen Drüsenknollen halbkugelig vorgewölbt.

Aus den anamnestischen Angaben des stark herabgekommenen, sehr anämischen und fiebernden Patienten ging hervor, daß er 4 Wochen vorher an einer „rechtsseitigen Mandelentzündung“ erkrankte. Schlingbeschwerden, reichlicher Speichelfluß und Druckgefühl bildeten Symptome des Leidens. Bei Spiegelbetrachtung will Patient eine beträchtliche Vorwölbung, Schwellung und Rötung der rechten Gaumenhälfte bemerkt haben; Belege waren keine zu sehen. Da die Beschwerden täglich zunahmen und sich denselben auch Abgespanntheit und Fieberbewegungen hinzugesellten, sprach Patient die ärztliche Hilfe an. Der zu Rate gezogene Arzt erklärte den Zustand für einen Mandelabszeß und inzidierte die Geschwulst. Ohne daß Eiter zum Vorschein gekommen wäre, erleichterte der Eingriff immerhin die Beschwerden, doch nur ganz passager.

Schon nach 2 Tagen waren das peinigende Fremdkörpergefühl sowie die namhaften Schlingbeschwerden zur früheren Heftigkeit gediehen und veranlaßten den Kranken abermals, den Weg zum Arzt zu nehmen. Dieser legte einen tiefen Kreuzschnitt an, der späterhin den nekrotischen Zerfall des Tonsillengewebes zur Folge hatte.

Im Anschlusse an diesen zweiten Eingriff vergrößerten sich rasch die vorher bereits dem Nachweise zugänglich gewesen derben, jedoch schmerzlosen Submaxillardrüsen rechterseits und begleitende Fiebererscheinungen schwächten derart den Kranken, daß er sich das Bett zu hüten gezwungen sah. Suspekte, in der sechsten Krankheitswoche aufgetretene Effloreszenzen an der Stirne führten den behandelnden Internisten auf die richtige ätiologische Fährte des Prozesses.

Bei der Inspektion der Mundhöhle zeigte sich die rechte Tonsillarnische von mißfärbigen, graugelb belegten, zertrümmerten Gewebspartikeln eingenommen, die einen üblen Geruch verbreiteten. Die entsprechenden Arkaden mächtig verdickt, infiltriert, von tiefer, samtartig aufgelockerter Mukosa überkleidet, an den der Nische zugekehrten Flächen mit fibrinösen Auflagerungen besetzt. Das Gaumensegel starr, schwer beweglich. Die Sprache nasal un deutlich. Temperatur 38°.

Von diesem Lokalbefund abgesehen konnte ich ein beginnendes, kleinpapulo-pustulöses Syphilid konstatieren, dessen dicht gestellte Gruppeneffloreszenzen zunächst die Stirne, Brust, Rücken und Armbeugen einnahmen, in kurzer Zeit jedoch die ganze Körperoberfläche übersäten. Ohne auf nosologische Einzelheiten eingehen zu wollen, muß ich immerhin soviel hervorheben, daß ich eine Ersteruption von gleicher Dignität, Dichte und Ausbreitung bisher nicht zu sehen Gelegenheit hatte. Die aus stecknadelkopf-, hirse- und hanfkorngroßen, pusteltragenden, livid- und braunroten, mäßig elevierten Knötchen geformten Guirlanden und Kokarden bedeckten in derart gehäufte Anordnung das Integument, daß, von den Wangen, Handtellern und Fußsohlen abgesehen, keine intakten Regionen übrig blieben. Im Bereiche des Bartes, an der Kopfhaut, dem Stamme, war das Exanthem zu gleicher Mächtigkeit gediehen, wie an den oberen und unteren Extremitäten allerorts nur minimale, kaum bohnen große, normale Felder einschließend.

Die herdweise zerfallenden submaxillaren Wucherungen erheischten zu wiederholten Malen den operativen Eingriff, woran sich stets eine mehrwöchentliche Eiterabsonderung anschloß, ehe es zur

definitiven Benarbung der Fistelgänge kam. An die Suppuration der Unterkieferdrüsen schloß sich späterhin auch die Einschmelzung des submentalen Knotens an, der in seinem größten Anteil zur Ausstoßung gelangte.

Die mit 5%igen Sublimatinjektionen durchgeführte Allgemeinbehandlung hatte anfänglich nicht den geringsten Erfolg, indem die massigen Eruptionen keinerlei Tendenz zum Rückgange bekundeten. Erst nach einer dreimonatlichen Einwirkung des inkorporierten Präparates und einer nachträglich noch herangezogenen internen Jodkur begann das Exanthem zu schwinden, dessen braun pigmentierte, in den Follikeltrichtern sitzende Residuen indes noch nach einem halben Jahre deutlichst zu verfolgen waren. Trotz der ausgiebigen, 20 Injektionen umfassenden Allgemeinbehandlung trat nach kurzem erscheinungsfreien Intervall eine Rezidive in Form eines schweren, großpapulösen Syphilids auf, die abermals erst nach einer mehrmonatlichen Behandlungsdauer zur Rückbildung gelangte.

Nach mancher Richtung hin analog gestaltete sich das Krankheitsbild bei einem 40jährigen Lehrer, bei dem die Infektion ins Vorjahr zurückdatiert.

Aus den Angaben dieses Patienten ging hervor, daß er vor etwa 6 Wochen auf die linke Rachenhälfte lokalisierte stechende Schmerzen empfand, die anfänglich nur mäßig angedeutet ihn nicht weiter kümmerten. Da sich jedoch nach einiger Zeit beim Schlingakte unangenehmes Druckgefühl und heftiges Kratzen einstellten, gleichzeitig auch profuse Speichelabsonderung Platz zu greifen begann, sprach Patient ärztliche Intervention an. Der offenbar als umschriebene Angina gedeutete Mandelprozeß wurde einige Zeit hindurch der Einwirkung von Lapisbepinselungen ausgesetzt, die jedoch weder auf den Rückgang der Schwellung, noch auf die Linderung der subjektiven Beschwerden Einfluß zu nehmen vermochten.

Das stationäre Verhalten des Zustandes legte schließlich die Vermutung nahe, daß es sich um einen tiefsitzenden Mandelabszeß handle, und bestimmte den Kollegen, einen Einschnitt auszuführen. Der erfolglosen Inzision wurde alsbald noch eine zweite und dritte angeschlossen, ohne jedoch den vermuteten Eiterherd bloßzulegen.

Als ich den Kranken 14 Tage nach der letzten Operation (Mai 1903) zu Gesichte bekam, war die zerklüftete linke Tonsille zu einem grauweißlich belegten, höckerig unebenen, taubeneigroßen Stumpf involviert, den die infiltrierten, verdickten, stellenweise mit grauen Belegen behafteten Arkaden zum großen Teile verdeckten. In der gleichseitigen Unterkiefergegend hatte sich durch das Zusammentreten vergrößerter Einzeldrüsen ein über faustgroßer, fix an den Kiefferrand angelöteter lymphatischer Tumor etabliert, dessen mittlerer Anteil in ganseigroßem Umfange zur Einschmelzung gekommen war. Den fluktuierenden, nekrotischen Herd überwölbte die an talergroßer Stelle violett verfärbte, bis zum Durchbruch verdünnte Haut. Wenige Tage später waren die ersten Etappen eines papulopustulösen Syphilids zu verfolgen, dessen Einzeleffloreszenzen bis zu bohnen großen Krusten bedeckten Knoten anwuchsen, insgesamt weithinreichende, lebhaft rote Höfe aufwiesen. Späterhin entwickelte sich durch das Aufschießen kleinerer Papeln in den breiten Säumen älterer Effloreszenzen, wodurch kokardenähnliche bis handteller große Figuren zustande kamen, welche Ersteruptionen sonst nicht eigene Läsionsformen in seltener Dichte den Schultergürtel, Brust, Rücken und Lendengegend übersäten.

Aufmerksamen Lesern wird es nicht entgangen sein, daß die extragenitalen Initialaffekte auf Inzisionen insofern sehr ungünstig reagieren, als sich an solche Eingriffe in prompter Regelmäßigkeit im Gebiete der regionalen Drüsenverbände nekrobiotische Zerfallsvorgänge oder eitrig-eitrige Einschmelzung zu etablieren pflegen, Konsektivzustände, die dem Wesen der Syphilis völlig zuwiderlaufen und einzig und allein in den gesetzten Gewebsläsionen ihre Ursache haben. Gleichzeitig wird aber auch mit den kontraindizierten Einschnitten der Boden für sekundäre Keiminvasionen präpariert und

hiermit für schwere Mischinfektionen die Möglichkeit geboten.

Ich stehe nicht an, in all jenen Fällen, wo die Mandelschlitzung oder, besser gesagt, die Zertrümmerung der Tonsillarsklerose von suppurierenden Lymphadenitiden und außergewöhnlich schweren exanthematischen Allgemeinerscheinungen (wie in den von mir zitierten Fällen) gefolgt wird, sowohl den Drüsenzerfall als auch die Dignität des Verlaufes mit dem kontraindizierten Eingriffe, resp. einer Sekundärinfektion in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Referate.

WAGNER (Breslau): Die Behandlung von granulierenden Hautwunden.

Die rationellste Methode, um eine granulierende Wunde rasch zur Überhäutung zu bringen, ist die Transplantation nach THIERSCH oder nach KRAUSE. Wenn diese Methode aus äußeren Gründen nicht ausführbar war, bedeckte Verf., wie die meisten Autoren, die Wunden mit einem Salbenverband und sah die Heilung darunter eintreten.

Der Salbenverband bot aber auch manche Nachteile; die Wunde ist wie in einer feuchten Kammer eingeschlossen, die Feuchtigkeit wirkt ungünstig auf den Epidermissaum, macht ihn aufquellen und verzögert daher die Überhäutung, außerdem wuchern die Granulationen in der feuchten Kammer stark, überragen den Epithelsaum, so daß die Epidermisierung der Wunde auch aus diesem Grunde verzögert wird; schließlich sind die unter dem Salbenverband herrschenden Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse für die Entwicklung der Bakterien entschieden günstig.

Alle diese Nachteile hören auf, wenn man eine solche granulierende Fläche für einige Zeit der Luft aussetzt; die Sekretion nimmt ab, die Granulationen schrumpfen und bedecken sich mit einem feinen Häutchen. Wenn die Infektionserreger noch sehr aktiv sind, so entsteht unter diesem Häutchen — dem „sekundären Schorf“ — eine Sekretretention, welche die Lösung des Schorfes notwendig macht, in anderen Fällen heilen die Wunden unter dem Schorfe schnell.

Dieses Beobachtungsergebnis hat Verf. zu einer systematischen Methode entwickelt, deren Anwendung er auf das Wärmste empfiehlt („Zentralbl. f. Chir.“, 1903, Nr. 50). Er läßt bei granulierenden Flächen jeden Morgen den Verband abnehmen, reinigt die Umgebung der Wunde mit Äther und lagert die Wunde so, daß sie durch Kleidungsstücke nicht berührt wird. Die Wunde bleibt den ganzen Tag offen und je trockener die Luft, desto rascher trocknet die Wunde. Für die Nacht wird die Wunde mit einem Pulververbande bedeckt.

Bei normaler Umgebung der Wunde gelang es dem Verf. oft, handtellergröße Flächen in 8—10 Tagen zur Überhäutung zu bringen.

Diese Behandlungsmethode empfiehlt sich ganz besonders für Wunden, die mit schlechtem Erfolge transplantiert wurden. Hat man die nicht angeheilten Läppchen entfernt und setzt die Wunde der Lufttrocknung aus, so bemerkt man an vielen Stellen Epidermisiseln sich bilden, die sich rasch vergrößern.

Die Infektionsgefahr ist bei granulierenden Wunden keine große; selbstverständlich wird man diese Behandlung auf Krankenstationen, auf welchen Erysipel- oder andere in Betracht kommende Infektionskrankheiten liegen, nicht durchführen. Verf. hat, obwohl er schon viele Jahre nach dieser Methode behandelt, noch keine Schädigung durch Infektion gesehen. ERDHEIM.

H. KÖSTER (Gothenburg): Die Diät bei der Nephritis.

Bei akuter Nephritis ist strenge Milchdiät angezeigt und eine Änderung derselben darf erst nach Aufhören des akuten Reiz-

zustandes eintreten („Nord. med. Ark.“, H. 4, Nr. 17). Ähnliches gilt in Betreff der akutisierenden chronischen Nephritis und bei drohender Urämie. Die Behandlung einer chronischen Nephritis beginnt am besten mit strenger Milch- oder Milchvegetabilien-diät; wenn aber die Eiweißausscheidung und das Sediment während dieser einige Zeit konstant gewesen sind, kann man ohne Gefahr dem Pat. mehr gemischte Kost, auch Fleisch aller Art verabreichen. Dies gilt für alle Formen chronischer Nephritis, die Amyloid-Nephritis vielleicht ausgenommen, bei der größere Vorsicht geboten ist. Ödeme und Aszites sind keine Kontraindikationen gegen gemischte Kost, wenn die Pat. nach derselben verlangen, jedoch ist bei Vorhandensein solcher eine gewisse Vorsicht geboten. Auch bei Gegenwart bedeutender Mengen roter Blutkörperchen im Sediment ist eine gewisse Vorsicht bei der Verordnung von Fleischkost geboten. Gleichgültig ist, ob rotes oder weißes Fleisch gegeben wird. Es ist oftmals vorteilhaft, nach einer einige Zeit fortgesetzten Fleischdiät für kurze Zeit strenge Milchdiät anzuordnen, da während dieser ein Rückgang der Eiweißabsonderung eintreten kann, die später bestehen bleibt. Die Eiweißausscheidung wird nur wenig durch den Eiweißgehalt der Nahrung beeinflusst; meistens ist der Morgenharn am eiweißärmsten, der Frühstückharn am eiweißreichsten. Es gibt aber Fälle, in denen die Eiweißausscheidung individuellen Gesetzen unterworfen zu sein scheint, indem in denselben, abweichend von dem eben erwähnten gewöhnlichen Verhalten, die Eiweißausscheidung konstant in zu anderen Zeiten gelassenen Harnportionen unabhängig von der verabreichten Nahrung die größten und die geringsten Werte zeigt. BR.

JEDLIČKA (Prag): Ein Fall eines komplizierten Nierentumors, durch Nephrektomie und Resektion des ganzen Colon ascendens geheilt.

Bei einem 16jährigen Mädchen wurde vom Verf. ein Sarkom der rechten Niere diagnostiziert. Mit Rücksicht auf den gesamten Befund wurde entschieden, die Nephrektomie auszuführen, und zwar die transperitoneale aus zweierlei Gründen: 1. um früher sicherstellen zu können, ob die andere Niere genügend groß und wohl erhalten sei, und 2. wegen größerer Zugänglichkeit und technisch leichter Exstirpation des Tumors. Der Laparotomieschnitt am äußeren Rande des M. rectus 25 cm lang, die linke Niere an normaler Stelle, etwas hypertrophisch. Der Tumor, an der unteren Hälfte der rechten Niere ausgehend, ist sehr groß und reicht oben bis zur unteren Leberfläche, unten bis zur Linea innominata. Vorn ist der Tumor vom hinteren Blatte des Peritoneums und teilweise vom Colon ascendens, mit deren Oberfläche er verwachsen ist, bedeckt. Retroperitoneal wächst der Tumor das Mesocolon ascendens und Mesozökum bis zur Mesenterialwurzel entlang. Enge Verwachsungen des Tumors mit dem Colon ascendens und seinem Mesenterium wegen mußte neben der Exstirpation auch die Resektion des Dickdarmes durchgeführt werden. Nach Spaltung des Peritoneums auf der äußeren Tumorseite konnte der Tumor aus dem Retroperitonealgewebe ausgeschält werden. Dann wurde gerade über dem Zökum der Dickdarm durchgeschnitten, u. zw. nach provisorischer Schließung seines Lumens mit der Darmzange nach STILLE. Es folgt die Befreiung der inneren Tumorfäche samt dem Kolon, von dem 8 cm reseziert wurden. Dann wurde der Ureter bis zum Hilus auspräpariert und die Renalgefäße entblößt. Die Renalvene war mit einem bis zur Mündung in die Hohlvene reichenden Thrombus verstopft, der vor der Unterbindung (knapp an der V. cava) entfernt wurde. Der Ureter wurde peripher ligiert und beim Hilus durchgeschnitten. Der obere Teil des Tumors wurde aus der Umgebung leicht ausgeschält. Weil der restierende Teil des Colon ascendens an der Flexura hepatica anämisch war und am Durchschnitte nicht blutete, wurde die Exstirpation des übrigen Teiles des aufsteigenden Astes angeschlossen, so daß diese ganz, vom Zökum bis zur Flexura hepatica, reseziert wurde. Der Blutverlust bei der ganzen Operation war ein minimaler und die Pat. ertrug den Eingriff ohne jede auffallendere Pulsveränderung im Verlaufe der Operation. Trotzdem wurde eine Infusion von 1000 g physiologischer Lösung durchgeführt. Der postoperative Verlauf war ein idealer.

Die Pat. erholte sich rasch und hatte einen Monat nach der Operation 4 kg zugenommen. Die übrigbleibende Niere übernahm nach der Operation die Funktion des exstirpierten gesunden Überrestes der rechten Niere vollkommen.

Den günstigen Erfolg dieser Operation schreibt der Verf. nicht nur der vervollkommenen heutigen operativen Technik zu, sondern auch dem Umstande, daß durch die heutigen modernen Untersuchungsmethoden (Kryoskopie und Ähnliches) fast in jedem Falle der Zustand und die Funktion beider Nieren sichergestellt werden können, so daß vor der Operation schon bestimmt werden kann, ob die übrig bleibende Niere einer vollkommenen kompensatorischen Tätigkeit fähig sein wird. Daß aber auch diese neuen Methoden manchmal, obwohl selten, versagen können, dies beweist ein Fall des Verfassers, in welchem nach allen möglichen Urin- und Blutproben auf eine gesunde Niere geschlossen werden konnte und doch nach der Exstirpation der kranken Niere der Tod folgte und bei der Sektion eine kongenitale Hypoplasie der restierenden Niere konstatiert wurde. Also durch alle diese neuen Untersuchungsmethoden kann nur die qualitative Tätigkeit der Niere festgestellt werden. Ob sie aber auch quantitativ genügt, darüber belehrt uns die funktionelle Diagnostik auch dann noch nicht, wenn wir nach CASPER-RICHTER alle chemischen Urinuntersuchungen auch quantitativ ausführen. Deswegen ist es noch nötig, entweder die Nephrektomie mit einem Laparotomieschnitt zu beginnen und sich über die Dimension der Niere zu überzeugen oder durch protrahiertes Sondieren der Ureteren die Urinmenge von beiden Seiten zugleich durch längere Zeit abzumessen.

In des Verf.s Falle ist der operative Erfolg umso glücklicher, als zwei Komplikationen zu überwinden waren, und zwar: 1. die Verwachsung des Tumors mit dem Darms, die eine ausgedehnte Resektion erheischte, und 2. die Thrombose der Renalvene („Časopis českých lékařů“, 1903, Nr. 33, 34); diese kann bei oder nach der Operation Ursache augenblicklichen Todes durch Embolie werden, wie KÜSTER und ISRAEL dies während der Operation und ROWSING und NICOLICH nach der Operation erlebten. Deswegen wurde in Verf.s Falle vor der Ligatur der Nierenvene der Thrombus entfernt. Dieser günstige Erfolg berechtigt freilich noch nicht zur Hoffnung auf Dauererfolg, da eben bei jungen Leuten die Gefahr einer Rezidive trotz des radikalen Eingriffes eine sehr große ist. STOCK.

F. LEVISON (Kopenhagen): Über die diätetische Behandlung der Arthritis.

Die arthritischen Ablagerungen bestehen aus saurem harnsauren Natron und das Blut der Arthritiker enthält mehr Harnsäure als das Blut gesunder Menschen. Selbst wenn man hier nicht nachgewiesen hat, daß die täglich durch den Harn ausgeschiedenen Harnsäuremengen herabgesetzt sind, ist es sehr wohl möglich und auch zum größten Teil bewiesen, daß eine Retention von Harnsäure stattfindet. Die chronische interstitielle Nephritis ist eine Bedingung für die Retention der Harnsäure im Blut, und Verf. stützt sich u. a. auf die Tatsache, daß die Niere des Arthritikers immer granulär ist. Der Eiweißstoffwechsel hat auf die Bildung der Harnsäure keinen Einfluß, wie es auch festgestellt ist, daß die Purinstoffe: Harnsäure, Xanthin und Hypoxanthin nur aus Nuklein oder purinhaltigen Stoffen gebildet werden. Es scheint bewiesen zu sein, daß die tägliche Ausscheidung von Harnsäure die Summe zweier Faktoren ist, entstanden durch die Umbildung 1. des Körpergewebes und 2. der purinhaltigen Bestandteile der Nahrung (endogene und exogene Harnsäure). Bei purinfreier Nahrung (Milch, Eier, Kartoffeln, Reis, Salat, Kohl, Weißbrot) geht die Harnsäureausscheidung gleich bis zu einer für das Individuum konstanten Größe herab: Die endogene Harnsäureausscheidung. Das Verhältnis, in welchem sich die Purinstoffe der Nahrung im Harn wiederfinden, ist verschieden bei den verschiedenartigen Lebensmitteln. 200 g Fleisch z. B., worin 10—20 cg Purinstoff enthalten sind, von dem die Hälfte wieder durch den Harn ausgeschieden wird, werden zumeist gut getragen. Fisch kann in gleicher Menge gestattet werden. Der Genuß von Leber und Hirn ist ausgeschlossen. Was Vegetabilien anbelangt, so dürfen Hafer-, Erbsen-, Linsen-

mehl, Bohnen und Spargel nur in begrenzter Menge genossen werden. Das Kaffeetrinken muß stark beschränkt werden. Da es sich gezeigt hat, daß Biurat verhältnismäßig leicht aus einer natronhaltigen Flüssigkeit auskristallisiert, so scheint es rationell, Karlsbader und Vichywasser aus der Arthritisbehandlung zu entfernen. Da Bier Purinstoffe und außerdem Alkohol enthält, so müssen die stärkeren Sorten untersagt werden. Einer der erwähnten Versuche scheint darauf hinzudeuten, daß der Genuß von Alkohol die Harnsäureausscheidung vorübergehend herabsetzt. Aus demselben Grunde müssen irritierende Stoffe, z. B. Rettig, alter Käse etc., vermieden werden. B.

LUDWIG BLUMREICH (Berlin): Experimente zur Frage nach den Ursachen des Geburtseintrittes.

Alle bisher gegebenen Erklärungen für die Ursache des Geburtseintrittes sind hypothetischer Natur. Die Untersuchungen des Autors („Archiv f. Gynäk.“, 1904, Bd. 71, H. 1) beziehen sich zwar nur auf die Reizempfindlichkeit des normalen und graviden Uterus, sie gestatten aber durch die Prüfung, speziell Reizen gegenüber, die in den Theorien über die Ursache des Geburtseintrittes eine Rolle spielen, auch gewisse Rückschlüsse auf die mehr weniger große Wahrscheinlichkeit der angeführten Hypothesen.

Weder die akute Kohlensäureüberladung des Blutes, noch der absolute oder relative Sauerstoffmangel sind als Mittel zu betrachten, welche beim Tier experimentell den Geburtseintritt herbeiführen; es zeigt sogar der gravide Uterus eine deutliche Abnahme der Erregbarkeit diesen Agentien gegenüber im Vergleich mit der nicht graviden Gebärmutter. Dagegen ergibt sich, daß die Fähigkeit des Gebärgorgans, auf Reize mechanischer Natur mit Bewegungserscheinungen zu reagieren, im Verlaufe der Gravidität mit dem Weiterfortschreiten derselben erheblich wächst. Kohlensäureüberladung und Sauerstoffmangel des Blutes (Theorie von BROWN-SÉQUARD, LEOPOLD, HASSE) dürften also kaum als einleitende Faktoren für den Geburtsakt in Betracht kommen. Reizeinwirkungen mechanischer Natur können aber eine wesentliche Bedeutung für den Eintritt der Wehentätigkeit besitzen, und man kann hier vielleicht auch an die vom Fötus ausgehenden, mit dessen fortschreitendem Wachstum von Tag zu Tag stärker werdenden mechanischen Reize denken.¹⁾ FISCHER.

A. E. STCHERBAK (Warschau): Neue Beiträge zur Physiologie der Sehnenreflexe. Vorläufige Mitteilung.

Verf. hat an Kaninchen experimentiert, indem er die Schwingungen einer elektromagnetisch in Aktion gesetzten großen Stimmgabel auf einen Körperteil des Tieres übertrug („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 5). Die Ergebnisse waren überraschend. Es zeigte sich, daß die lokalen Anwendungen der Vibrationen in der Gegend des Kniegelenks ausgesprochene spastische Erscheinungen hervorrufen, welche sich bei einer gewissen Stärke und Dauer der Reizung streng auf die betreffende Extremität beschränken können, sich aber auch auf der anderen Seite zeigen können. Man erhält eine Erhöhung des Knie reflexes, einen Knieklonus und spastisches Zittern. Diese und andere dahingehörende Versuchsergebnisse meint Verf. dahin auffassen zu dürfen, daß wir künstlich mittelst der Vibrationen die reflektorischen Apparate sozusagen mit Nervenenergie zu laden und mittelst passiver Bewegungen oder durch dauernde unbewegliche Lage des Tieres ihre Entladung hervorzu-rufen imstande sind. INFELD.

P. MORAWITZ (Thübingen): Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung.

Das Fibrinferment entsteht durch das Zusammenwirken mindestens dreier Substanzen, des Thrombogens, der Thrombokinase und der Kalksalze („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 1 und 2). Thrombogen findet sich nur im Blut (und in der Lymphe), Thrombokinase kann aus allen Geweben dargestellt werden. Im

¹⁾ Die wichtige Arbeit THOMENS („Wiener klin. Wschr.“, 1900) fehlt in dem sonst reichen Literaturverzeichnis.

zirkulierenden Plasma ist weder Thrombogen, noch Thrombokinase gelöst vorhanden. Beide Substanzen werden erst extravaskulär freigegeben, und zwar Thrombogen schneller als Thrombokinase. Bei der normalen Blutgerinnung wird nur ein Teil des Thrombogenvorrates aktiviert. Demgemäß findet sich im Serum Thrombogen, das nicht durch Kalk, wohl aber durch Kinase und Kalk aktiviert werden kann. B.

HAGEN (Nordhausen): Theorie und Praxis der Behandlung eingeklemmter Brüche durch Atropin.

Verf. hat seine Beobachtungen in 39jähriger Beobachtung an 41 sorgfältig verfolgten Fällen gesammelt. Von diesen dienen 19 als Grundlage der vorliegenden Publikation („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 5 u. 6). Das Bild einer rationellen Behandlung des eingeklemmten Bruches soll sich der Meinung H.s entsprechend in folgender Weise darstellen: Nach Stellung der Diagnose milder Taxisversuch, um die Irreponibilität des Bruchinhaltes festzustellen. Wird dieselbe bestätigt, sofortige Injektion einer Belladonnaextrakt- oder Atropinlösung in einer den Verhältnissen entsprechenden Gabe. Nach Verlauf einer Stunde nochmaliger milder Taxisversuch, dessen Versagen eine nochmalige Einspritzung derselben oder einer stärkeren Gabe folgt. Diese 2—3mal wiederholte Applikation wird dann die Entscheidung bringen entweder über die Wirkung, d. h. den Zurückgang des Bruches, oder über die Nichtwirkung, d. h. den Bruchschnitt. Im ersten Falle wird Genesung und Arbeitsfähigkeit des Erkrankten sofort folgen; im zweiten der Bruchschnitt, unter den denkbar günstigsten Verhältnissen unternommen, auch das denkbar günstigste Heilresultat herbeiführen, leider aber mit der unvermeidlichen Folge, daß der Erkrankte seiner Berufstätigkeit auf mehrere Wochen entzogen wird. Ganz besonders nützlich wird sich die Belladonnaabehandlung für das Greisenalter erweisen. BR.

A. W. NIKOLJSKI (Moskau): Über tuberkulöse Darmstenose.

Die tuberkulöse Darmstenose ist zum mindesten in der Hälfte der Fälle eine sekundäre Erkrankung (Samml. klin. Vortr. von VOLKMANN, Nr. 362). Am häufigsten beobachtet man sie im Alter von 20—40 Jahren; vor dem 10. Lebensjahre und nach dem 60. ist sie äußerst selten. Die Striktur befindet sich am häufigsten im unteren Teile des Ileum. Multiple Stenosen trifft man fast ebenso häufig an, wie in der Einzahl vorhandene, und ist daher bei der Operation der ganze Darm genau zu untersuchen. Jahrelang bestehende Darmstenosen sind in den weitaus meisten Fällen tuberkulöser Natur. Bei Bestehen von Darmstrikturen spricht das Vorhandensein tuberkulöser Herde im Organismus oder unzweifelhafte tuberkulöse hereditäre Belastung zugunsten der tuberkulösen Stenose. Die Fälle von Darmstenose, wo die Ätiologie nicht klar ist, sind in der größten Mehrzahl tuberkulöser Natur. Die Behandlung der Krankheit muß ausschließlich eine chirurgische sein (Resektion) und ist der Erfolg um so größer, je früher man zur Operation schreitet. G.

A. NEUMANN (Wien-Gainfarn): Über die Wirkung der gebräuchlichsten physikalischen Heilmethoden auf die Magenfunktionen.

Verf. hat an einer größeren Versuchsreihe geprüft, wie die Magensaftsekretion, speziell die der Salzsäure und die Motilität des Magens, auf die verschiedenen physikalischen Verfahren, wenn dieselben äußerlich, d. h. auf die Haut der Oberbauchgegend und die entsprechenden Teile der Rückenhaut appliziert werden, reagiert. Bei dieser Prüfung wurden die Massage, Faradisation, Galvanisation, Eisbeutel, trockene Hitze und feuchte Wärme berücksichtigt. Die Untersuchungen wurden in der Weise angestellt, daß eine Stunde nach Einnahme des EWALD-BOASSchen Probefrüstückes eine Ausheberung des Magens vorgenommen wurde, wobei zuerst unverdünnter Mageninhalt entnommen und dann nach einer mittelst eines Gummiballons vorgenommenen gründlichen Vermischung des Mageninhales mit einer bestimmten Menge Wassers eine zweite

verdünnte Mageninhaltprobe zur Bestimmung des Restes nach MATTHIEU ausgehebert wurde. Diese Prüfung wurde an 14 Patienten, die an Magenbeschwerden verschiedenster Art litten, in 240 Einzeluntersuchungen vorgenommen. Verf. kommt („Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, Bd. VII, H. 10) auf Grund seiner Versuchsergebnisse zu folgenden Schlüssen:

Eine energische, praktisch verwertbare Einflußnahme auf die Magensaftsekretion durch die geprüften physikalischen Heilmethoden ist nicht möglich, nur die feuchte Wärme scheint in geringem Grade wirksam. Ebenso wenig gelingt es dadurch, die motorische Tätigkeit des Magens in höherem Maße anzuregen, nur die feuchte Wärme bewirkt eine geringe Beschleunigung. Die zweifellosen Erfolge der geprüften Methoden bei den verschiedenen Erkrankungen des Magens beruhen auf einer Veränderung der Funktion derjenigen Rückenmarksegmente (!), welche die sensiblen Fasern des Magens aufnehmen, bewirkt durch die von den entsprechenden Hautpartien übermittelten Reize. Durch diese Veränderung sind die Leitungsverhältnisse für die vom Magen zum Gehirn ablaufenden Empfindungen ungünstiger und erzeugen eine Herabsetzung oder Aufhebung der krankhaften Sensation. Die direkte Anästhesierung der Nervenendigungen durch die angewandten Prozeduren scheint das wirksame Agens zu sein bei Hyperästhesien und auf die Haut projizierten Schmerzen. GRÜNBAUM.

G. LANG (Tübingen): Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers.

In der Norm reagiert der Organismus auf Erhöhung der Wärmeproduktion prompt mit einer Erhöhung der Wärmeabgabe durch Wasserverdunstung, und zwar hauptsächlich der Wasserverdunstung von der Haut („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 3 u. 4). Im Fieber erfolgt auf die Steigerung der Wärmeproduktion ein geringes Steigen der Wasserverdunstung durch die Lungen, während gerade die Wasserverdunstung von der Haut unverändert bleibt. Dieser Insuffizienz der Hautwasserausscheidung im Fieber dürfte wohl eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Temperaturerhöhung im Fieber zugeschrieben werden. B.

GOULADZE (Warschau): Weitere Beobachtungen über die therapeutische Anwendung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen der äußeren Genitalorgane.

Verf., der mit dem Sozodol-Natrium viel zu tun hatte (das UJASDOWSche Militärhospital zu Warschau ist ausschließlich für venerische Kranke bestimmt), hat sich in Bezug auf die Verwendungsweise des Sozodol-Natrium in einen kleinen Widerspruch zu den Ansichten einiger deutscher Spezialärzte gesetzt, welche mit dem Autor nicht darin übereinstimmen, daß es vorteilhaft ist, das Sozodol-Natrium in reinem, grob zerkleinertem kristallinischem Zustande anzuwenden, und empfehlen, das Sozodol-Natrium in Form eines feinen Pulvers zu verwenden. Infolgedessen hat Verf. („Deutsche Medizinal-Ztg.“, 1903, Nr. 81) wiederum eine ganze Reihe von Parallelbeobachtungen über die therapeutische Wirkung des Sozodol-Natrium bei Erkrankungen äußerer Geschlechtsteile angestellt. Das Material umfaßt 120 Kranke, die in 3 Gruppen eingeteilt waren: die erste Gruppe (40 Patienten) wurde mit Sozodol-Natrium per se in grob zerkleinerter kristallinischer Form behandelt, die zweite, gleichfalls 40 Personen umfassende Gruppe, wurde mit fein gepulvertem Sozodol-Natrium, und schließlich die dritte Gruppe mit den übrigen Mitteln, wie Jodoform, Jodol, Dermatol und Europen, behandelt. Diese 3 Reihen von Beobachtungen haben folgende Resultate ergeben: Bei weichen Ulzerationen, Balanitiden, Erosionen und weichen Schankern führte das in grob zerkleinertem kristallinischem Zustande angewendete Sozodol-Natrium (19) 10—20 und sogar 30 Tage früher zu vollständiger Heilung als das ceteris paribus fein pulverisierte Sozodol-Natrium, welches bei den Patienten der zweiten Gruppe zur Anwendung gelangte. Desgleichen trat bei den Patienten der dritten Gruppe, nämlich

bei denjenigen, die mit Jodoform, Jodol, Dermatol und Europen behandelt wurden, 5—10—15 Tage später Heilung ein. als bei den Patienten der ersten Gruppe. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Ätiologie und Prophylaxe des Typhus** erörtert CANNEY („Practitioner“, 1904, Nr. 1). Er meint, daß das Wasser, resp. im oder am Wasser lebende Pflanzen und Tiere, die im ungekochten Zustande verzehrt werden, die Hauptinfektionsträger des Typhus sind. Die Prophylaxe hat sich demnach vor allem mit genauester Überwachung der Wasserversorgung zu beschäftigen, gleichzeitig aber auch die in den Exkreten des Typhuskranken enthaltenen Bazillen unschädlich zu machen. Dabei ist nicht nur der Stuhl zu berücksichtigen, sondern vor allem auch der Urin. Jedem Rekonvaleszenten ist Urotropin zu geben, er ist erst dann als unschädlich zu betrachten, wenn die bakteriologische Untersuchung seines Urins ergeben hat, daß derselbe von Typhusbazillen frei ist. Die Verhütung des Typhus im Felde gelingt nur, wenn jede Kompagnie eine besondere Wasserabteilung hat, deren Aufgabe es ist, alles Trinkwasser durch Kochen in einem leicht transportablen Sterilisator zu sterilisieren. Auch sind alle Offiziere auf die Wichtigkeit der Wasserversorgung aufmerksam zu machen; sie müssen dafür sorgen, daß ihre Untergebenen nur Wasser trinken, das ihnen von der Wasserabteilung geliefert wird.

— Seine Erfahrungen über **Verwertung des Salophen** in der Therapie, zumal in der **Kinderpraxis** publiziert PFEIFFENBERGER („Ärztl. Zentr.-Ztg.“, 1904). Als einen Hauptvorzug desselben führt er die vollständige Geruch- und Geschmackslosigkeit des Salophen an. Auch konnte er bei länger dauernder Verabreichung keine der vom Natr. salicyl. hervorgerufenen Nebenwirkungen beobachten; eine Aufnahmeverweigerung, wie bei Natr. salicyl., kam nicht zur Beobachtung. Hauptsächlich verwendete er Salophen bei akutem Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum, Purpura rheumatica, Influenza, Migräne und verschiedenen Neuralgien. Die Dosierung ist jene des salizylsauren Natron.

— Zur Diagnose und **Behandlung, besonders der kardialen Form der Schlaflosigkeit** berichtet FEILCHENFELD („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 11). Er legt großen Wert darauf, sich genau nach der Art der Schlaflosigkeit zu erkundigen und schildert dann die besondere Art der Agrypnie bei Herzkranken, die meist nach einigen Stunden Schlaf plötzlich mit ängstlichen Gefühlen zu erwachen pflegen. Meist handelt es sich da um Kompensationsstörungen infolge des schwachen Herzmuskels. Die Ursache des Aufwachens sieht F. in einer vorübergehenden Dilatation des Herzens, die bei gewissen Konstellationen der Lage eintritt. Er ist ein Freund der möglichst kleinsten Dosen von Schlafmitteln, die nach seiner Anschauung nicht den Zweck haben, durch Betäubung den Schlaf herbeizuführen, sondern die nur die schon vorhandene Ermüdung bis zum völligen Schlaf steigern sollen. Bei Herzkranken speziell gibt Verf. kleinste Dosen von Morphium in Verbindung mit sehr kleinen Dosen Digitalis in Pulverform.

— In der **Behandlung von Hydrops und Stenokardie** nimmt nach wie vor das Diuretin den ersten Platz ein. Dasselbe hat sich in dieser langen Zeit als ein sehr zuverlässiges Diuretikum bewährt. PLAVEC (aus der Klinik von Prof. MAIXNER-Prag) vergleicht die im Diuretin vorliegende Verbindung des Theobromin mit Natrium-salizylat mit der neuerdings als Ersatz empfohlenen Kombination mit essigsäurem Natron. Er gibt dem Diuretin unbedingt den Vorzug, weil es bei gleich starker diuretischer Wirkung vom Magen besser vertragen werde und weil der Gehalt des Diuretin an Salizylsäure den schädlichen Einfluß der Harnalkalisierung durch das Theobrominnatrium bedeutend abschwäche, ein Umstand, der besonders bei etwa vorhandener Cystitis nicht außer acht gelassen werden dürfe.

— Die **Diätetik der Arteriosklerose** hat nach COLEY folgende Prinzipien zu verfolgen („Med. News“, 1904, Nr. 7): Die Nahrungsmenge ist zu reduzieren. Sie ist im einzelnen nach den bekannten Regeln zu bestimmen. Weiterhin ist die Qualität der Nahrung von Bedeutung. Eiweißstoffe sollten beschränkt, aber nicht ganz ausge-

schlossen werden. Fleisch soll nicht öfter als einmal täglich und nur in geringer Menge zugeführt werden. Besondere Aufmerksamkeit ist darauf zu richten, daß der Kranke gehörig gekochte Nahrung genießt und besonders große Mengen von Fett oder anderen Stoffen, welche schwer verdaulich sind, vermeidet. Alkohol, Tee, Kaffee und Kakao sowie Tabak sind zu verbieten oder wenigstens in äußerster Mäßigkeit zu gebrauchen. Exzessives Wassertrinken oder das reichliche Trinken von sonstigen Flüssigkeiten muß beschränkt werden. Sehr wichtig ist die Regulierung der Mahlzeiten. Das Frühstück sollte bestehen aus Obst, Mehlsuppe und vielleicht einem Ei, in Form von Spiegelei oder weichgekocht. Zwischen Frühstück und Mittagessen muß eine Pause von 5—6 Stunden liegen. Diese Hauptmahlzeit soll ungefähr in der Mitte des Tages genommen werden. Sie soll aus Suppe, Fisch, Fleisch und Gemüse bestehen, jedoch ist ein Übermaß zu vermeiden. Zwischen Mittag- und Abendessen soll wieder eine Pause von 5—6 Stunden liegen. Die letzte Mahlzeit soll leicht sein und wie das Frühstück nur aus Früchten und Zerealien bestehen. Im allgemeinen ist eine verhältnismäßig trockene Diät angezeigt. Zwischen den Mahlzeiten werde nichts genossen.

— Über die **Bedeutung des Fersans als Medikament und Nahrungsmittel** schreibt B. EHRMANN in Berlin („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 3): Besonders auffällig ist die appetitanregende Wirkung, die auf die Zusammensetzung des Präparates als Eisen-Azidalbuminverbindung zurückzuführen sein dürfte. Bei nervösen Kranken schwanden nach sechswöchentlicher Kur (3mal täglich 6 g Fersanpulver) die nervösen Symptome, was vielleicht den leicht resorbierbaren organischen Phosphorverbindungen des Fersans zuzuschreiben ist. Selbst bei einer Reihe altersschwacher Leute hat Verf. Fersan angewendet und durch Erzeugung größerer Appetenz erfreuliche Resultate erzielen können. Er erwähnt schließlich die günstige Wirkung des Fersans bei rachitischen Kindern, welche Fersan in der Dosierung von 6—9 g pro die vertragen haben.

— Gegen **Lumbago**, namentlich in Fällen, wo die Schmerzen deutlich lokalisiert sind, empfiehlt CAPITAN an der schmerzhaften Stelle tiefe intramuskuläre Injektionen von 2 cm³ folgender Lösung („Klin.-therap. Wschr.“, 1904, Nr. 10):

Rp. Antipyrin 5·0
Cocain. muriat. 0·30
Aq. destill. q. s. ad 10 cm³.

Man kann die Injektion 8—10 Stunden nach der ersten wiederholen. Ohne Kokainzusatz ist die Injektion äußerst schmerzhaft.

— Zur **Behandlung der Keratitis interstitialis** empfiehlt DARIER („Ophthalm. Klinik“, VIII, Nr. 1) subkonjunktivale Injektionen von Tuberkulin. Bei einem 13jährigen skrofulösen Mädchen war das Sehvermögen des rechten Auges infolge einer Hornhautentzündung im Verlaufe eines Jahres ganz geschwunden, Iris war unsichtbar, aber Lichtperzeption war noch vorhanden; dann erkrankte das linke Auge. Behandlung mit Dionin, Jequiritol blieb ohne besonderen Erfolg. Nach einer subkonjunktivalen Injektion von Tuberkulin trat eine heftige Reaktion ohne Temperaturerhöhung ein. Nach wiederholten Injektionen und später nachfolgender Iridektomie war das schließliche Resultat R. = $\frac{1}{15}$, L. = $\frac{1}{18}$.

— Zur **subkutanen Eiweißernährung** empfiehlt CREDE („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 9) nach mannigfachen mühevollen Versuchen das „Calodal“. Dasselbe ist aus Fleisch hergestellt und enthält 95% aufgeschlossene, leicht lösliche Eiweißsubstanzen in leicht assimilierbarer Form und geringe Mengen Fleischsalze, darunter namentlich auch Phosphate, dann Spuren von Eisen und 0·2% Kochsalz. Calodal ist leicht löslich in Wasser und gibt die bekannten Reaktionen der Eiweißstoffe, z. B. die Biuretreaktion und die mit Salizylsulfonsäurekristallen. Die wässerigen Lösungen sind je nach der Konzentration weingelb bis hellbraun gefärbt, fast geruch- und geschmacklos, von schwach alkalischer Reaktion, kochbar und sterilisierbar, ohne auch in nicht sterilisierter Lösung sich zu verändern, und lange Zeit haltbar, da sie dem Bakterienwachstum ein großes Hindernis entgegensetzen. Der Stoff stellt ein helles, gelblich-braunes Pulver dar. Die 10—12%igen Lösungen sind noch vollkommen dünnflüssig, die konzentrierteren werden

dickflüssiger und schließlich gelatineartig. Als Lösungsmittel kann man normales oder schwächeres physiologisches Wasser oder auch destilliertes nehmen, da Calodal schon etwas Kochsalz enthält. Die bisherigen Erfahrungen damit an Kranken sind günstig. Man kann das neue Präparat zur physiologischen Kochsalzlösung behufs subcutaner Infusion hinzufügen.

— Die **Therapie der Sterilität** führt HORROCK („Lancet“, 1904, Nr. 2) als Vorbedingung für die Geburt eines lebenden Kindes an: 1. Ein lebendes Ei. Eine mangelhafte Funktion der Eierstöcke ist namentlich häufig bei sehr fettleibigen, jungen Frauen. 2. Lebende Spermatozoen. 3. Daß beide einander treffen können. Ein Vereinigungshindernis ist die weitaus häufigste Ursache der Sterilität. Angeborene Mängel, Tumoren oder Erkrankungen auf dem ganzen Wege, den das Spermatozoon von der Vulva bis zur Tube, das Ei vom Ovarium ebendorthin zurücklegen muß, können das Hindernis bilden. 4. Muß das Endometrium gesund sein. Eine Therapie wendet HORROCK nicht vor Ablauf von 3 Jahren an, wenn nicht ohne weiteres erkennbare Hindernisse vorliegen, da die Frauen häufig erst im 3. Jahre der Ehe konzipieren. Liegen keine operativ zu beseitigenden Hindernisse vor, so legt er großen Wert auf die Allgemeinbehandlung. Bei fettleibigen Frauen ist Einschränkung der Diät, regelmäßige Körperbewegung, Vermeidung von Alkohol wichtig.

— Ein „**Sérum antithyroidien**“ hat LÉPINE dargestellt („Lyon méd.“, 1903, Nr. 48), indem er Ziegen gegen die Hammel- oder Ziegenschilddrüse zu immunisieren versuchte. In der Tat gelang ihm diese Immunisierung, die allerdings langwierig und schwierig ist. Das erzielte Immuneserum vermag, in Dosen bis zu 20 cm³, bei anderen Thieren die Schilddrüsenfunktion herabzusetzen. Deshalb hält Verf. es für wahrscheinlich, daß dieses Serum auch bei Morbus Basedowii therapeutische Erfolge verspricht.

— Gute **Expektorantien** sind u. a. („Zentralbl. f. d. ges. Ther.“, 1904, Nr. 3):

Rp. Terpin. hydrat.,
Balsam. toltan. aa. 3·0
Extr. gentian. q. sat.
Ut f. pilul. Nr. XXX.
D. S. 3mal täglich 2 Pillen nach der Mahlzeit
zu nehmen.

Rp. Ol. juniper. empyreumat.,
Resin. benzoës aa. 2·0
Pulv. ipecac. opiat. 1·0
M. f. pilul. Nr. XL.
D. S. 3mal täglich 2 Pillen nach den Mahlzeiten
zu nehmen.

— Die **Abortivbehandlung der Tonsillaranginen** mit Chinin übt JORDAN („Monatsschr. f. Ohrenheilk.“, 1904, Nr. 1). Er gibt Chininum sulfuricum in großen Dosen, u. zw. abends um 7 und um 1/2 8 Uhr je 0·5 g (bei Kindern in dem Alter entsprechenden, verkleinerten Dosen). Nach durchschnittlich 4 Stunden pflegt der kritische profuse Schweiß einzutreten und am folgenden Abend ist auch die Restitio ad integrum da. Diese volle Abenddosis von Chinin übt die Wirkung auf alle Formen der selbständigen Tonsillitis aus, also auch bei sogenannten interstitiellen Entzündungen, wenn noch kein Gewebszerfall eingetreten ist, versagt aber bei Tonsillenerkrankung von Diphtherie und Scharlach (Sepsis), ist also geradezu ein differentialdiagnostisches Mittel in den betreffenden Fällen. Chinin wirkt nicht prophylaktisch gegen die Tonsillitiden.

— Zur **Sterilisation chirurgischer Seide** benutzt AUSIN („Deutsch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 46) die Diffusionsströme, welche beim Mischen von Wasser und Alkohol entstehen. Die in lose Strähne abgewickelte Seide wird 30 Minuten in 95%igem Alkohol ausgekocht und in Glasgefäßen, lose bedeckt, aufbewahrt. Vor der Operation wird die getrocknete Seide 20 Minuten in destilliertem Wasser gekocht, dann 5 Minuten in Alkohol, wieder 5 Minuten in Wasser und schließlich 20 Minuten in Alkohol weiter gekocht. Aus dem Alkohol wird die Seide noch warm zur Naht benutzt. Der Rest wird wieder getrocknet und kann wiederholt, mindestens 6mal, der gleichen Prozedur unterworfen werden, ohne daß die Zugfestigkeit beeinträchtigt wird.

— Den **Desinfektionswert von 50%igen Alkoholdämpfen** hat SATTA („Rif. med.“, 1903, Nr. 4) methodisch an Stoffen aller Art von Wolle und Seide und auf alle bekannten Infektionsträger mit positivem Erfolg geprüft. Er beschreibt diese Prüfungen bis ins einzelne und kommt zu dem Resultat, daß sich außer Wohnräumen namentlich Eisenbahnwagen 1. und 2. Klasse zu diesem Desinfektionsverfahren eignen. Es ist mit sehr einfachen Apparaten durchzuführen, erfordert nur 5 Minuten Zeit und noch weniger Minuten zur nachherigen Lüftung. Das Material leidet nicht. Alle Alkoholarten eignen sich zu demselben. Auch Tuberkelbazillen im Sputum wie im Eiter werden prompt unschädlich gemacht.

— Die **Malaria und ihre Prophylaxe** durch Chiningebrauch erörtert KÜLZ („Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg.“, Bd. VII, H. 5). Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Form der Darreichung (jeden 5. Tag, resp. jeden 5. und 6. Tag 1/2 g) gut, die von KOCH geübte (jeden 8. und 9. Tag ein ganzes Gramm) aber noch besser sei, insofern es damit noch öfter gelang, den Ausbruch von Fieber überhaupt zu verhindern. Die Gesamtergebnisse mit beiden Methoden sind jedenfalls als vorzüglich zu bezeichnen und sprechen für die schon oft erhobene Forderung einer obligatorischen Einführung des Chiningebrauches.

— Über die **direkte Beleuchtung der Bauchhöhle**, der Blase, des Dickdarms und der Gebärmutter zu diagnostischen und operativen Zwecken berichtet OTT („Shurn. akusch. i shensk. bolesn.“, 1903, Nr. 7 u. 8) Folgendes: Bei vaginalen Operationen genügt die elektrische Stirnlampe nicht, um die tiefer gelegenen Teile dem Auge zugänglich zu machen. Daher hat Verf. eine Methode ausgearbeitet, welche auch die Beleuchtung fast der ganzen Bauchhöhle durch den hinteren Scheidenschnitt ermöglicht. Der Spiegel wird durch die Öffnung im Scheidengewölbe eingeführt; er ist mit einer elektrischen Lampe versehen und beleuchtet bei richtiger Lagerung die Lig. infundibulo-pelvica, Adnexe, Därme, Magen, Leber, wenn die Bauchwand von außen abgehoben wird. Verf. besitzt ein besonderes Instrumentarium, wobei sich jedes Instrument durch seine Länge auszeichnet, um in der Tiefe arbeiten zu können. Anzuwenden ist die Beleuchtungsmethode 1. bei der Uterusexstirpation, wo jede Blutung hoch oben am Stumpf in situ gestillt werden kann; 2. bei Operationen an den Adnexen, tubarem Abort, Cysten von großen Dimensionen, die durch die Öffnung im Scheidengewölbe punktiert und dann exstirpiert werden, eitriger Salpingitis, bösartigen Tumoren des Ovariums durch Morcellement, bei intraligamentären Cysten; 3. bei Fibromyomen; 4. statt der Probelaaparotomie; 5. bei konservativer Kolpotomie, d. h. zwecks Lösung von Verwachsungen der Adnexe, Därme etc.

Literarische Anzeigen.

Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung. Von Dr. Henry Meige und Dr. E. Feindel. Nebst einem Vorworte von Prof. BRISSAUD. Deutsche autorisierte Ausgabe von Dr. O. GIESE, Nervenarzt in Düsseldorf. Leipzig und Wien 1903, F. Deuticke.

Von den verschiedenartigen Phänomenen, die gelegentlich als Tic bezeichnet werden, wird hier unter diesem Namen lobenswerterweise eine ganz bestimmte, innerlich zusammengehörige Gruppe besprochen; Beispiele: Lach-, Blinzel-, Schnüffel-, Saugtic, der Schütteltic des Halses, psychogener Torticollis-, Schluck-, Respirations-, Sprachtic etc. Der Tic setzt sich aus zwei untrennbaren Komponenten zusammen, er ist eine psychisch-motorische Störung, die motorische ist die untergeordnete. Die psychische Störung äußert sich hauptsächlich in einer Unzulänglichkeit des Willens, das geistige Verhalten des Tic-Kranken muß als infantil bezeichnet werden; im allgemeinen findet man eine gewisse innere Gleichgewichtsstörung. Die motorische Störung ist anfänglich eine Reaktion bald auf einen äußeren Reiz, bald auf eine Vorstellung; durch die Wiederholung wird die Geste gewohnheitsmäßig, schließlich automatisch. Sie äußert sich klonisch oder tonisch und stellt eine abnorme Steigerung einer Muskelkontraktion dar; die abnorme Steigerung betrifft im ersten Falle die Schnelligkeit und die Wiederholungen, im letzten die

Dauer, in beiden die Intensität. So entstehen bald brüste, abgebrochene Gesten, bald forcierte Stellungen, die sich stets in gleicher Weise wiederholen. Immer ist es ein koordinierter Vorgang, dessen eigentliche Bestimmung trotz der Entstellung der ursprünglichen Geste sich fast immer noch erkennen läßt. — Nach der Besprechung der Krankengeschichte eines Tickkranken und einem historisch-kritischen Kapitel wird der Tic in Hinsicht auf die pathogenetisch in Betracht kommenden somatischen und psychischen Momente und klinisch nach jeder Richtung hin eingehend besprochen. Wichtig ist es, daß es auch eine wirksame Therapie gibt, eine psychische im Sinne einer geeigneten, im einzelnen angegebenen Erziehung. — Daß dieses zusammenfassende Werk der durch ihre zahlreichen einschlägigen Einzelarbeiten berufenen französischen Autoren ins Deutsche übersetzt worden ist, ist als ein nützliches Beginnen dankbar anzuerkennen.

INFELD.

Kompendium der Operations- und Verbandtechnik.

Von Dr. Eduard Sonnenburg, Prof. der Chirurgie, und Dr. Richard Mühsam, emerit. I. Assistenzarzt. II. Teil: Spezielle Operationstechnik. Mit 194 Abb. im Text. Berlin 1903, August Hirschwald.

Mit großer Knappheit, aber auch gleichzeitig mit der zum Verständnisse notwendigen Genauigkeit schildern die Verfasser in dem II. Teil des Kompendiums die einzelnen Operationen, nach Körperpartien geordnet. Auch die neueren Operationen, wie die Punktion des Rückenmarkskanals, die Kardiolyse u. a., werden beschrieben. — Das Buch erhält ein persönliches Gepräge dadurch,

daß die Verfasser vor allem anderen die Methoden empfehlen, die sich in ihrer Praxis besonders bewährt haben. Die Abbildungen sind sehr instruktiv. E.

Erfolge der Karlsbader Kur und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens. Von Dr. Franz Fink, Primararzt des allgemeinen Krankenhauses in Karlsbad. Wien und Leipzig 1903, Wilhelm Braumüller.

Verf. hat das Recht, in dem Streite, der zwischen Internisten und Chirurgen um die Behandlungsmethode der Gallensteinkrankheit geführt wird, ein gewichtiges Wort mitzureden, da er einerseits als langjähriger Kurarzt in Karlsbad eine große Erfahrung über die Thermalbehandlung des Gallensteinleidens besitzt, andererseits aber als Primararzt der chirurgischen Abteilung über eine stattliche Reihe von operativ behandelten Fällen von Gallensteinkrankheit verfügt.

Verf. schildert genau die Erfahrungen, die er mit der einen und der andern Behandlungsmethode gemacht hat, und kommt zu folgenden Schlüssen: „So viel Fälle es gibt, so groß die Zahl derselben ist, die durch eine Kur in Karlsbad ihre Latenz erreichen, so gibt es doch durch das Gallensteinleiden hervorgerufene Krankheitszustände, in welchen durch die Kur der Zustand nicht gebessert wird, durch langes Zuwarten oft die Zeit verloren geht, um im rechten Augenblick durch chirurgisches Handeln Genesung zu bringen. Weder die rein interne, noch die rein chirurgische Behandlung kann als die einzige Methode aufgestellt werden. Jeder Fall bedarf eines genauen Studiums und einer eigenen Behandlung. ERDHEIM.

Feuilleton.

Moderne sozialärztliche Bestrebungen.

Von Dr. Ludwig Dresdner, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewes. 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München.*)

I.

Wer einmal — in ferner Zukunft — dazu berufen sein wird, die Geschichte der wirtschaftlichen Entwicklung des reichsdeutschen ärztlichen Standes zu schreiben, wird, wenn seine Darstellung eine objektive und vorurteilslose gewesen ist, sein Endurteil über die soeben abgelaufene 18—20jährige Periode kaum anders als etwa in folgendem Sinne abzugeben vermögen:

„Während einer Zeitperiode, innerhalb deren die medizinische Wissenschaft auf allen Gebieten in Theorie und Praxis einen bedeutenden Aufschwung genommen — einen Aufschwung, wie ihn nur wenige frühere Zeitperioden dieser Wissenschaft zu verzeichnen gehabt haben —, irrten deren Jünger wie weltfremde Menschen in dem wirtschaftlichen Leben ihres Volkes umher und duldeten es, in einseitiger Betonung und in falscher Auffassung dessen, was die Ehre ihres Standes und die Gebote der Humanität ihnen auferlegten, daß sie zum Amboß wurden, auf welchen die mehr oder minder glücklichen Ergebnisse der sozialpolitischen Experimente dieser Zeit wie wuchtige Hammerschläge herniederhagelten. Unfähig, die im allgemeinen und speziellen wirtschaftlichen Wettbewerbe der Zeit allein Erfolg verheißenden „realen Faktoren“ zu begreifen, beschränkten sie sich auf zahme, wirtschaftlich wertlose Abwehr- und Hemmungsversuche, über deren mehr oder weniger problematischen Wert sie sich — in dieser Zeit, in welcher alle anderen Stände nach Zusammenfassung der wirtschaftlichen Kräfte strebten — in den Haaren lagen und in unfruchtbarem Theoretisieren erschöpften, in ihrem Zwiespalte ihren wirtschaftlichen Gegnern ein Gegenstand der Nichtachtung, den die wirtschaftlichen Bewegungen beeinflussenden Staatsregierungen eine quantité négligeable. — Mitleidslos ging der Zug der Zeit über sie

*) Vortrag, gehalten im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien am 16. April 1904.

hinweg! — Die große Mehrzahl der Angehörigen dieses Standes hatte sich daran gewöhnt, von der Hand in den Mund zu leben, außerstande, für Zeiten der Not, für Krankheit, Invalidität, Alter, für Witwen und Waisen ausreichend zu sorgen, unfähig, die zu den wenigen Wohlfahrtseinrichtungen des Standes nötigen Beiträge aufzubringen. Was der Stand selbst an sozialer Fürsorge für seine Angehörigen geschaffen, war zudem zersplittert und entbehrte zu meist aller großen Gesichtspunkte. — So stellt sich diese abgelaufene Periode in ihren Ergebnissen zunächst als eine Zeit der Erniedrigung, als eine Zeit des wirtschaftlichen Niederganges, mit dem drohenden Gespenste einer vollständigen wirtschaftlichen Verelendung weiter Kreise des Standes im Hintergrunde, als eine Zeit des Sinkens in der sozialen Stellung, ja des Sinkens sogar in ethischer Beziehung dar. — Erst gegen Ende dieser abgelaufenen Periode brach sich die bis dahin lediglich von einer Minderheit sozialpolitisch geschulter Ärzte vertretene Anschauung mehr und mehr Bahn, daß dem ärztlichen Stande kaum eine andere Wahl bliebe, als auf dem Wege einer subtilen Organisation ein Machtfaktor im Staate zu werden, — ein Faktor, der bei den wirtschaftlichen Kämpfen mit außenstehenden Erwerbsgruppen im gegebenen Momente in die Wagschale gelegt werden könnte —, daß dem ärztlichen Stande weiter nichts anderes mehr übrig bliebe, als auf dem Wege einer wohlorganisierten Selbsthilfe seine Angehörigen und deren Familien gegen die Folgen der allgemeinen ärztlich-wirtschaftlichen Deroute zu schützen. — Allerorten regt es sich in diesem Sinne! Noch sind die Meinungen nicht völlig geklärt, die Erfolge dementsprechend und auch mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit nicht über alle Zweifel erhaben. Doch ist die Klärung der Anschauungen über die einzuschlagenden Wege nur die Frage einer gewissen absehbaren Zeit, — und so können wir unsere geschichtliche Darstellung immerhin mit dem frohen Ausdrucke der Überzeugung beenden, daß nach einer langen, schweren Leidensperiode eine neue Zeit, eine Zeit des wirtschaftlichen Aufschwunges angebrochen ist — datiert vom Jahre 1903.“

Ein solches Resümee des Historikers dürfte nach meinen in langjähriger Beschäftigung mit den Schattenseiten des ärztlichen Lebens, auch an verantwortungsvoller Stelle, gesammelten Erfahrungen einigermaßen den Tatsachen entsprechen, soweit es sich um die reichsdeutschen Ärzte handelt, dürfte indessen wohl auch auf die österreichischen Kollegen nicht unzutreffend sein: Die „Morgenröte“ freilich ist für die österreichischen Ärzte allem Anscheine

nach noch nicht am Himmel erschienen! Daß sich im übrigen in Bezug auf die Misere des ärztlich-wirtschaftlichen Lebens eine so fast völlige Übereinstimmung zwischen Deutschland und Österreich herausgebildet hat, ist keineswegs Zufall. Haben doch die gleichen Momente, welche die wirtschaftliche Lage der reichsdeutschen Ärzte so ungünstig beeinflusst haben, mit einigen unwesentlichen Abweichungen auch auf die österreichischen Kollegen ihre deprimierende Wirkung entfaltet. Sie kennen diese Momente, von denen jedes für sich, jedes in Verbindung mit den übrigen gewirkt hat: Kurpfuschertum, Überfüllung des ärztlichen Berufes und, wie schon angedeutet, in allererster Linie der Auswuchs der sozialen Versicherungsgesetzgebung zu dem Prinzipie möglichst wohlfeiler und schonungsloser Ausnutzung alles ärztlichen Könnens und Wissens.

Was das Kurpfuschertum anlangt, seine Ausdehnung, sein ganzes Gebaren, so wäre ich einigermaßen in Verlegenheit, wollte ich feststellen, welchem von beiden Staaten die Palme gebührt. Wie bei Ihnen, so werden auch bei uns tagtäglich die Massen des Volkes mit allen jenen Mitteln der Reklame, die uns Ärzten nicht gegeben ist, betört. Wie bei uns, so werden auch bei Ihnen alle erdenklichen Kniffe ersonnen, um entgegenstehende Gesetzesbestimmungen mit Erfolg umschiffen zu können, gestützt auf die Gönnerschaft hochstehender, angeblich gebildeter Personen. Ja, in Bezug auf ihre Konnivenz gegenüber der Kurpfuscherei, so konnte noch bis vor kurze Zeit nicht ohne Berechtigung gesagt werden, forderten Deutschland und Österreich Hand in Hand ihr Jahrhundert in die Schranken. Eine dritte Großmacht, die Tagespresse, konnte gegenüber so glänzenden Vorbildern begrifflicherweise nicht zurückbleiben. Was in dem Inseratenteile so mancher noch so vornehmen Tageszeitungen geleistet wird, kann selbst durch die ausgiebigste sozialpolitische Tätigkeit im redaktionellen Teile nicht wieder gut gemacht werden. Doch: Redaktion und Administration sind getrennte Dinge! — Erst in neuerer Zeit haben die reichsdeutschen Ärzte sich dazu aufgerafft, auf dem Wege der Selbsthilfe aktiv gegen die Kurpfuscherei zu Felde zu ziehen. Ich denke hierbei weniger an die immerhin bedeutsamen Enquêtes des deutschen Ärztevereinsbundes auf diesem Gebiete. Diverse glänzende Streitschriften sind auf seine Initiative entstanden, sind in vielen Tausenden von Exemplaren überall verbreitet worden, bzw. haben sie Eingang in nahezu alle ärztlichen Wartezimmer gefunden. Ein recht wichtiges Ereignis auf dem Gebiete der Bekämpfung der Kurpfuscherei aber war zweifellos die vor einigen Jahren seitens unseres Münchner ärztlichen Standesvereines (auf Antrag des bekannten Spezialarztes für Magenkrankheiten Hofrats Dr. CRÄMÉR) vollzogene Gründung eines ärztlichen Preßausschusses. Aus federgewandten, auf allen Gebieten des ärztlichen Lebens und seiner Beziehungen zur Außenwelt versierten Kollegen zusammengesetzt, hat dieser Preßauschuß es in verhältnismäßig kurzer Zeit verstanden, sich bei den Herren Kurpfuschern im Deutschen Reiche, auch bei denen, die mit dem Arzttitel begnadet sind — denn auch solche Kurpfuscher gibt es! — Respekt zu verschaffen. Durch Einsendung flott, leicht verständlich, aber taktvoll geschriebener Artikel an die Tagespresse ganz Deutschlands hat er bereits in einer Reihe von Fällen außerordentlich belehrend und aufklärend gewirkt, so im Anschlusse an den Ihnen erinnerlichen Nordenkötter-Prozeß. (Auch das in der letzten Nummer der „Jugend“ enthaltene herrliche Gedicht „Zur Leipziger Ärzteschlacht“ entstammt der Feder eines Mitgliedes dieses Preßausschusses.) Es sind ganze Akten, die unser Preßauschuß über einzelne, besonders gemeingefährliche Kurpfuscher angelegt hat, Akten, die zu gegebener Zeit ihre Verwendung finden werden. Die Versammlungen der Herren Kurpfuscher und ihrer Jünger werden gelegentlich von den Mitgliedern dieses Preßausschusses besucht und wiederholt ist auch auf diese Weise den Aposteln der „Laienpraktiker“ mit bestem Erfolge entgegengetreten worden. Es hat sich dabei die interessante Tatsache herausgestellt, daß das Publikum vernünftigen ärztlichen Auseinandersetzungen durchaus nicht unzugänglich ist. Aber nichts ist gegenüber dem Kurpfuschertume schlimmer als Passivität. Auch rein theore-

tische Bekämpfung nützt nichts. Freilich um in größtem Maßstabe Erfolge erzielen zu können, bedürfte es überall im Deutschen Reiche einer ganzen Garde von Leuten, wie sie im Münchner ärztlichen Preßausschusse vertreten sind. — In jüngster Zeit mit ihrem Erstarken der Ärzteorganisationen haben endlich auch unsere Staatsregierungen angefangen, auf eine weitere schrankenlose Nachsicht gegenüber dem Kurpfuschertume zu verzichten. So existieren aus dem vergangenen Jahre bedeutsame Bestimmungen gegen den Geheimmittelschwindel, existieren ministerielle Verfügungen an die Staatsanwaltschaften, denen zufolge die letzteren den Anträgen der berufenen ärztlichen Korporationen auf strafrechtliche Verfolgung von Kurpfuschern Folge zu leisten hätten, und dergleichen mehr. Um zu einem allgemein gültigen gesetzlichen Verbote der Behandlung von Menschen durch nichtapprobierte Personen zu gelangen, sind wir aber offenbar noch nicht Machtfaktor genug. — Andererseits stellt sich die im vorigen Jahre erfolgte Gründung der großen deutschen „Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums“ als ein Akt reiner Selbsthilfe dar. — Eine sich über das ganze Reich erstreckende, mächtige, wirtschaftliche Ärzteorganisation wäre übrigens noch in ganz anderer Weise in der Lage, der Hydra des Kurpfuschertums den Kopf zu zertreten. Sie wäre imstande, auf eigene Kosten die Geheimmittel und sonstigen Requisiten der Herren Kurpfuscher analysieren und prüfen zu lassen, in eigenen Rechtsschutzbureaus allen durch Kurpfuscher geschädigten Personen unentgeltlich Rat, Hilfe und eventuell juristischen Beistand zu verschaffen — alle auf diese Weise gewonnenen Erfahrungen zur Belehrung der Öffentlichkeit verwendend —, sie wäre weiter imstande, durch regelmäßige Versendung einschlägiger Literatur, durch Abhaltung eigener Kurse jene von mir gewünschte Garde der zum aktiven Kampfe befähigten Ärzte heranzubilden, Wanderredner in das Land hinaus zu senden, untergeordnete Tageszeitungen durch kleine Subventionierungen zum Verzicht auf die Kurpfuscherinserate zu veranlassen, vornehme Tageszeitungen — wenn, was aber nicht anzunehmen, die Rücksicht auf das Wohl der Bevölkerung nicht ausreicht — durch regelmäßige Subventionierung der journalistischen Wohlfahrtseinrichtungen zu gleichem Verhalten zu bewegen, sie wäre noch zu manchem anderen in der Lage: Doch hierzu sowie zu diesem anderen gehören in erster Linie — Geldmittel. Vielleicht verständigen wir uns heute noch über die Art und Weise, in welcher diese Geldmittel ohne Inanspruchnahme der ohnehin stark geleerten ärztlichen Taschen aufgebracht werden können. Ich möchte dieses Kapitel immerhin nicht beenden, ohne darauf hingewiesen zu haben, daß eine große, geschlossene Reichsärzteorganisation selbst der Tagespresse gegenüber eine Macht darstellt und diese Macht sogar merkbar fühlen zu lassen imstande ist.

Mit dem Moment, welches die Überfüllung des ärztlichen Berufes darstellt, brauche ich mich nur ganz kurz zu befassen. Kein Zweifel, daß eine solche Überfüllung vorhanden, und zwar bei uns nicht allein in Großstädten, Mittel- und Kleinstädten, sondern im Gegensatz zu Österreich sogar auf dem platten Lande. Es besteht indessen begründete Aussicht auf Besserung in dieser Beziehung. Denn während beispielsweise im Wintersemester 1894/95 noch 7796 Medizinstudierende an sämtlichen reichsdeutschen medizinischen Fakultäten inskribiert gewesen sind, hat sich diese Zahl im soeben abgelaufenen Wintersemester 1903/04 auf 6072 Medizinstudierende verringert. Das bedeutet in 10 Jahren eine Abminderung um 1724 Studierende, bzw. um 22%, — trotz der inzwischen erfolgten Zulassung der Abiturienten von Realgymnasien und des weiblichen Elementes zu unserem Studium. Zu diesem interessanten Ergebnisse dürften die gelegentlichen öffentlichen Warnungen unserer ärztlichen Korporationen vor der Ergreifung des medizinischen Studiums weniger beigetragen haben, wie die seit geraumer Zeit die Spalten der Tageszeitungen erfüllenden breiten Erörterungen der ärztlichen Notlage, die in weiten Kreisen die Sehnsucht verringert haben, sich an einer offenkundigen Misere aktiv zu beteiligen. Wie ich höre, ist auch in Österreich etwas Ähnliches eingetreten. Es wird immerhin noch eine gewisse Zeit dauern, bis die Verringerung des Zuzuges zum

Studium der Medizin auf die wirtschaftliche Lage der praktischen Ärzte ihre verbessernde Wirkung wird ausüben können.

Wenn bis dahin aber der Versuch gemacht werden wollte, die Berechtigung ärztlich-wirtschaftlicher Bestrebungen großen Stiles mit dem Hinweise auf die Überfüllung des ärztlichen Berufes zurückzuweisen oder solche Bestrebungen von vornherein als aussichtslos zu bezeichnen, so müßte ich dem gegenüber erklären: „Eine solche Logik wäre nicht allein grausam, sie ist auch — bequem!“ Dies wäre überhaupt nicht die Logik von Männern, die von Liebe zu ihrem Stande beseelt sind. Dies wäre auch nicht mehr der richtige Standpunkt zu einer Zeit, wo soeben erst eine große Ärzteschaft den Beweis dafür erbracht hat, daß sie durch treue Solidarität Raum für alle zu schaffen verstanden. Der Sieg der freien Arztwahl in München mit ihrer rechtlich gesicherten Stellung der Ärzte, mit ihrer Unabhängigkeit der Ärzte von geistig tieferstehenden Laienelementen, mit ihren guten Honorarverhältnissen, sichert in absehbarer Zeit allen von den durchaus nicht wenigen Münchner Ärzten eine anständige und auskömmliche Existenz. War denn nicht die Überfüllung des ärztlichen Berufes, sowie sie seit dem Inkrafttreten der Krankenversicherungsgesetzgebung in Erscheinung getreten ist, in gewissem Sinne eine künstlich geschaffene? Eine künstlich geschaffene insofern nämlich, als eben durch die Krankenversicherungsgesetzgebung — oder richtiger durch die Art und Weise, wie diese Gesetzgebung in der Praxis gehandhabt worden ist — ein außerordentlich großer Teil der Bevölkerung aus der freien Praxis herausgerissen und in die Hand einer kleinen Minorität von Ärzten zur Behandlung überwiesen worden ist. Diese Handhabung der Krankenversicherungsgesetzgebung, die von einer so geringen sozialpolitischen Einsicht zeugt: Wohin wir blicken, werden wir ihr als einer der Wurzeln unseres Übels, jedenfalls als einer der wichtigsten Ursachen der herrschenden ärztlichen Notlage begegnet.

Vorgestern sind es 10 Jahre gewesen, daß ich zum ersten Male in einem größeren Vortrage, der gedruckt hier in meinen Händen liegt, der Münchner Ärzteschaft die Bedeutung der freien Arztwahl vor Augen führte. Damals — stand ich in München in dieser Frage ziemlich allein. Vier Jahre später mußte sie, die freie Arztwahl, in einem heißen Ringen, das einmal von einem früheren Vorsitzenden des deutschen Ärztevereinsbundes als ein „Husarenritt“ bezeichnet worden ist, einer ersten großen Münchner Krankenkasse abgewonnen werden. Wie haben sich die Zeiten geändert! Heute erfreut sich die ganze Ärzteschaft Münchens des Sieges dieser Institution, heute erblickt die ganze deutsche Ärzteschaft in der Einführung der freien Arztwahl — nicht das Allheilmittel, nein, aber — das zur Zeit wichtigste Mittel, um ein weiteres Hinabgleiten des ärztlichen Standes auf der schiefen Ebene zu verhüten, vor allem — um das gesunkene ethische Niveau des Standes wieder zu heben. Ist der ärztliche Stand in ethischer Beziehung wirklich gesunken? Unbedingt. Denn: Zwangsarztsystem und Entgeltlichung sind identisch. Die freie Arztwahl und freie und ehrliche und anständige ärztliche Konkurrenz, — dort Zwangsarztsystem mit dem Gegenteil von alledem!

Wir haben freilich alle einmal als Studenten gesungen „Frei ist der Bursch!“ Was aber tat dieser freie Bursch, als der Ansturm auf die Kassenarztstellen begann? Da zog er sich Frack oder Gehrock an, stülpte sich den Zylinder auf seinen Schädel, um dem Herrn Schuster oder Schneider oder Maurer als dem hochverehrlichen Krankenkassenvorstandsmitgliede seine Aufwartung zu machen, da ging er hin und setzte sich zu den Arbeitern an den Biertisch, mit ihnen Bruderschaft zu trinken, da bemühte er sich, die politische Gesinnung der Angehörigen von Krankenkassen und ähnlichen Institutionen zur Schau zu tragen, bzw. sie gelegentlich recht kräftig zu — fingieren. Der wissenschaftlich gebildete ärztliche Stand auf der Jagd nach Beziehungen aller Art zu geistig tiefer stehenden Volksschichten! — Und wer die so glücklich erworbenen Beziehungen im gegebenen Momente spielen zu lassen verstand, der trug bei dem allgemeinen

Wettrennen um die Kassenarztstellen unfehlbar den Sieg davon, mochten ihn seine Rivalen an Lebensalter, an Bedürftigkeit und an sonstigen Qualitäten noch so sehr übertreffen. Aber — in dieser allgemeinen Jagd nach Beziehungen ging auch das Ehrgefühl so manches Kollegen, ging das Ansehen des ganzen Standes schmachlich in die Brüche. — Die Not der Zeit war zu groß! Und weil dem so war, darum war die von unserem Stande früher lange Zeit fast ausschließlich ausgegebene Parole von der „Ehre des Standes, bzw. von den Beschränkungen, welche die Rücksicht auf diese Ehre dem einzelnen auferlegen sollte“, offenbar nicht zugkräftig genug. Es stellte sich, um etwas zu erreichen, die Notwendigkeit heraus, die Standesbegriffe „umzuwerten“.

Es war wahrlich kein Wunder, daß die Krankenkassen-vorstände, welche täglich die Demütigungen und Verbeugungen der Angehörigen eines akademisch gebildeten Standes vor sich sehen, die Achtung vor diesem Stande bis auf den letzten Rest verloren. In dem gleichen Maße, in welchem die Ärzte sich ihres Selbstgefühles entäußerten, stiegen naturgemäß Eigendünkel und Machtgefühl der Kassenvorstände. — Sie wissen; daß sich weite Kreise der Bevölkerung an sich daran gewöhnt haben, die ärztlichen Leistungen so gering als möglich zu entlohnen. In gewissem Sinne rechnet das Publikum mit den idealen Gesinnungen und den humanitären Empfindungen des ärztlichen Standes als mit etwas so Selbstverständlichem, daß es bei der Honorierung der ärztlichen Leistungen ungeniert daraufhin sündigt und — nicht selten unter Außerachtlassung aller Gefühle der Dankbarkeit — von diesen als selbstverständlich vorausgesetzten Gesinnungen des Ärztestandes zu profitieren bestrebt ist. Die Krankenkassenvorstände — waren gegen diese weite Volkskreise beherrschenden Anschauungen wahrlich nicht immunisiert. Sie hatten es aber um so leichter, der ihnen innewohnenden, gewissermaßen natürlichen Neigung zu geringer Entlohnung der Ärzte zu fröhnen, als diese Ärzte bei ihren Bewerbungen, von ihrem sonstigen unwürdigen Gebaren abgesehen, lange Zeit die taktische und in unserer Zeit der wirtschaftlichen Kämpfe geradezu rückständige Unklugheit begingen, das Honorarangebot des anderen Kollegen kräftigst zu unterbieten. Auf diese Weise erklärt sich der außerordentliche Tiefstand der kassenärztlichen Honorare ganz ungezwungen. Aber es ist nicht richtig, den Krankenkassenvorständen allein die Schuld hieran zuzuschreiben.

Begreiflicherweise konnte die Bereitwilligkeit der Ärzte, ihre ärztliche Tätigkeit für einige Kreuzer oder Pfennige herzugeben, kein Geheimnis bleiben. Es wäre unter diesen Umständen geradezu auffallend gewesen, wenn die Neigung sich durch Organisation wohlfeile, bzw. unentgeltliche ärztliche Behandlung, zu verschaffen, nicht auch andere Kreise, als die der Versicherungspflichtigen, erfaßt haben würde. — Es ist der Fluch der bösen Tat, daß sie fortzeugend Böses muß gebären! — So sehen Sie in Österreich die Neigung entstehen, Meisterkrankenkassen, registrierte Hilfskassen, Krankenvereine aller Art, zu gründen, um in ihnen, sei es geradezu, sei es auf Umwegen, freie oder billige ärztliche Behandlung zu gewähren. Eine Gepflogenheit, welche durch Ihre Gesetzgebung freilich nur zu sehr unterstützt wurde! In dieser Beziehung sind wir in Deutschland doch besser daran. Auch in anderer Beziehung. Noch ist es bei uns nicht so, daß jeder beliebige bestsituierte Mensch einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse beitreten kann. Auch wir kennen das Institut der freiwilligen Mitglieder bei solchen Krankenkassen. Doch handelt es sich hierbei praktisch lediglich darum, daß Leute, welche, solange sie ein jährliches Einkommen von unter 2000 Mark besaßen, einer Krankenkasse zwangweise angehört hatten; bei einer Erhöhung ihres Einkommens (über diese Einkommensgrenze hinaus, die ich persönlich für zu niedrig gegriffen halte) der Krankenkasse als freiwillige Mitglieder verbleiben dürfen. Für uns liegt in der Institution der freiwilligen Mitglieder keine irgendwie erhebliche Gefahr. Wir haben immerhin den Versuch gemacht, uns gegen die relative Gefahr dieser Institution zu schützen, doch ist dies nicht gelungen, kann nicht gelingen, so lange im Rahmen einer und

derselben Krankenkasse Unterschiede zwischen einzelnen ihrer Angehörigen in Bezug auf die Art der ihnen zu gewährenden Kassenleistungen sich nicht machen lassen. Ebensovienig, wie es meines Erachtens praktisch möglich wäre, bei einer registrierten Hilfskasse eine Unterscheidung zu treffen zwischen einer Kategorie der „schlechtersituierten“ Hilfskassenmitglieder — welcher man neben dem Krankengeld auch freie ärztliche Behandlung gewähren wollte — und einer Kategorie der „bessersituierten“ Hilfskassenmitglieder, der man unter Verzicht auf die Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung lediglich ein höheres Krankengeld zuerkennen wollte. In der Praxis würde die Sache so verlaufen, daß man es auf irgend eine Weise verstehen würde, das Ärzteverzeichnis auch dieser zweiten Kategorie der bessersituierten Hilfskassenmitglieder zugänglich zu machen. Wer dies bestreitet, der weiß eben nicht, wie es selbst bei solchen privaten Krankenvereinen zugeht, die ihren Angehörigen angeblich überhaupt keine ärztliche Behandlung, sondern lediglich Krankengeld gewähren, der weiß nicht, wie z. B. die Kontrolloren dieser Vereine es verstehen, den Vereinsmitgliedern die sogenannten „Kontrollärzte“ bei jeder Gelegenheit als „unsere Vereinsärzte“ in empfehlende Erinnerung zu bringen, wie diese Kontrollärzte sich nach und nach in die die Vereinsangehörigen ausschließlich behandelnden Ärzte umwandeln, wie diese Ärzte dann freilich gerade wegen ihrer Eigenschaft als Vereinsärzte nach Möglichkeit und „Billigkeit“ ausgenutzt werden. — Kame es bei den registrierten Hilfskassen zu der oben erwähnten Unterscheidung, dann würden die unglückseligen Hilfskassenärzte für die Behandlung der schlechtersituierten Kategorie von der Hilfskasse selbst eine schäbige Entlohnung — von den Angehörigen der bessersituierten Kategorie zu Beginn des Jahres ein kleines Douceur in Form eines Zwanzigkronenscheines erhalten, von Leuten, die bisher vielleicht gewöhnt waren, im Jahre das Zehnfache für ärztliche Behandlung auszugeben. Es kann aber auch ein Zehnkronenschein sein. Denn wenn es sich um die Honorierung (Sit venia verbo!) ärztlicher Leistungen handelt, sind bekanntlich der Wohltätigkeit nach abwärts keine Schranken gesetzt. Und bei allem finden lediglich die Ärzte ihre Rechnung, welche bei der Errichtung solcher Institutionen als „ehrliche Makler“ fungiert haben. Ja, es kann sogar soweit kommen, daß die Angehörigen jener Kategorie der bessersituierten Hilfskassenmitglieder „verhältnismäßig“ weniger Honorar an ihre Ärzte entrichten, als für die Behandlung der anderen Kategorie seitens der Hilfskasse selbst an die Ärzte gezahlt wird. — Da muß begreiflicherweise alles erhalten, um Ärzte zu ködern, um in den Gefilden der Ärzte, dieser wissenschaftlich gebildeten, aber im praktischen Leben so unerfahrenen großen Kinder, mit Erfolg den „Gimpelfang“ betreiben zu können.

Ihre Meisterkrankenkassen haben bei uns eine gewisse Analogie in den sogenannten Innungskrankenkassen. Sie werden später hören, wie wir in München es auf dem Wege der freien Organisation und Vereinbarung verstanden haben, diese Innungskrankenkassen unschädlich zu machen.

Lassen Sie mich bei diesem Gegenstande noch einen Augenblick verweilen! Ich, der ich seit Jahren die Bestrebungen der österreichischen Ärzte aufmerksam verfolgte, habe den Eindruck gewonnen, als ob bei Ihnen die Frage der registrierten Hilfskassen etwas zu einseitig akzentuiert würde. Diese Hilfskassen sind ja nur eine vereinzelte Form eines ganzen großen Systems. Die Form kann verschwinden. Das System aber bleibt und kann jeden Augenblick in jeder beliebigen Form wieder erstehen, das System, — in irgend einer organisierten Form überhaupt die wohlfeile ärztliche Hilfe sich zu beschaffen. Beschließen Sie heute durch Reichsgesetz das Aufheben der Hilfskassen oder schließen Sie auf gesetzlichem Wege die Gewährung ärztlicher Behandlung durch Hilfskassen aus, — die gleichen Bestrebungen, welche zu der Gründung von Hilfskassen geführt haben, werden sofort in einer anderen Organisationsform, sei es dann als privater „Wohltätigkeitsverein“,

wieder auferstehen. Da können Sie täglich Gesetze machen, es würde alles nichts nützen. Wenn man ununterbrochen auf der Jagd gegen Hilfskassen allein begriffen ist, kann es einem sogar leicht passieren, daß man gar nicht einmal merkt, wie die gleichen Bestrebungen inzwischen in anderen Formen in die Höhe schießen und kräftigst florieren. Wer weiß, ob die Bankbeamten einer großen Reichshauptstadt nicht um alle Schwierigkeiten herumgekommen wären, wenn sie es beliebt hätten, in einer anderen Daseinsform als gerade in der einer registrierten Hilfskasse in Erscheinung zu treten. — Es gibt gegenüber allen diesen Bestrebungen ein Mittel:

„Diesen Organisationsbestrebungen die Gegenorganisation des ganzen ärztlichen Standes entgegenstellen!“

Dann braucht man gar nicht einmal auf Abänderung von Gesetzen zu warten. Ebenso wie ich übrigens die Forderung, daß die Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung durch Hilfskassen auf gesetzlichem Wege ausgeschlossen werde, für theoretisch begründet erachte, ebenso wohl begründet, ist beispielsweise auch die Forderung der Einführung einer Einkommensgrenze in das eigentliche Krankenversicherungsgesetz: Wer im Staatsleben und besonders auf wirtschaftlichem Gebiete irgend etwas erreichen will, wer sogar der Gesetzgebung ein gewisses Gepräge geben will, muß in der Lage sein, seinem Begehren gegebenenfalls einigen Nachdruck zu verleihen. — So lange die österreichischen Ärzte sich nicht bemühen, eine Macht im Staate zu werden, so lange haben alle jene Forderungen lediglich die Bedeutung harmloser theoretischer Erörterungen. Ob man seine Macht alsdann dazu benutzt, durch ein aktives Vorgehen gegen die Versicherungsinstitutionen die als schädlich erkannten Auswüchse der Versicherungsgesetzgebung zu eliminieren oder andererseits vom Staate direkt eine Beseitigung aller der Bestimmungen durchzusetzen, welche zur Zeit die Versicherungsgesetze zum Schaden der Ärzte und vielfach auch zum Nachteile der Krankenkassen selbst belasten, — Voraussetzung ist und bleibt Macht, wie sie allein durch eine vernünftige Organisation der ganzen Ärzteschaft erworben werden kann.

Nach diesem Abstecher noch einige Worte darüber, wie sich nun die Lage der zu den Krankenkassen so glücklich zugelassenen Ärzte, dieser angeblich beati possidentes, gestaltet hat. Da kann ich mich kurz fassen. Denn wollte ich hier österreichischen Ärzten etwas Neues zu sagen versuchen, so hieße das Eulen nach Wien tragen. Also:

Bei Ihnen infolge Ihres herrlichen Systemes der pauschalierten Kassenärzte noch mehr als bei uns — den Kassenvorständen auf Gnade und Ungnade übergeben, bei Ihnen zudem noch dem lieblichen Institute der Laienkontrolloren überantwortet, bei Ihnen noch weit mehr als bei uns jederzeit in Gefahr, auf dem Wege einer Denunziation der Stelle verlustig zu gehen, zum mindesten, die größten Unannehmlichkeiten gewärtigen zu müssen, — hüben wie drüben bei jedem Versuche, der Stellung eine größere Rechtssicherheit zu verschaffen oder die kläglichen Honorarverhältnisse zu verbessern, abgespeist mit den Worten „Wir bekommen zu den alten Preisen und zu den alten Bedingungen Ärzte genug“, — was leider traurige Wahrheit genannt werden muß —, dabei von den Versicherten, zumal den bessersituierten, nicht für voll angesehen, von ihnen bei jeder erdenklichen Gelegenheit unhöflich behandelt — denn es ist eine besondere Genugtuung für den minder Gebildeten, einen geistig Höherstehenden eine etwa vorhandene Macht fühlen zu lassen —, dabei den ganzen Tag Trepp auf Trepp ab, des Nachts keine Ruhe, keine Ruhe an Sonn- und Feiertagen, keine Zeit zur Erholung oder zu anderweitiger Beschäftigung, und für diesen Aufwand an Lebensenergie — einige Kreuzer! Bei uns freilich bringt es hie und da die Masse wohl ein: Warenhausprinzipien, zwangsweise der ärztlichen Therapie einverleibt! Ärztliche Therapie: Wie kann von einer vernünftigen Therapie die Rede sein, wenn man gezwungen ist, Massenpraxis zu treiben, wenn man zudem noch durch vernunftlose Bestimmungen aller Art in seiner freien ärztlichen Entschließung gehemmt ist! Ich bin sicherlich

der allerletzte, der leugnen wollte, daß im Interesse der Finanzlage der Krankenkassen, im Interesse einer Solvenz, die wir Ärzte ja gerade brauchen, gewisse weise Beschränkungen nötig sind. Und, wie manchem von Ihnen bekannt ist, habe ich selbst Verordnungsbücher geschrieben, deren umfangreichstes wie wenige andere Bücher die Verordnungsweise der deutschen Ärzte beeinflußt. Aber was hat die Ökonomie der ärztlichen Verordnungsweise, die Lehre von alledem, was in jedem einzelnen Krankheitsfalle im Bereiche der medikamentösen, der diätetischen und physikalischen Therapie am zuverlässigsten zum Ziele führt, zu tun mit jenen Büchelchen über billige und wertlose Verordnungsweise, wie sie von Krankenkassen in Deutschland und Österreich herausgegeben werden! Muß sich der Arzt, der gezwungen ist, seine Therapie nach solchen Büchelchen zusammenzuschustern, nicht vor sich selbst erniedrigt fühlen! Doch genug hiervon — auch aus kollegialen Rücksichten!

Und gegenüber der kleinen Zahl der zugelassenen Ärzte — das große Heer der beschäftigungslosen Ärzte, zusehend, wie ein Stück um das andere von der freien Praxis abbröckelt, — und unter diesen zumal die junge Ärztegeneration, der die Kreise verschlossen sind, in denen sie gewohnt gewesen, die ersten Patienten zu bekommen, auf deren Krücken sie nach und nach in die besseren, zahlungsfähigeren Kreise einzog, ohne Aussicht in der Zukunft, wenn sie nicht die bekannten dornenvollen, demütigungsreichen Wege betreten will: Der ganze Stand in seinen Grundfesten erschüttert, dem wirtschaftlichen Ruine entgegengeführt, im öffentlichen Ansehen — entwertet! Im Stande wohl noch eine kleine Zahl von Glücklichen, die zufolge dessen, was sie von ihren Vätern ererbt oder sonstwie erworben haben, zufolge besonderer glücklicher Erwerbsverhältnisse oder zufolge einer besonderen hohen Lebensstellung an dem wirtschaftlichen Kampfe der großen Ärztemasse nicht direkt interessiert sind. Aber mögen diese Kollegen nur nicht glauben, daß das Sinken im öffentlichen Ansehen vor ihren Personen Halt machen werde! Wir brauchen auch diese Kollegen um etwas zu erreichen.

Vor einigen Tagen sprach mich ein hiesiger Kollege, den ich im übrigen außerordentlich hoch schätze, mit dem Worten an, er beabsichtige, meinem Vortrage beizuwohnen, wiewohl er sich „für Krankenkassenangelegenheiten“ nicht interessiere. Ja, weiß dieser Kollege, wissen alle die, die ebenso denken wie er, denn nicht, daß es sich in der gegenwärtigen Situation um mehr handle, denn um „Krankenkassenangelegenheiten“, daß es sich um die Existenz eines ganzen hochehrenwerten Standes handelt, eines Standes, mit welchem die gleiche Wissenschaft sie verbindet! Man mag über die Erhöhung des Disziplinarrechtes der Ärztekammern denken wie man will, — aber auch die Gegner einer solchen Erhöhung werden es gewiß manchemal lebhaft bedauern, daß man nicht in der Lage ist, solche Kollegen gelegentlich zu einer mehrjährigen Zwangsarbeit bei Krankenkassen zu verurteilen.

Wir können keinen von diesen Kollegen entbehren. Wir brauchen freilich in allererster Linie die, die zur Zeit bereits in mehr oder minder festen Stellungen bei Krankenkassen und anderen Versicherungseinrichtungen angestellt sind. — Das Problem, diese letztere Kategorie von Ärzten für ein gemeinschaftliches ärztliches Vorgehen zu gewinnen, ist schwierig. Aber es muß, wird und — kann gelöst werden, um zur freien Arztwahl bei den Krankenkassen, zu einer Sanierung aller durch die Versicherungsgesetzgebung geschaffenen Übelstände überhaupt zu gelangen. Das Problem wird in dem Augenblicke gelöst sein, in welchem es uns nicht bloß gelingt, diese Kollegen davon zu überzeugen, daß sie bei einem Verzicht auf ihre Monopole nichts zu verlieren haben, in welchen wir ihnen vielmehr eine absolut sichere Garantie dafür zu geben in der Lage sind. Damit erst wäre die Voraussetzung für eine Organisation des ganzen Ärztestandes geschaffen, für eine Organisation, die dann freilich — wenn es gelingt, die „anderen“ Gegensätze im Interesse des großen Ganzen zurücktreten zu lassen — weit über den Rahmen einer beschränkten Bewegung hinaus sich bis zu genossenschaft-

licher Fürsorge für alle Lebensfälle des Arztes in allergrößtem Stile auszuweiten könnte. Ich werde mich mit diesem so überaus wichtigen Momente der Gewinnung der Kassenärzte für ein gemeinschaftliches Vorgehen noch an anderer Stelle zu befassen haben.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

FELIX GEISBÖCK (München): Über die praktische Bedeutung der Blutdruckmessung.

Votr. unterscheidet vorübergehende und dauernde Blutdruckveränderungen. Zu den vorübergehenden Blutdruckveränderungen gehört die Erniedrigung des Blutdrucks bei akuten Infektionskrankheiten, besonders bei der Tuberkulose. Eingespritztes Tuberkulin wirkte ebenso blutdrucksenkend.

Chloralhydrat bewirkte bei Herzfehlern nur geringe, aber deutliche Herabsetzung des arteriellen Druckes; es wurde indes tagelang ohne jedwede Schädigung gegeben. — Vorübergehende Blutdrucksteigerung wird durch psychische Erregungen, nach Tabakgenuß, Alkohol etc. ausgelöst. Körperliche Arbeit vermag nach Aufnahme von Alkohol den Blutdruck in weit höherem Maße zu steigern, als im nüchternen Zustand.

Bleibende Steigerung des Blutdrucks findet man bei Arteriosklerose und chronischer interstitieller Nephritis. — Bei Blutdruckerhöhung sah Votr. eine auffallende Vermehrung der roten Blutkörperchen bis auf 8—10 Millionen, und zwar fand er im arteriellen Blute nahezu ebensoviel wie im venösen. Er sah indes auch Fälle mit hohem Blutdruck und Verminderung der roten Blutkörperchen, aber diese Fälle betrafen nur nervöse Menschen. Votr. demonstriert einen sehr interessanten Fall reiner allgemeiner Plethora mit erhöhtem Druck ohne Arteriosklerose.

ERB (Heidelberg): Über Dysbasia angiosclerotica (intermittierendes Hinken).

Die Krankheit bietet als Vorläufer der arteriosklerotischen Gangrän ein sehr wichtiges Bild dar. Das Leiden ist im allgemeinen leicht zu erkennen, der wichtigste Teil des Befundes besteht in völligem Fehlen oder Verminderung der Fußpulse. Meist fehlen die Fußpulse auf beiden Seiten gänzlich; es kommen auch Variationen derart vor, daß beide Fußpulse nur auf einer Seite fehlen, oder daß nur einer der beiden Fußpulse fehlt. Die Arterien sind selbst bei völligem Fehlen der Fußpulse nicht ganz obliteriert, sondern ein gewisses Lumen ist immer vorhanden. Die Erkrankung betrifft fast ausschließlich das männliche Geschlecht, Votr. sah im Verlaufe von 6 Jahren 45 Fälle bei Männern, 1 bei einer Frau. Die Patienten waren fast durchweg Angehörige der besseren Stände. Unter allen Fällen, die in der Literatur vorhanden sind, zählte Votr. 120 Männer und 7 Frauen. Es scheinen also Eigentümlichkeiten des männlichen Geschlechts die Krankheit zu begünstigen. Die semitische Rasse ist nach den Beobachtungen des Votr., im Gegensatz zu denen anderer Autoren, nicht besonders zu der Krankheit disponiert. Vorhergegangene Syphilis fand sich nur in 22·7% der Fälle, ebenso schien der Alkohol keinen wesentlichen Einfluß auf die Entstehung der Krankheit auszuüben. Dagegen scheint der Tabakgenuß von wesentlicher Bedeutung zu sein. Viele Patienten waren außerordentlich starke Raucher. Für die schädigende Wirkung des Tabaks spricht auch das Vorwiegen der Krankheit in Rußland und das Fehlen derselben bei dem weiblichen Geschlecht. Nicht ohne Bedeutung scheinen dem Votr. wechselnde thermische Einflüsse zu sein. — Wie diese Schädlichkeiten das Krankheitsbild auszulösen vermögen, ist unklar; vielleicht sind vasomotorische Einflüsse dabei im Spiel.

ERB jun. (Heidelberg) macht Mitteilungen über experimentelle Erzeugung von Arteriosklerose bei Tieren.

Gemeinsam mit Prof. NISSL hat er, angeregt durch eine Publikation französischer Autoren, Versuche mit Adrenalininjektionen bei Kaninchen gemacht. Votr. injizierte täglich 3 Tropfen einer Adrenalinlösung 1:0:10000 in die Ohrenvenen. Nach 6 Wochen wurden die Tiere getötet und zeigten diffuse buckelförmige Verdickungen oder kleine Ausbuchtungen, die verkalkt waren, während die sonstigen Organe gesund waren. Die Adrenalingaben wurden bei einem Tier stark gesteigert, so daß dasselbe im Verlauf von 2 Monaten 16 cm³

der Adrenalinlösung in seinen Körper aufgenommen hatte. Die Sektion zeigte neben einem apoplektischen Herd im Gehirn (in vivo war Paraplegie der Beine vorhanden) hochgradige Veränderungen der Aorta, die zum Aneurysma ausgebuchtet, verdickt und verkalkt war, sowie sämtlicher Körperarterien. Mikroskopische genaue Untersuchungen sind zum Teil noch im Gange; fettige Degeneration war bis jetzt nicht nachzuweisen, doch fanden sich Wucherung der Intima, seroförmige Infiltrate und Kalkplatten in der Media etc. Jedenfalls kann man mit Sicherheit den Satz aufstellen: Adrenalin, intravenös injiziert, macht hochgradige Veränderungen sämtlicher Körperarterien, die der Arteriosklerose ähnlich sind und zum Studium der Arteriosklerose behilflich sein können.

GRÜDEL (Nauheim): Wert der Blutdruckbestimmung für die Behandlung der Arteriosklerose.

Hoher Blutdruck erweckt stets Verdacht auf Arteriosklerose, wengleich nicht in allen Fällen von Arteriosklerose erhöhter Blutdruck vorhanden ist. An seinem sehr zahlreichen Material zeigt Votr., daß der Blutdruck nur dann stets erhöht ist, wenn die Krankheit mit einer Schrumpfnieren verbunden ist. — Therapeutisch empfiehlt Votr. Regulierung der Lebensweise des Patienten, Ausschaltung der Momente, die zu häufigen Blutdruckschwankungen führen. Wir besitzen sonst kein Mittel, das dauernd den Blutdruck vermindert.

Jod bewirkt sicherlich keine derartige Herabsetzung, ebensowenig die Nitrite. — Bei Herzinsuffizienz gab Votr. auch bei erhöhtem Druck fortgesetzt kleine Dosen Digitalis mit gutem Erfolg. — Votr. empfiehlt Massage, Bäder und Gymnastik, in der richtigen Weise und methodisch angewandt, warnt aber, Patienten mit einer Herzinsuffizienz, bei der kein anderes Mittel Besserung gebracht hat, noch ins Bad zu schicken.

BAHRDT (Leipzig): Arteriosklerose und Lebensversicherung.

Auf Grund von Beobachtungen bei der Lebensversicherungsgesellschaft Leipzig zeigt sich unter den Todesfällen eine sehr große Häufigkeit von Arteriosklerose. Diese Zahlen werden noch bedeutend größer, wenn man die von der Arteriosklerose bedingten Folgekrankheiten mit einbegreift. Als solche figurieren: Herzschlag, ein Teil der chronischen Herzkrankheiten, Gehirnschlag etc. Die Häufigkeit der Fälle folgt genau den Altersklassen. Die Arteriosklerose scheint in den letzten 2 Jahrzehnten etwas zugenommen zu haben. Die Sterblichkeit an Arteriosklerose beträgt in den letzten 11 Jahren 22% (bei 10.093 Gesamttodesfällen); die Sterblichkeit an Tuberkulose dagegen weist nur 7% aller Todesfälle auf und ist in allen Altersklassen in erheblicher Abnahme begriffen.

HOPPE-SEYLER (Kiel): Über Veränderungen des Pankreas bei Arteriosklerose.

Votr. berichtet über 16 Fälle von Veränderung des Pankreas bei Arteriosklerose, darunter 6 mit ausgesprochener Glykosurie. Die Arterien zeigen zum Teil derartige Veränderungen ihrer Wandungen, daß es zur Thrombose und Obliteration kommen kann. Bei Gefäß-erkrankungen, besonders bei Arteriosklerose, tritt im Pankreas in unregelmäßiger Verteilung Bindegewebswucherung und -Schrumpfung auf, welche zwischen die Azini eindringend, diese zum Schwunde bringen und auch die Gefäß- oder LANGERHANSschen Inseln in Mitleidenschaft ziehen kann. Vielfach ist die allmähliche Entwicklung von Diabetes mellitus die Folge, und zwar steht die Schwere der Störung des Zuckerstoffwechsels im Verhältnis zur Ausdehnung der Pankreaserkrankung.

STRASSBURGER (Bonn): Ein Verfahren zur Messung des diastolischen Blutdrucks und seine klinische Verwendung.

Die klinische Blutdruckmessung berücksichtigt bisher noch zu wenig die Tatsache, daß es einen Unterschied bedeutet, ob man die Höhe des diastolischen oder systolischen Druckes mißt. Die zur Zeit gebräuchlichen Apparate geben meistens den systolischen Druck an; von einigen wird angenommen, daß sie den diastolischen oder einen mittleren Blutdruck bestimmen. Eine Methode für die Messung beider Grenzwerte existiert bis jetzt noch nicht.

Votr. zeigt nun, daß es mit Hilfe des Instrumentes von RIVAROCCHI gelingt, neben dem systolischen Druck den diastolischen zu messen. Ersterer wird in gewohnter Weise gefunden. Die Höhe des diastolischen Druckes ist erreicht, wenn bei zunehmender Kompression der Brachialarterie der Radialpuls eben anfängt, kleiner zu werden. Es läßt sich dies auf verschiedenen Wegen, die hier nicht näher besprochen werden können, beweisen.

Die Bedeutung der Messung beider Grenzwerte des Blutdruckes beruht darauf, daß ihr Abstand die Druckdifferenz bei jedem Pulschlage angibt. Votr. bezeichnet diese als „Pulsdruck“, ihre Größe ist in erster Linie von der Arbeit des Herzens abhängig. Die Höhe des Maximaldruckes steht in bestimmtem Verhältnis zu dem Pulsdruck,

und dieses wird durch Herzarbeit und Gefäßtonus geregelt. Dividiert man deshalb Pulsdruck durch Maximaldruck, so erhält man einen Wert, den Votr. als „Blutdruckquotient“ bezeichnet, und der unter Berücksichtigung der Höhe des systolischen Blutdruckes ein Urteil über die relative Arbeit des Herzens, das Verhalten der Gefäße und die Blutversorgung der Gewebe gestattet. Wir erhalten so, was die bisherigen Methoden der Blutdruckmessung nicht gewährten, Einblicke in das Verhalten des Kreislaufes, die sonst nur im Tierversuch bei Eröffnung der Arterien gewonnen werden konnten.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

PETERSEN (Heidelberg): Über das Impfkarcinom.

Wir dürfen bis heute als Impfkarcinom ein solches bezeichnen, wo Karcinomzellen, aus dem Tumor abgesprengt, an einer anderen Stelle des Organismus festwachsen, also Impfkarcinom gleich Implantationskarcinom. Dieses Impfkarcinom kann nun in dauerndem oder vorübergehendem Kontakt sein, 1. auf serösen Flächen, 2. in Wunden, 3. auf epithelialen Flächen. Bei seinen Untersuchungen ist Vortragender auch auf Fehlerquellen gestoßen, die er zunächst aufdeckt, wie in einem Fall von Uteruskarcinom, in dem ein Impfkarcinom bei genauerer mikroskopischer Untersuchung durch retrograden Lymphtransport vorgetäuscht wurde. P. behauptet, daß ein Impfkarcinom auf Wunden, die für den Chirurgen am meisten Interesse haben, sicher zustande kommt, wenn ein Karcinom längere Zeit mit einer Wunde in Berührung kommt, eine Ursache, die man bisher beim Karcinom in dem SCHUCHARDT'schen paravaginalen Schnitt zur Entfernung des karcinomatösen Uterus angenommen hat, aber fälschlich, da dies ein sicherer Lymphstromtransport ist. Die Übertragung auf epitheliale Flächen hält P. für außerordentlich selten und unsicher schon bei demselben Individuum, in weit höherem Maße natürlich gar auf andere Individuen.

JORDAN (Heidelberg): Über Spätrezidive des Karcinoms.

Für die schnelle resp. langsame Entwicklung der Karcinomrezidive wird die Art und Bösartigkeit des primären Tumors maßgebend sein. Vortragender berichtet über einige Fälle, in denen das Rezidiv früh oder spät, schnell oder langsam in die Erscheinung trat. Ein Fall von sicherem lokalem Rezidiv eines Karcinoms des Zungengrundes trat 19 Jahre nach der Operation ein. Man sollte daher mit dem Worte „Dauerheilung“ vorsichtig sein. Bei einem Fall von Mammakarcinom mit zahlreichen lokalen Rezidiven, die stets exstirpiert wurden, trat erst nach 15 Jahren noch ein Rezidiv auf, welches mit Resektion der Clavicula glatt entfernt werden konnte. Die Patientin erfreut sich guten Wohlbefindens.

PETERSEN (Heidelberg): Über Operationen in der Brusthöhle.

Votr. demonstriert eine Verbesserung des SAUERBRUCH'schen und BRAUER'schen Verfahrens und berichtet über einige interessante Tierexperimente, bei denen mittelst dieses Überdruckverfahrens nach willkürlich hervorgerufenem Lungenkollaps bis zum Herstillstand eine sofortige Wiederherstellung der Herztätigkeit erreicht wurde. Er hat sogar den Eindruck gehabt, als ob das öftere Wiederholen dieses Experiments, Lungengymnastik möchte er es nennen, eine kolossale Herzanregung sei. Das ist von großer Bedeutung für die Freilegung des Herzens, die er bei Chloroformsynkope sofort vorzunehmen empfiehlt. Das Verfahren ist von P. einmal am Menschen ausprobiert worden in einem Falle von Tumor der Wirbelsäule, der auf die Lunge übergriff. Während bei der Operation trotz Entfernung eines Lungenstreifens kein Pneumothorax eintrat (Druck 12 mm Wasser), ist beim Verbandwechsel, der ohne Überdruck stattfand, sofort Pneumothorax und Exitus eingetreten.

Sauerbruch demonstriert eine von v. MİKULICZ angegebene Maske für das Überdruckverfahren.

Braun (Göttingen) empfiehlt, nach einem Jahre über den Wert des Verfahrens weiter zu berichten.

Müller (Rostock) erinnert an das alte Verfahren, bei Pneumothorax die Lunge vorzuziehen, mit welchem man ganz gut ohne Apparate auskommen kann.

V. BECK (Karlsruhe): Mitteilungen über Kardiolyse.

Im letzten Jahre hat v. B. in 3 Fällen die Kardiolyse gemacht. In einem Falle, in dem bereits Ascites, Stauungsleber und Stauungsniere

vorhanden waren, schwanden nach Resektion der 4., 5., 6. Rippe und Kardiolyse alle diese Symptome, der Knabe wurde vollkommen geheilt und beteiligt sich am Turnunterricht in der Schule. In den ersten drei Tagen nach der Operation war der Zustand des Herzens ein sehr schlechter, am 4. Tage erholte er sich sodann. Am Herzen und Perikard fanden sich zahlreiche Verwachsungen und Schwarten, Tuberkel und fungöse Massen, die entfernt wurden. Redner gibt dann noch ausführliche Krankengeschichten der beiden anderen Fälle, in denen ebenfalls die Perikarditis im Anschluß an eine Pleuritis eingetreten ist und der Zustand des Herzens mit mehr oder weniger starker Einziehung der Thoraxwand ein derartiger war, daß er ihn mit Fug „Herzappeln“ nennen möchte. Auch in den beiden anderen Fällen trat Heilung ein. Er glaubt, daß der Kardiolyse noch ein großes Feld segensreicher Wirkung bei den Herzerkrankungen nach Pleuritis und Perikarditis zukomme. Was die Technik anlangt, so nimmt v. B. nach Ausschälung der Rippen auch noch das Periost in weitem Umfange fort, um einer Wiederverknöcherung der Thoraxwand vorzubeugen.

PERTHES (Leipzig): Zur Frage der Röntgentherapie des Karzinoms.

Von 29 Fällen von Karzinom, unter denen 13 Hautkankroide mit 12 vollständigen Heilungen zu verzeichnen waren, sind 3, in denen dieselbe länger als 10 Monate besteht. Bei einem Fall von Lippenkarzinom ist nach einmaliger Bestrahlung von 25 Minuten Dauer anscheinend vollkommene Heilung eingetreten. Die Patienten werden demonstriert mit ihren Photographien vor der Bestrahlung. Vortragender geht des näheren auf die Art der Röntgenstrahlen, ihre Tiefenwirkung ein und ist der Meinung, daß Karzinome, die tiefer als 2—3 cm sitzen, nicht mehr von den Röntgenstrahlen beeinflusst werden. Daß die Röntgenstrahlen auf die Zellentwicklung einen bedeutsamen Einfluß im Sinne einer Hemmung der Zellteilung haben, hat PERTHES experimentell am Hühneri und an Pflanzenzellen nachgewiesen und er glaubt, daß es nicht ausgeschlossen sei, daß diese Hemmungswirkung bei der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinom von maßgebender Bedeutung ist.

LASSAR (Berlin): Über Röntgentherapie.

Vorstellung von zahlreichen Patienten mit durch Bestrahlung geheilten Dermatiten, Kankroiden, Aktinomykose der Haut etc. Einige Fälle von inoperablem Mammakarzinom, die anscheinend vollkommen geheilt sind, andere, die sichtlich bedeutend gebessert sind, demonstrieren den Wert der Röntgentherapie. Vortragender macht dann noch einmal auf die von ihm vor Jahren empfohlene Arseniktherapie des Kankroids aufmerksam und glaubt, daß eine Kombination beider Verfahren am Platze sei.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 21. April 1904.

HERM. SCHLESINGER demonstriert das anatomische Präparat eines Leberechinokokkus, welches von dem in der vorhergehenden Sitzung vom Vortr. demonstrierten Falle stammt, in welchem eine Lebercyste diagnostiziert worden war. Die Operation ergab eine mannkopfgroße Echinokokkuscyste, welche vom Leberrande ausging; durch die Schwere des Tumors war das Gewebe der Anhaftungsstelle zu einem Stiel ausgezogen worden. Nach Ausschälung der Cyste erfolgte Heilung.

ROB. KIENBÖCK erstattet eine vorläufige Mitteilung über das Verhalten des Herzens im hysterisch-stenokardischen Anfall. Ein Mädchen zeigte verschiedene hysterische Erscheinungen (Husten, Krampfanfälle), außerdem bekam sie fast jeden Tag pseudo-stenokardische Anfälle. Bei denselben blieb die Atmung im tiefsten Inspirium für einige Sekunden stillstehen, der Radialpuls wurde nicht fühlbar, in der Herzgegend bestanden unerträgliche Schmerzen. Bei der Röntgendurchleuchtung zeigte es sich, daß das Zwerchfell zuerst einige tiefe inspiratorische Bewegungen machte, auf der Höhe des Anfalles blieb es in tiefer Inspirationsstellung stehen und das Herz verharrte durch 1—2 Sekunden in stärkster Kontraktion. Dann traten wieder normale Atmung und Herzaktion ein, um wieder von einem Stillstand beider abgelöst zu werden.

L. KÜRT erstattet eine vorläufige Mitteilung über eine Methode der indirekten Palpation des Herzstoßes. Hierzu verwendet Votr. ein Iktometer, welches aus einem 25 cm langen dünnen Stäbchen besteht, das an einer runden Platte befestigt ist; das Instrument ist einem Stethoskop ähnlich. Wird das Ende des Stäbchens auf die Herz-

gegend aufgesetzt, so werden die Schwingungen der Thoraxwand auf die kreisförmige Platte und die dieselbe haltende Hand des Untersuchers übertragen. Diese Methode gestattet die exakte Feststellung der Herzgrenzen nach allen Dimensionen, sowie die Abgrenzung der einzelnen Herzabschnitte gegeneinander.

A. LOEBL: Diagnostische und therapeutische Bedeutung des Blutnachweises in den Fäzes.

Diesen Nachweis führt Votr. nach folgender Methode: Zunächst wird der Stuhl im nativen Präparat auf seinen Fettreichtum untersucht. Enthält er viel Fett, so wird dieses zuerst mit Äther extrahiert. Der Rückstand oder der nicht fettreiche Stuhl wird mit Essigsäure bis zu breiiger Konsistenz versetzt, wobei man bei festem Stuhl eine weniger konzentrierte Säure verwendet. Dann werden einige Kubikzentimeter der Mischung in einer Epruvette mit gleicher Menge Äther überschichtet und 24 Stunden stehen gelassen. Das Extrakt wird in zwei Epruvetten verteilt, der ersten Probe wird $\frac{1}{2}$ cm³ frisch bereiteter Guajakinktur (Lösung von Guajakharz in Äther), der zweiten $\frac{1}{2}$ cm³ einer Lösung von Barbados-Aloin in 60% Alkohol, schließlich beiden Proben Wasserstoffsuperoxyd zugesetzt. Nach einer Minute färbt sich die Probe mit Guajakinktur blau, die Färbung verschwindet aber nach zirka 15 Minuten, in der zweiten Probe tritt die Färbung erst später auf, hält aber länger an. Votr. hat mit dieser Methode den Stuhl von 115 Patienten untersucht. Von 20 Patienten mit Lungentuberkulose, welche zur Obduktion kamen, wurde intra vitam der Stuhl wiederholt auf das Vorkommen von Tuberkelbazillen und auf Blut untersucht. Von 9 Patienten, bei welchen die Obduktion Darmgeschwüre aufdeckte, wurden intra vitam bei 6 Tuberkelbazillen und Blut, bei 3 entweder ersteres oder letzteres in den Fäzes nachgewiesen, von den übrigen 11 Fällen wurden bei 7 Tuberkelbazillen, bei 4 weder diese noch Blut gefunden. Der Nachweis von Tuberkelbazillen und von Blut im Stuhle spricht für Darmtuberkulose. Bei einer Patientin, welche an Ulcus ventriculi gelitten hatte und bei welcher sich zeitweise Magenschmerzen einstellten, wurde während der Dauer derselben immer Blut in den Fäzes gefunden, weshalb auf ein Fortbestehen des Ulkus geschlossen wurde. Die auf Grund dieser Überlegung ausgeführte Operation bestätigte die Diagnose. Beim Typhus konnte durch die Methode schon geringe Darmblutungen nachgewiesen werden, so daß durch entsprechende Maßnahmen einer größeren Blutung vorgebeugt werden konnte. Ferner wurde Blut in den Fäzes bei Helminthiasis, Tetanie auf Grund von Autointoxikation und bei 2 Fällen von Cholelithiasis nachgewiesen.

Arth. Schiff weist darauf hin, daß nach den Untersuchungen von Boas und HARTMANN dem Blutnachweis in den Fäzes eine bestimmte Diät vorangegangen sein muß, da sonst der Nachweis von Blut aus genossenen Fleischspeisen eine Darmblutung vortäuschen könnte. SCHIFF fragt um die Erklärung des Vorkommens von Blut bei Tetanie und Cholelithiasis.

A. Loebel erwidert, daß durch in neuester Zeit publizierte Untersuchungen nachgewiesen worden ist, daß selbst nach größeren Quantitäten von gekochtem Fleisch kein Blut in den Fäzes nachweisbar ist. Viele der vom Votr. untersuchten Patienten hielten eine Milchdiät ein. Dagegen läßt sich nach Genuß einiger moderner Eisenpräparate Blut in den Fäzes nachweisen, bei officinellen Eisenpräparaten ist dies nicht der Fall. Das Blut im Stuhle bei den Fällen von Tetanie rührte wohl von kleinen Blutungen aus Erosionen her, welche durch den begleitenden Katarrh bedingt waren. Bei Cholelithiasis ist bekanntlich die Vulnerabilität der Gefäße eine sehr große, so daß es leicht zu Blutungen kommen kann.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

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

Sitzung vom 29. April 1904.

L. MOSZKOWICZ stellt eine Frau vor, bei welcher er zur Deckung eines großen Hautdefektes nach Exstirpation eines ausgedehnten Epithelioms der Wange eine neue Lappenbildung angewendet hat. An die Basis des zu verschiebenden Hautlappens wird an der der Wundfläche entgegengesetzten Ecke ein längerer Schnitt angefügt, wodurch eine leichtere Verschieblichkeit der Haut erreicht wird, so daß sich über dem durch Verschiebung des Lappens entstandenen Defekte die Hautpartien leicht vereinigen lassen.

K. Reitter demonstriert anatomische Präparate eines Falles von anaerober Pyämie. Derselbe betraf einen 40jähr. Mann, welcher vor 2 Jahren unter septischen Erscheinungen erkrankte, die nach Eröffnung eines subperiostalen Abszesses am rechten Vorderarme verschwanden. Vor 3 Monaten erkrankte Pat. abermals unter denselben Symptomen, bekam jedoch außerdem Erbrechen und später einen Anfall von Fazialiskrampf, Nackensteifigkeit, Hinterhauptschmerz und Bewußtlosigkeit; nach dem Erwachen aus dem Anfall blieb eine vorüber-

gehende Sprachstörung zurück. Nach einigen Tagen erfolgte in einem ähnlichen Anfall mit Spasmen der Extremitäten Exitus. Während der ganzen Krankheitsdauer war eine mäßige Leberschwellung nachweisbar. Die klinische Diagnose lautete auf Septikopyämie mit Meningitis cerebrospinalis und vielleicht mit Leberabszeß. Die Obduktion ergab multiple Abszesse in fast allen Organen, besonders zahlreich im Gehirn; in der Leber saßen zwei große Eiterhöhlen und zwei Narben nach ausgeheilten Abszessen. Im Eiter fand sich ein bisher unbekannter, dünner, fadenknäuelbildender, gramnegativer und anaerober Mikroorganismus.

G. KAPSAMMER führt eine Frau vor, bei welcher er wegen einer sklerosierenden Atrophie der Niere nach Nierenabszeß die Nephrektomie ausgeführt hat. Pat. hatte früher einen Lungen-spitzenkatarrh, vor 5 Jahren nach Forzeps Blasenbeschwerden, vor 3 Jahren einen typischen Anfall von Nephrolithiasis ohne Hämaturie, welcher sich alle 4—5 Monate wieder einstellte. Dann bekam sie mehrmals während der Menstruation Hämaturie, Erbrechen, Schüttelfrost und Schmerzen in der Gegend der linken Niere. Cystoskopisch wurde festgestellt, daß die Hämaturie aus der linken Niere stammte, deren Ureter stenosierte war. Die Operation zeigte eine verkleinerte linke Niere, welche zwei große, anscheinend tuberkulöse Kavernen enthielt, doch fanden sich weder in deren Inhalte, noch in ihrer Wand Tuberkelbazillen. Auch die mikroskopische Untersuchung sprach gegen Tuberkulose.

G. RIEHL stellt ein 14jähr. Mädchen mit Sattelnase und sekundärer Syphilis vor. Diese Kombination könnte als ein Fall von Reinfektion aufgefaßt werden, da die Form der Nase ganz derjenigen bei hereditärer Lues entspricht. Die Untersuchung ergab jedoch als wahrscheinliche Ursache derselben eine Rhinitis atrophica; es fanden sich auch keine weiteren Symptome hereditärer Lues.

I. Neumann fordert für einen Fall von Reinfektion, daß bei einem vor mehreren Jahren jüdisch infizierten unter den Augen des Arztes neuerlich primäre Sklerose, Drüsenschwellungen und das Exanthem auftreten. Er selbst hat zirka 10 Fälle von Reinfektion beobachtet, die zweite Erkrankung verlief immer milder als die erste.

FR. PINELES: Zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse und der Epithelkörperchen beim Menschen.

Die Thyreoaplasie zeigt folgenden Symptomenkomplex: Zwergwuchs, kretinhafte Gesichtsbildung, Anämie, Stuhlträgheit, Nabelhernie, Idiotie und Genitalatrophie; dagegen kommt bei derselben niemals Tetanie vor. Diese entsteht jedoch bei Tieren nach totaler Thyreoid-ektomie, ebenso wurde sie früher bei Menschen nach totaler Strumektomie beobachtet. Da in den letzteren Fällen die Epithelkörperchen entfernt werden, während sie bei der Thyreoaplasie erhalten bleiben, lag die Annahme nahe, daß die Tetanie mit der Entfernung der Epithelkörperchen der Schilddrüse in einer ätiologischen Beziehung stehen dürfte; diese Ansicht wurde durch die Tierversuche des Vortr. bestätigt. Wurde Affen die Schilddrüse samt den Epithelkörperchen oder wurden nur die Epithelkörperchen unter Zurücklassung eines Thyreoidaearestes extirpiert, dann kam es zur akuten Tetanie. Dieselben Resultate ergaben Experimente an Katzen, wobei auch nachgewiesen werden konnte, daß bei Zurücklassung eines einzigen Epithelkörperchens und bei Entfernung der ganzen Schilddrüse wohl Kachexie, aber nicht Tetanie auftrat. Bei Kaninchen ergaben sich keine klaren Resultate. Die Zusammenstellung von Fällen, in welchen eine sogenannte Zungenstruma (Kropfbildung an einer nach oben dislozierten Thyreoida) extirpiert wurde, ergab, daß dieser Operation in mehreren Fällen Myxödem und Kachexie, aber niemals Tetanie nachfolgte, da in diesem Falle die Epithelkörperchen, welche als Abkömmlinge des 3. und 4. Kiemenbogens immer ihren Standort bewahren, nicht entfernt werden konnten. Bei partiellen Strumektomien kommt es öfter nach Exstirpation der Seitenlappen als nach derjenigen des Isthmus zur Tetanie, weil mit ersteren die in ihnen sitzenden Epithelkörperchen viel wahrscheinlicher extirpiert werden als mit dem Isthmus. Die verschiedenen Abarten der Tetanie dokumentieren durch die Gleichartigkeit ihrer Symptome ihre Zusammengehörigkeit und sie können alle auf Grund der Untersuchungen des Vortr. auf eine Insuffizienz der Epithelkörperchen zurückgeführt werden.

Notizen.

Wien, 30. April 1904.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 23. April d. J. berichtete Obersanitätsrat Dr. DAIMER über die Verbreitung der Infektionskrankheiten im In- und Auslande, über die in Aussicht genommenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Ankylostomiasis und über die erfolgte Bestellung von Sanitäts-Inspektoren

in provisorischer Eigenschaft für das Alpenbahnbaugesbiet. Das Auftreten von Typhuserkrankungen in der Landeshauptstadt Prag bildete den Gegenstand einer eingehenden Erörterung, und wurde ein Spezialkomitee mit dem Studium dieser Angelegenheit und ehester Berichterstattung betraut. Hierauf gelangten nachstehende Gegenstände zur Beratung und Beschlußfassung: Gutachten über sanitätspolizeiliche Maßnahmen zur Verhütung von Bleivergiftungen in Gewerbebetrieben. Gutachten über die Massenverwendung von Lebertran als Kräftigungsmittel in Strafanstalten. Gutachtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigte Stelle eines Oberbezirksarztes in Krain. Gutachten über die Zweckmäßigkeit eines Handapparates für vorläufige chemische Wasseruntersuchungen.

(Universitäts-Nachrichten.) Das neue Wiener physiologische Institut wird am 2. d. M. feierlich eröffnet werden. — Aus Leipzig schreibt man uns: Unserer Universität ist nunmehr das Vermächtnis des Professors der Geschichte der Medizin an der Wiener Universität, PUSCHMANN, im Betrage von 500.000 M. ausbezahlt worden, nachdem unsere Hochschule mit den Angehörigen der im Vorjahre gleichfalls verstorbenen Witwe des Testators einen Rechtsstreit zu bestehen hatte. Der Zinsenertrag der Stiftung ist zur Förderung der Geschichte der Medizin bestimmt. — Der Privatdozent für Psychiatrie Dr. LIEPMANN in Berlin hat den Professortitel erhalten.

(Personalien.) Generalarzt Dr. SCHMIDT ist zum Marine-Generalstabsarzt und Chef des deutschen Marinesanitätskorps ernannt worden. — Geheimrat Prof. EHRLICH ist zum Ehrenmitgliede der Therapeutischen Gesellschaft an der kaiserlichen Universität in Moskau ernannt worden. — Die Stadt Freiburg i. Br. hat den Geheimrat Prof. HEGAR zu ihrem Ehrenbürger ernannt.

(Der Lohnkampf der Ärzte in Leipzig.) Der Ausschuß des Kongresses für innere Medizin in Leipzig hat zu dem Streite zwischen der Ortskrankenkasse und den Ärzten in Leipzig Stellung genommen und folgende Erklärung abgegeben:

Der Ausschuß spricht den in schwerem Kampfe stehenden Leipziger Kollegen seine volle Sympathie aus. Auch er hält Freiheit und Unabhängigkeit für die Grundbedingungen einer richtigen Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit und des ärztlichen Standes und erwartet zuversichtlich, daß es den Leipziger Kollegen gelingen wird, gegenüber einem übermächtig gewordenen Kassenvorstande ihre gerechten Forderungen in ihrem eigenen Interesse und zum Wohle der Kranken durchzusetzen und ihre so tapfer verteidigte Selbständigkeit zu bewahren. Unter den Unterzeichnern des Aufrufes befinden sich die Proff. ERB (Heidelberg), v. SCHROETTER (Wien), STRÜMPFEL (Breslau), KRAUS (Berlin), HIS (Basel), KREHL (Tübingen), ALBERT FRÄNKEL (Berlin), LEO (Bonn), MINKOWSKI (Köln), MORITZ (Greifswald), FRIEDRICH MÜLLER (München), v. NOORDEN (Frankfurt a. M.), ROMBERG (Marburg), STADELMANN (Berlin), STINTZING (Jena).

(Förderung der Zahnpflege bei Schulkindern.) Die steiermärkische Statthalterei hat an alle unterstehenden Bezirkshauptmannschaften kürzlich einen Erlaß, betreffend die Förderung der Zahnpflege bei Schulkindern, gerichtet. Derselbe begünstigt jede in dieser Richtung im Wege der Schulbehörden eingeleitete Aktion, macht auf die vom Landes-Sanitätsrate abgefaßte einschlägige Belehrung aufmerksam, ordnet die Ausgestaltung der Armenkrankenbehandlung im Sinne der unentgeltlichen Hilfeleistung für arme Zahnkranke an und verlangt, daß die in der bezeichneten Richtung gemachten Wahrnehmungen und erzielten Erfolge in einem besonderen Abschnitte des Jahres-Sanitätsberichtes übersichtlich dargestellt werden.

(Die Deutsche pathologische Gesellschaft) hält ihre erste außerordentliche Versammlung am 26., 27. und 28. Mai in Berlin ab. Das erste Referat erstattet M. B. SCHMIDT (Straßburg) über Amyloid.

(Der Verband der Ärzte Deutschlands) zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen zählt nach dem Berichte der „D. med. Wschr.“ 15.142 Mitglieder in 84 Sektionen mit 84 Vertrauens- und 546 Obmännern.

(Unverjährbarkeit der Spitalsgebühren.) Der Verwaltungsgerichtshof hat in einer kürzlich erflossenen Entscheidung an die Spitalsverwaltungen die Verpflegungsgebühren in den Krankenhäusern als unverjährbar bezeichnet. Die Entscheidung lautet u. a.: „Nach den Vorschriften über die öffentlichen Krankenhäuser sind dies Anstalten der öffentlichen Sanitätspflege, sie sind

ein Mittel der öffentlichen Verwaltung und verfolgen öffentliche Verwaltungszwecke. Daß dies so und nicht anders ist, zeigt sich schon aus dem Umstande, daß eine öffentliche Krankenanstalt weder in der Aufnahme der bei ihr sich Meldenden einen freien Willen zu betätigen hat, sondern zur Aufnahme derselben verpflichtet erscheint, sowie es sich auch darin zeigt, daß die öffentlichen Krankenanstalten in keiner Weise dispositiveberechtigt sind, soweit es sich um die Frage der ihnen gebührenden Gegenleistung handelt. Bei der Aufnahme und bei der Verpflegung von Personen durch öffentliche Krankenanstalten vollzieht sich eben ein Akt der öffentlichen Verwaltung, der den Zweck verfolgt, die öffentliche Gesundheitspflege in der Art und Weise zu handhaben, wie dies aus öffentlichen Rücksichten erforderlich ist.“ Werde dies in das Auge gefaßt, so müsse sofort gesagt werden, daß die Verhältnisse, welche die öffentlichen Krankenanstalten in Ausübung ihrer Zwecke eingehen, schon ihrem Wesen nach nicht als privat-, sondern als öffentlich-rechtliche aufgefaßt werden müssen.

(Statistik.) Vom 17. bis inklusive 23. April 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8146 Personen behandelt. Hiervon wurden 1800 entlassen, 201 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, ägypt. Augenerkrankung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 84, Scharlach 30, Masern 776, Keuchhusten 42, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 3, Röteln 8, Mumps 100, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 757 Personen gestorben (+ 41 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest der dortige Stadtphysikus Dr. MORIZ SCHERMANN, 62 Jahre alt; in Nancy der Prof. der Anatomie Dr. F. JOUON; in Besançon der Anatom Prof. Dr. BRUCHON; in Charkow der frühere Professor der chirurgischen Klinik Doktor J. K. ZARUBIN; in St. Petersburg der Ophthalmologe Professor Dr. W. J. DOBROWOLSKY und der Chirurg Prof. Dr. V. RATIMOW; in Moskau der bekannte Gynäkologe Doz. Dr. M. v. STRAUCH.

Serravallo's Chira-Eisenwein. Die Firma J. Serravallo in Triest-Barcola, Erzeugerin des berühmten China-Eisenweines, versendet kosben ein Buch, wie es nicht viele Unternehmungen in die Welt setzen können. Das Buch ist mehr als 300 Seiten stark und umfaßt Tausende von Anerkennungsschreiben, die dieser Firma aus der ganzen Welt zugekommen sind. Man findet da alle europäischen Sprachen und viele asiatische und afrikanische Idiome vertreten, ein sprechender Beweis für die kolossale Verbreitung, die dieses österreichische Heilmittel in allen Ländern der Erde gefunden hat.

Doz. Dr. Max Neuburger wohnt jetzt VI., Kasernengasse 26.

Dr. Eduard Kraus, früher I., Rathausstraße Nr. 11, wohnt ab 6. Mai d. J. VIII., Langgasse Nr. 44 (Telephon Nr. 20099).

Eingesendet.

Preis Ausschreibung.

Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien schreibt neuerdings den von Med. Dr. MORITZ GOLDBERGER gestifteten Preis im Betrage von 2000 K für die beste Beantwortung der vom Präsidium gestellten Preisfrage: „Einfluß der

Schwangerschaft auf die Tuberkulose der Respirationsorgane“ aus; es ist hierbei zu bemerken, daß sowohl Arbeiten auf Grund klinischer Beobachtungen als auch anatomischer und mikrobiologischer Untersuchungen konkurrenzfähig sind. Um diesen Preis können Ärzte aus Österreich-Ungarn und ganz Deutschland konkurrieren. Berücksichtigung finden nur Arbeiten, welche in deutscher Sprache verfaßt, bis längstens 15. Mai 1906 an das Präsidium der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, mit einem Motto versehen, eingesendet werden. Dazu ist ein mit demselben Motto versehenes verschlossenes Konvert einzusenden, welches Name und Adresse des Autors enthält. Die Zuerkennung des Preises erfolgt in der ersten, im Monate Oktober 1906 stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, die Ausfolgung desselben an den preisgekrönten Bewerber am 28. Oktober, als dem Sterbetage des Stifters. Hat die preisgekrönte Arbeit mehr als einen Verfasser, so kann der Preis unter den Verfassern zu gleichen Teilen geteilt werden. Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien behält sich das Recht vor, die preisgekrönte Arbeit zu publizieren. Im übrigen behält der Autor alle Rechte an seinem geistigen Eigentum.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Aufrecht, Über die Lungenschwindsucht. Magdeburg 1904, Fabersche Buchdruckerei.
- O. Juliusburger, Gegen den Alkohol. Berlin 1904, Franz Wender.
- W. H. Gilbert, P. Meissner u. A. Oliven, Die bei der 3. Deutschen Ärzte-Studienreise besuchten Rhein-, Hess., Lippeschen und Waldeckschen Bäder. Berlin 1904.
- J. Port, Kriegsvorbereitung. Stuttgart 1904. F. Enke.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 5. Mai 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik v. SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen. II. Dr. HUGO KRAUS: Über hygienische Einrichtungen in Sanatorien für Lungenkranke.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld** über „Salophen“, **Krewel & Co. in Köln a. Rh.** über „Sanguinal“ und „Sanguinalpräparate“, **E. Merck in Darmstadt** über „Jodipin“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Krondorfer natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.
Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k. u. k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kollingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltán-gasse 10.

Helmitol	Mesotan äußerlich. Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzupinseln.	Salizylpräparate zur Behandlung rheumatischer Affektionen.	Aspirin innerlich. Beste Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 0.5-1 g 3-5mal tägl. zu nehmen.	Aristochin
Duotal	Theocin-Natr. acetic. prompt wirkend, leicht löslich. Dos.: 0.3-0.5 g 3-4mal tägl., gelöst, nach den Mahlzeiten.		Agurin essigsäures Theobrominnatrium. Dos.: 1 g 3-4mal täglich.	Salophen
Creosotal				Hedonal
Protargol		Mächtige Diuretica bel den meisten hydropischen Erscheinungen. Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit Theocin-Natr. acetic. energisch anzuregen und dann mit Agurin möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.		Heroin. hydrochlor.
Somatose		Vertreter für Österreich-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 Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

INHALT: Originallen und klinische Vorlesungen. Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien. Neuere Beiträge zur Wirkungsweise des Perdynamins und Lecithin-Perdynamins. Von Dr. JOSEF WINTERBERG, emer. Assistenten. — Über Frakturenbehandlung und Kontentivverband. Mit einem kurzen historischen Rückblicke. Von Regimentsarzt Dr. JOHANN SCHRIDL, II. — **Referate.** INOUE (Erlangen): Über die Resorption von Jod etc. — HEYMAN (Berlin): Eine neue Methode der quantitativen Bestimmung des Milchzuckers in der Milch. — A. LANDAU (Warschan): Über die Stickstoffverteilung im Harn des gesunden Menschen. — P. HAMPELN (Riga): Über den Volarton. — OBERWINTER (Köln): Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme etc. — LEDDERHOSE (Straßburg): Über die Regeneration der unterbundenen Saphena. — RAPHAEL LEVI (München): Über die Beeinflussung der physiologischen Erregbarkeit. — SCHIFFMACHER (Mainz): Senile Osteomalacie. — P. E. LAUNOIS et P. MULON (Paris): Etude sur l'hypophyse humaine à la fin de la gestation. — **Kleine Mitteilungen.** Einfluß von Operationen auf Verlauf und Ausgang des Diabetes. — Hetol. — Behandlung der intestinalen Infektionen. — Medikamentöse Therapie der Fissura ani. — Collargol-Tabletten. — Diphtherietherapie. — Jodipin. — Die Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen. — Der Syrupus und die Capsulae Guajacoli composit. Hell. — Die Frühoperation bei Epityphlitis. — **Literarische Anzeigen.** Unser Kind. Ein Vormerkbüchlein über das Gedeihen des Kindes. Von Dr. GUSTAV RREYHER. — Die Azetonkörper. Von Privatdozent Dr. R. WALDVOGEL, Oberarzt der med. Klinik in Göttingen. — **Feuilleton.** Moderne sozialärztliche Bestrebungen. Von Dr. LUDWIG DRESDNER, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewesener I. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereines München. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) — **Notizen.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.** — **Neue Literatur.**

Hierzu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung.“

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

Originallen und klinische Vorlesungen.

Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Neuere Beiträge zur Wirkungsweise des Perdynamins und Lecithin-Perdynamins.

Von **Dr. Josef Winterberg**, emer. Assistenten.

In der größeren Reihe der von mir untersuchten Präparate bei anämischen und Schwächezuständen fiel mir infolge seiner recht guten Wirkung auch das von BARKOWSKI in Berlin erzeugte „Perdynamin“ und ganz besonders die Kombination dieses Präparates mit dem Lecithin auf, das als Lecithin-Perdynamin in den Handel gebracht wird.

Ich will mich, da es den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würde, auf keine eingehendere Beschreibung der Darstellung obbezeichneter Präparate einlassen, zumal dieselbe ohnehin aus einer Reihe früherer Publikationen bereits zur Genüge bekannt sein dürften; ich will nur kurz erwähnen, daß das Perdynamin ein reines „Hämoglobinpräparat“ ist, während das Lecithin-Perdynamin aus Perdynamin und dem Lecithin besteht, welch letzteres ein natürliches Glycerinphosphat von der chemischen Formel $C_{44}H_{90}NPO_9$ ist und aus Eigelb dargestellt wird; es ist nach dieser chemischen Zusammensetzung ein Äther, in welchem Cholin an Distearylphosphorsäure gebunden ist. Dieser Körper ist im Eidotter reichlich enthalten, bis zur Menge von 6-8%, findet sich aber auch in den anderen Geweben des Organismus meistens in sehr variabler Menge vor. Es ist also das Lecithin in die Gruppe der organotherapeutischen Medikamente einzureihen,

deren Anwendung in neuerer Zeit sich immer mehr Bahn bricht, und auch das Perdynamin kann ja in gewissem Sinne in dieselbe Reihe gestellt werden, da es aus Blut erzeugt und vorwiegend gegen anämische und chlorotische Zustände in Verwendung gebracht wird.

Wenn wir in der Literatur Umschau halten, so finden wir bereits eine recht stattliche Anzahl von Publikationen über das Lecithin, mit dessen Erzeugung sich selbstverständlich zahlreiche chemische Institute beschäftigen, die mehr oder weniger reine und gut haltbare Präparate herstellen. Mir selbst lag wohl kein ungemischtes Lecithin vor, sondern, wie ich schon vorher wiederholt erwähnt habe, die Verbindung mit Perdynamin, in welchem Kombinationsprodukt allerdings ein großer Gehalt an Lecithin vorhanden war, 2,5 g pro Flasche. Das Lecithin selbst war frei von den zur Erreichung des therapeutischen Zweckes unnötigen Nebenbestandteilen des Eigelbes, die oft infolge ihres eigentümlichen Geschmacks das Einnehmen des Präparates durch längere Zeit verhindern, was bei dem „BARKOWSKISCHEN“ Präparate durchaus nicht der Fall ist. Dasselbe ist ganz frisch und zudem recht wohlschmeckend und haltbar, was die Anwendungsweise sehr zu erleichtern imstande ist.

Die Indikationen für die Anwendung dieser beiden Präparate ergeben sich aus der Beachtung ihres Ursprunges von selbst und diesem entsprechend habe ich auch die Prüfung derselben vorgenommen. Während ich das reine Perdynamin dort in Verwendung zog, wo wir gewöhnlich Eisenpräparate zu gebrauchen pflegen, also bei chlorotischen und anämischen Zuständen, bei Rekonvaleszenten und anderen Schwächezuständen, wurde das Lecithin-Perdynamin ganz besonders bei jenen Erkrankungen und Zuständen des menschlichen Organismus

verordnet, bei welchen derselbe einen Verlust an Phosphor und Eiweißstoffen zu beklagen hatte, um durch den im Lecithin enthaltenen Phosphor den Verlust zu ersetzen, mithin bei allen Kachexien infolge von Tuberkulose und Skrofulose, bei Karzinom und Syphilis, endlich bei Rekonvaleszenten nach schweren akuten Krankheiten, die zu bedeutender Konsumtion des Körpers geführt hatten und endlich auch bei stark herabgekommenen Neurasthenikern. Da es sich aber um die Verbindung eines Eisenpräparates mit Lecithin handelte, so mußte man annehmen, daß diese überaus glücklich gewählte Kombination sich ganz besonders für die Behandlung von Anämien sekundärer Natur eignen müßte; es wurden demnach auch die Fälle in entsprechender Weise ausgewählt.

Im ganzen wurden 25 Fälle zu den Versuchen genommen, von denen 9 bloß mit Perdynamin, die übrigen 16 mit Lecithin-Perdynamin behandelt wurden.

Nach Krankheiten ordnen sich diese Fälle wie folgt:

Mit Perdynamin wurden behandelt 3 Chlorosen, 3 Anämien sekundärer Natur und 3 Rekonvaleszenten nach Pneumonie und Influenza; mit dem kombinierten Präparate: 2 Chlorosen, 4 Anämien, 2 Neurasthenien, 6 Rekonvaleszenten, 2 Karzinome.

Aus der Reihe dieser Krankheitsfälle will ich nun einzelne, ganz besonders typische Fälle des Genaueren hervorheben, an denen sich die Wirkung recht bequem und anschaulich zeigen läßt. Es wurden dabei stets genaue Blutuntersuchungen auf Hämoglobingehalt, Zahl der roten und weißen Blutkörperchen gemacht, es wurden auch Blutdruckbestimmungen und regelmäßige Aufnahmen des Körpergewichtes vorgenommen.

I. Fall: Chlorose.

16jährige Fabrikarbeiterin, aufgenommen 12. Februar.

Stets gesund gewesen, auch keinerlei Kinderkrankheiten überstanden; seit 6 Wochen krank. Klagen über große Mattigkeit, Kopfschmerzen mit Schwindelgefühl, großes Schlafbedürfnis und Appetitlosigkeit, dagegen Verlangen nach stark gewürzten und sauren Speisen.

Häufiges Herzklopfen; Periode regelmäßig, ohne wesentliche Beschwerden.

Ziemlich große, jedoch schlanke Person von grazen Knochenbau. Haut und Schleimhäute sehr blaß. Nonnensausen. Herz leicht verbreitert, weiches systolisches Geräusch über allen Ostien. Lungen, Leber und Milz von normaler Beschaffenheit. Im Harn kein pathologischer Bestandteil, kein Ödem. Die Blutuntersuchung ergibt FLEISCHL: 35 Hämoglobin, 3,500.000 rote und 9000 weiße Blutkörperchen, also das Bild einer typischen, nicht weiter komplizierten Chlorose, Körpergewicht 60 kg.

Die Patientin wird ins Bett gelegt und erhält reines Perdynamin, das sie recht gut verträgt und gerne nimmt.

Es werden nun genaue wöchentliche Befunde aufgenommen, um an der Hand derselben ein Urteil über das Perdynamin zu erhalten. Nach Verlauf der ersten Woche läßt sich noch kein wesentlicher Fortschritt zur Besserung erkennen. Erst nach 10 Tagen seit Beginn der Perdynaminmedikation tritt eine subjektive Besserung des Appetits ein, ohne daß das Krankheitsbild objektiv sich verändert hätte.

26. Februar. Die heute vorgenommene Untersuchung des Blutes zeigt folgendes, bereits deutlich geänderte Verhalten dem ersten Befunde gegenüber: Hämoglobingehalt gestiegen und durch die Blutkörperchenzahlen geändert (siehe Tabelle); auch sind diese Veränderungen insofern merkbar, als die Farbe der Haut und Schleimhäute besser geworden ist, sonst der Status noch unverändert.

3. März. Subjektives Wohlbefinden, Kopfschmerz viel geringer, Mattigkeitsgefühl noch zeitweise vorhanden. Appetit gut. Blutbeschaffenheit bedeutend besser; Körpergewicht deutlich zugenommen.

17. März. Entlassung mit fast vollkommen normalen Befunde, das blasse Aussehen ganz verschwunden, die Herzdämpfung in normale Grenzen gerückt, das Nonnensausen verschwunden, Kopfschmerz, Mattigkeit und Schlafbedürfnis ebenfalls nicht mehr vor-

handen, so daß die Kranke als vollkommen hergestellt entlassen werden kann.

Datum	Hämoglobin FLEISCHL	Rote Blut- körperchen	Weiße Blut- körperchen	Körper- gewicht
12. Februar . . .	35	3,500.000	9000	60
19. Februar . . .	36	3,500.000	9200	60-20
26. Februar . . .	40	3,800.000	8900	61
3. März	50	3,800.000	8000	61-50
10. März	55	4,000.000	7500	61-80
17. März	60	4,200.000	7500	62-50

An diesen Fall anschließend möchte ich gleich die Krankengeschichte einer zweiten weit schwereren Chlorose mitteilen, die mit Lecithin-Perdynamin behandelt wurde, damit man aus dem Vergleich beider Fälle ersehen kann, wie gut die Wirkung des letzteren Präparates, speziell bei schweren Formen der Chlorose sein kann.

II. Fall: 21jährige Kassierin, aufgenommen am 27. Januar, hat in der Kindheit Scharlach und Masern durchgemacht, mit dem 16. Lebensjahre zum ersten Male an Bleichsucht erkrankt, die damals 1 1/2 Jahre gedauert haben soll und bloß mit einem Eisenpräparat, wie die Patientin angibt, in Pillenform behandelt worden war. Die damalige Erkrankung war durchaus nicht so schwer wie die jetzige und hatte die Kranke in ihrem Berufe nicht gestört. Jetzige Krankheit begann vor ungefähr 4 Monaten mit ähnlichen Symptomen wie das erstemal, weshalb die Kranke, nachdem sie schon 2 Monate ohne jedes Medikament durchgemacht hatte, sich wiederum die Pillen machen ließ, ohne jedoch irgendwelche Wendung zum Bessern zu bemerken. Leider hat die Patientin das Rezept für die Pillen nicht mitgebracht, so daß man die Art des Eisenpräparates nicht bestimmen kann. Jedenfalls scheint auch die Unmöglichkeit, sich zu schonen, recht nachteilig auf den Verlauf der Erkrankung gewirkt zu haben.

Die Chlorose und deren Erscheinungen machten immer mehr Fortschritte; es traten schließlich Herzbeklemmungen und schwere Ödeme der Unterschenkel auf, so daß die Kranke Anstaltsbehandlung aufzusuchen genötigt war.

Status praesens: Unter mittelgroß, ziemlich herabgekommen, jedoch noch immer etwas fettreich, Haut und Schleimhäute sehr blaß mit grünlichem Kolorit. Lungenbefund normal. Herzdämpfung nach rechts um zwei Querfinger verbreitert, über der Spitze lautes, jedoch weiches systolisches Geräusch, auch der 2. Ton nicht rein, sondern geräuschartig; über der Pulmonalis und der Aorta ein ziemlich lautes diastolisches Blasen und ein weiches, zartes systolisches Geräusch. Da der Puls nicht dem einer Aorteninsuffizienz entsprach, das Herz auch nach links nicht vergrößert war, so handelte es sich höchstwahrscheinlich auch in Bezug auf das diastolische Geräusch nur um ein akzidentelles, durch die Chlorose bedingtes Phänomen, welche Ansicht durch den späteren Verlauf auch ihre Bestätigung erfuhr. Deutliches Nonnensausen über beiden Jugularvenen. Milz und Leber leicht vergrößert; starkes Ödem der Füße und Unterschenkel bis zum Knie.

Harn etwas konzentriert, die tägliche Menge reduziert, deutliche Mengen von Albumen (bis zu 5‰); zahlreiche hyaline Zylinder, jedoch keinerlei andere, auf eine Parenchymerkrankung der Niere hinweisende Elemente. Vollständige Appetitlosigkeit und Mattigkeit hohen Grades.

Es war also das Bild einer schweren Chlorose, das sich auch im Blutbefunde äußerte, der vorzüglich eine ganz bedeutende Abnahme des Hämoglobingehaltes bei verhältnismäßig geringer Veränderung der Werte für die Blutkörperchen zeigte; FLEISCHL 28, rote Blutkörperchen 3,800.000, weiße Blutkörperchen 8900. Körpergewicht 55-50 kg. Die Patientin wurde sofort ins Bett gelegt und mußte es selbstverständlich auch in der Folgezeit hüten, da ja schon die Bettruhe an und für sich einen Heilfaktor für die Chlorose darstellt. Als Medikament erhielt sie Lecithin-Perdynamin, indem wir dabei von der Voraussetzung ausgingen, daß bei diesem schweren Fall von Chlorose wir nicht allein die Aufgabe hatten, ein ge-

eignetes Eisenpräparat zu reichen, sondern wir mußten auch dafür Sorge tragen, daß in dem geschwächten und herabgekommenen Organismus die Eiweißstoffe besser ausgenutzt werden könnten. Während wir der ersten Forderung durch das Perdynamin gerecht werden konnten, schien mir das Lecithin für die Erreichung des zweiten Zweckes sehr geeignet, da nach den Untersuchungen von ALY ZAKY („Bullet. de l'Académie de médecine“, 30 juillet 1901) durch Darreichung von Lecithin eine bessere und durchgreifendere Ausnutzung der stickstoffhaltigen Nahrungsmittel stattfindet; Kaninchen, welche dieser Autor mit Lecithin gefüttert hatte, nahmen monatlich 310 g zu, während Kontrolltiere von gleichem Alter, die kein Lecithin bekamen, monatlich nur um die Hälfte zunahmten.

Es zeigte sich in der Tat auch bei diesem Falle, daß meine Konklusionen nicht schlecht waren, denn bald traten deutliche Besserungen im Befinden der Kranken zutage; es ist also die Kombination des Lecithin mit dem Perdynamin als eine gute zu nennen, da wir in demselben erstens die Wirkung eines gut assimilierbaren organischen Eisenpräparates verbinden können mit der des Lecithins als eines tonisierenden und die Ernährung wesentlich befördernden Mittels.

3. Februar. Noch keinerlei Veränderung im Krankheitsbilde, objektive Symptome gleich, subjektiv zeigt sich leichte Besserung des Appetits. Blutbefund gleich dem ersten.

10. Februar. Die Anregung zur vermehrten Nahrungsaufnahme hat weiter zugenommen, mit der besseren Ernährung beginnen auch die übrigen Symptome langsam und allmählich sich zum Bessern zu wenden, wenn auch von einer deutlichen Veränderung noch nicht viel gesprochen werden kann; keinesfalls ist der Zustand verschlechtert oder stationär geblieben, indem das Körpergewicht um 50 *dkg* zugenommen und auf 56 *kg* gestiegen ist. Hämoglobingehalt ist bereits auf fast 35 gestiegen, die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen unverändert.

24. Februar. Heute, nach vierwöchentlicher Behandlung zeigen sich deutliche Änderungen im Befinden der Kranken. Subjektiv ist die große Mattigkeit und die lästigen, fast fortwährenden Kopfschmerzen viel geringer und nur zeitweise vorhanden, Appetit gut; objektiv ist zunächst das diastolische Blasen verschwunden und der zweite Ton, den man früher wegen der Verdeckung durch das Geräusch nur undeutlich wahrnehmen konnte, rein hörbar, die Herzdämpfung etwas verkleinert und das Ödem geringer, auch der Eiweißgehalt nur spurenweise. Blutbefund: FLEISCHL 45, rote Blutkörperchen 4.000.000, weiße Blutkörperchen 8000. Körpergewicht 57.20 *kg*.

24. März. Nach fast zweimonatlicher Behandlung in voller Rekonvaleszenz befindlich und als fast ganz geheilt entlassen. FLEISCHL 50, die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen gegenüber der Untersuchung vom 24. Februar gleich geblieben, das Körpergewicht auf 59 *kg* angestiegen.

Dieser Fall ist nach einigen Richtungen interessant. Er zeigt uns zunächst, daß es durchaus kein Luxus ist, wenn wir in den uns zur Verfügung stehenden Eisenpräparaten eine möglichste Auswahl haben, denn ebenso wie bei vielen anderen Medikamenten spielt ganz besonders auch beim Eisen die Individualität eine hervorragende Rolle und während das eine Eisenpräparat ohne jeden weiteren Effekt bleibt, zeigt das andere schon nach kurzer Zeit eine gute Wirkung; so auch bei dieser Kranken; während trotz der Pillen das Krankheitsbild immer weitere Fortschritte zur Verschlechterung zeigte, tritt sofort nach Einnahme eines anderen Eisenmittels, des Perdynamin, zunächst ein Stillstehen der Erkrankung ein, das bei der Schwere des Anfangsbildes der Chlorose in verhältnismäßig kurzer Zeit in deutliche Besserung und endgültige Rekonvaleszenz übergeht. Daß diese Wirkung größtenteils dem Hämoglobin des Perdynamin zuzuschreiben ist, steht außer allem Zweifel, denn die Ansicht, daß das Eisen in der Therapie der Chlorose eine große Rolle spielt, ist gegenwärtig recht allgemein verbreitet und bedarf keiner weiteren Bestätigung; nur möchte ich auf einen Punkt, der mir nicht unwesentlich erschien, hinweisen. F. v. NIEMEYER ist ganz besonders für die Eisentherapie der Chlorose eingetreten, er hält es für über-

flüssig, weitläufige Diätvorschriften den Chlorotischen zu machen, es genügt nach diesem Autor, nur recht große Dosen von Eisen zu reichen, und in gleicher Weise spricht sich IMMERMANN aus; auch dieser Autor plädiert für große Eisendosen und es scheint, da beim Eisengebrauch sehr oft sich gebesserter Appetit einstellt, eine günstige Nebenwirkung auf Magen und Darm stattzufinden, die bei größeren Dosen günstiger ist als bei kleinen. Auch in unserem Falle, der recht große Dosen des Lecithin-Perdynamin erhielt, scheint diese Wirkung vom Anfang an eingetreten zu sein, da das erste Zeichen der Besserung das Auftreten des Appetits war.

Aber auch in anderer Hinsicht muß dieser Fall unser Interesse in Anspruch nehmen; wenn man nämlich die Verlaufsweise von schweren Chlorosen betrachtet, so brauchen dieselben meistens eine recht lange Zeit zur Herstellung, während der in Frage stehende Fall in verhältnismäßig kurzer Zeit, ungefähr nach zweimonatlicher Behandlung, in Heilung überging, was uns um so mehr überraschen muß, als der erste Anfall von Bleichsucht, welchen die Patientin im 16. Jahre durchmachte, trotz der Eisenbehandlung fast 1½ Jahre lang dauerte.

Es scheint demnach, daß das Lecithin-Perdynamin vermöge seines Gehaltes an Lecithin diese günstige und rasche Verlaufsweise veranlaßt hat, so daß es sich empfehlen würde, auch fernerhin schwere Fälle von Chlorose mit dem Kombinationspräparate zu behandeln.

Aus der Gruppe der sekundären Anämien will ich den Fall einer Spitzentuberkulose hervorheben, bei welchem die Anämie im Vordergrund der Erscheinungen war und welche auf Lecithin-Perdynamin in günstiger Weise reagierte.

Ich will keineswegs behaupten oder irgendwie die Ansicht vertreten, daß das Präparat ein Tuberkulose-Heilmittel ist, aber wir können wie von anderen die Ernährung unterstützenden Mitteln auch von Lecithin-Perdynamin behaupten, daß es dadurch, daß es eine tonisierende Wirkung ausübt, das Körpergewicht hebt und die Widerstandskraft des Körpers erhöht, auf indirektem Wege zur Besserung auch des Grundleidens selbst beitragen kann. Ähnlich ist ja die Wirkung des Präparates auch bei anderen Erkrankungen, die mit starker Konsumtion der Eiweißkörper und schwerer Anämie einhergehen. Bei all diesen scheint das Lecithin als direktes Ersatzmittel für den in größerer Menge ausgeschiedenen Phosphor der Gewebe und den stärkeren Stoffzerfall einzutreten und dadurch bessere Heilungsbedingungen zu schaffen.

III. Fall: 34jähriger Eisengießer, ohne hereditäre Belastung, angeblich keine Kinderkrankheiten durchgemacht. Seit 2 Monaten kränklich, zunehmende Blässe, die auch der Umgebung des Kranken auffiel, dabei fast vollkommen appetitlos, geringer Husten ohne spezifischen Auswurf, keine Nachtschweiß, dagegen Abmagerung und große Mattigkeit, und abendliche geringe Temperatursteigerungen. Aufgenommen am 10. Februar.

Status praesens: Mittelgroß, ziemlich kräftiger Knochenbau, stark abgemagert; auffallend ist beim Kranken die hochgradige Blässe der Hautfarbe und der sichtbaren Schleimhäute; der Kranke sieht so aus, als ob er eine schwere innere Blutung durchgemacht hätte.

Die Untersuchung zeigt leichte Dämpfung links über der Lungenspitze, das Atmen daselbst sakkariert, verschärft, das Exspirium hörbar, vereinzelte kleinblasige feuchte Rasselgeräusche, also der Befund einer ausgesprochenen linksseitigen Spitzeninfiltration. Sonst der Auskultations- und Perkussionsbefund der Norm entsprechend. Blutbefund: Hämoglobin nach FLEISCHL 45; rote Blutkörperchen 2.500.000, weiße 12.000, darunter alle möglichen Formen, vorwiegend kleine einkernige Leukozyten und einzelne Gruppen von großen einkernigen Zellen; also das Bild einer schweren Anämie, die gewiß, da sich keine andere plausible Ursache auffinden ließ, wohl nur auf die Spitzenaffektion zu beziehen war, zumal wir ja wissen, daß oft gerade die initialen Stadien der Phthise zu schweren Blutveränderungen im Sinne einer sekundären Anämie Veranlassung geben können.

Patient war gänzlich appetitlos; Harn und Stuhl normal. Körpergewicht 58 kg.

In der Erwägung, daß es sich hier wahrscheinlich um eine schwere Stoffwechselstörung, bedingt durch die Tuberkulose, handle, erhielt der Kranke das Lecithin-Perdynamin, das er sehr gut vertrug.

24. Februar. Die heute vorgenommene Untersuchung ergibt schon eine deutliche Änderung des gesamten Krankheitsbildes. Der früher mangelnde Appetit ist als erstes Symptom der Besserung eingetreten und Hand in Hand damit auch bessere Ernährung und Abnahme der übermäßigen Anämie.

Objektiv ist der Befund an der Spitze insofern ein besserer, als die Dämpfung etwas aufgehellt erscheint und die Rasseltöne spärlicher zu hören sind.

Blutbefund: FLEISCHL 50, rote Blutkörperchen 3,000.000, weiße Blutkörperchen 10.000.

24. März. Fast vollkommene Genesung; die Anämie ganz unmerkbar. Lungenbefund: Dämpfung geringes Grades noch vorhanden, das Expirium etwas verlängert, sonst Blutbefund: FLEISCHL 60, rote Blutkörperchen 4,000.000, weiße Blutkörperchen 8500, meistens mehrkörnige Leukozyten.

Der Kranke fühlt sich nunmehr vollkommen wohl, und es ist anzunehmen, daß der Lungenprozeß mit Hinterlassung einer Narbe in der Spitze ausgeheilt ist, worauf die oben erwähnten Erscheinungen hindeuten geeignet sind.

IV. Fall. 41jähriger Hilfsbeamter, aufgenommen am 19. Januar, mit den Symptomen einer schweren influenzaartigen Erkrankung.

Patient ist ohne hereditäre Belastung, hat von Kinderkrankheiten Mumps, Pertussis und Diphtherie durchgemacht, im 21. Lebensjahre Bauchtyphus, sonst bisher stets gesund gewesen.

Nach Verlauf von ungefähr 6 Tagen, während welcher Zeit es zu Temperatursteigerungen bis 39.9° kam, löst sich das Krankheitsbild; doch bleibt hochgradiges Schwächegefühl und Appetitlosigkeit zurück.

Patient befindet sich in der Rekonvaleszenz wohl, erholt sich jedoch äußerst langsam.

Der Status praesens vom 28. Januar: Über mittelgroß, ziemlich grazil gebaut, abgemagert, sehr blasser Hautfarbe, die Schleimhäute stark anämisch. Lungenbefund ergibt nunmehr normalen Befund, am Herzen leises, weiches systolisches Geräusch, das über allen Ostien hörbar ist. Leber und Milz normal, im Harn kein pathologischer Bestandteil. Der Kranke kann mithin als gesund betrachtet werden, er zeigt bloß das Bild der oft nach akuten Infektionskrankheiten auftretenden Konsumtion und Anämie. Der Blutbefund zeigt die Zeichen einer einfachen sekundären Anämie. FLEISCHL 50, rote Blutkörperchen 3,900.000, weiße Blutkörperchen 10.000, Körpergewicht 56.50 kg.

Der Rekonvaleszent erhält Lecithin-Perdynamin und in ganz kurzer Zeit zeigt sich ein bedeutend rascheres Fortschreiten der Genesung. Er wird frischer und lebensfroher, die Nahrungsaufnahme steigert sich sehr rasch bis zur normalen Höhe, die Blässe und Blutarmit weicht einem gesunden Aussehen. Am 10. Februar FLEISCHL 60, rote Blutkörperchen 4,800.000, weiße Blutkörperchen 7500, Körpergewicht 58 kg.

Der Kranke nimmt noch durch einige Tage das Präparat und wird vollkommen gesund am 16. Februar aus der Pflege entlassen.

Diese kurze Krankengeschichte kann als Paradigma für die Wirkung des Lecithin-Perdynamin bei Rekonvaleszenten dienen, denn auch bei den anderen diesbezüglichen, mit diesem Präparate behandelten Fällen war die Wirkung ganz gleich günstig, so daß speziell bei solchen Fällen die Anwendung des Mittels sich lohnen muß. Es scheint, daß da speziell das Lecithin imstande ist, den während der akuten Infektion stattgefundenen Zerfall wieder in kurzer Zeit zu ersetzen und so die Funktion der nervösen und der übrigen Organe rasch wieder herzustellen; ähnlich ist diese Wirkung des Lecithins insofern jener des Arseniks, doch müssen wir die unleugbaren Vorteile des ersten Körpers dem Arsen gegenüber hervorheben, da wir es im Lecithin mit einem ganz unschäd-

lichen Körper zu tun haben, den wir unbeschränkt lange und in großen Dosen geben können. Auch scheint mir die Wirkung des Lecithins entschieden eine viel kräftigere zu sein. Tritt dazu noch die Wirkung des Perdynamins gegen die meist gleichzeitig bestehende Anämie dazu, so ist uns ein sehr gutes Medikament an die Hand gegeben.

Endlich möchte ich als letzte Krankengeschichte die einer mittelschweren Neurasthenie mitteilen. Bei der Durchsicht der über das Lecithin speziell entstandenen Literatur fand ich wiederholt Mitteilungen über gute Erfolge, die verschiedene Autoren bei Neurasthenikern mit Lecithin erreicht hatten, und deshalb entschloß ich mich, die Versuchsreihe auch auf diese Form der Erkrankung auszudehnen. Der Fall entstammt der Privatpraxis. Es handelte sich dabei um einen recht intelligenten jungen Mann, so daß dessen Angaben vollkommenem Vertrauen verdienen.

V. Fall: 35jähriger Beamter, hereditär nichts nachweisbar, stets gesund gewesen, steht auf einem sehr verantwortungsvollen, viel Arbeit erfordernden Posten, infolgedessen hat sich bei demselben ein Symptomenkomplex ausgebildet, der ganz das Bild einer Neurasthenie zeigt.

Der Kranke ist leicht erregbar, klagt über Kopfdruck, besonders des Morgens, ist seit kurzer Zeit leicht vergeßlich und aufbrausend. Schlaf sehr schlecht, häufiges Zusammensucken mitten im Schläfe. Appetitlosigkeit, Stuhlbeschwerden.

Der Kranke ist stark herabgekommen, sehr blaß, zeigt sonst im Befunde der inneren Organe keinerlei wesentliche Veränderung.

Der Fall lag für die Behandlung insofern recht günstig, als erstens das hereditäre Moment, das bei Neurasthenikern oft die Prognose wesentlich betrübt, wegfiel und andererseits auch die Möglichkeit vorhanden war, den Kranken für einige Zeit seines Amtes zu entledigen.

Als eine Hauptaufgabe in der Behandlung der Neurasthenie ~~fast ausschließlich~~ nicht die Behandlung der einzelnen Erscheinungen auf, sondern die Beachtung der allgemeinen körperlichen Konstitution, deshalb muß man das ganz besondere Augenmerk auf die möglichst kräftige Ernährung der betreffenden Kranken legen und von diesem Standpunkte erscheint, auch wissenschaftlich begründet, die Darreichung von künstlichen Nährpräparaten nicht nur erlaubt, sondern sogar als mächtiger Heilfaktor indiziert. Wir sehen ja oft bei Neurasthenikern den ausgezeichneten Erfolg einer Mastkur nach PLAYFAIR MITCHELL eintreten. Nimmt ein abgemagelter blasser Neurastheniker an Körpergewicht zu, so treten schon mit dieser Zunahme eine große Reihe von nervösen Erscheinungen zurück.

Da nun das Lecithin diesbezüglich ein mächtig anregender Faktor ist, der bei appetitlosen Kranken tonisierend wirkt, andererseits aber einen großen Nährwert hat, seiner chemischen Zusammensetzung nach ein Glycerophosphat darstellt und mithin den bei den Erschöpfungszuständen des Zentralnervensystems, wie es ja auch die Neurasthenie ist, wichtigen und gut wirkenden Phosphor enthält, so mußte ich vom Lecithin-Perdynamin ganz ausgezeichnete Resultate bei Neurasthenikern erwarten und in der Tat heilte der oben erwähnte Fall unter Ruhe und Einnahme des Medikaments nach Verlauf von 8 Wochen fast ganz aus; das Körpergewicht hatte dabei um 2.50 kg zugenommen. Auch die anderen, mit Lecithin-Perdynamin behandelten Fälle von Neurasthenie wurden durch das Präparat in günstigem Sinne beeinflusst.

Während wir bisher bei Neurasthenie als Medikament oft Phosphor in Form von Phosphorlebertran und Arsen anzuwenden geneigt waren, können wir jetzt ohne Risiko und vielleicht mit größerem Erfolge das Lecithin-Perdynamin verwenden.

Fassen wir zum Schluß das Ergebnis unserer Versuchsreihen zusammen, so ergibt sich daraus, daß Lecithin-Perdynamin wie auch Perdynamin allein, letzteres vorwiegend bei Chlorosen und Anämien, ersteres bei schwereren Formen

dieser Zustände, wie auch bei sonstigen Erschöpfungs- und Mattigkeitszuständen des menschlichen Organsystems, ferner bei Erkrankungen des Nervensystems in Form von Erschöpfung, wie besonders der Neurasthenie, von günstigem Erfolge begleitet sind und oft den ersten Anstoß zum Beginne der Besserung und vollkommenen Herstellung nach Konsumtionskrankheiten geben.

Über Frakturenbehandlung und Kontentivverband.

Mit einem kurzen historischen Rückblicke.

Von **Regimentsarzt Dr. Johann Scheidl.**

II.

Schrittweise also eroberte sich der Gehverband sein Feld. Erst den Unterschenkel, dann den Oberschenkel, erst

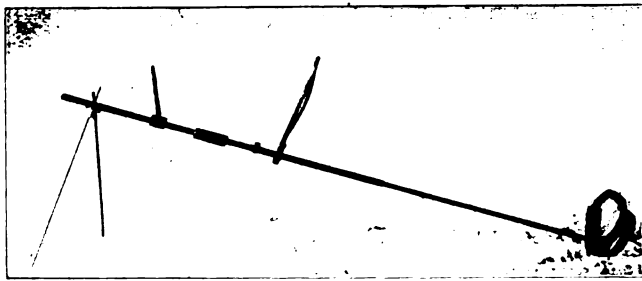


Fig. 1.

die einfachen, dann die komplizierten Frakturen. Ebenso verhielt es sich mit den Zeitmaßen, welche zwischen der Fraktur und dem Verbande verstrichen, bis man sich allmählich von der Nützlichkeit überzeigte, die ein möglichst frühzeitiger Verband bietet. HIPPOKRATES nahm die Reduktion sofort vor und bezeichnete diesen Akt als den ersten und wichtigsten.

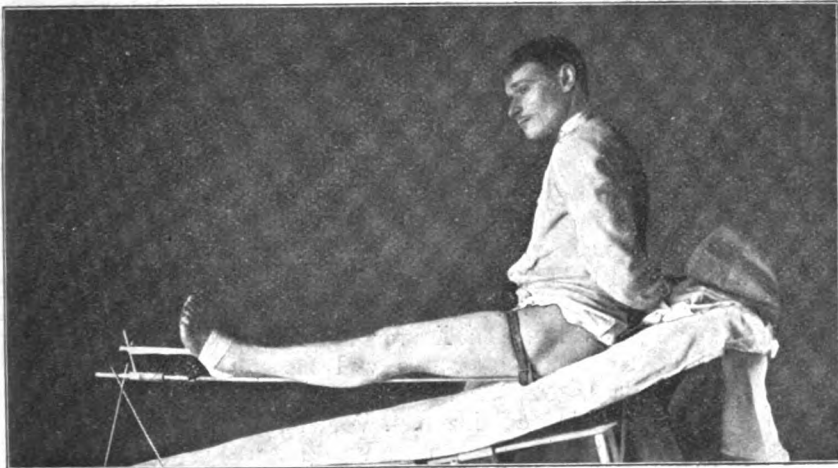


Fig. 2.

LARREY tat dasselbe in allen jenen Fällen, wo nicht eine krampfartige Kontraktion der Muskeln bestand, während VELPEAU trotz bestehender Entzündung und Krampfzustände die Reduktion sofort vornahm, ja gerade in der Reduktion das sicherste und schnellste Heilmittel jener Zustände erblickte.

BERARD und andere nahmen keinen Anstand, selbst die Achillessehne zu durchschneiden, wenn dieselbe der sofortigen Reduktion ein unüberwindliches Hindernis bot.

SEUTIN, BURGER, RAVOTH, PIROGOFF, DOLLINGER, HABART und viele andere haben den Gipsverband sofort angelegt.

Die vorgenommene Reduktion bedingt, um dieselbe dauernd zu gestatten, das sofortige Anlegen des Kontentivverbandes von selbst. Ausnahmen werden nur die Regel

bestätigen. Die Ruhelage der reponierten Bruchenden, welche der Modellverband so sicher erhält, der gleichmäßige Druck des gut anliegenden Verbandes im Vereine mit der durch die Extension bedingten Spannung der Weichteile, der Blut- und Lymphgefäße werden sehr rasch die Blutung beruhigen, welche besonders bei Oberschenkelbrüchen in so großem Maße in die Hohlräume stattfindet, die durch das Übereinanderschieben der Bruchenden und die dadurch bedingte Entspannung der Weichteile gebildet werden und gewiß auch den Blut- und Lymphkreislauf günstig beeinflussen. Die sofortige Reposition ist, wie jeder Chirurg weiß, viel weniger schmerzhaft und viel leichter auszuführen.



Fig. 3.

MALGAIGNE untersuchte, bis zu welchem Grade die Entzündung den Muskelwiderstand vermehre. Er brach einem Kaninchen den Unterschenkel. Durch den Muskelzug kamen die Bruchenden zum Reiten mit einer Verkürzung von 7 Linien. Am ersten Tage genügten 125 g Belastung des unteren Bruchstückes zur Behebung der Verkürzung, nach 2 Tagen aber

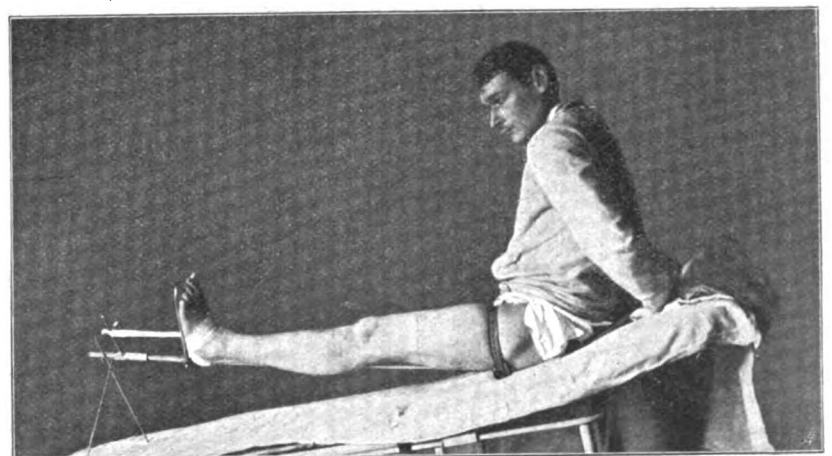


Fig. 4.

konnte die zwanzigfache Belastung die Verkürzung nur zum Teile beheben.

Der sofortige Verband wird jede weitere Manipulation mit dem gebrochenen Gliede und damit jede weitere Gefahr verhindern, jeden neuen Reiz und jede neue Blutung hintanhaltend, abgesehen vom psychischen Effekte für den Kranken, der nun sein Bein gut versorgt sieht und sofort alle die notwendigen Bewegungen zur Bequemlichkeit, Überlagerung oder Transport gefahr- und schmerzlos machen kann und darf.

Demgegenüber erscheint mir die Gewichtsextension, die wenigstens bei Oberschenkelbrüchen noch häufig angewendet wird, als ein Überrest jener Zeit, in der ein hervorragender Arzt den Ausspruch tat: „Zu einer Luxation kann der Arzt

nicht früh genug, zu einer Fraktur nicht spät genug gerufen werden.“ Dieser viel zitierte Satz muß wohl umgeändert werden und lauten: „Zu einer Luxation und zu einer Fraktur kann der Arzt nicht früh genug gerufen werden, denn bei beiden ist die sofortige Reposition und die Erhaltung der-

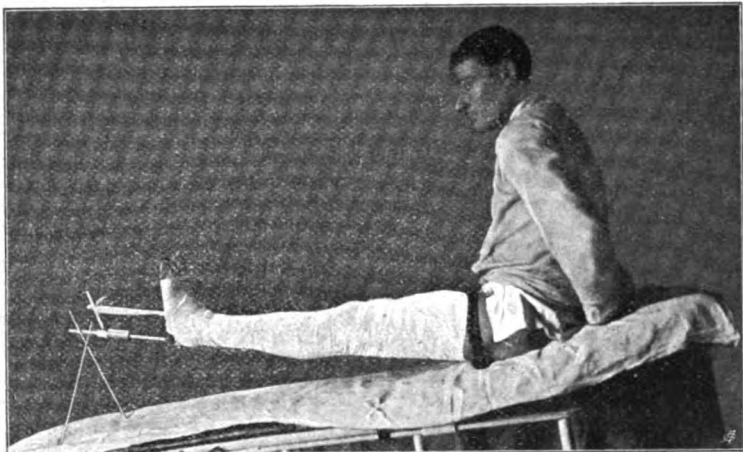


Fig. 5.

selben oberster Grundsatz.“ Die Gewichtsextension erscheint als halbe Maßregel, die alle jene Nachteile besitzt, die als Umkehrung die Vorteile des sofortigen Verbandes bilden, abgesehen davon, daß die beste Gewichtsextension eine Qual für den Kranken bildet, weil sie denselben zwingt, tagelang auf

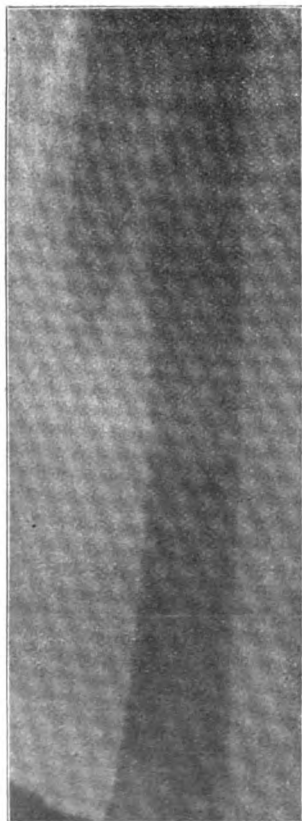


Fig. 6.



Fig. 7.

derselben Stelle ruhig zu liegen, weil sie ihn vollständig hilflos und von seiner Umgebung abhängig macht und dabei eine eben solche Geschicklichkeit beim Anlegen voraussetzt wie der beste Verband, nur einer viel genaueren und ständigeren Überwachung, selbst bei den intelligentesten Menschen, bedarf, aber in vielen Fällen gar nicht angewendet werden

kann. Sie bedeutet also mehr Zurüstung, mehr Zeit, mehr Überwachung für den Arzt, mehr Schmerzen und Unannehmlichkeiten für den Kranken und dessen Umgebung und bietet dafür nur den halben Effekt. Große Verkürzungen bei muskelstarken Individuen werden wohl niemals ganz ausgeschlossen, weil kleine Gewichte wirkungslos bleiben, große aber auf die Dauer heftigste Kniegelenkschmerzen erzeugen, die häufig zur vollständigen Entfernung der Vorrichtung zwingen. Wird dann endlich das Provisorium durch das Definitivum, den Verband, ersetzt, wird neuerlich extensiert, neuerlich Schmerz und Blutung erzeugt und dabei die ganze regenerative Arbeit, die der Organismus in dieser Zeit an der Bruchstelle geleistet hat, zerstört.

HIPPOKRATES hatte es nötig, die Verbände bis zu dem Zeitpunkte zu wechseln, von welchem an weitere gefährdende Zufälle ausgeschlossen waren. Der Schutz, den uns aber die Antiseptik gewährt, die unbedingte Verlässlichkeit, mit der uns der Thermometer gefahrbringende Eiterungen an der Frakturstelle anzeigt, das Aussehen und die Temperatur der aus dem Verbände vorstehenden Zehen, welche die Gefahr einer drohenden Gangrän ganz zuverlässig anzeigen, welche Anzeige auf das eindringlichste unterstützt wird von einem stets zunehmenden Schmerze an der Bruchstelle, versetzen uns in die Lage, der obigen Forderung nachzukommen, um so eher, als es ja leicht möglich ist, bei Tendenz großer Anschwellung den Gipsverband an der Bruchstelle sehr locker, gleichsam als an dieser Stelle unterbrochen anzulegen, ohne dadurch seine Wirkung irgendwie zu gefährden.

Als PERCIVAL POTT durch Sturz auf einer sehr belebten Straße Londons einen komplizierten Unterschenkelbruch erlitt, so daß ein Knochenstück die Beinkleider durchstochen hatte, sammelte sich um den sehr bekannten Chirurgen sofort eine Menschenmasse an, welche ihn von der Straße wegtragen wollte. Er aber gab den Leuten Geld, damit sie eine Türe ~~und Träger besorgen konnten~~ und blieb auf der Straße ruhig liegen, bis diese kamen, um ihn, auf der Türe liegend, nach Hause zu tragen. Dort erst wurde von einem Arzte die notwendige Behandlung eingeleitet.

Durch dieses Vorgehen hatte Pott verhindert, daß eine unberufene Hand diese Fraktur berühre, hat jeden Notverband hintangehalten und die Reduktion erst ausführen lassen, als dieselbe durch einen Verband auch zu einer bleibenden gemacht werden konnte. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

Die Technik des Gipsverbandes hat sich — wie wir oben gesehen — im Laufe von fünf Jahrzehnten wesentlich vereinfacht. Dennoch verlangt er immer noch Zeit, Arbeitskraft und geschulte Assistenz. Aus diesem Grunde wurde der Gipsverband hauptsächlich in Sanitätsanstalten geübt, viel weniger von den praktischen Ärzten am Lande, denen meist die geschulte Assistenz fehlte, und viel zu wenig im Felde, wo meist die Zeit und Assistenz fehlen, obwohl dessen Nützlichkeit nicht nur für den einzelnen Verwundeten, sondern in größerem Maße für den raschen und weiteren Verwundetenabschub zur Entlastung der Feldsanitätsanstalten schon längst erkannt wurde.

Bis zum 18. Jahrhundert waren Extension und Verband zwei völlig getrennte Dinge, da die Verbände und die dazu verwendeten Schienen nie die Länge des gebrochenen Knochens überschritten. PETIT war der erste, der darüber hinausging, während LARREY bei Oberschenkelbrüchen bereits das ganze Bein in den Verband mit einbezog. Erst dadurch war eine Extension durch den Verband denkbar. Mit der Einführung des Gipsverbandes aber wurde nicht nur die Möglichkeit geschaffen, einerseits die Extension solange manuell zu erhalten, bis der rasch erhärtende Verband dieselbe übernahm, während andererseits dessen Ausführung als Modellverband zu dieser Möglichkeit die sichere Gewähr hinzufügte, das durch die Extension gewonnene Resultat als ständiges zu erhalten, ohne daß die Fragmente eine Dislocatio ad latus, longitudinem,

axim oder peripheriam eingehen könnten. Darin liegt das Hauptverdienst MATHIJSSENS und seines Verbandes.

Mein Streben ging nun dahin, die manuelle Extension und Kontraextension, die so ungleichmäßig, unsicher und oft zu schwach war, durch eine maschinelle zu ersetzen, die gleichmäßig gesteigert werden konnte, niemals ruckweise vor sich ging, jeden Widerstand überwinden konnte, dadurch selbstverständlich den schwierigsten Teil der Assistenz ausführte, ohne mehr als zwei Hände, die aber niemals gebunden werden, zu beanspruchen. Zu diesem Zwecke konstruierte ich einen Extensionsapparat, klein genug, um überall mitgetragen zu werden, stark genug, um alle Anforderungen zu leisten und einfach genug, um von jedermann rasch gehandhabt werden zu können.

Der technische Teil des Apparates, der von mir zuerst in der 75. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher zu Kassel demonstriert wurde, ist in der „Wiener Medizinischen Presse“ Nr. 41 vom 11. Oktober 1903 genau beschrieben worden, so daß ich nur wenig hinzuzufügen habe.

Von den Bildern zeigt Fig. 1 den vollständigen Apparat, dessen Basis eine vierkantige Stahlschiene, dessen Beckenteil ein Halbring mit Riemen bildet; dazwischen läuft auf einem Kantengewinde ein Schraubenzylinder, der eine schief aufgesetzte Säule vor sich herschiebt. Die Extensionsschlinge wird nach der in obzitiertem Publikation beschriebenen Art in

Fig. 7. Fractura femoris sanata (Extension durch den Apparat.)

Fig. 8. Fractura femoris male sanata. (Manuelle Extension.)

Fig. 9. Fractura cruris sanata. (Extension mit dem Apparate.)

Fig. 10. Fractura cruris male sanata. (Ohne jede Extension geheilte Fraktur.)

In der größten Zahl der Fälle wird der Verband nach Fig. 3, dem kürzeren und einfacheren Verfahren, angelegt werden können, weil außer dem Arzte wohl immer noch eine zweite Person vorhanden sein wird, welche für die kurze Zeit des Verbandanlegens den Fuß festhalten kann.

Bei Frakturen, die schon mehrere Tage alt geworden sind, wird wegen der stärkeren Extensionskraft der Druck auf den Tuber ischii stärker empfunden, der dadurch zustande kommt, daß der Zug, der an der Extensionsschlinge ausgeübt wird, als Druck auf den Tuber ischii (Kontraextension) sich überträgt und somit ein genaues Maß der angewendeten Extensionskraft abgibt. In diesen Fällen kann durch Baumwolle oder eine sonstige Zwischenlage die Druckwirkung abgeschwächt werden.

Um den Apparat und das Bein wird eine Schichte einer weißen dünnen Mullbinde gelegt, um das Befetten oder zeitraubende Rasieren des Beines zu ersparen. Durch diese Binde kann bei komplizierten Frakturen der Verband fixiert werden,

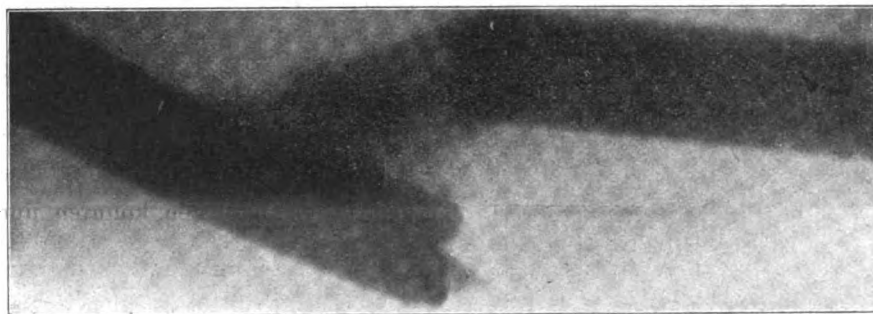


Fig. 8.

jedem Falle mit einem Stück Binde gemacht. Diese Bestandteile genügen zur Erzeugung der nötigen Extension, wie Fig. 2 zeigt. Nach vollendeter Extension, die durch wiederholte Längenmessung genau dosiert wird, muß die geringe Spitzfußstellung korrigiert werden, die durch die ungleich langen Hebel — Mitte des Sprunggelenkes zum Fußrücken einerseits und zur Ferse andrerseits — hervorgerufen wird.

Dieses geschieht entweder durch eine Hilfskraft oder vom Patienten, der mit einem Bindenzügel, der über die Fußballen wegläuft, die gegebene rechtwinklige Stellung festhält. Jetzt wird sofort und rasch der Verband um Bein und Apparat angelegt, wie Fig. 3 zeigt.

Ist gar keine helfende Hand vorhanden, so wird der Spitzfuß durch den Apparat allein korrigiert. Vor dem Schraubenzylinder befindet sich proximal ein durch eine Schraube festzustellender Querriegel, in dessen seitliche Öffnungen man den für die betreffende Seite bestimmten Fußstab eingesteckt, die Fußstellung mit der einen Hand korrigiert, mit der anderen aber den Querriegel dicht an den Fuß heranschiebt, so daß sich die Krümmung des Fußstabes gut in die Fußwölbung hineinlegt und jetzt mit der Stellschraube fixiere.

Diese Stellungskorrektur geschieht erst nach vollendeter Extension nach Fig. 4. Fig. 5 zeigt den angelegten Verband.

Fig. 6. Fractura femoris mit Dislocatio ad latum, longitudinalem und axim, nach 7tägiger, mäßig starker Gewichts-extension. (Demonstrationsfall auf der 75. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Kassel; ebenso Fig. 7.)

welcher am besten nur aus mäßig dicker Schichte Gaze besteht, um den Sekretabfluß nicht zu behindern. In allen Fällen lege ich über diese Mullbinde zwei parallele, ca. 1 mm starke Eisendrähte, die mit loser Schlinge am Grundgliede der zweiten Zehe befestigt werden, auf die Mitte der Streckseite auf, ein Stück über den Verband hinausreichend. Eine Bindentour über dem Sprunggelenke und eine zweite am proximalen Ende des Verbandes erhält dieselben in ihrer Lage nach Fig. 3. Die Eisendrähte und die Achttour über dem Sprunggelenke werden leicht befettet, damit erstere nicht rosten, letztere aber leichter entfernt werden kann.

Beim Entfernen dieser Achttour wird dieselbe an der Fußsohle durchgeschnitten, die längeren Enden mit einem Nadelhalter gefaßt und bei gut fixiertem Beine unter langsamem, immer stärker werdendem Zuge aus dem Verbands entfernt.

Nach der Entfernung des Apparates wird der Verband an der Sohle, wo die Extensionsschlinge entfernt wurde, mit einigen Gipstouren abgeschlossen.

Die Kraft der Extension übersteigt weitaus die eines sehr starken Mannes. 70 kg konnte ich ohne Anstrengung durch Drehen am Schraubenzylinder vom Boden heben. Dieselbe wirkt gleichmäßig, millimeterweise fortschreitend, je nachdem der Schraubenzylinder rascher oder langsamer gedreht wird, schreitet niemals ruckweise vor, auch niemals zurück, außer man dreht den Schraubenzylinder absichtlich zurück. Dabei ruht das Bein auf der Schiene auf, so daß es sich an der Bruchstelle nicht durchbiegen kann.

Beim Abnehmen des Verbandes wird das Bein gut fixiert, beide Drähte zugleich mit einer Zange gefaßt und unter starkem Zuge der Verband der ganzen Länge nach aufgerissen. Bei trockenen Verbänden dauert diese Prozedur kaum eine Minute. Ein feuchter Verband muß aufgeschnitten werden. Bei sehr dicken Verbänden kann noch ein zweiter Draht in der Mitte der Schichten eingelegt werden.

Durch das soeben demonstrierte Verfahren, welches schon vielfach erprobt ist, wird die Technik des Gipsverbandes so vereinfacht, daß jeder Arzt ohne geschulte Assistenz im Falle der Notwendigkeit auch ganz allein einen korrekten Gipsverband anlegen kann. Die Lage der Bruchenden im Verbands ist sicherlich genau dieselbe, welche ihnen vorher gegeben wurde.

Infolge dieser Vereinfachung unterscheidet sich der Gipsverband nicht mehr wesentlich von jedem größeren Wund-

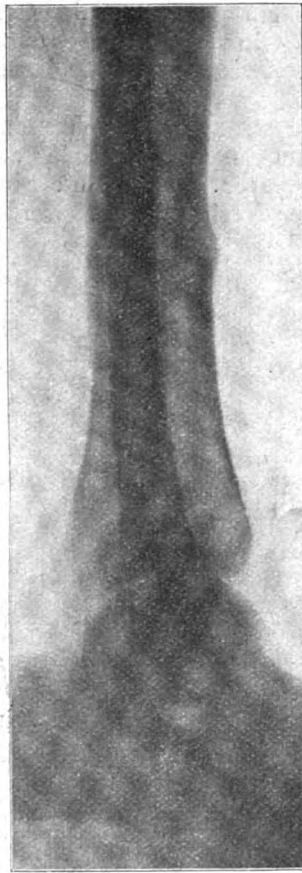


Fig. 9.



Fig. 10.

verbände in Bezug auf Zeit, Technik und Assistenz. Der Apparat ermöglicht das Anlegen des Verbandes in jeder Lage des Kranken, somit auch am Orte der Entstehung der Verletzung. Das wird besonders dort zu berücksichtigen sein, wo sofort weiterer Transport notwendig ist. Durch die ruhige Kraft der Extension ist jede Verkürzung zu beheben; der Modellverband verhindert jede Dislokation der Bruchenden, so daß die Heilresultate der Knochenbrüche nicht nur in Bezug auf die Form, sondern auch in Bezug auf die Funktion vollauf entsprechen.

Nach DIEFFENBACH liegt die Vervollkommnung in der Vereinfachung. Ich habe beides angestrebt und hoffe, daß der einst so verschriene Faulenzer in der Chirurgie, der Gipsverband, in der Gestalt des Modell- und Gehverbandes, den bis jetzt errungenen Ehrenplatz in der Frakturbehandlung nicht nur behaupten, sondern sich immer noch größere Anerkennung und Verbreitung erringen wird.

Literatur: BARDELEBEN, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, Berlin 1864. — BRELY, Zur Behandlung einfacher Frakturen mit Gips-Hanf-schienen, Königsberg 1878. — BILLROTH, Die allgemeine chirurgische Patho-

logie und Therapie, Berlin 1866. — E. v. BERGMANN und BRUNS, „Deutsche Chirurgie“, Stuttgart 1897. — VIKTOR BRUNS, Chirurgische Heilmittellehre, Tübingen 1873. — BURGER, Handbuch der chirurgischen Verbandlehre, Stuttgart 1849. — BURGGRAEVE, Der Watterverband, Berlin 1833. — BUM, Über mobilisierende Behandlung von Knochenbrüchen, Wien 1895. — DOLLINGER, Die ambulante Behandlung der Frakturen der unteren Extremitäten, Wien 1898. — DIEFFENBACH, Über die Behandlung der Knochenbrüche durch einfache Verbände und Gipsguß. — DOLLINGER, Ein einfacher abnehmbarer Gipsverband zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelfrakturen. „Zentralbl. f. Chirurg.“, 1893. — ELBOGEN, Der Gehverband und seine Anwendung. Medizinische Wandervorträge, Berlin 1895, H. 46. — GARÉ, Über die BRUNSSCHE Gesschiene. „Berliner klin. Wschr.“, 1894. — GERDY, Vollständige praktische Chirurgie. — HABART, Über Formen und Grenzen der Gehverbände. „Wiener klin. Wschr.“, 1896, Nr. 38. — HECKER, Vollständiges Handbuch der Kriegschirurgie, Wien 1817. — HOFFA, Atlas und Grundriß der Verbandlehre, München 1900. — HAUDEK, Zur ambulanten Frakturbehandlung. „Wiener klin. Rundsch.“, 1897, Nr. 3. — KÖBLER, Grundriß einer Geschichte der Kriegschirurgie, Berlin 1901. — KORSCH, Die Behandlung der Beinbrüche im Umhergehen. „Therapeutische Monatshefte“, 1891, H. 7 u. 8. — KORSCH, Die Behandlung der Beinbrüche im Umhergehen. „Zeitschr. f. Krankenpflege“, 1895, Nr. 1. — KORSCH, Über die Behandlung der Unterschenkelbrüche im Umhergehen. „Charité-Annalen“, XVII. Jahrgang. — KORSCH, Beiträge zur Mechanik des Gehverbandes. „Berliner klin. Wschr.“, 1895, Nr. 9. — KRAUSE, Beiträge zur Behandlung der Knochenbrüche der unteren Gliedmaßen im Umhergehen. „Deutsche med. Wschr.“, 1891, Nr. 13. — LIERMAN, Über die erste Hilfe und den Transport bei schweren Verwundungen der unteren Extremität. 68. Versammlung der Naturforscher und Ärzte 1896. — MALGAIGNE, Die Knochenbrüche und Verrenkungen. — PROGOFF, Sanitätswesen und die Privat-hilfe, Leipzig 1882. — RUST, „Magazin für die gesamte Heilkunde“, Bd. 41, pag. 278. — SAHLI, Die Boagipschiene. „Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte“, 1901, Nr. 6. — SZYMANOWSKI, Der Gipsverband, St. Petersburg 1857. — SPRENGEL, Handbuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde, Halle 1801. — TÖPLI, Studien zur Geschichte der Anatomie im Mittelalter, Wien 1898.

Referate.

INOUE (Erlangen): Über die Resorption von Jod etc.

Die Jodsalze werden zwar durch Salzsäure allmählich zerlegt, aber durch die in normalem Magensaft vorkommende HCl (0.2%) werden sie innerhalb einer Stunde gar nicht oder nur ganz minimal gespalten („Arc h. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX, Nr. 6).

Das Jod in wässriger Lösung wird bei Hunden und Katzen vom Magen aus resorbiert. Die Injektion von LUGOLScher Lösung in den Magen ruft keine Ausscheidung von normalem Magensaft (HCl) hervor. Schwache alkoholische Jodlösung von der Konzentration von 0.075% bis 0.1% wird von der Magenschleimhaut der Hunde ganz wenig resorbiert, ruft aber dabei starke Schleimhautentzündung hervor und führt zu Transsudation in die Magenöhle. Die Injektion von konzentrierter Jodkaliumlösung in den Magen führt nicht zur Ausscheidung von Magensaft, bzw. HCl.

Sobald Jodreaktion im Speichel eintritt, ist die Jodsatzlösung vom Magen aus schon weit in den Dünndarm befördert.

Nach 5 Minuten ist die Jodreaktion schon ziemlich weit im Dünndarm nachweisbar, bevor noch die Jodreaktion im Speichel eintritt.

B.

HEYMAN (Berlin): Eine neue Methode der quantitativen Bestimmung des Milchzuckers in der Milch.

Durch Kochen der Milch mit Alkalien entsteht eine Verfärbung, deren Intensität bei Erfüllung gewisser Versuchsbedingungen nur von der Quantität des Milchzuckers abhängig ist. Auf Grund dieser Beobachtung hat der Verf. („Hyg. Rundschau“, 1904, Nr. 3) eine leicht ausführbare, kolorimetrische Methode der quantitativen Milchzuckerbestimmung in der Milch ausgearbeitet, die bei hinreichender Genauigkeit an Einfachheit nichts zu wünschen übrig läßt.

A.

A. LANDAU (Warschau): Über die Stickstoffverteilung im Harn des gesunden Menschen.

Die Art des genossenen Eiweißes hat keinen bedeutenden Einfluß auf die Stickstoffverteilung im Harn; etwas größere Schwankungen lassen sich nur in der Fraktion des Aminosäurenstickstoffs

bemerken, wobei unter den vier Eiweißarten — Kasein, Pflanzeiweiß, Leim und Fleisch — den größten prozentualen Gehalt an Aminosäurenstickstoff die Fleischkost, den geringsten die Kaseinkost verursacht („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 5 u. 6).

Der Wert der Aminosäurenfraktion kann künstlich erhöht werden durch die Darreichung von Amidosäuren; diese Steigerung verschwindet jedoch, wenn man gleichzeitig Natrium bicarbonicum einnehmen läßt. Über- und Unterernährung mäßigen Grades führen zu keiner bedeutenden Änderung der Stickstoffverteilung im Harn.
B.

P. HAMPELN (Riga): Über den Volarton.

Verf. bezeichnet mit diesem Namen („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 9) einen Gefäßton am Arcus volaris, der bei leichtem oder stärkerem Stethoskopdruck auftritt, oft kurz und laut, dann wieder leise und schwer nachweisbar klingend. Je nach der wechselnden Lage des Arcus findet man ihn bald in der Mitte der Vola, bald mehr zum Fingeransatz hin. Volarpuls und Volarton korrespondieren nicht immer miteinander. Der Ton ist häufiger als der Puls, während man in anderen Fällen wieder einen Puls wahrnimmt, ohne einen Ton zu hören. H. fand diesen Volarton bisher hauptsächlich in Fällen ausgesprochener oder doch verdächtiger Arteriosklerose. Der Radialpuls erschien dabei freilich fast ausnahmslos gespannt, doch nicht immer so deutlich, daß allein daraufhin die Diagnose der Arteriosklerose gestellt werden konnte. Gerade in solchen Fällen schien der Volarton für die richtige Auffassung des Pulses und Beurteilung der etwa vorliegenden Arteriosklerose von Bedeutung zu sein. Sehr häufig lag neben dem Volarton eine deutliche Verstärkung des zweiten Aorten- und Karotistones vor, die andere Male wieder trotz deutlichen Volartones fehlte. Ebenso verhielt sich der Volarton zum Blutdruck, der, meist erhöht, in anderen Fällen trotz gespannten Pulses und deutlichen Volartones die gewöhnlichen Werte nicht überstieg.

Nur selten bei stärkerer Arteriosklerose konnte H. neben dem Volarton auch den Radialton hören; in der Regel bestand der Volarton ganz allein. Aus diesen Beobachtungen, ihre Bestätigung vorausgesetzt, folgt die klinische Stellung des Volartones als eines weiteren Merkmals der Arteriosklerose.
BR.

OBERWINTER (Köln): Über die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme etc.

Seine Erfahrungen über die Differentialdiagnose der skarlatiniformen Serumexantheme gegen echten Scharlach faßt O. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 52) in folgender Weise zusammen: Die in den ersten fünf Tagen, besonders am dritten bis fünften Tage nach einer Seruminjektion, resp. nach der Hospitalaufnahme, auftretenden, sprießlichen Exantheme sind mit großer Vorsicht zu beurteilen und werden sich in den allermeisten Fällen als echte Skarlatina entpuppen. Der Beginn des Exanthems an der Injektionsstelle spricht durchaus nicht sicher für Serumexanthem, kommt vielmehr auch bei echter Skarlatina vor. Für während der ersten Tage des Hospitalaufenthaltes bei echter Diphtherie auftretende Skarlatinaexantheme möchte O. bei einer größeren Anzahl von Fällen eine außerhalb des Hospitals erfolgte primäre Doppelinfektion mit echter Diphtherie und Scharlach zugleich annehmen. Das Vorkommen echter skarlatiniformer Serumexantheme bezweifelt Verf. nicht.
G.

LEDDERHOSE (Straßburg): Über die Regeneration der unterbundenen Saphena.

Die Rezidiven, die sich nach den Unterbindungen der Vena saphena — wenn auch selten — einzustellen pflegen, wurden von einigen Beobachtern dahin erklärt, daß neben der Unterbindungsstelle ein Kollateralkreislauf entsteht, der das Venengebiet wieder in direkte Verbindung mit dem rechten Herzen setzt.

Dieser Ansicht gegenüber betont der Verf. („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 71, H. 3 u. 4), daß ein Rezidiv der Varikositäten noch auf andere Weise entstehen kann. Es gelang ihm nämlich,

anlässlich von Nachoperationen einwandfrei nachzuweisen, daß nicht ein Kollateralkreislauf entstand, sondern daß die unterbundenen Enden des Gefäßes selbst für den Blutstrom durchgängig wurden und geradlinig miteinander in Verbindung traten. Diese Annahme, welche für die Frage der Gefäßregeneration von großer Wichtigkeit ist, konnte durch die mikroskopische Untersuchung des Präparates sicher bestätigt werden.
ERDHEIM.

RAPHAEL LEVI (München): Über die Beeinflussung der physiologischen Erregbarkeit.

Die Versuche am Lebenden und experimentelle Untersuchungen zeigen übereinstimmend („Neurol. Zentralbl.“, 1903, Nr. 9), daß die Erregbarkeit des Muskels durch den faradischen Strom im Sinne einer Steigerung beeinflusst wird. Diese kommt aber in der Regel erst nach wiederholter elektrischer Reizung zum Ausdruck, während nach einem Male eine augenblickliche Herabsetzung eintreten kann.
INFELD.

SCHIFFMACHER (Mainz): Senile Osteomalacie.

Es empfiehlt sich („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 13), jedenfalls bei der Diagnose daran festzuhalten, daß Verdünnungen der Kortikalis bei Vermehrung des Fettmarkes der Röhrenknochen und Spontanfrakturen, überhaupt erhöhte Brüchigkeit, ferner das Auftreten schmaler osteoider Stellen, auch bei rein atrophischen Knochenprozessen, im Senium zu finden sind. Senile Osteomalacie darf nur als gesichert angenommen werden bei ausgesprochener Erweichung und Deformation der Knochen und bei stärkerer Entwicklung kalkfreien osteoiden Gewebes. Die Unsicherheit in der Diagnose bei manchen minder ausgeprägten Fällen im Verein mit der viel zu unscharfen Präzisierung der zwischen Osteomalacie und Osteoporose bestehenden Unterscheidungsmerkmale seitens einzelner Autoren konnte ja leicht zu Zweifeln an der Existenz oder der gänzlichen Negation solcher Spätformen unserer Krankheit führen. Demgegenüber ist aber entschieden zu betonen, daß es auch im beginnenden Senium noch Erkrankungen an Osteomalacie gibt, die in allen ihren Symptomen mit den sonstigen Fällen nicht puerperaler Osteomalacie übereinstimmen und jedenfalls strikte von der gewöhnlichen Osteoporose geschieden werden müssen.
L.

P. E. LAUNOIS et P. MULON (Paris): Etude sur l'hypophyse humaine à la fin de la gestation.

In beiden untersuchten Fällen, welche kurz vorher entbundene Frauen betrafen, zeigte der Epitheliallappen der Hypophyse im Verhältnis zum Nervenlappen ein bedeutend größeres Volumen, als dies im normalen Zustande der Fall ist. Zugleich erschien eine regelmäßige Anordnung der Drüsenschläuche, welche alle von der Peripherie gegen das Innere konvergierten, sowie eine Verschiedenheit im Aussehen der zelligen Elemente auffallend. Die letzteren („Annal. de gynéc. et l'obstétr.“ Janvier 1904) lassen auf eine vermehrte funktionelle Tätigkeit schließen, welche insbesondere eine Zellkategorie betrifft, die wegen ihrer Eigenschaft, durch das HEIDENHAINsche Eisenhämatoxylin mehr weniger schwarz gefärbt zu werden, als „sidérophiles“ bezeichnet werden.
FISCHER.

Kleine Mitteilungen.

— Den Einfluß von Operationen auf Verlauf und Ausgang des Diabetes erörtert O. KÖRNER („Grenzgeb. der Med. u. Chir.“, Bd. XII, H. 5). Sein Material umfaßt 38 operierte Fälle von akuter Entzündung des Warzenfortsatzes, eine bei Zuckerkranken sehr häufig vorkommende Affektion. Die Fälle werden nach den allgemein bekannten Grundsätzen in leichte, mittelschwere und schwere eingeteilt. Von den leichten Fällen (13 Beobachtungen) heilten alle glatt in durchschnittlich 9 Wochen; einigmal wurde vorübergehende Steigerung der Glykosurie gesehen. Ebenso gingen die (5) mittelschweren Fälle alle in Genesung über, der Diabetes wurde nicht verschlim-

mert. Dagegen starben von neun operierten schweren Diabetikern drei durch Koma am 4.—8. Tage, einer durch Marasmus; zwei weitere zeigten nach dem Eingriff vorübergehende Benommenheit; die 5 geheilten Fälle wurden zum Teil auch bezüglich des Diabetes gebessert. Prophylaktisch empfiehlt K. in solchen Fällen eine geeignete Diät, sowie große Gaben von Natr. bicarb. vor der Operation. Die Narkose ist möglichst abzukürzen. Aus den mitgeteilten Beobachtungen schließt er, daß Operationen bei leichtem Diabetes keine Gefahren bringen; Eingriffe exindicatione vitali sind auch bei mittelschweren und schweren Fällen erlaubt.

— Das **Hetol** wird zur Behandlung der Tuberkulose nach BRASCH („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 9) direkt in die Adern gespritzt, und zwar in die Venen der Ellenbeuge — intravenöse Hetolinjektionen. Verwendet wird eine 1%, 2% und 5%ige Lösung von synthetisch hergestelltem, chemisch reinem Hetol, wie es die chemische Fabrik Kalle & Komp. in Biebrich a. Rh. in den Handel bringt. Diese Fabrik liefert das Hetol in kleinen Glastuben von ca. 1 cm³ Inhalt sterilisiert, und gebrauchsfertig. Je 12 solcher Tuben befinden sich in einem Karton und sind uneröffnet unbegrenzt haltbar. Der Inhalt einer angebrochenen Tube muß hintereinander verbraucht werden; ein Rest, der eventuell übrig bleibt, ist fortzuwerfen. Verf. injiziert dreimal wöchentlich an bestimmten Tagen. Der Patient hat dauernd dreimal täglich seine Körpertemperatur unter der Zunge zu messen und eine Temperaturkurve anzulegen. Das Hetol wird in allmählich steigender Dosis injiziert. Angefangen wird mit 1 mg (ein Teilstrich der PRAVAZschen Spritze bei 1%iger Lösung) und von Injektion zu Injektion um 0.5 bis 1 mg gestiegen. Über 20 mg hat Verf. noch niemals auf einmal injiziert, selten 15 mg, meist genügt als Maximaldosis 10 mg.

— Zur **Behandlung der intestinalen Infektionen** empfiehlt GANDUCHEAU („Sem. méd.“, 1904, Nr. 7) Kombinationen eines Abführmittels mit einem Antiseptikum. Sein Verfahren besteht darin, daß zunächst eine kräftige Dosis eines Chininsalzes verabreicht wird (2 g intern oder 5 g im Klysm), gleichzeitig oder unmittelbar danach ein salinisches Abführmittel, z. B. Natriumsulfat in der Dosis von 35 bis 45 g. In 8 Fällen von Diarrhöe, bzw. Dysenterie und Magenverstimmung, hat das Verfahren günstige Ergebnisse gehabt. Bei einem Kranken traten vorübergehend Tenesmus, Leibschmerzen und blutige Stühle nach der Medikation auf, mit der Ausfällung des Chinins in dem alkalischen Medium zusammenhängend. Zur Vermeidung solcher Zufälle empfiehlt es sich, eine Stunde nach der Chinindarreichung ein säuerliches Getränk, z. B. Weinsäurelimonade, zu verabreichen.

— Eine **medikamentöse Therapie der Fissura ani** empfiehlt KATZENSTEIN („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 12). Er geht darauf aus, die in der Fissur liegenden Nervenendigungen abzustumpfen, den Krampf des Sphinkters zu beseitigen und auf diese Weise eine Heilung der Fissur zustande zu bringen. Er verschreibt: Extr. Belladonnae 0.5, Cocaini mur. 0.05, Ammon. sulf. ichthyol. ad 6. Ein mit dieser angewärmten Mischung getränktes Stückchen Watte, das fadenförmig gerollt ist, wird mit Hilfe einer Sonde möglichst auf die Fissur appliziert. Diese Prozedur wird 8—14 Tage lang ein- bis zweimal täglich wiederholt. Daneben werden Sitzbäder verabreicht und man sorgt für Regulierung des Stuhles.

— Die neuerdings hergestellten, in praktischen kleinen Packungen käuflichen **Collargol-Tabletten** zu 0.05 Collargol enthalten den Arzt der Mühe, für die verschiedenen Erkrankungen mehrere Antiseptika halten zu müssen (CREDE, „Allgem. med. Zentral-Ztg.“ 1904, Nr. 12). Frische Wunden können ganz in Ruhe gelassen werden; nur ihre Umgebung braucht mit Seifenwasser oder Collargolwasser 1:5000 (2 Tabletten in 500 g reinen Wassers) gereinigt zu werden, während man in die Wunde, je nach ihrer Größe und Bedeutung, $\frac{1}{2}$ —3 Collargol-Tabletten einlegt und dann mit steriler Gaze oder sonst einem reinen Verbandstoff bedeckt. Die Tablette zergeht ganz langsam, macht das Wundsekret zu einem absolut sterilen, wirkt durch Resorption in die Ferne und macht aus dem bedeckenden Verbandstoff einen antiseptischen, braun aussehenden Stoff. Gequetschte Wunden bekommen darüber in den ersten Tagen einen Prießnitzschen Verband, andere einen trockenen. Mit starken Lösungen von 1:100—500

(2—10 Tabletten auf 50.0 Wasser) wäscht man größere septische Wunden, Abszeßhöhlen, alle Körperhöhlen aus, event. mit Zurücklassung von Lösung in denselben. Durch Eintauchen von Verbandmull in diese Lösung stellt man sich einen sofort anwendbaren antiseptischen Verbandstoff dar. Die schwächeren Lösungen von 1:5000—10.000 (1—2 Tabletten auf 50.0 Wasser) dienen zu reizlosen Spülungen von Wunden, der Blase etc. Mit den Tabletten stellt sich der Arzt auch die 2%ige Lösung zur intravenösen Injektion dar. Neben der Anwendung von Collargol in Tablettenform behalten natürlich die anderen Darreichungsformen ihre Berechtigung und Geltung.

— Zur lokalen **Diphtherietherapie** empfiehlt HECKER („Therapeut. Monatsh.“, 1904, Nr. 1) eine 50%ige Chlorzinklösung; er verwendet als Ätzmittelträger ein Holzstäbchen, an dessen Ende ein Wattebäuschchen mit etwas Gaze festgebunden wird. Nach vorangegangener Kokainisierung werden die erkrankten Rachenteile energisch geätzt. Schon vor Einführung des Diphtherieheilserums erzielte Verf. mit dieser Methode außerordentliche Erfolge und wendet das Verfahren jetzt kombiniert mit dem Diphtherieserum an.

— Das **Jodipin** kann nach den Erfahrungen von FUCHS („Heilm.-Rev.“, 1904, Nr. 1) alle bekannten Jodpräparate wirksam ersetzen und durch die allmähliche Abspaltung des in ihm enthaltenen Jods eine nachhaltigere Einwirkung auf die Organe erzielen. Es hat keine Nebenwirkungen (Jodismus) und kann auch in größeren Dosen angewandt werden. Seine beste Anwendungsform ist die subkutane.

— Die **Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen** erörtert v. BRUNS („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 1). Er gelangt zu folgenden Hauptsätzen: 1. Kankroide der Haut (Ulcus rodens) können in sehr vielen Fällen völlig geheilt werden. Bestrahlungsdauer (1—5 Sitzungen) insgesamt 30—60 Minuten. Nach 12- bis 14tägiger Latenzzeit tritt eine Rötung der umgebenden Haut und eine Erweichung und Abflachung des Randwalles ein. Das Geschwür bedeckt sich dann mit Granulationen, die sich allmählich überhäuten. Die Zeitdauer bis zur Heilung beträgt 4—8 Wochen, die Narbe ist wenig sichtbar. 2. Die eigentlichen Karzinome der tieferen Organe können noch nicht geheilt, wohl aber gebessert werden. Das gilt besonders für Brustkrebs. Völlige Heilung ist nur in einem einzigen von v. MIKULICZ und FITTIG beschriebenen Falle gelungen. Die Röntgenstrahlen sind imstande, Krebsgewebe zum Schwund zu bringen. Für die Unvollkommenheit der Erfolge ist neben der Ungunst des Materials die noch mangelhafte Technik heranzuziehen. Insbesondere ist noch keine sichere Dosierung möglich. Von den anfänglich angestrebten nekrotisierenden Röntgenverbrennungen ist wegen der außerordentlich langsamen Vernarbung Abstand zu nehmen. Bei der Dosierung ist die Nachwirkung der Röntgenstrahlen in Rechnung zu ziehen. Eine intensivere, zur Nekrotisierung führende Bestrahlung ist bisweilen bei sehr voluminösen Geschwülsten zu empfehlen. Die Heilwirkung der Röntgenstrahlen beruht darauf, daß unter dem Einfluß derselben eine Degeneration und vollständiges Zugrundegehen der Karzinomzellen eintritt. Die Röntgenstrahlen haben eine ausgesprochen elektive Wirkung auf die epithelialen Zellen.

— Der **Syrupus** und die **Capsulae Guajacoli composit.** Hell (Synonym: Aphtisin in Sirup- und in Kapselform) sind nach vielfachen in der „Ärztl. Zentral-Ztg.“, im „Med.-chir. Zentralbl.“, im „Reichs-Med.-Anz.“ etc. enthaltenen Angaben der Autoren zweifellos wirksam bei Lungenphthise und allen anderen Erkrankungen der Atmungsorgane, von angenehmem Geschmack und werden von jedermann gut vertragen; sie werden leicht resorbiert und wirken rasch und sicher. Man gibt den Sirup teelöffelweise nach Mahlzeiten, von den Kapseln 3—4mal täglich je eine, später je zwei Kapseln.

— In Bezug auf die **Frühoperation** bei Epityphlitis sagt PAYR („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 41, H. 4) Folgendes: Die Statistik der sogenannten „Frühoperation“ bei Epityphlitis ergibt zur Zeit, da ihr ein außerordentlich verschiedenartiges Material zugrunde liegt, keine einwandfreien Vorstellungen über die solcherart zu erzielenden Erfolge. Es gibt Fälle, bei denen die Notwendigkeit eines sofortigen operativen Eingriffes von einer immer größer werdenden Zahl von

Fachkollegen zugegeben wird. Es sind das vorwiegend jene, bei denen der kranke Appendix vom Zöcum medialwärts zieht und bei schwerer Erkrankung sich günstige Bedingungen für die Ausbreitung des Entzündungsprozesses finden. Ich halte es für fast ebenso wichtig, diese topographische Diagnostik auszubilden, als das klinische Bild mit dem jeweiligen Grade der pathologischen Veränderungen in Einklang zu bringen. Der prinzipielle Eingriff bei allen irgend schwerer einsetzenden Formen der Erkrankung ist das sicherste Mittel, die durch Versagen der Diagnose nach der einen oder anderen Seite drohenden Unglücksfälle zu vermeiden. Verf. schließt: Man entferne den kranken Wurmfortsatz, bevor er in die freie Bauchhöhle perforiert oder große Abszesse in der rechten Fossa iliaca und im kleinen Becken oder Allgemeinmetastasen erzeugt hat; wenn dies gelungen, so hatte man keine „Frühoperation“, sondern den Eingriff gerade noch zur rechten Zeit gemacht; operiert man nach der Perforation in die freie Bauchhöhle, so sinken die Chancen der Heilung proportional der Entfernung zwischen Durchbruch und heilendem Eingriff gerade so, wie beim perforierenden Magengeschwür und der durchgebrochenen Gallenblase.

Literarische Anzeigen.

Unser Kind. Ein Vormerkbüchlein über das Gedeihen des Kindes. Von Dr. Gustav Riether. Wien 1902, Alfred Hölder.

Den geschickt geordneten Vormerkrubriken sind in 70 kurzgefaßten Absätzen die wichtigsten Ratschläge für die Pflege und

Ernährung des Kindes angereicht. Der Autor (Primararzt und Leiter der niederösterreichischen Landes-Findelanstalt) verwertet hierbei reiche eigene Erfahrungen. Das Büchlein sei wärmstens empfohlen.
NEURATH.

Die Azetonkörper. Von Privatdozent Dr. R. Waldvogel. Oberarzt der med. Klinik in Göttingen. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke.

Die chemischen Arbeiten der letzten Jahre haben den Azetonkörpern ihr lebhaftes Interesse zugewandt; die Auffindung von Azeton im Urin nach der Narkose und in der Gravidität sowie bei gewissen Psychosen hat ebenso die Aufmerksamkeit der Kliniker wachgerufen, wie die Azetonausscheidung bei Digestionsstörungen und bei Diabetes. Der Verfasser hat mit rühmenswertem Fleiße das vorliegende Material gesichtet und auf Grund eigener Arbeiten sucht er die vielfachen Beziehungen zwischen den Azetonkörpern und der Pathologie aufzuhellen; ob sich freilich seine Hoffnung erfüllen kann, daß eine freundliche Vorstellungen weckende Anregung, welche die Schläfrigkeit hintanhaltend soll, ein beginnendes Coma diabeticum verschuchen werde, möchten wir wohl dahingestellt sein lassen. Über dieses Problem wird sich kaum eine Diskussion eröffnen lassen; andererseits zeigt aber der Verfasser eine ganze Reihe von ungelösten Fragen, durch deren Bearbeitung unsere Kenntnisse nicht nur hinsichtlich der Azetonkörper, sondern auch hinsichtlich der intimeren Inanitionsvorgänge und ihrer Beziehung zum Diabetes eine Förderung erfahren werden.
FE.

Feuilleton.

Moderne sozialärztliche Bestrebungen.

Von Dr. Ludwig Dresdner, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewes. 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München.

II.

Es dürfte manchem von Ihnen aufgefallen sein, daß ich mich in meinen bisherigen Ausführungen eigentlich mit keinem Worte über die Rückwirkung der derzeitigen kassenärztlichen Verhältnisse auf die Versicherten verbreitet habe. Ich habe auch heute ganz und gar nicht die Absicht, die Bedeutung der freien Arztwahl für die Versicherten zu erörtern. Wenn ich freilich den Vortrag ansehe, den ich vorgestern vor 10 Jahren in München gehalten habe, so finde ich darin alles mögliche in dieser Beziehung Gesagte, so „von der Notwendigkeit für jeden Versicherten, sich den Arzt seines Vertrauens wählen zu dürfen“. Ich bin in der Zwischenzeit um 10 Jahre älter geworden und liebe es nicht mehr, unfruchtbare Erörterungen anzustellen. Ich bin andererseits gewiß nicht geneigt, die Bedeutung eines richtigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten irgendwie zu unterschätzen. Sehen wir doch, wie der Patient die Verordnungen des Arztes, zu dem er Vertrauen hat, die Verordnungen „seines“ Arztes, wie er ihn in Gedanken bezeichnet, von vornherein sorgfältiger und aufmerksamer befolgt. Wir würden wohl auch in allen den Fällen, in denen Patienten ihre Heilung wenn auch nicht durch untergeordnete Kurpfuscher, so doch bei ihnen finden, vor einem Rätsel stehen, wenn wir nicht wüßten, daß diese Patienten — und alle leidenden Menschen neigen zur Autosuggestion — an die Kurpfuscher bereits im festesten Vertrauen auf deren Heilkraft herangetreten sind. Ob die Leute wirklich geheilt worden sind, oder ob die Heilung nur in ihrer Einbildung bestanden, ist einigermaßen gleichgültig: Der Effekt — ist derselbe. Aber für die Begründung der freien Arztwahl können wir das erwähnte Vertrauensmoment logischerweise nicht verwerten. Denn die freie Arztwahl bedeutet im Grunde genommen ja nur eine Vermehrung der Zahl der zu konsultierenden Ärzte, keineswegs die Möglichkeit, sich an jeden Arzt des Ortes oder des Landes wenden zu dürfen. Der eine findet schließlich den Arzt seines Vertrauens auch unter 5 Ärzten, der andere findet ihn

selbst unter 500 Ärzten nicht und begibt sich zum Kurpfuscher. Und dann: So wenig ich es den Ärzten verwehren will, die Versicherten für die freie Arztwahl zu gewinnen, — es ist taktisch unrichtig, die freie Arztwahl aus Rücksichten auf die Versicherten zu fordern. Die Erfahrung hat mich darüber belehrt, daß uns dies lediglich als Schwäche unserer eigenen Position ausgelegt wird. Ich habe es mir im Laufe der Zeit vollständig abgewöhnt, die Notwendigkeit der freien Arztwahl anders als vom ärztlich-wirtschaftlichen Standpunkte zu begründen. Wir haben als ärztlicher Stand im Interesse unserer Existenz das Recht, behufs Erhaltung eines gewissen sittlichen Niveaus in unserem Stande die Pflicht sie zu fordern. Mit andersartigen Begründungen würden wir lediglich unserem eigenen berechtigten Standpunkte etwas vergeben.

Andererseits kann ich nicht umhin, Ihnen wenigstens in gedrängtester Kürze zu berichten, was wir in Deutschland unter „freier Arztwahl“ überhaupt verstehen. Auch ist die Kenntnis unserer speziellen Einrichtungen auf diesem Gebiete unbedingt nötig. — Wenn reichsdeutsche Ärzte von freier Arztwahl sprechen, so verstehen sie darunter weder die absolut freie Arztwahl noch die beschränkt freie Arztwahl (d. h. die freie Wahl unter den Ärzten, die der Kassenvorstand so gütig gewesen ist zuzulassen), sondern allein die sogenannte bedingt freie Arztwahl. Das heißt: Es sind alle die Ärzte zur Kassenpraxis zugelassen, welche sich auf die zwischen den Krankenkassen einerseits, der „Ärztenschaft“ andererseits festgelegten Bedingungen und getroffenen Vereinbarungen verpflichtet haben, — unter welchen Ärzten sodann die Versicherten frei wählen dürfen. Ich lege den Nachdruck auf das Wort „Ärztenschaft“. Wir dulden nämlich keinen einzelnen Vertrag mit dem einzelnen Arzte. Wer Kassenpraxis treiben will, hat nichts anderes zu tun, als sich bei der Ärzteschaft anzumelden, die mit den Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen für seine Person anzuerkennen, dann ist er eo ipso zur Kassenpraxis zugelassen und wird in das Ärzteverzeichnis aufgenommen. Mit dem Kassenvorstande kommt der einzelne Arzt überhaupt nicht in Berührung. Das Wort „Kassenarzt“ — verschwindet.

Es ist dieser Vertragsabschluß — nicht mit dem einzelnen Arzte, sondern — mit der ganzen Ärzteschaft, gegen welchen sich die Krankenkassenvorstände lange Zeit so energisch gestemmt haben, aber nicht lediglich im Interesse der Ärzte, sondern vor allem gerade im Interesse der Krankenkassen selbst gelegen. Man kann dies nicht besser klar machen als mit den

folgenden Worten dieser „Die freie Arztwahl im Deutschen Reiche“ betitelten Schrift des Münchner Advokaten und früheren Krankenkassenvorsitzenden Dr. HENRICH, die einem jeden bekannt sein sollte, der sich mit der Frage der freien Arztwahl beschäftigt. Die Schrift gibt im wesentlichen die Ergebnisse einer großen Enquete wieder, die seitens der Münchner Ortskrankenkasse für das kaufmännische Personal, nachdem ich bei ihr die freie Arztwahl zum Siege geführt hatte, auf Grund eines von mir verfaßten, in der Schrift abgedruckten Fragebogens 1898 veranstaltet worden ist, und enthält ein außerordentlich reichhaltiges, gut verarbeitetes statistisches Material. Dr. HENRICH schreibt:

„Der Vertrag der Kasse wird behufs Einführung der freien Arztwahl nicht mit den einzelnen Ärzten, sondern mit einer Vereinigung von Ärzten geschlossen. Es ist dies nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern besonders auch der Kasse gelegen. — Die Münchner Ortskrankenkasse für das kaufmännische Personal wenigstens hat bei ihren Einzelverträgen mit zirka 60 Ärzten ungünstige Erfahrungen gemacht. Viele Ärzte stehen dem Inhalte des von ihnen selbst geschlossenen Vertrages unwissend, gleichgültig und auch unbehilflich gegenüber. Es fehlt eine Organisation, eine Leitung, die einerseits für Belehrung Sorge trägt, andererseits ausreichend darüber wacht, daß nicht das gewerbliche Interesse des einzelnen Arztes über das der Gesamtheit und nicht über das ethische Interesse des ärztlichen Standes gesetzt wird. Es kann nicht der aus Laien bestehende Kassenvorstand, sondern nur die Ärzteschaft selbst es genügend beurteilen, ob der Arzt z. B. unnötig viele Konsultationen vornimmt und dadurch die Kasse und nicht minder die ärztlichen Kollegen schädigt, da der Anteil des einen Arztes am Gesamthonorare durch hohe Konsultationsziffern des anderen begreiflicherweise sich verringert, usw. Es fehlt an der Möglichkeit, Belehrungen und Anweisungen zu generalisieren. Die einzelne Belehrung, die einzelne Anweisung, geht immer nur an den einzelnen Arzt und beschränkt sich auf dessen Kenntnisnahme allein.“

Es ist einem jeden, der die ärztlichen Verhältnisse kennt, ohne weiteres einleuchtend, daß es zumal in der ersten Zeit der freien Arztwahl mit ihrem Hinzutritte so vieler in Krankenkassenangelegenheiten gänzlich unbewandelter Kollegen ohne gelegentliche Belehrungen dieser Kollegen nicht abgeht. Aber nur wenn die Ärzteschaft selbst als einer der beiden Vertragskontrahenten das Ganze leitet, ist es möglich, die durch die Verfehlungen des einzelnen gesammelten Erfahrungen durch Versendung aufklärender Rundschreiben und in eigenen Vorträgen zur Belehrung aller an der freien Arztwahl beteiligten Kollegen zu verwenden und damit gerade im Interesse der Krankenkassen selbst, erzieherisch auf die Ärzte zu wirken. Auch kann man kaum schöner, als es dort von einem Krankenkassenvorsitzenden geschehen ist, aussprechen, daß solche Belehrungen nur von der Ärzteschaft, nicht von Laien ausgehen können.

Die Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft beziehen sich in erster Linie auf die Höhe und die Art der Verteilung des Honorars, das zumeist pauschaliter gezahlt wird. Doch ist das, was wir unter Pauschalbezahlung verstehen, etwas ganz anderes als das in Österreich leider so verbreitete System der pauschalierten Kassenärzte, welches wir etwa als das System der fixierten Kassenärzte bei Beschränkung der Tätigkeit des einzelnen Kassenarztes auf einen Rayon des Kassenbezirkes bezeichnen würden. Dieses letztere in Österreich noch fast allgemein gültige System galt bei uns von jeher als das niedrigste und erbärmlichste aller kassenärztlichen Versorgungssysteme und ist denn auch gänzlich verlassen worden. Unser Pauschalssystem besteht darin, daß von vornherein ein bestimmtes Gesamthonorar pro Kopf der Kassenmitglieder und pro Jahr ausgeworfen wird. Nehmen wir an, das Honorarpauschale betrüge bei einer Krankenkasse von 10.000 Mitgliedern pro Kopf und Jahr 3 Mark, dann würde sich das jährliche Gesamthonorar auf 10.000mal 3, also auf 30.000 Mark be-

laufen, welche beispielsweise angenommenen 30.000 Mark sich auf alle im Laufe des Jahres — innerhalb der gesetzlichen Unterstützungsdauer — vollzogenen ärztlichen Leistungen verteilen. Begreiflicherweise ist das, was auf die einzelne ärztliche Leistung entfällt, von sehr verschiedener Höhe, umso größer, je kleiner die Gesamtzahl dieser Einzelleistungen, und umgekehrt. — In praxi dürfte die Honorierung der ärztlichen Einzelleistung genau so jämmerlich ausgefallen sein — mit einigen Ausnahmen —, wie in Österreich bei dem Systeme der pauschalierten Kassenärzte. Doch spricht dies nicht ohne weiteres gegen unser Pauschalssystem, sondern zunächst lediglich gegen dessen allgemein zu geringe Höhe. Es wäre z. B. an sich nicht ausgeschlossen, unser Pauschale auf eine solche Höhe zu bringen, daß das, was auf die ärztliche Einzelleistung entfiel, noch höher wäre als der Satz, der auf sie entfallen würde, wenn jede Einzelleistung von vornherein gesondert — z. B. nach der Minimaltaxe der staatlichen Gebührenordnung — bezahlt würde. (Wobei ich bemerke, daß wir von gewissen Kategorien der Versicherten unter allen Umständen die gesonderte Bezahlung jeder einzelnen Leistung beanspruchen!) So kam schon unter der freien Arztwahl bei der erwähnten kaufmännischen Ortskrankenkasse, einer Kasse von Versicherungspflichtigen, die einzelne Konsultation in der Wohnung des Arztes auf 60 Pfennige, der Besuch in der Wohnung des Patienten auf 1.20 Mark zu stehen. Ich glaube mich nicht zu irren mit der Annahme, daß unter der allgemeinen freien Arztwahl, wie sie auf Grund des erfochtenen Sieges seit dem 1. Januar in München besteht, infolge des erheblich erhöhten Honorarpauschales die Sprechstundenberatung sich auf fast 1 Krone — wenn ich mir erlauben darf, die österreichische Währung zugrunde zu legen — und der Besuch beim Patienten sich auf fast 1 Gulden bemessen werde. Es handelt sich um Versicherungspflichtige mit einem Einkommen von unter 2000 Mark! Und nun die Hauptsache: Seit dem 1. Januar müssen in München so ziemlich alle spezialistischen Leistungen nach einer von den Ärzten aufgestellten Ortstaxe ganz außerhalb der Pauschalsumme und neben derselben gesondert honoriert werden. So konnte endlich einmal auch etwas für die Spezialärzte, diese eigentlichen Stiefkinder des Krankenkassenarztes, erreicht werden. In der Tat sind seit dem 1. Januar unsere hervorragendsten Spezialärzte an der freien Arztwahl bei den Krankenkassen beteiligt. Spezialistische Leistungen können selbstverständlich auch von einfachen praktischen Ärzten, die entsprechend ausgebildet sind, vollzogen werden und werden dann gleichfalls nach den Sätzen der Ortstaxe honoriert.

Ja — eine geeinte Ärzteschaft darf es unternehmen, die Bedingungen zu diktieren. Ich behaupte und mache mich anheischig, dies haarscharf zu beweisen, daß bei keiner irgendwie gearteten separatistischen Bestrebung — und es hat an sich jeder das Recht sich dorthin zu stellen, wohin es ihm beliebt — dem einzelnen auch nur annähernd die Vorteile erwachsen können, die bei einem Hand-in-handgehen aller Kollegen unter allen Umständen für jeden einzelnen Arzt erreicht werden können.

Das ärztliche Honorar — mit Ausnahme der für die spezialistischen Leistungen sich ergebenden Summen — wird zu Beginn eines jeden Quartales für das soeben abgelaufene Quartal, nach dessen durchschnittlicher Mitgliederzahl berechnet, an die Ärzteschaft oder richtiger dem geschäftlichen Vereine, zu welchem sich die Kassenpraxis treibenden Ärzte zusammenschließen, ausbezahlt. Bis zur Verteilung an die Ärzte läßt man sich das Geld ruhig auf einer Bank verzinsen. Um jede Berührung des Arztes mit dem Kassenvorstande auszuschließen, übernimmt die Ärzteschaft auch die Honorarauszahlung an die einzelnen Ärzte. Zur Erledigung des ganzen geschäftlichen Verkehrs wurde in München am 1. Januar von dem erwähnten geschäftlichen Vereine ein eigenes Geschäftsbureau gegründet, das ein Arzt als besoldeter Geschäftsführer leitet. — Daneben bestehen verschiedene ärztliche Kommissionen, so die Kommission zur Regelung des Arzneverordnungswezens, die Kommission zu Begutachtungen bei Simulationsverdacht, in welchem Falle zwei Mitglieder dieser

Kommission zusammen mit dem behandelnden Arzte den Patienten untersuchen, und andere. In allen diesen Körperschaften sitzen junge und ältere, arme und reiche Kollegen, wenn auch nicht immer friedlich nebeneinander. Auch dieses oder jenes Mitglied der medizinischen Fakultät ist vertreten. Eine Unsumme von Arbeit wird hier rein ehrenamtlich im Interesse der Kollegen und im Interesse der Krankenkassen selbst geleistet. So entschieden unsere Ärzte ihre berechtigten Forderungen zu vertreten gewußt haben, ebenso energisch treten sie „für“ die Krankenkassen ein, wenn es gilt, sie gegen unreelle Gebarungen einzelner Ärzte zu schützen. Auch die Ärzte sind — Menschen mit natürlichen Bedürfnissen: Wie wäre es da möglich, daß nicht hier und da Verfehlungen vorkämen! Aber: Was der Arzt sich von den ausschließlich im Dienste der Krankenkassen stehenden und von ihnen besoldeten Kontrollärzten nie hat recht gefallen lassen wollen, — von den von ihm selbst gewählten, ehrenamtlich tätigen Kollegen läßt er sich ruhig befehlen.

Es ist freilich nicht ausgeschlossen, daß ein außerordentliches Anwachsen der Geschäfte auch unsere Krankenkassen nötigen wird, mit Zustimmung der Ärzteschaft eigene Kontroll- bzw. Vertrauensärzte anzustellen. Doch ist es völlig undenkbar, daß sich dieses Institut der Kontrollärzte bei uns in einer Weise ausgewachsen könnte, wie in Österreich. Wo man in Österreich bei irgendwelchen Kassen, zumal aber bei Krankenvereinen, die statutarisch freie ärztliche Behandlung überhaupt nicht gewähren, Kontrollärzte in größerer Zahl angestellt findet, möge man davon überzeugt sein, daß die „Kontrollärzte“ lediglich die Tatsache verdecken sollen, — daß den Angehörigen dieser Versicherungseinrichtungen in den Inhabern der Kontrollarztstellen behandelnde Ärzte unter besonders günstigen — die Gesamtheit des ärztlichen Standes aber schwer schädigenden — Umständen zur Verfügung stehen. Bei uns würden Kontroll- bzw. Vertrauensärzte den Krankenkassen, wenn auch von diesen bezahlt, so doch von der Ärzteschaft präsentiert werden; sie hätten im Rahmen der ärztlichen Organisation zu stehen und sich ihr unterzuordnen; sie hätten ferner auf die Ausübung jeder rein ärztlichen Tätigkeit bei den Versicherungseinrichtungen, bei denen sie angestellt sind, zu verzichten; sie müßten dementsprechend in einer Weise bezahlt werden, die ihnen den Verzicht auf einen Teil ärztlich-praktischer Tätigkeit gestattet. Andererseits aber ermöglicht die Reduzierung ihrer Beschäftigung auf eine ausschließlich beratende und kontrollierende ihre Anstellung in einer so geringen Zahl, daß die Finanzen der Versicherungseinrichtungen dadurch in kaum nennenswerter Weise belastet werden. Auf diese Weise dürfte man bei der großen, 93.000 Mitglieder zählenden zentralisierten Münchner Ortskrankenkasse mit höchstens zwei Kontroll- bzw. Vertrauensärzten vollkommen ausreichen. Kleinere Krankenkassen müßten sich eben behufs Anstellung selbst einer geringen Zahl solcher Ärzte mit anderen Krankenkassen für den speziellen Zweck zusammenschließen.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich vor Ihnen ausführlich erörtern, wie die freie Arztwahl die Krankenkassen in „finanzieller“ Beziehung beeinflusst. Sie wissen, daß die Krankenkassenvorstände, für welche die freie Arztwahl eine starke Einbuße an persönlicher Macht und Willkür bedeutet, in ihrer großen Mehrzahl Gegner der freien Arztwahl sind, sie wissen aber vielleicht nicht, daß sich auf dem letzten deutschen Krankenkassenkongresse eigentlich keine Stimme gegen die freie Arztwahl an sich erhoben hat, sondern lediglich gegen die allgemeine Einführung derselben ohne Berücksichtigung des verschiedenen Risikos der einzelnen Krankenkassen Stellung genommen worden ist. Ich unterlasse die angedeutete Erörterung um so mehr, als selbst eine eventuelle ungünstige finanzielle Beeinflussung der Krankenkassen durch die freie Arztwahl für zielbewußte Ärzte kein Grund wäre auf sie zu verzichten. Doch gebe ich eine solche Beeinflussung unter keinen Umständen zu. Lediglich ein Ausgabeposten erfährt mit Einführung der freien Arztwahl eine und zwar ganz bedeutende Erhöhung: Der für das ärztliche

Gesamthonorar. Ohne diese Erhöhung wäre die freie Arztwahl bei uns einfach unmöglich, ja — wäre sie sogar in gewissem Sinne schädlich.

Dabei ist die überaus interessante, durch Erfahrungen aller Orten unbedingt feststehende Tatsache zu konstatieren, daß an diesem bedeutenden Plus kassenärztlichen Honorares in erster Linie — die bisherigen Kassenärzte partizipieren. Für alle übrigen Ärzte liegt die Bedeutung der freien Arztwahl lange Zeit hindurch fast allein auf dem ethischen Gebiete. Ja, diese ehemaligen Kassenärzte, die mit Bangen und Zagen dem Tage entgegengesehen, an welchem sie ihrer Monopole verlustig gehen würden, sind die gewesen, die überall von der Einführung der freien Arztwahl den Hauptvorteil gehabt haben. Mochte der eine oder der andere von ihnen wirklich einzelne Patienten verloren haben, die mit der Einführung der freien Arztwahl unzweifelhaft verbunden gewesene erhebliche Erhöhung des Gesamthonorars brachte das in gewissem Sinne Verlorene reichlich wieder ein. In der Mehrzahl der Fälle war es indessen gar nicht einmal zu einem Verluste an Patienten gekommen. Es wäre ein arger Irrtum, zu glauben, daß mit dem Beginne der freien Arztwahl so etwas wie ein allgemeiner Arztwechsel vor sich ginge: Die freie Arztwahl braucht lange Zeit, um in das Bewußtsein der Versicherten überzugehen. Eine große Anzahl der Kollegen und bisherigen Kassenärzte hatte somit von der freien Arztwahl geradezu einen erheblichen materiellen Gewinn, wie z. B. auch die, die bislang nur bei dieser oder jener Krankenkasse tätig gewesen, durch die Einführung der allgemeinen freien Arztwahl aber bei allen Krankenkassen Beschäftigung gefunden. Seien Sie davon überzeugt, daß ich, der ich bei unserer Münchner Bewegung eine gewisse Zeit hindurch das eigentlich treibende Element gewesen bin, mich der schweren Verantwortung voll und ganz bewußt war! Jawohl, ich wußte, daß diese derzeitigen Kassenärzte in ihrer großen Mehrzahl Leute seien, die für Familien zu sorgen hätten. Nun — die freie Arztwahl in München seit dem 1. Januar steht, wie ich weiß, unter dem Zeichen einer ganz außerordentlichen Erhöhung des Einkommens der bisherigen Kassenärzte!

Die Möglichkeit, daß die ehemaligen Kassenärzte durch die Einführung der freien Arztwahl irgendwie geschädigt werden könnten, war für mich so völlig ausgeschlossen, daß ich, falls es beansprucht worden wäre, selbst beantragt haben würde, diesen Kassenärzten auf Jahre hinaus für die Erhaltung ihres durchschnittlichen Kasseneinkommens aus den letzten drei Jahren bindende Garantie zu leisten. Die garantierten Summen wären eventuell von dem Gesamthonorare vorweg in Abzug zu bringen gewesen. Es wurde nicht verlangt. Aber — es war vielleicht gar kein Akt eines besonderen Heroismus auf Seiten der Herren Kassenärzte nötig, um zum Anschlusse an die übrigen Ärzte zu gelangen. Was kann es denn schöneres geben, als angenehmere, unabhängigere Tätigkeit, größte Rechtssicherheit der Stellung und vermehrtes Einkommen! — Aber, Du lieber Gott, was hindert Sie denn in Österreich, wenn anders es nicht möglich sein sollte, zu einer Einigung behufs gemeinsamen Vorgehens zu gelangen, eine solche Garantie von Ort zu Ort wirklich zu geben! Sie werden dabei nirgends etwas riskieren. Voraussetzung ist und bleibt, daß das Gesamthonorar eine bedeutende Erhöhung erfährt, ohne welche die freie Arztwahl ja überhaupt nicht durchzuführen wäre, und daß wie bei uns die organisierte Ärzteschaft des Ortes unter der freien Arztwahl die Honorarzahlung selbst besorgt. Bei alledem handelt es sich zunächst um ein Vorgehen gegen Krankenkassen allein. Auch weiß ich sehr wohl, daß die Verwirklichung meines Vorschlages durch Ihr System der pauschalirten Kassenärzte etwas erschwert wird. Vielleicht auch nicht! Sollte denn nicht die Tatsache, daß die in ihrer Tätigkeit bisher auf einen einzelnen Rayon des Kassenbezirkes beschränkten Ärzte mit Einführung der freien Arztwahl weit über diesen Rayon hinaus erweiterte Tätigkeit finden, die Garantieleistung eher erleichtern?! Und — viele Wege führen nach Rom. Ich maße mir nicht an, auch nur einigermaßen erschöpft zu haben,

was alles im Rahmen eines Übergangsstadiums an Fürsorge für die bisherigen Kassenärzte getroffen werden könnte. Ich entsinne mich z. B. in diesem Augenblicke, einmal einen Vorschlag des Herrn Dr. GRÜSS gelesen zu haben dahingehend: „Keine Neuanstellung eines pauschalierten Kassenarztes mehr und in jedem Rayon, in welchem aus irgend einem Grunde der pauschalierte Kassenarzt entfällt, zunächst für diesen Rayon Einführung der freien Arztwahl!“ Ein sehr beachtenswerter Vorschlag, wenn es auch vielleicht bis zur allgemeinen Einführung der freien Arztwahl dann etwas lange dauert, und wenn es auch gerade kein besonders erhebendes Gefühl ist, gewissermaßen auf der Warte stehen zu müssen, bis es den betreffenden Herren Kollegen gefällt, mit dem Tode abzugehen. — Ich würde Ihnen zu nahe treten, hielte ich Sie nicht für fähig, selbst die Mittel und Wege zu finden, die auf diesem Gebiete zum Ziele führen.

Im übrigen erkläre ich Ihnen aus meiner innersten Überzeugung heraus, daß Sie die freie Arztwahl in Österreich niemals auf reichsgesetzlichem Wege erhalten werden, ebensowenig wie wir reichsdeutschen Ärzte sie jemals auf gesetzlichem Wege — trotz Antrag Dr. BECKER zum deutschen Reichstage — erlangen werden. Noch heute steht unverrückbar fest, was ich vorgestern vor 10 Jahren in meinem erwähnten Vortrage gesagt habe, nämlich, „daß eine Besserung unserer sozialen Lage und auch die freie Arztwahl nur aus der eigenen inneren Kraft des ärztlichen Standes heraus erwachsen könne“.

Diese Kraft zu organisieren und sie gegebenen Falles zu mobilisieren, ist des Schweißes aller Edlen wert! Aber wie soll dies geschehen? Nun, lassen Sie sich einmal von einem Manne, der vor nicht langer Zeit selbst der Vorsitzende eines ärztlichen Ehrengerichtes gewesen ist, sagen:

Mit dem Hinweise auf das, wozu „die Ehre und Würde des ärztlichen Standes“ veranlassen sollte, werden sie diese Organisation der unserem Stande inwohnenden Kraft nie und nimmermehr erreichen! — Wir können uns, so schmerzlich es auch für uns sein mag, nicht länger der Überzeugung verschließen, daß der Hinweis auf die Ehre und Würde des ärztlichen Standes, der Hinweis auf die sog. „Standeswidrigkeit“ — sich praktisch nicht völlig bewährt hat. Es ist überhaupt ein eigenes Ding um — „die Gesamtehre eines ganzen Standes als solchen!“ „Gesamtansehen“, das lasse ich gelten: Denn es kann das Ansehen eines ganzen Standes schon dadurch erhöht oder entwertet werden, daß die Wissenschaft, die dem Stande, dem Berufe zugrunde liegt, im Kurse steigt oder fällt. Aber „Gesamtehre?“ Es gibt zudem wohl ebensowenig eine spezifische ärztliche Ehre, als es eine spezifische Juristenehre, eine spezifische Ehre der Theologen und Philologen gibt. Es gibt lediglich eine persönliche Ehre, und da ist die Ehre des einzelnen Arztes in keiner Weise von dem Ehrgefühl verschieden, das jeder anständige Mensch in der Brust trägt. Vielleicht gibt es noch eine besondere Abart des Ehrgefühls: Und die werden wir unseren Kollegen ins Herz pflanzen müssen! — Ich sagte vorher, daß der Hinweis auf die Standesehre „nicht zugkräftig“ gewesen sei. Kann man sich darüber wundern? Ja, ist es denn solange her, daß die Standesehre direkt dazu benutzt worden ist, jede kräftige wirtschaftliche Aktion in unserem Stande im Keime zu ersticken! Ist es gar solange her, frage ich, daß der Hinweis auf die „Ehre des Standes“ dazu benutzt worden ist, uns von einer jeden Berührung mit der Öffentlichkeit, dieser ersten und selbstverständlichen Voraussetzung für jede wirtschaftliche Betätigung zurückzuhalten, mit der Behauptung, die Ehre des Standes erfordere gebieterisch, daß die Öffentlichkeit von der traurigen Misere des ärztlichen Standes um alles in der Welt nichts erfahre! Kann man sich da darüber wundern, daß diese Standesehre unsere Kollegen nicht davon abgehalten hat, sich bei Krankenkassen und anderen Institutionen Sondervorteile aller Art zu verschaffen! Und doch wird man gewiß nicht behaupten können, diese Kollegen seien persönlich unehrenhaft. Hier liegt offenbar ein Widerspruch vor, zwischen dem, was die Ehre des Stan-

des verbiete, die Ehre des einzelnen anscheinend gestattet: Und an diesem Widerspruche kranken wir! Dem „Standesehrebegriffe“ vermögen alle diese Leute „andere Ehrbegriffe“ nicht ohne Erfolg entgegenzusetzen, indem sie sagen: Die Standesehre mag dieses oder jenes verbieten, aber meine persönliche Ehre gebietet mir, für mein Weib und für meine Kinder zu sorgen, in einer Weise zu sorgen, daß sie nicht der-einst mittellos zurückbleiben. Es ist auch gar nicht so leicht, anständig zu sein und standesgemäß zu handeln, — wenn man das tägliche Brot nicht hat! Und weiter: Ist es unehrenhaft, standeswidrig zu handeln, so ist es ebenso ehrlos in einer Weise dahin zu leben, daß nach dem Tode die Hinterbliebenen der öffentlichen und privaten Mildtätigkeit überantwortet sind. Aber — alle diese um ihre Existenz ringenden Kollegen wissen ja nicht, daß sie das, was sie auf ihren eigenen Wegen kümmerlich erreichen, bei einem planvollen Zusammengehen mit ihren Ständesgenossen weit besser und ergiebiger erreichen könnten! — Sehen Sie nun im Gegensatze hierzu, wie bei uns die einfachen Lohnarbeiter sowohl in ihrem beruflichen Leben als auch bei speziellen wirtschaftlichen Bestrebungen ihres Berufes alles perhorreszieren, was der Gesamtheit ihrer Berufsgenossen zu schaden geeignet wäre! Weil sie neben ihrer persönlichen Ehre noch etwas anderes, Kostliches besitzen, — was uns Ärzten leider Gottes nur zu lange gefehlt hat: Das soziale Ehrgefühl, das soziale Zusammengehörigkeitsgefühl!

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

HOFFA (Berlin): Beitrag zur PAGETSchen Knochen-erkrankung, die auch Ostitis chronica deformans, heute wohl meist Osteomalacia deformans chronica hypertrophica genannt wird. Demonstration von 3 Fällen mit exquisiter Verkrümmung der Knochen, die zu Verwechslung mit Osteosarkom Anlaß geben konnten, sich aber wohl, was ihre Ätiologie anbelangt, auf eine angeborene Lues zurückführen lassen.

KEHR (Halberstadt): Über 5 neue Operationen am Leber- und Gallensystem. (Mit Krankenvorstellungen.)

KEHR berichtet 1. über einen Fall von anscheinendem Stein im Cysticus, der sich als ein Aneurysma der A. hepatica entpuppte. Er machte die Exstirpation des Sackes, ohne daß Nekrose der Leber eintrat, mit völliger Heilung. Ein Beweis, daß das Vorurteil, die A. hepatica sei chirurgisch nicht anzugreifen, beiseite zu werfen ist. Der zweite Fall betraf einen Tumor des Ductus choledochus und hepaticus. K. machte die Resektion des Ductus choledochus und hepaticus mit darauffolgender Hepatico-Duodenostomie. Erster Fall von Resektion des gemeinsamen Gallenganges. In einem dritten Falle war er gezwungen, eine Hepato-Cholangio-Enterostomie zu machen. Exitus nach einigen Wochen. Ein vierter Fall zeigte einen bei einer Gallensteinoperation entstandenen Duodenaldefekt, den er so heilte, daß er beide Darmlumina nach völliger Trennung des Duodenum schloß und eine Gastroenterostomie anschloß. In dem fünften Falle mußte er den Fistelgang einer Pseudocyste des Pankreas, einer sogenannten Pankreas-Retentionscyste, die er anderswohin nicht ableiten konnte, in die Gallenblase einpflanzen mit nachfolgender Gastrocystotomie. Der Magen vertrug den Pankreassaft ohne weiteres. Es trat völlige Heilung in kurzer Zeit ein. Vorstellung des Patienten.

HABERER (Wien): Über die Bildung der Gallenblase aus dem Cysticustumpf.

Vortr. berichtet über Tierexperimente über das Verhalten des Cysticus nach Exstirpation der Gallenblase. Nach 7 Monaten fand er in einigen Fällen bereits ein neugebildetes Reservoir, welches der Ductus cysticus an der Ligaturstelle gebildet hatte. In den Fällen von vollständiger Resektion des Ductus cysticus konnte an der Ligaturstelle des Ductus hepaticus nur eine ganz leichte Erweiterung desselben gefunden werden.

KRASKE (Freiburg): Über die operative Entfernung der im Endteil des Choledochus liegenden Steine.

K. beleuchtet die Schwierigkeiten der Choledochotomie, ganz besonders, wenn ein Stein im Darmende des Ganges sitzt, die Verschiebende Steine zu mobilisieren und sie leberwärts zu schieben, die er nicht übertrieben wissen will, weil sie zu Verletzungen der Wand des Ganges, resp. der Darmwand führen, die wiederum eine Nekrose derselben im Gefolge haben können. Er selbst hat einen solchen Fall aufzuweisen, der innerhalb 5 Wochen nach der Operation an Inanition zugrunde gegangen ist. Man soll lieber das Duodenum mobilisieren, seitwärts drehen und inzidieren. Hierbei sind die Verletzungen des Pankreas allerdings in Betracht zu ziehen, dessen Durchschneidung aber, wie oft schon ausprobiert, nicht von üblen Folgen begleitet zu sein braucht. Dagegen kann das Pankreas eine sehr üble Rolle spielen, wenn ein Stein im Diverticulum Vateri sitzt, wie er in einem Falle hat erleben müssen. Nach Durchschneidung des Choledochus an seiner Einmündungsstelle in das Duodenum und Extraktion eines kirschkerngroßen Steines hielt die Naht in den ersten 3 Tagen gut, vom 4. Tage an aber fand eine so reichliche Sekretion von Pankreassekret mit nachfolgenden Hämorrhagien durch die Wände statt, daß die Patientin an Inanition zugrunde ging. Ob es möglich sei, solche Vorkommnisse durch Drainage des Pankreasausführungsganges zu verhüten, will Vortr. dahingestellt sein lassen, jedenfalls bezweifelt er die Möglichkeit der Drainage vom Choledochus aus ohne Eröffnung des Duodenum. Außerdem fürchtet er eine Infektion des Ductus Wirsungianus und deren Folgen. In einem ähnlichen Falle würde er aber nach KOCHER den Stein durch das Duodenum hindurch entfernen, wenn es sicher ist, daß derselbe im Divertikulum sitzt. Sonst empfiehlt er ein Vorgehen, welches er eine retroduodenale Choledochotomie nennen möchte.

Enderlen (Marburg) hat am Tierexperiment eine Hepato-Cholangio-Enterostomie gemacht, deren Resultat nicht ein derartiges war, daß er zu dieser Operation am Menschen raten kann. An den Präparaten fanden sich deutliche Nekrosen.

Hirschberg (Frankfurt) glaubt auch, daß in dem KENNSCHEN Falle nicht etwa die Anastomose sicher gehalten hat, sondern daß die Galle sich vielleicht einen natürlichen Weg gesucht hat.

Riedel (Jena) hält für das Notwendigste zur Erleichterung der Entfernung der Steine im Choledochus ein vollständiges Herauskippen der Leber, dazu macht er einen Schnitt vom unteren Brustbühnde bis weit unter den Nabel. Ihm sind so diese Operationen alle leicht erschienen und haben keine komplizierenden Eingriffe notwendig gemacht.

Petersen (Heidelberg) berichtet über die Resultate der Choledochusoperationen an der Heidelberger Klinik.

Heidenhain (Worms) demonstriert ein Instrument zur Entfernung der Steine.

Rehn (Frankfurt a. M.) glaubt, daß es ein Krankheitsbild gibt, welches ein Aneurysma der A. hepatica vortäuschen kann, die hämorrhagische Entzündung der Gallenblase. Er hat einen solchen Fall gesehen, der ihn lehrt, daß man sich vor Verwechslungen hüten soll.

Kausch (Breslau): In der Breslauer Klinik wird, wenn irgend möglich, nicht das Duodenum eröffnet, sondern der Hepatikus. Wenn hier die Naht nicht hält, ergibt es höchstens eine Gallenfistel, dagegen wenn die Duodenalnaht aufgeht, geht der Patient meist zugrunde. Den Schnitt von RIEDEL möchte er nicht empfehlen wegen der großen und sicheren Bauchbrüche. Er empfiehlt einen Schnitt, der dem Verlauf der Nerven mehr entspricht.

Kehr (Schlußwort) bevorzugt den transduodenalen Weg, den er in ca. 20 Fällen genommen hat, mit nur 2 Todesfällen. Zwar hat er in einigen Fällen einen Defekt des Duodenum auftreten sehen, so daß er es jetzt zur Vermeidung eines solchen vorzieht, die Tamponade entfernt von der Duodenalwunde zu machen. Jedenfalls hält er den Weg durch das Duodenum immer noch für besser, als den durch das lockere retroduodenale Gewebe, indem man leicht Phlegmone erzeugen kann.

Notizen.

Wien, 7. Mai 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) Die gestrige Sitzung hat in dem neuen physiologischen Institute stattgefunden, zu dessen Besichtigung der Vorstand des Institutes, Hofrat Professor EXNER, die Gesellschaft geladen hatte. Im Hofe der ehemaligen „Gewehrfabrik“, auf dem ehrwürdigen Platze, wo einstmal HYRTL und BRÜCKE zum Ruhme der Wiener Schule gelehrt und geschaffen haben, erhebt sich nunmehr ein mächtiger Bau, dessen stilvolle Fassade ein in Bezug auf Raumaussnutzung und Anordnung geradezu musterhaftes Institut birgt. Schon der große, nach den Angaben EXNERS konstruierte Hörsaal ist eine Sehenswürdigkeit für sich allein. Er besitzt eine geradlinig aufsteigende Decke und dadurch die Form eines mächtigen Schalltrichters. In amphitheatralischer Form sind die Sitzplätze für die Hörer angeordnet, der Platz des

Vortragenden befindet sich an der tiefsten Stelle des Saales, den treffliche Akustik und tadellose Lichtverteilung in gleicher Weise auszeichnen. Die Arbeitsräume sind überaus reich ausgestattet, von einander völlig unabhängig und von dem Hörsaal gänzlich getrennt; bei ihrer Einrichtung ist den Anforderungen der heutigen Forschung sorgfältig Rechnung getragen worden. So ist denn das neue, mit allen Studienbehelfen munifizent bedachte Institut zu einem wahren Musterinstitut geworden, würdig des Ruhmes unserer Schule, würdig der Tradition, die ihm allzeit gewahrt bleiben möge. — Das Amphitheater des Hörsaales war diesmal von den Mitgliedern der Gesellschaft der Ärzte dicht besetzt, welche Hofrat EXNER mit lebhaftem Beifall begrüßten und den Ausführungen des Vortr. über die Geschichte des Baues und dessen Einrichtung, sowie mehreren instruktiven Schulversuchen mit Aufmerksamkeit folgten. So mancher der Anwesenden hat wohl vor seinem geistigen Auge die einfache Stätte auftauchen sehen, an der einst BRÜCKE seinen Hörern die Physiologie tradierte, und sie mit den prunkvollen Räumen verglichen, welche dieser Disziplin heute zur Verfügung stehen. Glückliche Söhne und Enkel, welche die Lehren der Wissenschaft nicht in armseligen Hütten, sondern in geräumigen Palästen empfangen und die, dem Worte des Lehrers lauschend, auch die ihrem Gedächtnisse sich tief einprägenden Versuche desselben sehen und verfolgen können.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdozent für Physiologie in Marburg Dr. FRIEDRICH KUTSCHER hat den Professortitel erhalten. — Prof. Dr. FRIEDR. HENKE ist als Prosektor an das städtische Krankenhaus in Charlottenburg berufen worden. — Der Privatdozent für Physiologie in Wien Dr. ARNOLD DURIG ist zum a. o. Professor der Anatomie und Physiologie der Haustiere an der Hochschule für Bodenkultur in Wien ernannt worden.

(Habilitationen.) Dr. PAUL MOSER hat sich für Kinderheilkunde an der Wiener Universität, Dr. PAUL MATHES für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität in Graz habilitiert.

(Auszeichnungen.) Der Ministerialrat im Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern Dr. JOSEF DAIMER hat den preußischen Roten Adler-Orden, Hofrat Prof. Dr. L. v. SCHRÖTTER das Kommandeurkreuz des dänischen Danebrog-Ordens, Professor Dr. O. CHIARI und der Chefarzt des Militärkrankenhauses in Marienbad Dr. H. FLODERER haben das Kommandeurkreuz des bulgarischen Zivil-Verdienstordens, Reg.-Rat Dr. JULIUS GLAX in Abbazia hat das Kommandeurkreuz des Wasa-Ordens erhalten.

(Personalien.) Der Polizei-Assistenzarzt Dr. FRIEDRICH FUHRMANN in Wien ist zum Polizei-Bezirksarzte, die DDr. GUSTAV GABRIEL, ALFRED STEINBÖCK, RICHARD FELLNER, FRIEDR. WIETSCH, EMIL v. IRVONSKI und LUDWIG KOBLMILLER sind zu definitiven städtischen Ärzten in Wien ernannt worden.

(Die schlesische Ärztekammer) versendet an die Ärzte ihres Sprengels folgendes Communiqué: In neuerer Zeit wurde seitens der Leiter mehrerer Gendarmerieposten an Ärzte das Ansuchen gestellt, die Mannschaft derselben monatlich einmal auf ihren Gesundheitszustand unentgeltlich zu untersuchen. Die Herren Kollegen werden dringend aufgefordert, dieses unbillige Verlangen entschieden zurückzuweisen und die in Rede stehenden Untersuchungen überhaupt so lange nicht vorzunehmen, bis die schlesische Ärztekammer in der demnächst stattfindenden Sitzung zu dieser Angelegenheit Stellung genommen haben wird.

(Der Spezialistentitel.) Aus Berlin schreibt man uns: Das Kultusministerium hat, wie seinerzeit berichtet, die Anlegung einer Liste der preußischen Spezialärzte angeordnet und nunmehr durch die Kreisärzte den Berliner Spezialärzten einen Fragebogen zugehen lassen, in welchem Namen, Alter, Jahr und Ort der Promotion und ferner anzugeben ist, in welchem Fache der Betreffende tätig ist. Sodann wird Auskunft verlangt über die Art der Vorbereitung für dieses Fach. Es ist auch zu beantworten, wann, wo und wie lange die Ausbildung erfolgte. Der Spezialist soll schließlich bemerken, wie lange er bereits in seinem Spezialfache tätig ist.

(Publizistisches.) Eine neue Zeitschrift für Physiologie in französischer Sprache ist in Belgien erschienen unter dem Titel: „Archives internationales de Physiologie“, ausgegeben von LÉON

FRÉDÉRICQ (Lüttich) und PAUL HEGER (Brüssel). Unter den Mitarbeitern werden genannt: BOHR (Kopenhagen), DASTRE (Paris), EINTHOVEN (Leiden), S. EXNER (Wien), FANO (Florenz), HENSEN (Kiel), A. JAQUET (Basel), KOSSEL (Heidelberg), H. KRONECKER (Bern), J. N. LANGLEY (Cambridge), I. P. PAWLOW (St. Petersburg), C. A. PEKELHARING (Utrecht), S. L. PRÉVOST (Genf).

(Eine Volksheilstätte für Lungenkranke) ist kürzlich in Tannwald eröffnet worden. Es ist die erste ihrer Art in Österreich und — aus Privatmitteln errichtet. Der Großindustrielle Riedel hat diese Anstalt in großzügiger Weise dem Bezirke Tannwald zum Geschenke gemacht.

(Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.) Aus Berlin schreibt man uns: Der Kultusminister hat an die Universitätskuratoren einen Erlaß über Warnung der Studierenden vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten gerichtet, in welchem die Maßregeln zur Bekämpfung dieser Krankheiten in eindringlicher, gemeinverständlicher Weise bekannt gemacht werden.

(Statistik.) Vom 24. bis inklusive 30. April 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8007 Personen behandelt. Hiervon wurden 1752 entlassen, 196 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 89, ägypt. Augentzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 93, Scharlach 27, Masern 793, Keuchhusten 27, Rotlauf 43, Wochenbettfieber 2, Röteln 7, Mumps 61, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Tyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 720 Personen gestorben (— 37 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Leipzig ist am 1. d. M. der berühmte Anatom und Anthropologe Prof. Dr. WILHELM HIS im Alter von 72 Jahren gestorben. Er hat eine große Zahl von Arbeiten veröffentlicht, welche grundlegende Bedeutung erlangt haben, so „Unsere Körperform und das physiologische Problem ihrer Entstehung“, zahlreiche Untersuchungen über Hirnentwicklung etc. HIS hat sich auch an der Schaffung einer einheitlichen anatomischen Nomenklatur rege beteiligt. — Gestorben sind ferner: In Wien Dr. SIMON STEINACH, ein hochangesehener Kollege, 70 Jahre alt; in Paris der Bakteriologe und Nachfolger PASTEURS am PASTEUR-Institute Professor Dr. EMIL DUCLAUX im 65. Lebensjahre; in Florenz der bekannte praktische Arzt Dr. EDGAR KURZ im Alter von 52 Jahren; in Baltimore der Neurologe Prof. Dr. A. B. ARNOLD.

Dr. Max Haudek, Besitzer der orthopädischen Anstalt, wohnt jetzt I., Bauernmarkt 10.

Dr. Karl Kunn, Dozent für Augenheilkunde, wohnt jetzt VI., Mariahilferstraße 12, und ordiniert $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$. (Telephon 9930.)

Über Quaglios künstliche kohlensaure Bäder zur Selbstbereitung liegen zahlreiche Gutachten aus dem Kreise der praktischen Ärzte vor, die sämtlich für die Vortrefflichkeit und Bequemlichkeit dieser Methode der Kohlensäureapplikation im Bade sprechen. So schreibt Herr Kurdirektor Dr. RUDOLF RAABE in Bad Stein in Krain: „Mit dem therapeutischen Erfolge der Bäder, der in einzelnen Fällen sogar glänzend war, bin ich sehr zufrieden. Insbesondere waren es Dilatationen des Herzens, die außerordentlich günstig beeinflusst wurden.“ Herr Dr. E. WOLF in Wien hat mit QUAGLIOS künstlichen kohlensauren Bädern günstige Erfolge erzielt bei Anfällen von Herzschwäche und allgemeiner Schwäche infolge Chlorose und Anämie, sowie Neurasthenie. Man bereitet das künstliche kohlensaure Bad auf chemischem Wege, aus doppeltkohlensaurem Natron und Salzsäure; in dem Badewasser ist schließlich soviel Kohlensäure absorbiert, als das Wasser bei der gegebenen Temperatur und dem herrschenden Luftdruck absorbieren kann, jedenfalls mehr, als wenn man freie gasförmige Kohlensäure einleitet. Der Hauptvorteil der künstlichen Bäder liegt darin, daß sie bequem und rationell zu Hause gebraucht werden können, was für einen schwer Heutzkranken oftmals einen nicht zu unterschätzenden Faktor darstellt, da ihm die Gefahren und Unannehmlichkeiten 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 QUAGLIOSchen Bädern nicht angegriffen.

Das Kaiserbad in Rohitsch-Sauerbrunn. Der Landesaussschuß von Steiermark hat beschlossen, die neue Heilanstalt für Hydro-, Elektro- und Mechanotherapie im Kurorte Rohitsch-Sauerbrunn (Landeseigentum) mit dem Namen: „Kaiserbad“ zu bezeichnen und weiters verfügt, daß die schon bisher bestandene Warmbadeanstalt am Kurparterre, in welcher auch die vielgerühmten, natürlich kohlensauren Sauerlingsbäder, künstlich kohlensauren Bäder, Sole- und Fichtenbäder etc. verabfolgt werden, von nun ab die Bezeichnung „Styria-bad“ zu tragen hat. Die bauliche Fertigstellung der Heilanstalt „Kaiserbad“ wird angesichts der herannahenden Saison mit Beschleunigung durchgeführt;

trotzdem wird die Eröffnung dieses Etablissements erst in den ersten Wochen des Monats Juni erfolgen können, da die Installationen der elektrischen Licht- und Wannenbäder, der elektrischen Massageapparate und Duschekatheter, die Aufstellung der heilgymnastischen Maschinen, die Einrichtung der Sonnenbäder, des Inhalatoriums und der pneumatischen Kammer etc. ungeachtet des großen Angebotes an technischen und Hilfskräften geraume Zeit in Anspruch nehmen. Die große Zentralfallanlage für die Rohitscher Sauerlinge, die durch ein Schleppgeleise mit der Station Rohitsch-Sauerbrunn der Rohitscher Lokalbahn verbunden wurde, ist im Bau bereits fertig und wird noch im Monate Mai dem Betriebe übergeben werden. Die Kurseason beginnt wie bisher am 15. Mai. Die Preise der Wohnungen sind bis einschließlich 20. Juni wesentlich billiger festgesetzt als in der Hochsaison.

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 Donauebenen zirka 500 m hoch in einer paradiesischen Gegend gelegen, mit einer stets reinen, milden Luft, herrlichen Nadelholzwaldungen und entzückenden Fernsichten. Der Eigentümer und ärztliche Leiter Herr kaiserlicher Rat Dr. OTTO FLEISCHANDERL hat keine Kosten gescheut, um dieser Anstalt durch mannigfache prächtige Zubauten, wie Bäderhaus mit Wandelbahn, Gartensalon, Speisesäle, Kurhaus wie Diät- und elektrische Kuren, elektrische Licht- und Zweizellenbäder, Sonnenbäder, Liegekuren im Freien, kohlensaure Bäder, Massage, Maskuren etc., das Gepräge eines erstklassigen, mit allem Komfort ausgestatteten Kurortes zu verleihen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- R. Koch, Die Bekämpfung des Typhus. Berlin 1903, A. Hirschwald. — M. — 50.
E. Lexer, Lehrbuch d. allgemeinen Chirurgie. Bd. I. Stuttgart 1903, F. Enke.
M. Levy-Dorn, Die Röntgenstrahlen. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 30.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: Knoll & Co. in Ludwigshafen am Rhein über „Diuretin“, E. Merck in Darmstadt über „Bromipin“ und Fersan-Werk in Wien über „Fersan“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEN Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

à 1/10 MILLIGR. CRISTALL.

STROPHANTINE

HERZTONICUM NICHT DIURETISCH

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gefl. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, 3, Boule St-Martin, PARIS Goldene Medaille auf der Pariser Weltausstellung 1900.

GENERAL-VERTEILER P. OESTERRICH-UNGARN: Dr. E. Bloch, BASEL (Schweiz)

IN WIEN: G. & R. Fritz, verkauf nur an Apotheken.

ADLER-APOTHEKE, I., Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, I., Stephansplatz.

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 3 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ein Apparat zum Messen des Venendrucks am Menschen. Von Prof. S. R. v. Basch. — Aus dem mediko-mechanischen Internate in Bad Pistyan. Über das Verhalten der einzelnen Gelenke in pathologischer und therapeutischer Beziehung. Von Badearzt Dr. EDUARD WEISZ. — **Referate.** K. OPPENHEIMER (München): Über Lungenschwindsuchtentstehung. — HEIDENHAIN (Worms am Rhein): Trepanation unter Lokalanästhesie und Trennung der Galea ohne Blutung. — S. A. NIKONOW (St. Petersburg): Über einen Fall von perforativer Appendizitis mit reichlichem Bluterguß in die Bauchhöhle. — BIAL (Halle a. S.): Ausnutzung von Pepton- und Pepton-Alkohol-Klysmen. — NAGROTTE (Paris): Zur Pathogenese der Tabes dorsalis. — BARBE (Paris): Desinfektion der Bücher mit Formol. — J. SCHREFF (Wien): Erfahrungen über die Wirkung des Benesols. Aus dem k. k. Zahnärztlichen Institut der Wiener Universität. — I. BRÜCKER (Köln): Ein neues gebrauchsfertiges aseptisches Notverbandpäckchen und dessen Technik. — M. PLIEN (Berlin): Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit Hefe. — C. v. RZENTKOWSKI (Warschau): Studien über die proteolytische Kraft des Mageninhalts. — RASCHKE (Warschau): Beitrag zur Kasuistik der primären Vaginaltumoren. — H. I. SCHLASBERG (Stockholm): Klinische Studien über Gonorrhöe. — LUBOWSKI und STEINBERG (Breslau): Über Agglutination von Typhusbazillen bei Proteus- und Staphylokokken-Infektion. — **Kleine Mitteilungen.** Die Wirkungen der Moorbäder. — Gelatina sterilisata pro injectione. — Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität. — Stomatitiden der Kinder. — Zur Behandlung von nervösen Störungen. — Ein neues Gleitmittel für Katheter und Bongies. — Das Glykosal. — Einreibungskur mit der Merкуро-Creme. — Zur Behandlung der Obstipation im Säuglingsalter. — Typhusdiagnostikum FICKER. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Von Prof. Dr. ADOLF SCHMIDT. — Lehrbuch der Gynäkologie. Von MAX RUNGE, ord. Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Göttingen. — Kopfschmerz. Von Prof. Dr. Med. ADOLF SEELIGMÜLLER, Halle a. S. — **Feuilleton.** Moderne sozialärztliche Bestrebungen. Von Dr. LUDWIG DRESDNER, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewesenes 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904 (Koll. Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) III. — 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll. Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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.

Ein Apparat zum Messen des Venendrucks am Menschen.

Von Prof. S. R. v. Basch.

Das Wesentliche des physikalischen Prinzipes, auf welchem die Konstruktion meines Sphygmomanometers, mittelst dessen man den Arteriendruck zu messen imstande ist, beruht, liegt in der mit einem Manometer verbundenen flüssigen Pelotte. Wiewohl seit der Zeit, als ich diesen Apparat der Öffentlichkeit übergab, schon 24 Jahre verflossen sind, ist das Verständnis für das Grundprinzip desselben kein sicheres geworden. Deshalb halte ich es noch jetzt nicht für überflüssig, zu bemerken, daß man die Blutspannung der unterhalb der flüssigen Pelotte — ob dieselbe mit Wasser oder Luft gefüllt ist, ist gleichgültig — liegenden Arterie in der Weise bestimmt, daß man die Pelotte von außen soweit komprimiert, bis die Wandspannung der Arterie auf Null reduziert erscheint. Letzteres erkennt man aus dem Verschwinden resp. Wiederauftreten des Pulses. Die Kompression der Pelotte von außen ist unbedingt notwendig, damit der Kompressionsdruck vollständig auf die Arterie übertragen wird. Dies geschieht, wie ich nach vielfältiger experimenteller Erfahrung weiß, nicht, wenn man, wie dies bei den von RIVA-ROCCI und GÄRTNER empfohlenen Methoden geschieht, den Druck innerhalb der flüssigen Pelotte erhöht¹⁾, selbst dann nicht, wenn

¹⁾ Wer nur einigermaßen mit Experimentieren vertraut ist, kann sich hiervon durch einen einfachen Modellversuch, der ohne jede Auseinandersetzung klar zutage liegt und den ich unzählige Male angestellt habe, überzeugen.

man auch, was ja bei diesen Methoden zutrifft, dafür sorgt, daß das Ausweichen der Pelottenmembran möglichst gering ist. Selbst im günstigsten Falle wird hier immer nur ein Anteil des in der Pelotte, resp. dem Pelottenring herrschenden, vom Manometer angezeigten Drucks auf die Unterlage, d. i. die Arterie übertragen. Wäre dieser Druckanteil ein konstanter und ließe sich bestimmen, wie groß jener Druckverlust ist, der für die Kompression der Arterie verloren geht, so ließen sich gegen diese beiden Methoden, soweit es sich um die Richtigkeit des Kompressionsdruckes handelt, keine wesentlichen Einwände erheben. Solange aber diese Forderung nicht erfüllt ist, muß ich bei dem Ausspruche beharren, daß ich in den genannten Methoden, die übrigens nur eine Modifikation meiner Methode darstellen, denn auch bei ihnen kommt die flüssige Pelotte zur Verwendung — keinen Fortschritt zu erkennen vermag.²⁾

Die Methode der Blutdruckmessung mittelst der flüssigen Pelotte ist da nötig, und soweit ich sehe, nicht zu umgehen, wo es sich um die Messung hoher Drucke handelt. Hier erscheint es unausweichlich, zwischen Manometer und Arterie ein weiches, luft- oder wasserlicht abgeschlossenes Diaphragma einzuschalten. Da, wo es sich um niedrige Drucke handelt, kann man dessen entbehren. Das ergibt sich aus der Konstruktion meines Apparates zur Messung des Kapillardruckes am Menschen.³⁾ Da Messungen, die seinerzeit unter

²⁾ Ich muß übrigens bei dieser Gelegenheit zugeben, daß ich diesen beiden Methoden sowie der von v. RECKLINGHAUSEN angegebenen einen wesentlichen Fortschritt in der Konstruktion meiner Pelotte verdanke. Dieselbe nähert sich jetzt dem Pelottenringe. Hierbei verhütet man vollständig das Ausweichen, resp. Entgleiten der Arterio, also einen Fehler, der bei der alten Pelotte gewiß oft genug stören! wirkte.

³⁾ „Wiener klinische Rundschau“, 1901.

C. LUDWIGS Leitung von v. KRIES angestellt wurden, ergeben hatten, daß der Kapillardruck am Menschen nur den Wert von zirka 30–40 mm Hg erreiche, so ersann ich folgendes Verfahren, welches meinem sphygmomanometrischen insofern analog ist, als man mittelst desselben den Druck manometrisch, und nicht, wie v. KRIES dies tat, als Gewichtsdruck bestimmt. Ich bestimme dem Beispiele v. KRIES folgend ebenfalls den Druck, der eine kleine Hautfläche unterhalb eines Fingernagels zum Erblässen bringt, aber nicht durch Auflegen von Gewichten, sondern dadurch, daß ich auf diese Hautfläche einen kleinen Glasrichter aufklebe, dessen weite Öffnung mit einem Deckgläschen verschlossen ist und von dem ein Seitenrohr abgeht, das einesteils mit einem Hg-Manometer, andernteils mit einem Kautschukballon in Verbindung steht. So schafft man einen allseitig dicht abgeschlossenen Raum, in welchem durch Zusammendrücken des Kautschukballons die Luft verdichtet werden kann. Den Grad der Luftverdichtung liest man an der Skala des Manometers ab, die Farbenveränderung der Haut kann man durch den durchsichtigen Deckel des Trichters beobachten. Um den Trichter mit der Haut fest, d. i. luftdicht zu verbinden, benützte ich bisher Fischleim. Derselbe muß sehr zähe, d. i. dickflüssig sein, sonst trocknet er zu langsam. Für Messungen an dem Finger des Menschen genügte der Fischleim, er ließ mich aber bei Tierversuchen im Stich; nur einmal gelang es mir, Kapillardruckmessungen am Kaninchenohr in dieser Weise auszuführen.⁴⁾

So nahe es lag, die gleiche Methode auch für die Messung des Venendruckes zu versuchen, so stand ich doch hiervon ab, weil mir der Fischleim als Klebemittel nicht verlässlich genug schien. Derselbe genügte wohl für die glatte, trockene, verhältnismäßig ebene und kleine Fläche am Nagelgliede, zur Messung des Venendruckes mußte man aber einen Apparat konstruieren, der eine Hautfläche bedeckt, auf dem größere Venen, wenn möglich sogenannte Venengeflechte, sichtbar waren.

Hierfür schien mir nach den am Tierexperimente gemachten Erfahrungen der Fischleim nicht als das geeignete Klebemittel. Da erhielt ich während meines Aufenthaltes in Montreux durch Prof. GAMGEE Kenntnis von einem Kitt, der nach Angaben von MENDELEJEFF bereitet ist⁵⁾ und im Laboratorium von PAWLOFF in Petersburg mit Erfolg verwendet wird. Er dient dort zum Festkleben von Glasgefäßen auf Hautstellen, in denen eine Fistelöffnung sich befindet, also zum Ansammeln der Flüssigkeit, die aus der Fistelöffnung abtrüpfelt.

Da Prof. GAMGEE eine Probe dieses Kittes besaß, die er mir freundlichst zur Verfügung stellte, so benützte ich meinen Aufenthalt im Berner physiologischen Institute, dessen Mittel mir mein Freund Prof. KRONECKER freundlichst zur Verfügung stellte, um die Verwendbarkeit desselben zu prüfen, und zwar zunächst für die Applikation des dem Zwecke der Kapillardruckmessung dienenden Trichters, den ich mir in Bern vom Optiker Büchi anfertigen lassen konnte. Da die Prüfung nach Wunsch ausfiel, so war das Hindernis, das bisher der Konstruktion eines Apparates zur Bestimmung des Venendruckes entgegenstand, beseitigt, und ich ließ mir nun einen etwa 18 mm hohen Glaszylinder — von dem ein Seitenröhrchen abging — mit einem Durchmesser von ebenfalls 18 mm konstruieren, das an einem Ende mit einem Deckgläschen verschlossen war. Am anderen Ende war der Rand umgebogen und abgeschliffen, um eine breitere Klebefläche für den Kitt zu gewinnen. Das Seitenrohr wurde wie oben mit einem Manometer und einem Kautschukballon in Verbindung gebracht.

Auf den freien Rand des Zylinders wurde der Kitt aufgetragen. Letzteren habe ich übrigens, weil ich ihn etwas

hart und spröde fand, modifiziert. Statt des gewöhnlichen Wachses nahm ich Modellierwachs, wie es die Bildhauer benutzen, und setzte noch 1–2% venetianischen Terpentin hinzu. Diesen Kitt braucht man behufs Gebrauches nur so leicht zu erwärmen, daß man vor dem Aufsetzen die vorher abgeplatteten Ränder durch Kneten kantig macht. Dann wird der Zylinder sofort auf die Haut aufgedrückt, bis man sich überzeugt hat, daß er luftdicht aufsitzt. Ich messe am Handrücken und suche mir eine Stelle auf, wo eine größere Vene oder Venengabel sichtbar ist; da bei dem Durchmesser der Zylinder von 9 mm die bedeckte Fläche zirka 2·7 cm² groß ist und hierbei ein luftdichter Abschluß gegen Manometer und Ballon bewirkt wird, ist der Zweck vollkommen erreicht, zu dem der Apparat dient.

Um zunächst zu erfahren, ob sich bei der Messung deutliche Unterschiede ergeben, setzte ich künstliche Stauungen. Ich legte nämlich vor der Messung ein elastisches Band nahe dem Ellbogengelenke um den Vorderarm. Hierbei füllen sich die Venen am Handrücken stärker und schwellen an. In diesem Zustande vollführe ich einige Messungen, dann schiebe ich das Band näher dem Handwurzelgelenke. Hier ist der Arm schmaler und infolgedessen wird die Stauung geringer, was auch Messungen, in diesem Zustande vorgenommen, lehren. Schließlich wird das Band entfernt und wieder, also ohne künstlich erzeugte Stauung gemessen.

Die nachfolgende Tabelle bringt eine Reihe von Zahlen, das ist Venendruckwerte in Millimeter-Hg, die ich durch Messungen gewann, welche ich im Laufe von einigen Tagen an meinem linken Handrücken vornahm. Die unter I stehenden Werte beziehen sich auf Messungen ohne Stauung, die unter II aufgeführten auf Messungen bei geringerer und die unter III verzeichneten auf Messungen bei höherer Stauung. Ehe ich die Zahlen mitteile, muß ich noch bemerken, daß ich die Luftverdichtung resp. die Kompression des Ballons soweit vornahm, bis nicht bloß die geschwellten Venen zusammenfielen, sondern auch die bläulich durchschimmernde Hautfarbe verschwand.

Es fällt manchmal schwer, den Zeitpunkt, namentlich das Verschwinden der Venenfarbe, richtig zu treffen und die betreffende Zahl an der Manometerskala gerade zur richtigen Zeit abzulesen. Bei vorhandener Venenstauung ist dies viel leichter. Aus diesem Grunde habe ich immer drei Messungen vorgenommen.

Tabelle 1.

	I	II	III
a)	4·2, 6·3, 5·3	9·5, 9·5, 9·5	14·7, 12·6, 13·7
b)	6·3, 6·3, 6·5	9·5, 9·5, 9·5	14·7, 14·7, 14·7
c)	7·8, 4, 6·5	11, 11, 11	12·6, 12·6, 12·7
d)	4·5, 6·4, 6·5	12·5, 12·5, 12·5	17·5, 15, 15
e)	7·5, 6·5, 7·5	10, 11, 10	14, 15, 16
f)	7·5, 6·2, 6	11·2, 11, 10	15, 15, 15
g)	7·5, 7, 6·5	12, 12·5, 12·5	17·2, 16·3, 18

Aus dieser Tabelle ist zunächst ersichtlich, daß das Minimum, welches sich bei der Messung des normalen Venendruckes ergibt, 4 mm Hg und das Maximum 8·3 mm Hg ergibt. Untersucht man, in welcher Häufigkeit die verschiedenen Zahlen auftreten, so findet man, daß sowohl die Maxima als die Minima nur in je 9% auftreten, dasselbe gilt für die den Maximis und Minimis nahestehenden Werte. Relativ am häufigsten, d. i. in zirka 39%, erscheinen die Werte 6 bis 6·5 mm Hg.

Hieraus läßt sich folgern, daß letztere Werte den größten Wahrscheinlichkeitswert besitzen, d. i. daß mein Venendruck zirka 6–6·5 mm Hg beträgt. Man kann aber die Grenzen noch weiter ziehen und von den 21 Messungen die Maxima und Minima, d. i. vier als mit sicheren Fehlern behaftet abziehen, dann verblieben 17 Messungen innerhalb der Grenzen von 5–7·5 mm Hg, also mehr als 84% als der Wahrscheinlichkeit entsprechend. Mit anderen Worten, mein Venendruck betrage 5–7·5 mm Hg. Eine derartige Berechnung erscheint für die sub II und III angeführten Werte unstatthaft, weil

⁴⁾ v. LEYDEN, Jubiläums-Festschrift. Hirschwald, Berlin 1902.

⁵⁾ 30 Teile Wachs, 50 Teile Kolophonium, 40 Teile Mumie (Malerfarbe).

ja von vornherein nicht sichergestellt ist, daß die Stauungsbedingungen überall die gleichen waren; dagegen empfiehlt es sich behufs näherer Einsicht zunächst die Tabelle zu reduzieren und in dieselbe nur die Durchschnittswerte aus den jeweiligen Messungen aufzunehmen. Hierbei ergibt sich folgende Tabelle:

	I	II	III
a)	5·2	9·5	13·6
b)	6·3	9·5	14·7
c)	7·3	11·0	12·6
d)	5·5	12·5	15·8
e)	7·1	10·3	15·0
f)	6·5	10·7	15·0
g)	7·0	10·5	17·1

Aus dieser ist zunächst ersichtlich, daß in den Zahlen sub I die früheren Maxima sowohl als die früheren Minima ganz verschwinden und nun als Minima 5·2 und als Maxima 7·3 mm Hg auftreten, also Zahlen, welche mit jenen identisch sind, die ich als Wahrscheinlichkeitswerte bezeichnete. Zieht man auch aus diesen Zahlen das Mittel, so erhält man für I den Wert von 6·4 mm Hg, für II den Wert von 10·8 mm Hg und für III den Wert von 14·8 mm Hg.

In Übereinstimmung mit dem früher Gesagten erscheint also auf Grund der Durchschnittszahlen der Wert von 6·4 mm Hg als derjenige, der den höchsten Grad von Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen darf.

Die Messungen bei verschiedenen starken Venenstauungen wurden, wie eingangs erwähnt, behufs Prüfung der Methode, d. i. deshalb vorgenommen, um zu sehen, ob sich hierbei deutliche Unterschiede gegenüber dem Normalen ergeben. Nach dieser Richtung wurde in der Tat die Erwartung vollkommen erfüllt. Wie Tabelle 2 und die zuletzt angeführten Durchschnittszahlen lehren, beträgt die Differenz zwischen dem Durchschnittswerte bei normalem Venendruck und jenem bei geringerer Stauung 4·4 mm Hg, die Differenz zwischen normalem Venendruck und dem bei höherer Stauung beträgt sogar 8·4 mm Hg. Vergleichen wir mit diesen Differenzen jene, die sich, sei es durch Fehler beim Messen, sei es durch wirkliche Schwankungen des Venendrucks ergibt, d. i. der Differenz 7·3 — 5·2 = 2·1 mm Hg, so finden wir, daß derselbe selbst beim Vergleich des normalen Venendrucks mit der geringeren Venenstauung viel niedriger ist. Diese Tatsache scheint mir deshalb wichtig, weil sie lehrt, daß größere Differenzen kaum auf Rechnung von Meßfehlern oder physiologischen Schwankungen des Venendrucks zu setzen sind, sondern auf andere, in pathologischen Zuständen wurzelnde Ursachen zurückzuführen sein dürften.

Nur soviel läßt sich auf Grund der an mir vorgenommenen Messungen aussagen, für die ich bloß den Wert von Vorversuchen beanspruche.

Jedenfalls enthalten dieselben die Aufforderung, mittelst dieser Methode an Gesunden sowohl als Kranken Messungen des Venendrucks vorzunehmen. Ich behalte mir vor, dies in der nächsten Zeit zu tun und hierüber zu berichten.

Aus dem mediko-mechanischen Internate in Bad Pistyan.

Über das Verhalten der einzelnen Gelenke in pathologischer und therapeutischer Beziehung.

Von Badearzt **Dr. Eduard Weisz.**

Jedes einzelne Gewebe und um so mehr jedes einzelne Organ hat seine gewissen physikalischen, chemischen, anatomischen und physiologischen Eigentümlichkeiten, die den pathologischen Veränderungen, nicht minder unseren Heilbestrebungen Richtung geben und eine Grenze setzen.

Das Gelenk dient der Bewegung. Diese Hauptfunktion des Gelenkes leidet gewöhnlich durch die Erkrankung. Das

Endziel unserer Therapie muß Wiederherstellung der Beweglichkeit sein. Nachdem aber ungestörte Beweglichkeit insofern lange nicht zu gewärtigen ist, bis die Schmerzhaftigkeit nicht vorübergeht, ist oft unsere erste Aufgabe, den Schmerz im Gelenke zu beseitigen. Der Schmerz ruft ja meist am heftigsten nach Hilfe und nimmt ja bekanntlich in unserer Therapie überhaupt die erste Stelle ein.

Nebst dem subjektiv empfundenen Schmerz kann die Beweglichkeit durch objektive absolute Hindernisse gehemmt sein, so kann z. B. der Gelenkkopf zerstört, das Gelenk verwachsen sein etc., in welchen Fällen nur größere Kraft und Eingriffe, oder selbst diese nicht imstande sind, die Beweglichkeit herzustellen.

Zwei Aufgaben ziehen sich somit wie ein roter Faden durch die Behandlung der Gelenke: die Sistierung des Schmerzes und die Aufrechterhaltung, resp. Wiederherstellung der völligen Beweglichkeit. Die Erfüllung der einen wie der anderen Aufgabe ist gewöhnlich an den Grad der anatomischen Veränderungen gebunden und dieser hängt außer vom Grundwesen der Erkrankung auch noch von der Eigenartigkeit der einzelnen Gelenke ab. Deswegen wollen wir es hier versuchen, die Individualität der einzelnen Gelenke kurz zu beschreiben, damit wir den Charakter des Gelenkes sowohl hinsichtlich der Prognose als auch bei Ausarbeitung des Heilplanes in die Wagschale legen können.

In jeder Hinsicht eigenartig sind die Gelenke an der Wirbelsäule. Die ziemliche Gleichmäßigkeit der konkaven und konvexen Gelenkflächen der einzelnen Wirbel im Zusammenhange mit den zahlreichen, massig festen Bändern gibt nur einer kleinkalibrigen Bewegung Raum. Eine teilweise Ausnahme bilden die Hals- und Nackenwirbel, die einerseits der Rippen entbehren, andererseits infolge größerer Öffnungen an den Fortsätzen, teilweise infolge besonderer Einrichtungen (am ersten und zweiten Halswirbel) zu etwas größerer Beweglichkeit befähigt sind. Deswegen pflegt bei Erkrankungen der Wirbelgelenke eine eventuell vorhandene Beschränkung in der Bewegung weniger oder gar nicht aufzufallen, wenn wir unsere Aufmerksamkeit nicht direkt hinlenken. So kommt es, daß größere einseitige Kontrakturen bei Erkrankungen der Wirbelgelenke seltener vorkommen. Es fällt uns auch leichter, die Beweglichkeit eines einzelnen Wirbelgelenkes zu opfern, wie z. B. bei tuberkulöser Erkrankung, als wenn es sich um die Beweglichkeit eines anderen wichtigen Gelenkes handelt.

Bei den Wirbelgelenken ist noch deren tiefe, für den Tastsinn schwer zugängliche Lage in Betracht zu ziehen, welche die lokale Behandlung, z. B. Massage, in bedeutendem Maße erschwert und besondere Griffe derselben nötig macht. In Betracht kommt noch die außerordentliche Nähe der Wirbelgelenke einerseits zum Rückenmarke, andererseits zu den Nervenwurzeln. Dort kann Eiteransammlung oder knöcherne Verdickung gefährlich werden, indem sie auf das Mark drückt, hier kann dies die Quelle mehrfacher Ausstrahlungen in Rumpf und Glieder werden. Bei Behandlung dieser sekundären Erscheinungen müssen wir also bis zum Ursprunge des Leidens zurückgehen.

So wenig die beendete Versteifung eines einzelnen Wirbelgelenkes zu sagen hat, so unangenehm kann die Beschränktheit der Bewegungen der Wirbelsäule in toto, die Unbeholfenheit werden, weil dies den Kranken in seinen dringendsten Bedürfnissen (Aufstehen, Niedersetzen, Niederlegen, Stehen, Wenden etc.) sehr stark beeinträchtigt und manchmal auch noch das Liegen im Bette unmöglich macht. Wenn Neigung zur Verknöcherung besteht, bildet der Umstand geradezu eine Gefahr, daß sich die Verknöcherung sozusagen in einer Kontinuität entlang der miteinander verwebten, ineinander verlaufenden Wirbelbänder auf die ganze Wirbelsäule ausdehnen kann, was dem Kranken nicht nur ein elendes Aussehen verleiht und denselben in jeder Bequemlichkeit beengt, sondern späterhin durch Erschwerung und Hemmung des Atmungs geschäftes auch noch in seinen Lebensfunktionen stört.

Die Wirbelgelenke, resp. Wirbelsäule sind vermöge ihrer Konstruktion und Lage leicht zu fixieren, wenn dies, wie bei der tuberkulösen Erkrankung, nötig wird, doch sind selbeshwer in systematischer Weise zu mobilisieren, wenn dies der Heilplan fordert. Die einfachste Art der Fixation ist das Flachliegen auf mit Roßhaar gepolsterter Unterlage oder der Gebrauch eines entsprechenden Mieders. Das Bewegen der Wirbelgelenke ist in ausgiebigerem Maße nur durch Mobilisierung der ganzen Wirbelsäule möglich. Bei verschiedenen chronischen, vorzüglich rheumatischen Erkrankungen der Wirbelgelenke ist oft die energische Mobilisierung der Wirbelgelenke ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung, weil wir mit Hilfe derselben auf den tiefliegenden Schmerz besser abstumpfend und auf die geringen Exudatmengen eher resorbierend wirken können, als durch milde Massagemanipulationen. Im übrigen kann man auch durch die klopfenden, lackenden, vibrierenden Griffe der Massage den kleinen Gelenken der Wirbelsäule eine ziemliche passive Bewegung mitteilen. Für alle Fälle ist die energische Mobilisierung der Wirbelsäule bei richtiger Indikation ein solcher Eingriff, der oft zur Vorbeugung einer Versteifung unentbehrlich ist. Am besten kann man die passiven Bewegungen der einzelnen Wirbelpartien, wiewohl man auch mit verschiedenen Freiübungen und einfachen Apparaten etwas ausrichten kann, in systematischer Weise mit den bestkonstruierten HERTZ- und ZANDERSCHEN Maschinen erreichen. Zufolge der eigenartigen Konstruktion der Wirbelsäule pflegt besonders die von den Maschinen ausgeführte Vibration von bestem Erfolge begleitet zu sein, indem selbe jeden noch so kleinen Teil der Wirbelsäule in zitternde Bewegung versetzt.

Das Schultergelenk ist punkto Bewegung eines der am glücklichsten konstruierten Gelenke, indem der kugelförmige, ziemlich große Humeruskopf auf der kleinen flachen Gelenkpfanne nach jeder Richtung hin ausgebreitete Bewegungen machen kann. Macht doch dieser Umstand unsere Gliedmaßen zu dem, was sie ist. Das Schultergelenk wird noch durch die kurzen massigen Schultergürtelmuskeln charakterisiert, ferner durch die verhältnismäßig weite lockere Gelenkkapsel, die nach Luxation und bei mit Muskelschwund verbundenen Lähmungen öfters zur Bildung eines Schlottergelenkes Gelegenheit bietet. Die Protuberanzen an der Skapula und am Humerus hat sich die Natur bemüht, mit Schleimbeutel auszugleichen, die mehrfach den Schauplatz für Schleimsammlungen abgeben.

Die massige Muskulatur der Schulter bietet in mehrerer Hinsicht Interesse, zunächst dadurch, daß sie kleinere Anschwellungen des Gelenkes leicht verdecken kann.

Der Gelenkerkrankung folgt gewöhnlich rasch Schwund der Muskeln; die Schulter wird eckig und der kranke Zustand derselben aus der Ferne erkenntlich. Das Schultergelenk hat wenig Neigung zu großen Flüssigkeitsansammlungen und, tuberkulöse Erkrankungen ausgenommen, zu hochgradigen Kapselverdickungen, hingegen pflegt es sehr bald der Schauplatz von Reibegeräuschen, von Krepitieren zu werden. Der am meisten charakteristische Zug für das kranke Schultergelenk ist die sehr früh auftretende Adduktionskontraktur, die in dem gegenseitigen Verhältnisse der verschiedenen Schultermuskeln ihre Erklärung findet. Die erste unserer Heilbestrebungen sei daher, durch möglichst frühe Massage und aktive Bewegungen den Deltoideus zu retten und die Kontraktur zu mildern, vorausgesetzt, daß die Grundnatur des Leidens (tuberkulöse Erkrankung) nicht die Fixation des Gelenkes direkt fordert. Die Schulterkontraktur pflegt noch der natürliche Umstand maximal zu gestalten, daß der Kranke sein schmerzhaftes Schultergelenk am besten auf die Art zur Ruhe bringt, indem er seinen Oberarm an den Rumpf preßt. Wir können selbst im schmerzhaftesten Stadium der Erkrankung dem Übel auf die Weise steuern, daß wir zwischen Oberarm und Brustkorb einen keilartigen Polster einschieben, den wir mit Hilfe einer Binde an den Brustkorb befestigen. Noch eine

Eigentümlichkeit verdient in therapeutischer Hinsicht unsere Aufmerksamkeit. Die Natur hat die Gelenkpfanne des Schultergelenkes, um die Bewegungsfähigkeit zu steigern, an der den Rippen entlang gleitenden Skapula angebracht. Nachdem das Schulterblatt gewisse Exkursionen machen kann, kann sich der Oberarm selbst bei völliger Verwachsung oder Lähmung noch innerhalb jener Grenzen bewegen. In solchen Fällen muß man also bemüht sein, die Muskulatur des Schultergürtels — Cucullaris, Levator scapulae, Rhomboideus, Serratus anticus major, endlich Pectoralis und Latissimus dorsi — durch Massage und Faradisation in bester Kondition zu erhalten. Der Umstand, daß bei einer Kontraktur die Skapula mit dem Humerus mitzugehen pflegt, macht es bei passiven Bewegungen zur Bedingung, daß wir beim Bewegen des Oberarmes das Schulterblatt separat fixieren.

Die Erkrankung des Schultergelenkes verhindert vorzüglich die Bewegung des Oberarmes nach rückwärts und zur Seite, sie macht außerdem das Liegen in der Seitenlage unangenehm oder gar ganz unmöglich, was bei einer doppelseitigen Erkrankung für den Kranken eine große Unbequemlichkeit bedeutet.

Beim Ellenbogengelenk pflegt im Anschlusse an eine Entzündung, eine tuberkulöse Erkrankung ausgenommen, eine größere Volumzunahme des Gelenkes seltener zu sein. Um so häufiger ist, nachdem die Flexoren den Triceps bedeutend überwiegen, die Kontraktur des Ellenbogens, die sich häufig schon zu Beginn der Erkrankung bemerkbar macht. Insofern das Ellenbogengelenk auch die Brauchbarkeit der Hand vermittelt (Waschen, Ankleiden, Essen, Trinken, Schreiben etc.), ist es leicht einzusehen, daß das Intaktbleiben der Beweglichkeit im Ellenbogengelenke von größter Bedeutung ist. Es handelt sich um Flexion und Tension, um Pronation und Supination. Am wenigsten ist der Ausfall bemerklich, wenn die Streckung nicht ganz vollständig ist, weil man ja die gewöhnlichen Arbeiten selten in der Streckstellung ausführt. Da kommt meist nur die ästhetische Seite in Betracht, besonders in schweren Fällen, wenn das Ellenbogengelenk sich nur wenig über 90 Grad strecken läßt, so daß die krankhafte Haltung, das Krümmsein der Extremität ins Auge fällt. Wenn hingegen die Flexion nur knapp bis zu 90 Grad reicht, kann die Extremität ihrer Aufgabe nicht gerecht werden, insbesondere nicht die eigenen Bedürfnisse (Gesichtwaschen etc.) befriedigen. In unseren alltäglichen Verrichtungen spielt auch die Pro- und Supination eine wichtige Rolle; so pflegen wir z. B. in pronierender Haltung zu schreiben und Klavier zu spielen, während das Aufsperrn des Schlosses mit supiniertem Oberarm geschieht etc. Hindernisse innerhalb weniger Grade machen manchmal ganze Prozeduren unmöglich, so daß man öfters mit einer Besserung von 5 Graden die Berufsfähigkeit retten kann. Bei fixierender Behandlung soll man sich also immer an die gegebenen Verhältnisse, an den Beruf des Betreffenden etc. — um die sogenannte Mittelstellung herum — halten.

Das Handgelenk ist eines jener Gelenke, das von verhältnismäßig wenig Weichgebilden umgeben ist, so daß man auch kleinere Anschwellungen wahrnehmen kann. Auffallend ist bei der Häufigkeit der Erkrankungen, wobei das Handgelenk gern stark anschwillt, die relativ seltene Abweichung von der normalen Stellung, wohl wegen der ziemlich gleichmäßigen Verteilung der Muskeln. Aus demselben Grunde sind abnorme Stellungen der Hand, wenn denselben keine knöchernen Verwachsung zugrunde liegt, leichter in Ordnung zu bringen. In Fällen also, wo bedeutendere Abweichungen vorkommen, hat man es gewöhnlich mit einem Versäumnis zu tun, weil nichts leichter ist sowohl bei einer akuten wie chronischen Erkrankung, als der Hand mit Hilfe einer passenden Schiene die richtige Lage zu geben.

Zu den häufigen Veränderungen der Handwurzel gehört das sogenannte Ganglion, eine kleine, öfters mit dem Gelenke zusammenhängende cystenartige Geschwulst, die man gewöhn-

lich durch Druck mit stumpfer Gewalt und darauffolgenden Kompressivverband leicht entfernen kann.

Die Fingergelenke pflegen sehr häufig zu erkranken. Infolge ihrer oberflächlichen, nur von der Haut bedeckten Lage ist an denselben jede Formveränderung leicht ersichtlich. Nachdem von kleinen Gelenken die Rede ist, machen selbst kleine Volumveränderungen große Deformationen aus. Kontrakturen, infolge Übergewichts der Flexoren, laufen gewöhnlich in palmarer Richtung ab. Abweichungen nach der Seite hin oder Hyperextension kommen gewöhnlich nur bei einseitigen anatomischen Veränderungen (Ablagerung oder Schwund an der einen Seite) vor.

Als Ursache der häufigen Erkrankung der Finger pflegt man ihre große Entfernung vom Zentrum und die, allerlei Schädlichkeiten leicht zugängliche, exponierte Stellung anzusehen.

Im Falle einer chronischen Erkrankung von Hand und Finger ist ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, daß man die Funktion resp. Arbeit für Hand und Finger reguliere, pünktlich vorschreibe. Viele Menschen verdienen sich mit ihrer Hände Arbeit das Brot und können deswegen oft nur schwer der schädlichen Arbeit entsagen.

Wir müssen bestrebt sein, in allen diesen Fällen den Mittelweg ausfindig zu machen, wo sich die Anforderungen des praktischen Lebens mit dem Wunsche des Arztes auf halbem Wege treffen.

Die Gelenkerkrankungen an der unteren Extremität treffen den Kranken gewöhnlich noch schwerer, indem sie ihn in seiner Beweglichkeit behindern, an Bett und Stube fesseln, so daß sie mittelbar, besonders wenn die Krankheit lange dauert, auf den ganzen Organismus ihre verhängnisvolle Wirkung ausüben.

Zu Kontrakturen ist reichliche Gelegenheit. Die Kontraktur ist hier mit Hinken gleichbedeutend, was die ästhetische Empfindung stört.

Die mit dem Hinken einhergehenden Zerrungen und die Überanstrengung der entsprechenden Muskelgruppe ist die Quelle rascher Ermüdung und auf Schritt und Tritt die Quelle von Schmerzen.

Wir sind also nicht allein vom ästhetischen, sondern auch vom praktischen Gesichtspunkte bemüsst, die Kontraktur zu heilen, und wenn dies nicht möglich ist, auf jede mögliche Weise auszugleichen. Eine Verkürzung von nur $1-1\frac{1}{2}$ cm erfordert nicht immer eine Korrektur. Größere Differenzen jedoch müssen ausgeglichen werden, was am einfachsten mit Hilfe einer Sohleneinlage geschieht.

Das Hüftgelenk ist bekannt dafür, daß es seinen Teil nicht nur von den polyartikulären Erkrankungen herausnimmt, sondern daß es auch häufig der Schauplatz einer monartikulären Erkrankung zu sein pflegt. Es genügt, wenn wir auf die tuberkulösen Erkrankungen des Kindesalters und auf die deformierenden Formen des Greisenalters (*Malum coxae senile*) hinweisen. Vermöge seines Baues pflegen geringere Veränderungen unter den mächtigen Muskeln nicht zum Vorschein zu kommen. Auch hier pflegen gewöhnlich Schmerz und Kontraktur die ersten Zeichen der Erkrankung zu sein. Heftigere Schmerzen erschweren zumeist auch das Sitzen und erfordern vollständige Bettruhe. Die Hüftkontraktur hat in mehreren Hinsichten ihre Eigenheiten. Man kann dieselbe einerseits in der Entstehung nur schwer hindern und andererseits schwer heilen. Die letztere Schwierigkeit besteht darin, daß das Becken bei Streckversuchen keinen genügenden Anhaltspunkt bietet, man also nicht imstande ist, an der *Cristae ilei* einen genügend energischen Gegen- druck auszuüben.

Die Steifheit des Hüftgelenkes führt für den Kranken schwere Folgen mit sich. Als größten Mangel pflegt der Kranke sein Unvermögen zu empfinden, daß er nicht imstande ist, sich die Schuhe selbst anzuziehen, ferner daß er in einem gewöhnlichen Stuhle, der eine rechtwinklige Lehne hat, kaum

oder gar nicht imstande ist zu sitzen, weil er infolge der Steifheit der Hüfte nach rückwärts fällt. In ähnlicher Lage befindet sich der Kranke, der mit einem die Hüfte fixierenden Apparate versehen ist: derselbe sitzt am bequemsten in einem hohen Sessel, dessen Sitzteil der steifen Hüfte entsprechend im vorderen Teil ausgeschnitten ist.

Das Hüftgelenk schrumpft meist nicht nur im Sinne der Flexion, sondern bei umhergehenden Kranken meist auch im Sinne einer mit etwas Außenrotation gepaarten Abduktion; bei im Bette, auf der gesunden Seite liegenden Kranken pflegt sich infolge Übergewicht der Adduktoren eine Adduktionskontraktur mit etwas Innenrotation zu entwickeln, so daß ein *Genu valgum* entsteht, was das Gehen auch seinerseits erschweren kann. Einer derart entstehenden Adduktionskontraktur können wir, wenn sie rechtzeitig bemerkt wird, durch entsprechende Einlagen zwischen die Knie entgegenarbeiten.

Einen großen Grad von Unbeholfenheit führt die Versteifung an der Hüfte mit sich, wenn sie doppelseitig ist. Das Sitzen muß eine halbliegende Stellung ersetzen. Auch das Gehen sinkt zu einem kleinschrittigen Gange, Kriechen herab, was selbst auch nur dadurch möglich wird, daß der Kranke abwechselnd sich bald rechts, bald links auf die Fußspitze stellt, um die er nun mit dem freien Teile seines Körpers eine kleinere oder größere Drehung vollführt. Dadurch kommt jeweilig der andere Fuß nach vorn, und nun erfolgt die Drehung des Körpers in entgegengesetzter Richtung und so fort. Die Erkrankung des Hüftgelenkes hat bei weiblichen Kindern auch noch jene Bedeutung, daß sie, vorzüglich in Hinsicht eines einseitigen Zurückbleibens, auf das Gerüst des Beckens einen ungünstigen Einfluß ausüben kann. Die Steifheit im Hüftgelenke kann auch bei Geburt hindernd sein. Die Adduktionskontraktur kann, wenn sie doppelseitig ist, das sexuelle Leben bei Frauen ganz in Frage stellen.

Das Kniegelenk, das größte aller Gelenke, ist verhältnismäßig von wenig Weichgebilden bedeckt. Deswegen werden auch geringere Veränderungen leicht bemerkbar. Die große Ausdehnung der Kapsel und der Umstand, daß sie zum größten Teile unmittelbar unter der Haut liegt und daß sie besonders in ihrem vorderen Teile keinem größeren Muskeldrucke ausgesetzt ist, bringen es mit sich, daß die Gelenkkapsel sowohl flüssigem Exsudate als auch dem Wachsen der Zotten keinen nennenswerten Widerstand entgegenzusetzen vermag. Die Kapsel dehnt sich leicht aus und verbleibt leicht in ausgedehntem Zustande. Deswegen pflegen wir die ausgebreitetsten Gelenkveränderungen am Kniegelenke zu sehen. Das Erschlaffen der Gelenkkapsel wird auch noch dadurch gesteigert, daß gelegentlich der Gelenkerkrankung der Kniestrecker sehr rasch dem Schwunde zu verfallen pflegt. In diesem Falle entfallen auch die Spanner der Kapsel und das Knie bleibt an seiner Streckseite ohne Schutz irgend eines Tonus. So ist es wohl begreiflich, warum das erkrankte Knie so leicht in hartnäckige Kontraktur verfällt. Unter allen Gelenkkontrakturen gebührt dem Knie zweifellos die erste Stelle.

Die ausgebreiteten Gelenkflächen des Kniegelenkes bieten reichlich Gelegenheit zu krepitierenden Reibegeräuschen infolge organisierter Exsudatpartikelchen, Abschleifungen, Unebenheiten etc. Die großen Rezesse des Kniegelenkes geben ein willkommenes Versteck für Gelenkmäuse, *Lipoma arborescens* usw.

Das Knie wird infolge seines Berufes und seiner ungeschützten Lage leicht verletzt. Von seinen Verletzungen ist jener Zustand der eigentümlichste, wo einer der *Semilunarknorpeln* an einer Stelle reißt und sich dann während der Bewegungen des Knies bei einer gewissen Winkelstellung einkeilt, so daß die Muskulatur oft nur mit größter Anstrengung imstande ist, das Hindernis zu bewältigen. Oft muß, wenn sich das Knie festkeilt, ein Schlag von außen Hilfe bringen. Die leichte Zugänglichkeit des Kniegelenkes kommt uns bei unseren Heilversuchen gut zu statten. So können wir

durch Kälte- und Wärmeapplikationen auf das Knie leicht Einfluß nehmen.

Ahnlich kann man die verschiedenen Griffe der Massage auf die einzelnen Elemente des Gelenkes einwirken lassen. Indem die Knochenteile nur von wenig Weichgebilden bedeckt sind, ertragen sie keine energischen klopfenden, hackenden Manipulationen. Um so mehr Raum bietet sich für streichende, vibrierende und reibende Griffe.

Steifheit hindert die Tätigkeit des Knies ganz besonders.

Die Steifheit im geraden Winkel pflegt vom ästhetischen Gesichtspunkte am wenigsten aufzufallen während des Stehens. Beim Gehen jedoch bildet ein steifes gradwinkliges Knie ein großes Hindernis, indem beim Vorwärtsschleudern des Beines der Fuß in die Plantarflexion verfällt, wodurch die Extremität länger wird. Wenn nun das Knie außerstande ist, sich beim Vorwärtsbewegen zu beugen, erscheint die Extremität tatsächlich länger als nötig, infolgedessen ist der Rumpf gezwungen, sich auf die entgegengesetzte Seite zu neigen; dabei stößt der Fuß an den Boden an. Zum Gehen ist das in minimaler Beugstellung steife Knie besser geeignet, auch beim Sitzen ist es weniger störend als das ganz gradversteifte Bein, das beim Sitzen weit wegsteht. Die schwerste Form bildet in jeder Hinsicht das in hochgradiger Kontraktur, z. B. im rechten Winkel versteifte Knie, in welchem Falle der Unterschenkel einen nach hinten weit abstehenden, zum Gehen kaum geeigneten Stumpf bildet, so daß im Falle einer knöchernen Verwachsung eine Keilexzision die Entfernung des Unterschenkels und dessen Ersatz mit einem Kunstfuß wünschenswert erscheinen kann.

Der Fuß setzt sich aus zahlreichen Gelenken zusammen, die im Erkrankungsfalle auch einzeln ein schweres Gehhindernis bilden. Wenn der Fuß nicht in seinem ganzen Umfange erkrankt ist, pflegt der Patient die krankhaften Partien von der Belastung auszuschalten, indem er sich auf die gesunden Partien des Fußes einseitig stützt. So pflegt der Kranke, wenn die große Zehe oder eine andere mediale Partie des Fußes erkrankt, auf die Außenseite des Fußes, Pes varusartig aufzutreten usw. So pflegt der Kranke jede Verkürzung an der unteren Extremität mit einer starken Plantarflexion des Fußes auszugleichen, indem er auf die Fußspitze auftritt, was wieder zur Bildung von Pferdefuß Anlaß gibt. Insofern eine gewisse Pferdefußstellung auch beim gewöhnlichen Liegen im Bette sich einstellt, ist es selbstverständlich, besonders wenn man auch noch die Übermacht der Wadenmuskeln in Betracht zieht, daß man bei Erkrankungen des Sprunggelenkes auf diese Gefahr stets bedacht sein soll.

Die isolierte Erkrankung eines einzelnen Gelenkes kommt, von den Zehengelenken abgesehen, nur seltener vor, indem ja der Bandapparat des Fußes gewissermaßen ein gemeinsames Gebiet schafft. Daher geschieht es, daß vorzüglich bei polyartikulären Erkrankungen zumeist nicht ein einzelnes Gelenk, sondern ein mehr minder großer Teil des Fußes in die Erkrankung mit einbezogen wird. Auf diese Weise wird die häufige plattfußartige Abflachung des Fußes, die oft schwer zu beheben ist, leicht verständlich.

Am Fuße, wie an der Hand, bildet das Ganglion eine häufige Veränderung. Beachtung verdienen noch die Schleimbeutel, die bei anhaltendem Trauma (enge Beschuhung) an den einzelnen Fingern, am häufigsten am proximalen und distalen Teile des Metatarsus der großen Zehe vorkommen; in Eiterung übergehend erfordern sie oft einen chirurgischen Eingriff.

Bei jahrealten chronischen Leiden kommt es häufig zu Verkrüppelungen an den Zehen. Besonders die große Zehe liebt es, als Hallux valgus den Nachbarfinger zur Seite zu drängen oder sich unter denselben zu schieben. Sehr häufig kommt eine nach oben gerichtete krallenartige Stellung der übrigen vier Zehen vor, so daß die Köpfchen der basalen Phalangen direkt nach unten zu stehen kommen und beim Gehen auf die Haut der Sohle einen unangenehmen Druck

ausüben. Die Abhilfe besteht im häufigen passiven Hinabdrücken der Zehen, täglichem Anschnallen der Zehen an eine entsprechende Schiene und endlich nötiger Sorgfalt bei Anfertigung der Schuhe.

Der Vollständigkeit halber wollen wir auch noch des Kiefergelenks Erwähnung tun, das bei polyartikulären Erkrankungen nicht selten zu erkranken pflegt; öfters kann es sogar zur Kontraktur kommen. Eine solche Kontraktur kann man durch systematische Übung der Mundöffnung und den zeitweiligen Gebrauch einer Serie von Keilen gewöhnlich leicht der Heilung zuführen.

In klinischer Beziehung haben auch noch die Synchondrosis sacro-iliaca, die Symphysis pubis und die sternalen Verbindungen der Rippen den vollständigen Charakter eines Gelenks, was bei einer polyartikulären Erkrankung nicht zu übersehen ist. In therapeutischer Hinsicht erfordern diese Verbindungen naturgemäß denselben Vorgang wie die wahren Gelenke. Von Kontraktur ist hier natürlich kaum die Rede.

Referate.

K. OPPENHEIMER (München): Über Lungenschwindsuchtsentstehung.

Verf. hat aus eigenen Beobachtungen und einer Reihe von Erwägungen folgende Schlüsse gezogen („Münc. med. Wschr.“, 1904, Nr. 5), welche gegen v. BEHRINGS Anschauung sprechen, daß die Tuberkulose im frühesten Säuglingsalter, u. zw. durch Milchgenuß, entstehe: An Tuberkulose sterben in den ersten Lebensmonaten relativ wenige Kinder. Gegen die Annahme, daß die ersten Anfänge der Tuberkulose bis ins Säuglingsalter zurückreichen, spricht: a) die Statistik, b) der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion bei ganz jungen Kindern. Es ist unwahrscheinlich, daß es sich um eine alimentäre Infektion durch Kuhmilchgenuß handelt, denn:

a) die Tuberkulosesterblichkeit ist ebenso groß in Ländern, in denen gestillt wird, wie in solchen, wo die Kinder mit Kuhmilch aufgefüttert werden;

b) die primäre Darmtuberkulose tritt nicht häufig genug auf, als daß man sie als erste Lokalisation der Infektion betrachten könnte;

c) die durch v. BEHRING am Versuchstier gefundenen grauen Knötchen haben sich bis jetzt an Leichen von Säuglingen noch nicht nachweisen lassen.

Aus alledem dürfte hervorgehen, daß v. BEHRINGS These: „Die Säuglingsmilch ist die Hauptquelle für die Schwindsuchtsentstehung“ noch nicht einwandfrei bewiesen ist, daß deshalb auch eine übergroße Ängstlichkeit in Bezug auf den Genuß von Kuhmilch nicht angezeigt erscheint. B.

HEIDENHAIN (Worms am Rhein): Trepanation unter Lokalanästhesie und Trennung der Galea ohne Blutung.

Verf. bestätigt die Erfahrungen BRAUNS über die bedeutende anästhesierende Wirkung einer $\frac{1}{2}$ —1%igen Kokainlösung, welcher 1—2 Tropfen einer 0.1%igen Adrenalinlösung auf 1 cm³ zugesetzt wird. Mit Hilfe von 10 cm³ einer $\frac{1}{2}$ %igen Kokainlösung mit dem entsprechenden Adrenalinzusatz konnte Verf. eine Trepanation des Schädels und Exzision eines Sequesters vollständig schmerzlos ausführen. Auch die Abkratzung der Dura war schmerzlos. Während des Meißelns äußerte die Pat. bloß den Wunsch, daß ihr der Kopf gehalten werde, da sie selbst den Meißelschlägen nicht recht Widerstand leisten konnte („Zentralbl. f. Chirurgie“, Nr. 9, 1904). Die Anästhesie war in diesem Falle und in einem zweiten vollständig, als man die Flüssigkeit unter die Galea spritzte und dann $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Stunden mit der Operation wartete.

Verf. ist der Ansicht, daß man auch größere Operationen am Schädel und am Gehirn mit Hilfe der Kokain-Adrenalinanästhesie auszuführen in der Lage sein wird, wenn man die von RECLUS angegebenen Vorsichtsmaßregeln beachten wird: Der Kranke soll

nicht nüchtern auf den Operationstisch kommen, soll während und nach der Operation streng horizontale Lage innehalten, soll während der Operation langsam eine Tasse Kaffee, versetzt mit einigen Tropfen Alkohol, trinken, soll nach der Operation eine Tasse dicke Suppe essen, darf sich frühestens eine Stunde nach der Operation aufsetzen oder gehen. Auf diese Weise wird am besten der Hirnanämie und der Vergiftung entgegengewirkt.

Behufs Vermeidung der bei der Operation so störenden Blutung aus der Galea schlägt Verf. vor, die Galea diessets und jenseits der erwünschten Schnittlinie nach der im Originale enthaltenen Zeichnung mit Hinterstichen zu umstechen.

Nach Beendigung der Operation wird der Galealappen ohne Lösung der Umstechung angenäht; die Umstechungen bleiben liegen und werden erst nach 8—10 Tagen mit den Hautnähten entfernt. Eine Störung der prima intentio sah Verf. in seinen Fällen niemals.

ERDHEIM.

S. A. NIKONOW (St. Petersburg): Über einen Fall von perforativer Appendizitis mit reichlichem Bluterguß in die Bauchhöhle.

Der 23jährige Patient erkrankte vor 10 Tagen unter heftigen Schmerzen im Unterleib rechts, ohne daß Obstipation vorangegangen wäre. Unter dem Einflusse der eingeleiteten Behandlung wurde es besser, die Schmerzen ließen nach, Erbrechen fand nicht statt, wohl aber fieberte der Patient. Nach einigen Tagen stellten sich in der rechten Fossa iliaca wieder außerordentlich heftige, fast unerträgliche Schmerzen ein, und bald kam häufiges Erbrechen mit grünlich-schwarzer Flüssigkeit hinzu. Status bei der Aufnahme: Patient außerordentlich schwach, Puls fadenförmig, zirka 160, Gesichtsfarbe außerordentlich blaß, Facies hippocratica. Herztöne dumpf. Häufiges Erbrechen von schwarzer Flüssigkeit. Temp. 36·6. Die rechte Bauchhälfte ist zwei Querfingerbreiten oberhalb des Nabels bis dicht an die Fossa iliaca vorgewölbt; man nimmt hier deutliche Fluktuation und starke Dämpfung des Schalles wahr. Schmerzhaftigkeit ungleichmäßig. Links und in der oberen Bauchhälfte ist der Schmerz bedeutend geringer. Darm aufgetrieben. Auf Grund dieser Symptome wurde die Diagnose auf perforative Appendizitis gestellt und angenommen, daß es zur Bildung eines Abszesses gekommen ist, der sich durch Verwachsungen von der übrigen Bauchhöhle abgegrenzt hat. Bei der daraufhin ausgeführten Operation stürzte nach Eröffnung des Bauchfells aus der Bauchhöhle schwarzes flüssiges Blut mit starkem Kotgeruch, dann, als die Inzision des Peritoneums erweitert wurde, begannen auch Blutgerinnsel abzugehen, die in großer Anzahl auch mit den Fingern entfernt wurden. Im ganzen ist mehr als 1 Liter Blut zum Vorschein gekommen. Zwischen den Blutgerinnseln ging ein kleiner kirschkernegroßer Kotstein ab. Am 5. Tage Exitus unter Kräfteverfall und Herzschwäche. Eine Sektion konnte nicht stattfinden. In der Analyse meint Verf. („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 10), daß die Blutung nicht aus den Vasa circumflexa ilei, wie man ursprünglich hätte annehmen können, sondern aus den Arterien des Wurmfortsatzes oder dessen Mesenteriolums selbst herrührte, die bei der Perforation zerstört wurden. Desgleichen glaubt Verf. die unmittelbare Todesursache in dem ziemlich hochgradigen Blutverluste erblicken zu sollen, sonst würde der Patient den zirkumskripten infektiösen Prozeß überstanden haben.

L—Y.

BIAL (Halle a. S.): Ausnutzung von Pepton- und Pepton-Alkohol-Klysmen.

An der v. MERINGSchen Klinik wird das folgende Nährklystier mit Erfolg angewendet:

Rp. Pepton sicc.,
Sacch. lact.,
Alkohol. absol. aa. 25·0
Tinct. Opii simpl. gtt. X.
Aqu. ad 250·0
M. D. S. 3mal täglich 1 Klyσμα.

Resümiert man die mit solchen Klysmen gewonnenen Ergebnisse („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX, H. 5), so zeigt sich, daß bei dem reinen Pepton-Klystier 50·5%, bei dem Pepton-Alkohol-

Klystier 66·01% des Peptons zur Aufnahme kamen. Diese Mehrausnutzung von 15·5% bei Alkoholzusatz ist auch noch nach einer anderen Richtung hin von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung. Zieht man nämlich in Betracht, daß bei einer Resorption von 50·5% Pepton dem Organismus täglich rund 150 Kalorien zugeführt werden (= 37·5 g × 4), so ergibt eine solche von 66% ein Plus von 50 Kalorien (= 12 g × 4); erwägt man nun ferner, daß mit dem Alkohol an sich, dessen vollständige Ausnutzung bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 10 Stunden zweifellos ist, täglich bei 3 Klysmen 425 Kalorien — 75 g Alkohol entsprechend — beigebracht werden, so ergibt sich die Tatsache, daß der Nutzeffekt der Peptonklysmata durch Zusatz von 10% Alkohol um ungefähr 450—475 Kalorien (50 × 425) gesteigert wird. Das sind Werte, die für einen in Inanition befindlichen Organismus erheblich in Betracht kommen.

L.

NAGEOTTE (Paris): Zur Pathogenese der Tabes dorsalis.

N. kommt nach ausgedehnten histologischen Untersuchungen zum Resultate, daß die Tabes das Produkt einer interstitiellen „Neuritis der Nervenwurzeln und einer chronischen,luetischen Meningitis ist („La Presse médicale“, 1903, Nr. 1). Letztere ist das Primäre und steht in Zusammenhang mit der anatomischen Disposition der Lymphwege. Die hinteren Wurzeln werden schließlich atrophisch. Verf. glaubt, daß die Tabes ebenso eine syphilitische Affektion ist wie viele andere Erkrankungen und hält eine anti-luetische Therapie für angezeigt. Freilich wird erst die Erfahrung lehren, welche Art und Weise dieser Therapie zweckmäßig ist.

Wichtig ist jedenfalls, daß dieselbe bereits im Anfangsstadium der Meningitis, zumindest aber bevor noch im Rückenmark irreparable Veränderungen bestehen, eingeleitet wird. Deshalb soll bei Luetikern, wenn einigermaßen suspekta Symptome vorliegen, sofort die Lumbarpunktion ausgeführt werden, um so möglichst frühzeitig die Diagnose einer Meningitis machen zu können. Die Harmlosigkeit dieses von WIDAL angegebenen diagnostischen Verfahrens rechtfertigt seine Anwendung.

J. S.

BARBE (Paris): Desinfektion der Bücher mit Formol.

Die Tuberkulose kann durch Bücher verbreitet werden. Verf. konnte auf Blättern, die mit dem Sputum Schwindsüchtiger bedeckt worden waren, Bakterien nachweisen, die, Tieren eingepflegt, Tuberkulose erzeugten („La Presse médicale“, August 1903). Als bestes Desinfizienz empfiehlt er Formol, entweder in Pulverform oder mittelst des Formolapparates angewandt. Mit Büchern, die in dieser Weise desinfiziert worden waren, konnten keine Tiere mehr infiziert werden.

J. St.

J. SCHEFF (Wien): Erfahrungen über die Wirkung des Benesols. Aus dem k. k. Zahnärztlichen Institute der Wiener Universität.

Das Benesol ist ein Mixtum compositum, als dessen wirksame Bestandteile das Eukain β und Kokainsaccharat angesehen werden können, während das in ihm enthaltene Phenol und Eukalyptol als Antiseptika, das Menthol vielleicht zur Anämisierung dienen. Verf. hat bis jetzt 250 Extraktionen mit Benesol vorgenommen, und zwar in der gleichen Art wie mit Schleim oder Kokain. („Viertelj. f. Zahnheilkde.“, 1904, Nr. 1). Die Spritze ist die an dem Institute schon seit 10 Jahren in Verwendung stehende mit geraden und gebogenen Kanülen. Der Umstand, daß von dem Benesol schon eine halbe Spritze genügt, um wenigstens in den meisten Fällen vollkommene Schmerzlosigkeit für die Extraktion von ein bis drei nebeneinander stehenden Zähnen oder Wurzeln zu verbürgen, spricht für die ausgezeichnete Wirkung dieses Mittels gegenüber den anderen bekannten Anästheticis. SCH. geht so vor, daß er die Hälfte der zu einer Injektion verwendeten Flüssigkeit an der labialen und die andere Hälfte an der palatinalen Seite (Oberkiefer) oder lingualen (Unterkiefer) zu injizieren trachtet, was selbstverständlich im ersteren zumeist leichter möglich ist als im letzteren. In der beigegebenen Beschreibung wird verlangt, daß man nach der Injektion

3 bis 4 Minuten warten möge, bevor die Extraktion vorgenommen wird. Verf. hat sich nur bei den ersten 50 Extraktionen danach gehalten, denn in einer Klinik, wo nacheinander eine größere Anzahl von Extraktionen vorzunehmen ist, wäre eine jeweilige Pause von 3 bis 4 Minuten ein unliebsamer Aufenthalt, der allein schon gegen die Verwendung dieses Mittels sprechen könnte. Er hat demnach bloß einige Sekunden zwischen der Injektion und der Ausführung der Extraktion verstreichen lassen und glaubt deshalb keine schlechteren Erfolge erzielt zu haben, da er die Anästhesie hauptsächlich von der richtigen und vollen Verteilung der injizierten Flüssigkeit ableiten möchte. Daß die auftretende Anästhesie eine intensivere ist, wenn die injizierte Flüssigkeit durch längere Zeit einzuwirken vermag, will er durchhaus nicht in Abrede stellen, indes dürfte die richtige Verteilung der Flüssigkeit das hauptausschlaggebende Moment sein. Von den 250 Fällen waren vollkommen schmerzlos 156 Extraktionen, so zwar, daß viele Patienten eine sofortige zweite Extraktion verlangten. Von den übrigen 94 Extraktionen waren 80 wenig schmerzhaft — Angabe der Patienten — und 14 klagten über Schmerzen. Benesol ist daher den bisher bekannten Anästheticis mindestens gleichwertig. SCH. würde ihm nach seinen bisherigen Erfahrungen unbedingt sogar den Vorzug vor denselben einräumen.

I. BREUER (Köln): Ein neues gebrauchsfertiges aseptisches Verbandpäckchen und dessen Technik.

Das Verbandpäckchen verfolgt den Zweck, dem Arzte und selbst dem Laien eine aseptische Notverbandanlage ohne vorherige Desinfektion der Hände zu ermöglichen. Die Technik dieses Verbandes strebt, wie die heutige chirurgische Technik, vor allem danach, eine Wundinfektion durch Berührung mit den Händen zu verhindern.

Das mit der zugehörigen Binde in einer wasserdichten Pergamentpapierverpackung befindliche eigentliche Verbandpäckchen stellt („Berl. klin. Wochr.“, 1903, Nr. 50) durch die Art der Verpackung ein mobiles Kästchen mit durchaus sterilem Inhalt dar, bestehend aus doppelter, durchwebter Filtrierpapierhülle mit einer aus Gaze und Watte bestehenden, festgenähten Kompresse als Einlage. Die Hülle ist geeignet, aus Flüssigkeiten Bakterien abzufiltrieren und bürgt durch ihre Undurchlässigkeit für Mikroorganismen für die Keimfreiheit des Verbandes. Außerdem ermöglicht die Papierhülle die bequeme, abschließende Faltung des Verbandpäckchens und dient als Watteersatz bei kleinem Volumen und erhöhter Aufsaugungsfähigkeit. Der sichere Verschluss ist durch die treppenförmig ineinander greifende Faltung der beiden Deckblätter erzielt, deren Enden die Verbandohren bilden. Der Verband kann nach der aufgedruckten Vorschrift selbst vom ungeschicktesten Laien leicht durch Zug an den beiden sogenannten Verbandohren in entgegengesetzter Richtung (Pfeilrichtung →) einseitig entfaltet werden. Der entfaltete Verband kann ohne jede Berührung der Innenfläche auf die Wunde gelegt werden, wodurch eine Infektion der Wunde völlig ausgeschlossen ist. Nach vorschriftsmäßiger Entfaltung und Bedeckung der Wunde erfolgt die Befestigung mit der beigefügten Binde. Der Hauptwert liegt darin, daß die Verbandanlage von Laien ohne jede Infektion der Wunde ausgeführt werden kann und daß dieselbe eine vorherige Desinfektion der Hände ganz unnötig macht, die bekanntlich bei den meisten plötzlichen Unfällen (z. B. auf den Straßen, auf der Arbeitsstelle, im Manövergelände, auf dem Schlachtfelde etc.) doch nicht möglich ist. Das Verbandpäckchen ist seit 1/2 Jahren mit Musterschutz Nr. 183.068 versehen. Dasselbe wird empfohlen durch die ärztliche Kommission des Zweigvereins vom Rothen Kreuz für die Stadt Köln. L.

M. PLIEN (Berlin): Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit Hefe.

So verschieden auch die theoretischen Erklärungsversuche und die Anwendungsmethoden der Hefebehandlung waren, fast übereinstimmend wurden günstige Resultate gemeldet. Vulvitiden,

Kolpituden, Erosionen der Portio, Zervikalneurosen und selbst Endometritiden wurden nach den verschiedensten Berichten in 5 bis 25 Tagen zur völligen Heilung gebracht.

PL. berichtet („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1903, Nr. 48) über die Resultate, welche an der BRÖSESCHEN Frauenklinik mit den Rheolstäbchen ABRAHAM'S erzielt wurden. Diese aus Asparagin, Hefe und Glycerin bestehenden Stäbchen wurden nach ihres Autors Vorschrift angewendet, aber weder ein promptes und sicheres Verschwinden der Gonokokken, noch des Fluors konnte konstatiert werden. Dagegen ließ sich fast regelmäßig das Eintreten einer Adnexitis beobachten und PL. meint, daß die Stäbchenbehandlung hierbei keineswegs als unschuldig angesehen werden könne. FISCHER.

C. V. RZENTKOWSKI (Warschau): Studien über die proteolytische Kraft des Mageninhalts.

Die in den gesunden Magen in Form von schwacher wässriger Lösung eingeführte Salzsäure reizt seine Schleimhautdrüsen energisch zur Absonderung von Pepsin (oder Pepsinogen). Der Magen von an Karzinom Leidenden verhält sich in dieser Hinsicht ganz anders. Die eingeführte Salzsäure reizt ihn nicht zur „Ausladung“ von Pepsin an, so wie dies im gesunden Magen vorkommt. Vielleicht könnten wir auf diesem Wege eine Methode für die Diagnose von Krebs in den Fällen, wo ernste Schwierigkeiten vorliegen, gewinnen („Arch. f. Verdauungskr.“, Bd. IX, H. 9). Es ist also wahrscheinlich das Vermögen der Pepsinabsonderung der Magenschleimhaut bei Karzinom sehr herabgesetzt, obwohl es selten ganz aufgehoben wird. Außerdem sehen wir, daß ungeachtet der Anwesenheit von HCl und von Nährstoffen, die gewöhnlich den Magen zu einer vermehrten Absonderung von Pepsin reizen, in dem karzinomatösen Magen keine Steigerung der verdauenden Kraft des Inhaltes eintritt. Die verdauende Kraft des Mageninhalts verhält sich bei Ulkus zur normalen verdauenden Kraft wie die Gesamtazidität bei Ulkus zu der normalen Gesamtazidität. Bei Karzinom verdaut der Magensaft mehr, als er, nach der verminderten Salzsäureabsonderung zu urteilen, verdauen sollte, bei Ulkus weniger, als man nach dem Salzsäureüberschusse erweisen könnte. BR.

RASCHKES (Warschau): Beitrag zur Kasuistik der primären Vaginaltumoren.

Bei einer 54jährigen Frau, die an starken, in unregelmäßigen Zeiträumen auftretenden Blutungen aus dem Genitale litt, fand sich an der hinteren Wand der Vagina ein gut walnußgroßer, weicher Tumor, der aus einer Ulzeration blutete; die Rektalwand war über der Geschwulst frei beweglich. Dieselbe erwies sich bei histologischer Untersuchung als jenen Geschwülsten zugehörig, die als Endotheliome oder als Hypernephrome bezeichnet werden; Verf. läßt aber die Frage unentschieden, wie die vorliegende Geschwulst zu bezeichnen ist („Zentralbl. f. pathol. Anatomie u. allgem. Pathologie“, Bd. XIV, pag. 657). DR. S—.

H. I. SCHLASBERG (Stockholm): Klinische Studien über Gonorrhöe.

Das Vorkommen von infizierten paraurethralen und präputialen Gängen trägt, sofern dieselben nicht bei Zeiten entdeckt werden, in nicht geringem Maße dazu bei, daß die gonorrhöische Urethritis einen ungünstigen Verlauf nimmt. Die Follikulitis ist eine recht gewöhnliche Komplikation der gonorrhöischen Urethritis und verzögert deren Heilung nicht unwesentlich („Nord. med. Ark.“, 1903, Abt. 2, Nr. 7).

Die Prostata kann bisweilen, ohne palpatorische Veränderungen zu zeigen, ein Schlupfwinkel für Gonokokken sein und eine Reinfektionsquelle für die Urethra bilden. Die Entstehung einer Epididymitis trägt im allgemeinen dazu bei, die Heilung des gonorrhöischen Prozesses in der Urethra zu beschleunigen, sofern die Urethritis außerdem zum Gegenstande einer rationellen Behandlung gemacht wird. Auch in den mit Follikulitis komplizierten

Fällen ist die Epididymitis von wohlthätigem Einfluß. Die gonorrhoeische Leistenadenitis hat möglicherweise einen ähnlichen Einfluß auf den Prozeß in der Urethra wie die Epididymitis. L.

LUBOWSKI und STEINBERG (Breslau): Über Agglutination von Typhusbazillen bei Proteus- und Staphylokokken-Infektion.

Bei 2 Fällen von otitischer Proteusinfektion, von denen der eine mit gleichzeitiger Staphylokokken- und Streptokokken-Infektion kompliziert war, wurde eine agglutinierende Wirkung des Blutserums gegenüber dem Typhusbazillus bis zu 80facher Verdünnung (mikroskopische Beobachtung nach zweistündiger Einwirkung des Serums) gefunden („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 5 u. 6).

Die durch diese Beobachtung angeregten experimentellen Untersuchungen ergaben, daß es sowohl durch Injektion von Proteus wie von Staphylokokkenkulturen gelingt, bei Kaninchen bzw. Meerschweinchen — wenn auch nicht bei jedem Tiere — eine wesentliche Erhöhung des Agglutinationsvermögens des Serums gegenüber dem Typhusbazillus hervorzurufen. Mit Kulturen von Streptokokken, Cholera asiatica und Bacillus fluorescens liquefaciens ließ sich ein derartiges Resultat nicht erzielen. B.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Wirkungen der Moorbäder** erörtert LOEBEL („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 4). Die Moorbäder charakterisieren sich vor allem als Vasomotorenmittel, die während einer Badedauer von 40 Minuten ausnahmslos blutdruckreduzierende Erscheinungen durch Reizung des Splanchnikus und nach den Bädern auf reaktivem Wege blutdrucksteigernde Wirkungen durch Wiederverengung der Splanchnikusgefäße auslösen. Nächst dem erweisen sich die Moorbäder als Herzmittel, die das Schlagvolumen vergrößern und während einer Badedauer von 20 Minuten in den Wärmegraden unter 39°C mäßig die Schlagfolge des Herzens verlangsamen, dasselbe schonen, über diese Zeit und über diese Temperatur hinaus den Rhythmus des Herzens oft beschleunigen, dasselbe tonisieren. Die Moorbäder bewähren sich als hämodynamische Mittel, wobei die Resultierende aus ihren vasomotorischen und kardialen Einflüssen eine Steigerung der Blutbewegung vermittelt, insofern die Widerstandsverringering in den Gefäßen unter Abnahme der Pulsfrequenz und Zunahme der Eigenwärme auf eine Vermehrung des Blutdurchtriebes und umgekehrt unter gleichzeitiger Zunahme der Pulsschläge und der Körpertemperatur auf eine Beschleunigung desselben hindeutet. Sie besorgen blutregenerierende Funktionen, vergrößern die Atmungsfläche und bekunden in den Temperaturen unter 43°C und während einer halbstündigen Benutzung zumeist eine Verlangsamung der Respiration, darüber hinaus aber eine Beschleunigung derselben. Die Moorbäder bessern überdies vermöge ihrer reaktiven Dauerwirkungen bei angemessener Verwendung auch die vegetativen Existenzbedingungen der Zellen selbst.

— Über **Gelatina sterilisata pro injectione** liegt eine Reihe von Mitteilungen vor (CHAUFFARD, „Presse méd.“, 1903, Nr. 29; DIEULAFOY, Ibidem Nr. 38; DOERFLER, „Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 3 etc.). Diese Gelatine bietet wohl die denkbar größte Sicherheit gegen die Tetanusgefahr, die sich überhaupt bieten läßt, und es wäre dringend zu wünschen, daß dieselbe in allen Apotheken vorrätig gehalten würde (zumal sie jahrelang unverändert haltbar ist), damit der Arzt keine Veranlassung habe, in dringenden Fällen ad hoc bereitete und mangelhaft sterilisierte Gelatine zweifelhafter Provenienz zu verwenden. Natürlich ist auch der Sterilisation der Injektionspritze eine ganz besondere Sorgfalt zu widmen. Man wird dieselbe am besten, dem Vorschlage von DOERFLER gemäß, eine halbe Stunde lang in 2%iger Lysollösung auskochen. Die Mercksche sterilisierte Gelatine wird in Röhren expediert, deren jedes 40 cm³, mithin 4 g feste Gelatine enthält.

— Den **Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität** erörtert ERIK E. FABER („Hospitalstidende“, 1904, Nr. 2). Das Material umfaßt 3137 mit Diphtherieheilserum behandelte Fälle, nämlich 2331 mit Serum behandelte Diphtheriefälle und 807 mit Serum behandelte Kruppfälle (unter Krupp wird Larynxstenose

verstanden). Er hat das Mortalitätsprozent untersucht, je nachdem die Serumbehandlung am 1., 2., 3. usw. Krankheitstage anfing. Das Resultat seiner Untersuchungen resümiert des Verf. folgendermaßen: Die Serumbehandlung setzt die relative Mortalität der Diphtherie bedeutend herab. Das Sinken der Mortalität beruht auf dem Vermögen der Serumbehandlung, der Diphtherieintoxikation entgegenzuwirken, während der Einfluß der Serumbehandlung auf die Stenose und die komplizierenden Lungenleiden nicht so groß ist, daß sie sich gegenüber den anderen bestimmenden Faktoren geltend machen kann. Je früher in der Krankheit die Serumbehandlung anfängt, desto kleiner ist die Aussicht des Patienten, an Diphtherieintoxikation zu sterben. Dagegen sind die Chancen, an Deszendenz und Pneumonie zu sterben, fast gleich für die früh und spät unter Behandlung kommenden Patienten. Deshalb ist das Sinken der Mortalität deutlich in der Diphtheriestatistik, nicht in der Kruppstatistik.

— Bei **Stomatitiden der Kinder** hat TORRETTA („Progr. méd.“, 1904, Nr. 1) seit nunmehr zwei Jahren in 150 Fällen das Protargol angewandt (u. zw. bei Stomatitis catarrhalis aphthosa, ulcerosa, impetiginosa etc.). Er erhielt mit Hilfe dieses Heilmittels im ganzen vorzügliche Resultate. Je nach der Schwere und der Dauer der Erkrankung hat er Lösungen von 1—10% in destilliertem Wasser, mit einem baumwollenen Lappen, alle 24 Stunden in Anwendung gebracht.

— Zur **Behandlung von nervösen Störungen**, wie Migräne, neurasthenischen Zuständen, Schwindel, Hysterie etc. empfehlen zahlreiche Beobachter, wie SCHWERSENSKI („Therap. Monatsh.“, 1903), SCOGNAMIGLIO („Giorn. int. d. med. prat.“, 1904), GREVE („Deutsche Praxis“, 1903) u. v. a. m. das Validol. Dasselbe wird nunmehr auch in Form des Validolum camphoratum hergestellt, welches aus einer 10%igen Lösung von Kampher in Validol besteht und das gleiche Aussehen wie Validol hat. Beide Präparate werden in Originalgläsern in den Handel gebracht. Es gibt auch ein Validol effervescens, ein Brausesalz, das in 10 g 5 Tropfen, d. h. 1% Validol enthält, ferner Validol-Pralinés, die je 5 Tropfen Validol enthalten und in Schachteln à 10 Stück in den Handel kommen. Man gibt von Validol 5—10—15 Tropfen in Wein oder Zuckerwasser, von Validol effervescens 10—20—30 g in Wasser, von Pralinés oder Validol-Perlen je 1—2 Stück.

— Ein neues **Gleitmittel für Katheter und Bougies** empfiehlt STRAUSS („Monatschr. f. Harnkrankh.“, 1904, Nr. 1). Er gibt folgende Formel an: Tragacanth. 1·5, tere cum aqu. frigida 50·0, adde Glycerin. ad 100·0, coque ad sterilisationem; adde Hydrarg. oxycyanat. 0·2 (Formalin 0·1). Dadurch erhält man ein Gleitmittel von dickölgiger Konsistenz, reizlos, schlüpfrig und sicher antisoptisch. Das statt des Oxyzyanats anwendbare Formalin in der Konzentration von 0·1% leistet denselben Dienst.

— Das **Glykosal** nennt KOLLMANN („Wr. klin. Rundschau“, 1903, Nr. 52) ein für die Behandlung von rheumatischen Leiden, namentlich aber für die Behandlung des akuten Gelenksrheumatismus, geradezu ideales Mittel. Es besitzt nämlich den einen nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß es auch äußerlich in Form von Pinselungen mit gutem Erfolge angewendet werden kann. Derartige Pinselungen empfehlen sich besonders dann, wenn nur ein oder doch nur wenige Gelenke ergriffen sind und besonders dann, wenn nach Ablauf der ersten Attacke noch leichtere Rezidive eintreten. Sind dagegen mehrere Gelenke ergriffen oder ist der ganze Verlauf ein schwerer, so läßt sich der innere Gebrauch von Glykosal nicht immer vermeiden. Was die Konzentration der Lösung betrifft, so hat Verf. immer mit einer 30%igen, bei Kindern mit einer 20%igen Lösung stündlich bis zweistündlich die Gelenke pinseln lassen. Innerlich hat er das Mittel, je nach der Schwere des Falles, zu je 0·5—1·0 g dreimal täglich bis zweistündlich, bei einem 15jährigen Mädchen zu je 0·3 g zweistündlich ohne Nebenwirkungen gegeben.

— Die **Einreibungskur mit der Merkuro-Creme** leistet bezüglich der Einwirkung auf die syphilitischen Krankheitserscheinungen nach den Erfahrungen von PEZZOLI (aus der Abteilung FINGER im Wiedener Krankenhaus) genau dasselbe wie die Schmierkur mit der officinellen grauen Salbe und mit den übrigen im

Handel vorkommenden Präparaten. Dies war eigentlich zu erwarten und ist selbstverständlich, nachdem in der Merкуро-Creme das Quecksilber in genau demselben Verhältnisse ($33\frac{1}{3}\%$) enthalten ist wie in den oben erwähnten Präparaten und eine Einwirkung auf die syphilitischen Krankheitserscheinungen ja nur von dem Quecksilber abhängt. Einen entschiedenen Vorteil bedeutet die Creme vor den genannten Präparaten, weil dieselbe infolge ihrer chemischen Konstitution gar keine reizende Einwirkung auf die Haut ausübt, keinen Geruch besitzt, auch nach längerem Liegen nicht verdirbt, nicht ranzig wird, insbesondere aber, weil sich die Creme sehr leicht und ohne besondere Geschicklichkeit verreiben läßt und in kurzer Zeit, in 3—5 Minuten, in die Haut eindringt. Sie wird in graduierten Glastuben abgegeben.

— Zur **Behandlung der Obstipation im Säuglingsalter** gibt CLAMANN („D. med. Wschr.“, 1903, Nr. 44) folgende einfache Methode an: Man führt einen in seinem unteren Drittel reichlich eingöhlten, kaum mittelstarken Nélaton-Katheter in das Rektum ein und bewegt ihn darin etwas hin und her. Das Kind liegt dabei in Rückenlage, die Beine werden nach der Bauchseite zu zurückgehalten. Der Zweck dieses Verfahrens ist, den Darm durch leichte mechanische Reizung an der Innenwand zu austreibender Tätigkeit zu veranlassen. Das Öl begünstigt das Hinausgleiten der Kotmassen und erleichtert die Einführung des Katheters. Letzterer kann übrigens von jedem verständigen Laien (nach genügender ärztlichen Anleitung) leicht eingeführt werden.

— Nach den Erfahrungen von MEYER („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 7) aus dem pathologischen Institute des städtischen Krankenhauses in Friedrichshain zu Berlin führt die Anwendung des **Typhusdiagnostikums FICKER** nicht nur zu den gleichen Resultaten wie das ursprüngliche WIDALSche Verfahren, sondern ist diesem aus theoretischen und praktischen Gründen vorzuziehen und kann deshalb Klinikern und Praktikern empfohlen werden.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Von Prof. Dr. Adolf Schmidt. Berlin 1903, A. Hirschwald.

Verf. will dem Studierenden beim Eintritte in die klinischen Semester eine orientierende Übersicht über das Gesamtgebiet der inneren Medizin an die Hand geben; er setzt die Kenntnis von Anatomie und Physiologie voraus und nimmt die pathologische

Physiologie, sowie die Pathogenese zum Ausgangspunkte seiner Darstellung. Der in 12 Kapitel geteilte Stoff umfaßt in den drei ersten Kapiteln die allgemeine Ätiologie, Allgemeines über Diagnose und Prognose und die Allgemeine Therapie, die folgenden neun Kapitel enthalten die verschiedenen Organ- und Allgemeinerkrankungen.

Wir begrüßen in dem Werke SCH.s ein durchaus originelles, von weiten Gesichtspunkten ausgehendes und von tiefer Bildung zeugendes Lehrbuch. An vielen Anregungen und fruchtbaren Gedanken reich, wird es den Studierenden für die Krankenbeobachtung und Krankenbehandlung trefflich vorbereiten, in vielleicht noch höherem Maße dem Erfahrenen Genuß und Belehrung bringen können. BR.

Lehrbuch der Gynäkologie von Max Runge, ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Göttingen. Mit zahlreichen Abbildungen im Text. 2. Auflage. Berlin 1903, Julius Springer.

Kaum 2 Jahre nach dem ersten Erscheinen des Werkes ist die 2. Auflage erfolgt, was beweist, daß die „Gynäkologie“ des Autors sich ebenso wie seine allbekannte „Geburtshilfe“ einen weiten Kreis von Lesern und Studierenden errungen hat und weiter erringen wird. Das Lehrbuch ist nicht nur im Umfange gewachsen und durch neue Abbildungen vermehrt worden, auch der Inhalt wurde dem emsigen Fortschreiten der Spezialdisziplin entsprechend an vielen Stellen ergänzt und gefeilt. Der praktische Arzt und der Studierende werden von der pragmatischen und dabei doch stets klaren und unterrichtenden Darstellung stets den größten Vorteil ziehen. FISCHER.

Kopfschmerz. Von Prof. Dr. Med. Adolph Seeligmüller, Halle a. S. Berlin 1903, O. Coblentz.

Das Heft ist der 2. Band einer „Medizinischen Volksbibliothek“. Trotzdem es ein wenig zu gelehrt ist, erfüllt es seinen Zweck, populär zu sein; wenn hinzugefügt wird, daß nicht bloß der praktische Zweck berücksichtigt ist, sondern der Leser in unauffälliger Weise der medizinischen Wissenschaft näher gebracht wird, so ist dargetan, daß das Büchlein in seinem Sinne empfehlenswert ist. Es ist anzunehmen, daß die Verbreitung von Werken ähnlicher Art mehr als eine noch so berechtigte Polemik geeignet wäre, in der Bevölkerung Achtung vor der Wissenschaft, speziell vor der wissenschaftlich betriebenen Medizin, zu verbreiten. INFELD.

Feuilleton.

Moderne sozialärztliche Bestrebungen.

Von **Dr. Ludwig Dresdner**, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewes. 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München.

III.

Was ist das „soziale Zusammengehörigkeitsgefühl?“ Es ist das Bewußtsein davon, daß man seinen Berufsgenossen, wenn diese als Stand alles daran setzen, den Stand und den einzelnen wirtschaftlich zu fördern und zu heben — diese Pflicht aber nur erfüllen können unter der Voraussetzung, daß alle Standesgenossen zusammenarbeiten — durch sein persönliches Handeln nicht entgegenarbeiten darf, sondern und nur aus Gründen der persönlichen Ehre sowohl wie im eigensten Interesse mit ihnen zusammenarbeiten „muß“.

Es ist dieses soziale Ehrgefühl also nicht voraussetzungslos: Nur wenn der Stand den angedeuteten Verpflichtungen gegenüber dem einzelnen Standesangehörigen nachkommt, darf er beanspruchen, daß man sich ihm unterordne. Die „Standesehre“ wurde lange Zeit hindurch etwas zu einseitig nach unten betont. Das soziale Ehrgefühl aber stellt an die Hochstehenden im Stande und speziell an die Führer des Standes weit

größere Anforderungen als an die Geführten. O mögen die Führer unseres Standes es sich gesagt sein lassen, daß nichts so sehr soziales Ehrgefühl schafft, vorhandenes erhöht, als — bedeutsame wirtschaftliche Leistungen des Standes zu sehen! In diesem Sinne darf ich sagen, ist von unseren wirtschaftlichen Errungenschaften in Bayern im vergangenen Jahre eine wahre Flut sozialen Ehrgefühles unter die Ärzte in die Lande gegangen. Aber: Wenn hierfür in der Tat alles menschlich mögliche in dem genannten Sinne geschehen wird, dann wird es ebenso ungeheuerlich erscheinen müssen, sich durch sein persönliches Verhalten außerhalb seines Standes zu stellen, wie — aus seinem Vaterlande austreten zu wollen! In diesem Sinne müssen wir unsere Standesbegriffe umwerten, nach unten — wie nach oben.

Wir Ärzte haben hier von einfachen Arbeitern manches zu lernen. Wir haben auch sonst von ihnen zu lernen, so in Bezug auf die Art und Weise, in welcher sie die Theorien ihres sozialen Bewußtseins in die Praxis übersetzen. Wir haben in dieser Beziehung von allen anderen Ständen zu lernen. Wir können doch nicht länger blind an dem vorübergehen, was die wirtschaftlichen Kämpfe anderer Stände uns tagtäglich vor Augen führen. — Wie kommt es denn, daß man so mit uns umgeht, daß wir wirtschaftlich mehr und mehr zurückgehen? Weil im Kampfe ums Dasein jeder von uns für sich steht! Sehen Sie im Gegensatze hierzu, wie unsere Arbeiter

in ihren gewerkschaftlichen Organisationen alle einzelnen Angehörigen der verschiedenen Berufe überall im Reiche in sich umfassen, wie sie bei ihren wirtschaftlichen Bestrebungen alle diese Berufsangehörigen geschlossen verwerten und so täglich die Lage des Standes und des einzelnen verbessern! Oder nehmen Sie sich ein Beispiel an dem deutschen Bunde der Landwirte, an dem Zentralvereine deutscher Industrieller, an dem Kohlsyndikate, am Eisenringe, am Baumwollringe und dgl.! — Die Geschichte der wirtschaftlichen Bewegungen lehrt, daß kein freier Stand, kein auf die freie Konkurrenz angewiesener Beruf es jemals dauernd zu Ansehen und zu nennenswertem Wohlstande seiner Angehörigen gebracht hat, solange sich diese sämtlichen Angehörigen nicht zur Vertretung ihrer Interessen in festester Weise zusammengeschlossen hatten. — Und wo wäre ein zweiter Stand, der so sehr das moralische Recht hätte, seine Interessen zu vertreten und die dazu nötigen Organisationen zu schaffen, wie der ärztliche! Eine weise Regierung müßte es als nobile officium erachten, den ärztlichen Stand bei der Vertretung seiner Interessen und bei der Errichtung der erforderlichen Organisationen zu unterstützen. Gerade der Staat hat das allergrößte Interesse an der Erhaltung eines gut fundierten, sittlich hochstehenden Ärztestandes. Wehe dem Staate, wenn dieser Stand einmal unfähig würde, seine großen Aufgaben im Staats- und Volksleben zu erfüllen! In diesem Sinne darf ich ruhig behaupten, ist die Organisation des ärztlichen Standes geradezu eine Frage des Volkswohles.

Organisieren Sie sich! Dulden Sie es nicht länger, daß Ihre wirtschaftlichen Gegner von der wirtschaftlichen Schwäche des einzelnen Arztes zum Schaden dieses Arztes wie zum Schaden der Gesamtheit profitieren! Lassen Sie es nicht länger zu, daß man den einen Arzt gegen den anderen ausspielt! **Geschlossen organisiert** können Sie **Ungeahntes** erreichen, — wie ich zu beweisen versuchen werde —, können Sie weit über den Rahmen einer Bewegung hinaus, welche lediglich von den ungesunden Ergebnissen der Versicherungsgesetzgebung zu emanzipieren bestimmt ist, Ihre Lage in einer Weise verbessern, daß — **alle zu leben haben**. Aber um alles in der Welt hören Sie endlich auf zu glauben, daß es dem „Standesansehen“ oder der „Standesehre“ zu Schaden gereichen könnte, wenn Sie sich rühren, so wie andere ehrbare Erwerbsstände es auch zu tun pflegen! Wir bayerischen Ärzte haben durch unser geschlossenes und entschiedenes Auftreten im vergangenen Jahre unser öffentliches Ansehen lediglich ganz außerordentlich gesteigert.

Ich möchte mich bei diesen Ausführungen von vornherein gegen die Auffassung verwahren, als wollte ich mit Ihnen das Gespenst eines „Ärztestreiks“ an die Wand gemalt oder einen solchen empfohlen haben. Ein Ärztestreik ist unter allen Umständen ein zweischneidiges Schwert. Und die Erfahrungen, die soeben in Leipzig und anderen Orten des Deutschen Reiches gemacht werden, sind nicht derart, daß ich Sie zu einem Ärztestreik irgendwie ermuntern möchte. — Bedenken Sie jedoch, daß die Münchner Ärzte im Gegensatz zu Leipzig im vergangenen Jahre prompt, glatt, ich möchte sagen beinahe schmerzlos gesiegt haben! Dies war, ganz allgemein ausgedrückt — Sie werden mich schon verstehen lernen —, der Sieg des richtigen Organisationsprinzipes über das falsche. Die Münchner Ärzte haben ohne Ärztestreik gesiegt: Eine richtige Organisation führt zumeist zum Siege — unter Verhütung des Streiks. Auch die Arbeiter haben ihre Errungenschaften meist nicht durch ihre Streiks oder in denselben erzielt: Diese Errungenschaften wurden ihnen zumeist behufs Verhütung eines Streiks bewilligt.

Wie also muß diese richtige Organisation des Ärztestandes beschaffen sein, und worauf soll sie sich aufbauen? Nun, gewisse prinzipielle Gesichtspunkte werden, wie bei einer jeden beruflichen Organisation, so auch bei einer Organisation des ärztlichen Standes, gleichgültig ob in Deutschland oder ob in Österreich oder ob irgendwo anders, unter allen Umständen beobachtet

werden müssen: Dies vorausgesetzt — kann eine Organisation sich sehr wohl an Vorhandenes anlehnen und dementsprechend in dem einen Staate anders ausfallen als in dem anderen. Der Organisator, der praktische Politik treiben will, muß mit den bereits vorhandenen besonderen Verhältnissen seines Landes rechnen. Er darf nicht von dem Bestreben beseelt sein, vorhandene Organisationsanfänge, die ihm vielleicht nicht gefallen, zerstören, niederzutreten zu wollen, würde er sich doch hierdurch lediglich unübersteigbare Schwierigkeiten verschaffen. Der praktische Organisator muß und wird es aber immer verstehen, vorhandene Institutionen, die ihm nicht genügend erscheinen, seinem Systeme anzupassen und einzuverleiben. „Ausbauen, vertiefen, umwerten“ — lautet seine Parole, nie zerstören!

Sie wissen, daß ich mit diesen scheinbar rätselhaften Worten lediglich an die Tatsache anknüpfe, daß das, was bei Ihnen in Österreich an organisatorischen Einrichtungen des ärztlichen Standes bereits vorhanden ist, in erster Linie das Institut der Ärztekammern und des Ärztevereinsverbandes, von dem einzelnen Kollegen einigermaßen verschieden bewertet wird. Es ist mir wohl bekannt, daß insbesondere den Ärztekammern hie und da schwere Vorwürfe gemacht worden sind, so der Vorwurf, daß sie nichts leisten: Vorwürfe, die ich für durchaus ungerechte erachte. Zweifellos haben alle die hochachtbaren Männer, die Mitglieder dieser Institutionen gewesen sind, geleistet, was menschenmöglich gewesen ist: „Erreicht“ freilich haben sie nichts! Doch dies war nicht ihre Schuld! Es wäre im Gegenteil eher auffallend gewesen, wenn sie etwas erreicht haben würden. Waren denn die Ärztekammern im Grunde genommen nicht Führer ohne Armeen hinter sich! Diese ganze Institution der Ärztekammern, sie krankte von vornherein — nicht an der Unzulänglichkeit des Ärztekammergesetzes, nein, sondern — an der fehlenden Detailorganisation der großen Ärztemasse, sie entbehrt des „Rückhaltes“ — an dieser Ärztemasse. In diesem Sinne schwebten Ihre Ärztekammern genau so in der Luft, wie die reichsdeutschen Ärztekammern, mochten sie ein hohes oder ein niedriges Disziplinarrecht oder gar keines besitzen.

Erst in dem Augenblicke haben preußische Ärztekammern wirtschaftliche Bedeutung zu erlangen begonnen, als sie zu der Detailorganisation der Ärzte ihres Bezirkes übergegangen sind. Diese Detailorganisation prägt sich aus in dem Institute der sog. „Vertragskommissionen“. Das heißt: Einzelne preußische Ärztekammern errichteten für ihren je eine preußische Provinz umfassenden Kammerbezirk eine ärztliche Vertragskommission mit der Befugnis, alle im Bereiche dieser Provinz mit Krankenkassen oder anderen — auch staatlichen — Korporationen abzuschließenden Verträge nach bestimmten Gesichtspunkten prüfen, genehmigen oder auch ablehnen zu dürfen, und sie verstanden es, so ziemlich alle Ärzte ihres Bezirkes, teils gegen eine einfache schriftliche ehrenwörtliche Verpflichtung, teils sogar gegen hohe Konventionalstrafen, zur Anerkennung der Vertragskommission und zur Unterordnung unter dieselbe zu veranlassen. Die Erfahrungen, die mit diesen sog. „provinziellen ärztlichen Schutz- und Trutzbündnissen“ gemacht wurden, waren verschieden, doch immerhin derartig günstige, daß der Deutsche Ärztevereinsbund sich bewogen fühlte, an alle deutschen Ärztekammern die Aufforderung zu richten, ähnliche Einrichtungen ins Leben zu rufen. Aber — gerade unsere oberbayerische Ärztekammer, in deren Bereiche München liegt, versagte! Wir haben dann freilich einige Monate später im Augenblicke der Gefahr in kürzester Zeit eine Institution geschaffen, die nicht bloß den oberbayerischen Kammerbezirk, sondern ganz Bayern umfaßte, sich als ein weit wirksameres und schneidigeres Instrument erwies, als die preußischen provinziellen Teilorganisationen, — eine Organisation, die denn auch zum denkbar glattesten Siege geführt hat. Wollen Sie schon jetzt den außerordentlichen praktischen Unterschied zwischen einer das ganze Land umfassenden Organisation einerseits, einer rein lokalen oder bezirksweise beschränkten andererseits be-

achten! Wenn München so prompt gesiegt hat, Leipzig nicht recht zum Siege gelangen will: Dies ist der Sieg des **Prinzips der Landes- oder Reichsorganisation** über das **Prinzip der teilweisen Organisation**! Es ist, wie ich schon jetzt andeuten möchte, meine auf Erfahrung aufgebaute Überzeugung, daß eine Organisation der Berliner oder Wiener Ärzte nur dann Aussicht auf Erfolg und Erfolge hat, wenn Berlin bzw. Wien zum Kreise Berlin bzw. Wien eines großen deutschen bzw. österreichischen wirtschaftlichen Reichsärztesbundes erhoben werden.

Immerhin stellten jene preußischen provinziellen Vertragskommissionen einen erheblichen Fortschritt gegen früher dar und vor allem — einen „wirtschaftlich“ verwertbaren. Lassen Sie mich gleich an dieser Stelle eine andere bedeutsame ärztlich-wirtschaftliche „Organisation“ des deutschen Reiches besprechen, die zur Zeit im Vordergrund des Interesses steht: **Den Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen**. Die Zentraleitung dieses Verbandes befindet sich in Leipzig, Sie kennen den Verband daher Alle unter dem Namen des „Leipziger wirtschaftlichen Verbandes“. Überall im Deutschen Reiche hat der Leipziger Verband seine Sektionen und Vertrauensmänner, welche letzteren, sobald an ihrem Orte oder in ihrem Bezirke ein Streit zwischen Ärzten und irgend einer Korporation ausgebrochen ist — so kürzlich bei einem Streite mit einer königlichen Eisenbahndirektion —, durch Inserate in der Tages- und medizinischen Fachpresse (Cavetel!) vor Zuzug von Ärzten zu dem betreffenden Orte warnen und solche Ärzte, welche trotzdem den Lockungen folgend am Orte auftauchen, selbst unter Zahlung von Abfindungssummen zum Wiederverlassen des Ortes zu bewegen suchen. Um seine Zwecke erreichen zu können, erblickt der Leipziger Verband seine vornehmste Aufgabe in der Sammlung von Geldmitteln. Eine eigentliche wirtschaftliche Organisation in meinem Sinne ist er nicht. Er zählt übrigens zur Zeit bereits 15.000 zahlende Mitglieder mit einem Jahresbeitrage von je 20 Mark, es stehen ihm somit pro Jahr bereits 300.000 Mark zur Verfügung. Seine hervorragendsten Mitglieder sind die beiden bayerischen Prinzen und Ärzte Dr. LUDWIG FERDINAND von Bayern und Herzog Dr. KARL THEODOR in Bayern, der berühmte Augenarzt. Auch die übergroße Mehrzahl aller medizinischen Universitätslehrer des Deutschen Reiches gehört dem Verbands an. Es ist unbestreitbar, daß der Verband in einer Reihe von Fällen gute Erfolge zu verzeichnen hatte. Nicht hoch genug kann die Wirkung angeschlagen werden, die er in Bezug auf die Steigerung des Selbstgefühles der deutschen Ärzte gehabt hat. Gelegentliche Niederlagen hat er doch nicht verhüten können. Dabei ist es jammerschade, daß jene enormen Geldsummen zum großen Teile in die Taschen jener Ärzte fließen, die unter Verleugnung jedes sozialen Zusammengehörigkeitsgefühles ihre Kollegen feigerweise in den Rücken gefallen sind, — wo doch die vom Streik direkt betroffenen Kollegen weit eher Anspruch auf finanzielle Unterstützung besäßen. Mit Bangen und mit Sorge denke ich in diesem Augenblicke daran, wie der Leipziger Ärztestreik enden soll. Die Leipziger Ärzte werden mit Recht jedes Zusammenarbeiten mit den zugezogenen streikbrecherischen „Kollegen“ zurückweisen, die letzteren voraussichtlich unter allen Umständen auf ihrem Scheine, ihren Verträgen, bestehen. Um sie abzufinden, wird es fast unerschwinglicher Geldmittel bedürfen. Noch sind wir Ärzte nicht so weit, wie die einfachen Arbeiter, die sich bei ihren wirtschaftlichen Kämpfen einer geradezu bewunderungswürdigen internationalen Solidarität zu erfreuen haben. Aber auch die Zeit wird kommen, wo die Ärzte Deutschlands es als ihre Pflicht erachten werden, die Ärzte Österreichs zu unterstützen, und umgekehrt, wo die Ärzteschaften aller Staaten gewisse internationale Ehrenverpflichtungen, dem internationalen Charakter der medizinischen Wissenschaft entsprechend, anerkennen werden! Und der Mann, der dereinst die Initiative in diesem Sinne ergreifen wird, — dessen Name wird in den Annalen der Ärzte aller Länder für alle Zeiten einen allerersten Ehrenplatz einnehmen. Doch — das ist Zukunftsmusik!

Bedenken Sie nunmehr im Gegensatze hierzu, daß die Münchner Ärzte im vergangenen Jahre einen Sieg errungen haben, wie er in der Geschichte ärztlich-wirtschaftlicher Kämpfe beispiellos dasteht, — ohne die Geldmittel des Leipziger Verbandes auch nur entfernt beansprucht, ja, ohne überhaupt größere Aufwendungen nötig gehabt zu haben! Die Leipziger Bewegung — sie krankt an der im vorigen Jahre vom Deutschen Ärztevereinsbunde ausgegebenen falschen Parole von der Notwendigkeit des Ausbaues der lokalen ärztlichen Organisationen. Dieser Parole habe ich in Bayern eine andere, die der Schaffung einer Landesorganisation, entgegengestellt: Der Erfolg spricht für mich. Aber ich gehe weiter und sage: Eine richtige Organisation macht unter Umständen sogar die Beschaffung größerer Geldmittel für den speziellen wirtschaftlichen Entscheidungskampf entbehrlich.

Und nun will ich Ihnen in kurzen Zügen berichten, wie es im vergangenen Jahre in Bayern in Wahrheit gemacht worden ist. Sie werden in dieser Darstellung auch die Beantwortung aller der Fragen finden, die in meinen bisherigen Ausführungen offen geblieben sind. Die Nutzanwendung, die sich meines Erachtens für die österreichischen Kollegen ergibt, werden Sie selbst zu ziehen in der Lage sein: Wollen Sie mir indessen freundlichst gestatten, Ihnen bei diesem Bemühen ein wenig entgegenkommen zu dürfen!

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Diskussion über „Arteriosklerose“.

Kisch (Marienbad) lenkt die Aufmerksamkeit auf die häufige Koinzidenz mit Lipomatosis, wo häufig eine Hirnhämorrhagie als plötzliche Todesursache auftritt. Ihre warnenden Kennzeichen sind die Bradykardie und die Irregularität des Pulses.

Klemperer (Berlin) hat die Arteriosklerose auffallend häufig bei Ärzten beobachtet und hält sie für eine rechte Kulturkrankheit, eine Abbetzungs-krankheit. Die Arteriosklerose braucht nicht zum Tode zu führen, die Chancen für die Lebensversicherung werden deshalb dadurch nicht unbedingt ungünstig. Zuweilen kommen Fieberattacken vor ohne erkennbare Ursache. Der Kalkgehalt in der Nahrung ist irrelevant, die Milch vielmehr sehr erwünscht. Entziehung des Alkohols ist notwendig. Bekämpfung prophylaktisch durch die Hausärzte!

Gumprecht (Jena) hat in gleicher Weise wie **Romberg** plethysmographische Untersuchungen an den Armen von Arteriosklerotikern über den Einfluß von Kälte und Wärme auf die Gefäßkontraktion angestellt und zuweilen vollkommenen Verlust der Reaktionsfähigkeit konstatiert, öfters aber auch durchaus normales Verhalten. Den Blutdruck fand er (mit Riva-Rocci) doch nicht selten erhöht. Auch G. empfiehlt das Jod in kleinen Dosen.

v. Krieger (Kiel) teilt einige Beobachtungen zur Symptomatologie mit.

F. Hirschfeld (Berlin) hält die arteriosklerotische Nephritis bei Gicht für weniger lebensbedrohend als es im allgemeinen angenommen wird.

v. Noorden (Frankfurt a. M.): Die Blutdrucksteigerung bei der Arteriosklerose ist zuweilen doch recht beträchtlich und Ursache erheblicher Beschwerden. Als Mittel dagegen empfiehlt er Nitroglyzerin in 5%iger alkoholischer Lösung bis zu 10 mg täglich, ohne Neben-, aber längerer Nachwirkung. Der Kalkstoffwechsel bei Arteriosklerose ist nicht wesentlich von der Norm verschieden. Man könnte die Kalkausfuhr noch steigern durch Glycerinphosphat, Lecithin u. a. Kalkarme Diät unnötig.

Schott (Nauheim) hat bei Aortenfehlern schon vor dem 20. Lebensjahr Arteriosklerose gesehen. Der Blutdruck ist häufig normal oder sogar noch niedriger. Der Nikotinmißbrauch ist als ein sehr wesentlich ätiologisches Moment anzusehen. Therapie: Mäßige Lebens- und Ernährungsweise.

Hofbauer (Wien) macht auf die Unterscheidung des Symptomenkomplexes des kardialen Asthmas von der kardialen Dyspnoe aufmerksam.

Agéron (Hamburg) hält Völlerei und Schlemmerei für wesentlichere ätiologische Momente als Alter und geistige Überanstrengung. Auch der übermäßige Eiweißreichtum der Nahrung kommt in Betracht, ferner körperliche Inaktivität. Zuweilen werden Magenerscheinungen vorgetäuscht, bis plötzlicher Herztod auftritt.

Krause (Breslau) hat in Röntgenbildern von sklerotischen Arterien der Extremitäten Plaques und zuweilen sogar dicke Stränge gesehen, aber niemals in inneren Organen, selbst nicht starker Verkalkung.

v. Jaksch (Prag): Die Nervosität der Arteriosklerotiker ist erst eine Folge ihres Krankheitsgefühls. Sehr beachtenswert sind die Erfolge der Hydrotherapie, besonders der kohlen-sauren Bäder. Sie erzielen vor allem eine subjektive Besserung. Jod wird besser vertragen bei kochsalzreicher Nahrung.

Jodnatrium ist bei längerer Darreichung unbedingt vorzuziehen, und zwar in der Form größerer Dosen 1—2mal wöchentlich; Digitalis bei Arteriosklerose ist gefährlich und nur bei Herzinsuffizienz anzuwenden. Nitroglyzerin muß sehr vorsichtig angewendet werden.

Hochhaus (Cöln): Nervöse Herzbeschwerden beruhen zuweilen auf beginnender Arteriosklerose auch bei jüngeren Leuten. Dann findet sich meist ein gesteigerter Blutdruck. Therapie: Nicht Brom, sondern Digitalis und Kampher.

Dehio (Dorpat) weist auf die pulsatorischen Druckschwankungen beim ruhenden und arbeitenden Menschen als diagnostisch verwertbares Kennzeichen für die Arteriosklerose hin. Bei der Claudicatio intermitens ist die ätiologische Bedeutung der Kälteeinwirkung nicht zu leugnen.

Smith (Berlin) empfiehlt die Elektrotherapie, besonders Franklinsation, deren Wirkung keine Suggestion sei, sondern sich durch Kontrolle der Pulskurve und Feststellung der Herzgrenzen feststellen lasse. Therapie: Alkoholabstinenz und eiweißarme Nahrung.

A. Fraenkel (Berlin) macht auf die Entstehung der arteriosklerotischen Angina pectoris im Anschluß an akute Infektionskrankheiten aufmerksam. Bei Kindern hat er niemals Arteriosklerose gesehen und hält die Diagnose für zweifelhaft. Bemerkenswert sei der ORTNERsche Symptomenkomplex der intermittierenden Unterleibskoliken infolge von Verschuß und Thrombose der betreffenden Arterien, den F. auch beobachtet hat; Digitalis mit Morphinum sei eines der wirksamsten Mittel gegen das Kardialasthma der Arteriosklerotiker, mit Vorsicht ist es dagegen anzuwenden bei Angina pectoris, ebenso kohlen-saure Bäder, um nicht den Blutdruck zu erhöhen.

Es sprechen noch **GERHARDT** (Erlangen), **SAUERBECK** (Bassel), **STRASSBURGER** (Bonn), **SATTLER** (Leipzig), der den Verlauf der Arteriosklerose an den Augengefäßen beschreibt, und im Schlußwort die beiden Referenten **MARCHANT** und **ROMBERG**, welcher letzterer v. **JAKSCH** gegenüber den Gebrauch der Digitalis bei Arteriosklerose warm verteidigt, ebenso in einer kurzen Bemerkung **GRÖDEL** (Nauheim).

BRAUER (Heidelberg): Untersuchungen am Herzen.

Die Untersuchungen, über welche Vortr. berichtet, gingen aus von Befunden an den Fällen von Mediastino-Perikarditis, welche nach dem Verfahren der Kardiolyse operiert worden waren. Der Vorgang des diastolischen Vorschleuderns der Brustwand wurde besonders studiert. Zur graphischen Aufnahme desselben gibt B. eine Aufnahmetrommel an, welche durch Stangen so fixiert wird, daß sie ihren Stützpunkt nicht an der Brustwand sucht. Die Auffassung des Brustwandschleuderns, wie **FRIEDREICH** sie lehrte, besteht, nach den Erfolgen der Kardiolyse zu urteilen, zu einem Teil zu Recht. Die Beobachtungen nach der Operation beweisen jedoch, daß die Erklärung **FRIEDREICH**s insofern nicht ganz zutreffend ist, als dabei der Vorgang der Diastole nicht genügend berücksichtigt worden ist. Denn auch nach Entfernung der Rippen bleibt die Tonbildung bestehen. Der das Herz deckende knochenfreie Brustwandlappen federt nicht sofort nach dem Klappenschluß vor, sondern erst ein Zeitteilchen später, er wölbt sich bei einem der Operierten mit großer Gewalt aus dem Brustwandfenster vor, war z. B. imstande, eine senkrechte Gewichtsbelastung bis zu 300 gr ohne nennenswerte Veränderung der Kurve zu überwinden. B. führt dann aus, daß der akzidentelle Ton, den **FRIEDREICH** auf das Vorfedern der knöchernen Brustwand bezog, nicht so zu erklären sei. daß es aber auch ausgeschlossen sei, denselben als Vorhofston oder als gespaltenen zweiten Ton aufzufassen. Es sei vielmehr die erste Phase der Diastole, während welcher unter anderem auch die Saugwirkung des Ventrikels zutage trete, dafür verantwortlich zu machen.

Im Suchen nach weiteren Fällen von chronischer adhäsiver Mediastino-Perikarditis gelangte B. zu der Beobachtung einer exquisiten Form kraftvollen diastolischen Brustwandschleuderns bei mehreren Kranken mit Schrumpfnieren, welche im Stadium beginnender Dekompensation sich befanden und Galopprrhythmus darbieten. Die Analogie dieser beiden Schleuderformen ist, wenn man sie nebeneinander beobachtet, so groß, daß sich dem Beobachter ohne weiteres die Empfindung aufdrängt, daß beide Erscheinungen eng zusammen gehören. Obwohl sich bei der Schrumpfniere deutlich nachweisen läßt, daß die Brustwandkurve im systolischen Teil sich wesentlich von derjenigen bei Perikardialverwachsung unterscheidet, so ist doch die Lage der Kurvenzacke, welche in beiden Fällen von dem diastolischen Vorfedern der Brustwand abhängt, die gleiche. Der Vortr. erörtert schließlich die Gesichtspunkte, welche darauf hinweisen, daß auch das Brustwandschleudern bei Galopprrhythmus in Abhängigkeit steht von der ersten Phase der Diastole und motiviert alsdann seine Anschauung von der Existenz eines aktiven, höchst wahrscheinlich muskulären Vorgangs während dieser Phase.

DEUTSCH (Frankfurt a. M.): Eine neue Methode zur Untersuchung der Venenpulse und ihre Anwendung.

Der **MACKENZIESCHE** Polygraph ermöglicht eine graphische Darstellung des Venenpulses, des Leberpulses, des Herzspitzenstoßes und ähnlicher Kreislaufphänomene synchron mit dem Radialpuls. Ein Vergleich

mit dem synchron aufgenommenen Radialpuls gestattet zeitliche Analyse und zuverlässige Deutung der Venenkurven. Man findet in der Jugularis-kurve eine aus der Karotis stammende Welle, vor dieser eine prä-systolische aurikuläre, hinter ihr eine verspätet systolische ventrikuläre Welle. Das Größenverhältnis der beiden letzten Wellen zueinander gibt Aufschluß über den Grad der Stauung im rechten Herzen, den Grad der Trikuspidalinsuffizienz und den Kontraktionseffekt der rechten Kammer und Vorkammer. Ein rein ventrikulärer (systolisch-einwelliger Venenpuls) zeigt an, daß der überdehnte Vorhof seine Kontraktion eingestellt hat. Er ist prognostisch von sehr ernster Bedeutung. Nimmt man außer Radialpuls und Venenpuls oder Leberpuls noch den Herzspitzenstoß, die Herzvorderfläche oder die epigastrische Pulsation auf, so kann man bisweilen die verschiedene Teilnahme beider Herzhälften an der Arrhythmie feststellen.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

PELS-LEUSDEN (Berlin) berichtet über einen Fall von papillärem Epitheliom der Gallenblase. Es wurden keine Gallensteine gefunden. Die mikroskopische Untersuchung hat eine große Ähnlichkeit der papillären Zotten mit den papillären Geschwülsten der Harnwege gezeigt.

MAYER (Brüssel) für **DEPAGE**: Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Hepatoptose durch Laparotomie und Hepatopexie.

Der Fall imponierte als ein Nierentumor, besonders da im Urin der rechten Seite stets Blut nachzuweisen war. Erst die Eröffnung der Bauchhöhle verifizierte die Diagnose. Die Fixierung bestand in Annäherung eines nach unten unter die Leberfläche umgeschlagenen Lappens von Peritoneum und Faszie.

GRASER (Erlangen): Über traumatische Leberruptur. (Mit Demonstration.)

Patient, der mit kolossalen Magenschmerzen kam, nach 8 Wochen mit einem linksseitigen Tumor bis zur Spina anterior wieder erschien, der fluktuierte, wurde mit der Diagnose erweichtes Sarkom operiert. Probepunktion ergab Eiter. Die Eröffnung deckte eine große Höhle auf, in welcher einige große Stücke sich fanden, die sich deutlich als Leberstücke erkennen ließen. Die Examination ergab schließlich, daß der Patient vor 5 Jahren einmal 5 Meter hoch heruntergefallen war und damals bewußtlos liegen blieb. Es war nun klar, daß es sich um eine alte Leberruptur handelte mit vollkommener Abspaltung der Stücke. Daß dabei keine Verblutung eingetreten ist, erklärt G. dadurch, daß wohl die Leberstücke abgerissen sind, doch die Gefäße noch lange hielten, bis sie schließlich obliterierten. Solche Beobachtungen sind schon gemacht worden. Die Infektion glaubt G. auf hämatogenem Wege entstanden. Sicher ist ja, daß im Blute der Lebervenen häufig Bakterien gefunden werden. Er selbst hat in einem Falle in dem Blute der Vena portarum 6mal hintereinander Streptokokken nachweisen können. — Der Patient ist geheilt.

RIESE (Britz) stellt eine Patientin mit einer Schußverletzung des Unterleibes (Magen-, Leber-, Nieren-, Milzschuß) vor.

Der Fall interessiert durch die ausgedehnten Verletzungen der Bauchorgane, die Komplikationen, durch Infektion und den langsamen und schweren Heilungsverlauf unter längerem Fieber. Bei den Leberverletzungen empfiehlt er sofortige Naht und Drainage nach außen.

BRENTANO (Berlin): Schußverletzung der Aorta.

Demonstration des Präparates.

NEUGEBAUER (Mährisch-Ostrau): Zur Chirurgie des Zwerchfells.

2 Fälle. Der erste, Stich in die linke Brustseite, zeigte ein großes Loch im Zwerchfell, durch welches der Magen in großer Ausdehnung hindurchgetreten war. Reposition und Naht. Die Heilung wurde durch ein Empyem kompliziert, erfolgte aber vollkommen. Bei einem zweiten Fall, Schuß in die linke Brustseite, ist eine Zwerchfellsverletzung nicht angenommen worden und der Patient ist an einer Zwerchfellshernie zugrunde gegangen. N. empfiehlt daher, in allen Fällen von perforierenden Verletzungen des unteren Brustabschnittes Laparotomie zu machen und auf eine Zwerchfellsverletzung zu fahnden. Findet man eine solche, dann soll man sofort die transpleurale Operation anschließen.

PELS-LEUSDEN (Berlin) stellt noch eine Patientin vor, die durch einen aus großer Nähe abgegebenen Schrotschuß Milz- und Zwerchfellsverletzungen davongetragen hat. Das Zwerchfell war an seiner vorderen Insertion fast vollkommen abgerissen und lag ganz zusammengeschnürt hinten an der Wirbelsäule.

Fertig (Göttingen) berichtet über einen Fall von Leberverletzung durch Hufschlag. Abstoßung eines Lebersequesters von Faustgröße. Vollkommene Heilung.

Franke (Braunschweig) hat die Methode von **DEPAGE** der Hepatofixation durch Umschlagen von Peritoneum und Faszie unter die Leber schon früher geübt.

Thele (Straßburg) fand in 15 Fällen von Untersuchung des Pfortaderblutes bei Hunden und Schweinen dieses immer steril. Er bezweifelt im Falle **GRASER** eine hämatogene Infektion.

v. Frisch (Wien) berichtet über Experimente mit Schüssen auf gefüllte Gummiballons und Mägen.

Schlange (Hannover) hält das Annähen des parietalen Peritoneums an die Leber, sowie die Annäherung derselben an die letzte Rippe für eine durchaus ungenügende Fixation. Er geht so vor, daß er noch eine Wundfläche an den unteren Rippen schafft und eine Verwachsung der Leber hier anstrebt. Durch alle drei Maßnahmen erst erreicht man eine genügende Fixation; **GRASER-Erlangen** macht nochmals darauf aufmerksam, daß in seinem Falle kein Leberabszeß bestanden hat, daß eine reine hämatogene Infektion angenommen werden muß.

KÖRTE (Berlin): Über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Gallenwege und Pankreas-Entzündungen.

Anatomische Untersuchungen und Betrachtungen über die Verschiedenartigkeit des Verlaufs des Ductus choledochus und Wirsungianus und das dadurch erklärte Zusammentreffen von chronischer Pankreatitis und Gallensteinen. Diese chronische Pankreatitis, die man auch fälschlich für Karzinom des Pankreaskopfes gehalten hat, ist nicht von so großer Bedeutung wie die akute Pankreatitis. K. hat eine Reihe einschlägiger Fälle aufzuweisen, in denen er das Pankreas mehr oder weniger weit freilegen mußte. Der Schnitt ist dem von **RIEDEL** angegebenen ähnlich; er geht vom Proc. ensiformis bis unter den Nabel. K. hält auch eine möglichst große Freilegung für notwendig.

BART (Danzig): Über indurative Pankreatitis.

Bericht über einen Fall von Cholelithiasis, der unter dem Bilde eines Rezidivs von zurückgelassenen Steinen nochmals nach 8 Wochen operiert wurde und nun einen Tumor des Pankreaskopfes bot, der, für Karzinom gehalten, exstirpiert wurde, sich aber als chronische Pankreatitis entpuppte. Tod an Komplikationen.

NEISSER (Stettin): Über Probepunktion und Punktion des Schädels.

Trotzdem, es schon lange bekannt ist, daß man mittelst Drillbohrers durch den intakten Knochen hindurch den Schädel punktieren kann, findet das Verfahren in keiner modernen Diagnostik oder Abhandlung Erwähnung. Vortr. hat zusammen mit **DR. POLLAK** 120mal an 30 Kranken mittelst elektrischer Bohrmaschine durch Weichteile und Knochen hindurch die Probepunktion ausgeführt. Die Dura wird bei einiger Übung nicht verletzt. Die Ausführung der Probepunktion erfordert die Kenntnis von Punkten, von denen aus die einzelnen Lappen des Gehirns, bzw. bestimmte Affektionen, Abszesse, Blutungen, am besten aufgesucht werden können ohne Verletzung der Blutgefäße. Von pathologischen, durch Probepunktion gewonnenen Produkten spielte „altes Blut“ eine große Rolle; eine Reihe von Fällen extra- und intraduraler Blutungen wurde auf diese Weise erkannt, insbesondere in Fällen, die sonst nicht erkennbar gewesen wären. So in dem Falle einer eiweißreichen Meningealcyste, der als Hirntumor und mit schwersten Erscheinungen eingeliefert war; die Punktion von 50 cm³ dieser Flüssigkeit hatten lebensrettenden Erfolg; einige Rezidive verliefen ebenso. Abszesse kamen nicht zur Beobachtung, doch zeigt die Kasuistik der Autoren, wie oft wegen Größe des Eingriffs bei zweifelhafter Diagnose ein Abszeß nicht operiert wurde und ein- oder mehrfache Trepanationen nicht genügten, den Abszeß zu finden; indessen verspricht bei der Entscheidung darüber, welche Kleinhirnseite, oder ob Schläfenlappen oder Kleinhirn betroffen sind, die Probepunktion in Zukunft etwas zu leisten. Doch kann nicht von einer Harmlosigkeit der Probepunktion in jedem Falle gesprochen werden; klinisch beobachtete Verschlechterungen kamen nur zweimal unter besonderen, die Punktion kaum berührenden Umständen vor. Ohne genügende Indikation soll jedenfalls auch diese Probepunktion nicht vorgenommen werden.

ASHER (Bern): Beiträge zur Physiologie der Herznerven.

Mit Hilfe einer neuen Methode, die willkürliche Änderungen in der Ernährung und dem Drucke ermöglicht, hat Vortr. die Wirkungsweise der Herznerven untersucht. Er fand Folgendes: Die Leistungsfähigkeit der Herznerven ist abhängig von dem Ernährungszustande des Herzens. Die Vaguswirkung ist insofern abhängig von der Temperatur, als jede

plötzliche Änderung derselben die Vaguswirkung herabsetzt oder den Vagus seiner Wirkung beraubt. Innerhalb weiter Grenzen ist die Vaguswirkung indes unabhängig von der Temperatur; sie nimmt bei tiefer Temperatur allmählich ab, während sie bei steigender Temperatur unverändert bleibt. Bei steigendem intrakardialen Druck nimmt die Vaguserregbarkeit ab, doch findet allmählich eine Anpassung statt. Hemmungs- und Beschleunigungsnerven des Herzens sind als solche nicht verschiedener Art, verschieden muß die Substanz sein, die zwischen kontraktile Substanz und Nerv liegt. Auf diese Substanz wirkt vielleicht das Jodthyrin ein, das die Wirkung des Atropins nach den Beobachtungen des Vortr. aufhebt.

REITZ (Mitterfels): Die Bedeutung der Einatmung zerstäubter medikamentöser Flüssigkeiten für die Behandlung innerer Krankheiten.

Nach dem Grundsatz der Erhöhung der zerstäubenden Kraft ad maximum und der Verminderung des Widerstandes der zu zerstäubenden Masse ad minimum ist von dem Vortr. ein Apparat konstruiert worden, mit dem sich sogenannte schwebende Zerstäubung erzielen läßt.

Vom Vortr. angestellte Tierversuche haben das Eindringen der zerstäubten Masse bis in die Lungenalveolen dargetan (Demonstration).

Die angestellten Tierversuche zeitigten noch ein anderes, sehr überraschendes Resultat. Verschiedene inhalierte Stoffe fanden sich nämlich in großer Menge im Harne der Versuchstiere wieder. Das deutet auf eine stattgefundene Resorption seitens der Lunge hin. Es gelang auch, die inhalierte Substanz in der Blutbahn selbst (Karotis) nachzuweisen. Man muß an einen Diffusionsvorgang denken durch das Epithel der Alveolen und die zarte Gefäßwand der Lungenkapillaren hindurch. Hierdurch bietet sich eine Methode, Arzneikörper durch Zerstäubung und Einathmung der Blutbahn direkt einzuverleiben unter Umgehung der zersetzenden und spaltenden Fermente des Magendarmkanals mit seinen oft sehr mangelhaften Resorptionsverhältnissen. Verf. hat nun Tierversuche mit organischen Eisenpräparaten angestellt und konnte im Blute der Versuchstiere Eisen in weit größerer Menge nachweisen, als bei den mit demselben Präparate gefütterten Kontrolltieren, worin er eine wirksame Behandlungsweise der Chlorose erblickt.

v. Schrötter (Wien) bemerkt, daß er schon auf dem Madrider Kongreß gezeigt habe, daß wir das Inhalationsverfahren unterschätzt haben. Vortr. hat Hunde bei verbundener Schnauze Methylenblau im **BULDING**schen Apparat einatmen lassen; dasselbe war bei der Sektion bis in die feinsten Bronchien verteilt.

Rothschild (Soden) teilt mit, daß es **LEWIN** schon gelungen ist, in der Kaverne eines Phthisikers eingeatmetes Eisenchlorid nachzuweisen.

Sänger (Magdeburg) macht auf den Unterschied zwischen Aspiration und Inhalation aufmerksam.

Schmidt (Dresden): Die Resorption der Arzneimittel braucht nicht erst in den Alveolen vor sich zu gehen, sondern kann schon in der Trachea, von der aus 10–20 cm³ Flüssigkeit aufgenommen werden können, geschehen. Doch als natürlichem Respirationsweg ist dem Magen immer der Vorzug vor der Trachea zu geben.

Aronson (Charlottenburg) weist darauf hin, daß die Resorption durch die Trachea den Tierärzten schon lange bekannt ist.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 28. April 1904.

FR. SPIELER demonstriert ein 8jähriges Kind mit multiplen kongenitalen Luxationen. Der Kapsel- und Bandapparat der meisten Gelenke ist enorm schlaff und dehnbar.

JUL. FLESCHE stellt ein 10jähr. Mädchen mit hysterischer Beugekontraktur der Finger und Zehen vor. Dieselbe ist vor 3 Monaten im Anschlusse an dyspeptische Erscheinungen und Fieber aufgetreten. Die Finger sind in die Hände eingeschlagen, die Zehen flektiert, die Plantae bilden konkave Bogen. Der Nervenbefund ist bis auf eine Steigerung der Reflexe normal; für die hysterische Natur des tonischen Krampfes spricht nur der Umstand, daß der Spasmus in der Nacht verschwindet, ebenso wenn sich das Kind unbeobachtet glaubt.

K. HOCHSINGER und **Th. ESCHERICH** erwähnen kurz die Differentialdiagnose gegenüber ähnlichen Affektionen.

K. ZUPPINGER demonstriert einen 7jähr. Knaben mit totaler Lähmung nach Enzephalitis. Das Kind entwickelte sich bis zum 11. Lebensmonate normal, dann bekam es im Anschlusse an Masern Konvulsionen; sodann entwickelte sich eine totale geistige und körperliche Lähmung, weiter bestanden durch mehrere Monate athetische

Bewegungen, schließlich bildeten sich Kontrakturen aus. Das ganze Krankheitsbild besteht seit 6 Jahren unverändert. Der Knabe ist idiotisch, der ganze Körper ist steif und unbeweglich, die Extremitäten sind kontrahiert und zeigen mehrfache Subluxationen, sowie eine Luxation im linken Hüftgelenke. Zeitweise treten Krämpfe im Fazialisgebiete auf. Es handelt sich wohl um ausgebreitete enzephalitische Herde mit sekundärer Degeneration der Pyramidenbahnen.

Jul. Zappert weist darauf hin, daß durch die genaue Untersuchung der bulbären Funktionen sich im Zusammenhalte mit dem späteren Obduktionsbefunde interessante Aufschlüsse über die physiologischen Funktionen einzelner Hirnteile ergeben dürften.

H. LEHNDORFF demonstriert anatomische Präparate des Falles von **M. BARLOW**, welchen er in der vorhergehenden Sitzung vorgestellt hat. Das Kind ist unter Zunahme der Erscheinungen gestorben, nachdem der subperiostale Bluterguß am rechten Oberschenkel vereitert und inzidiert worden war. Die Obduktion ergab eine schwarzrote Färbung des Knochenmarkes, einen osteomyelitischen Herd im rechten Oberschenkel mit periostalen Knochenauflagerungen. Die ganze Krankheit verlief afebril.

K. PRELEITNER stellt einen geheilten Fall von Tetanus vor. Der schwere Tetanus stellte sich am 13. Tage nach einer Verletzung an einem Knie ein; an diesem Tage wurde die Wunde exzidiert und es wurden 10 cm^3 Wiener Tetanusantitoxin intradural durch Lumbalpunktion und 90 cm^3 außerdem subkutan injiziert, ferner wurde Chloralhydrat in Klysma gegeben. Als die Verletzung am Knie vereiterte, wurde aus derselben ein Holzsplitter extrahiert. Die Krämpfe hörten allmählich auf und gegenwärtig ist der Knabe als geheilt anzusehen.

Ferner demonstriert Vortr. einen Knaben mit einer totalen Gaumenspalte, welche mit gutem Erfolge in zwei Sitzungen operiert wurde. Die Sprache hat sich seither beträchtlich gebessert.

KARL HOCHSINGER: „Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrozephalie.“

(Der Vortrag wird in der Beilage zu unserem Blatte, der „Wiener Klinik“, in extenso erscheinen.)

In der Diskussion weist **Jul. Zappert** darauf hin, daß man mit der Deutung von Schädelmessungen sehr vorsichtig sein müsse; insbesondere dürfe man denselben im ersten Halbjahr kein allzu großes Gewicht beilegen. Leptomeningitische Prozesse werden bei der Obduktion hereditär-luetischer Hydrozephalischer nur sehr selten gefunden.

Th. Escherich bemerkt, daß bei hereditärer Syphilis leichte Grade von Hydrozephalus öfter vorkommen, doch ist der Zusammenhang nicht ganz geklärt. Im ersten Halbjahre gehören Befunde von leptomeningitischen Veränderungen bei hereditär-syphilitischen Kindern zu den Ausnahmen. Eine strenge Scheidung zwischen Hydrozephalie auf rachitischer und hereditär-luetischer Basis läßt sich nicht leicht durchführen. Gegen die Forderung des Vortr., jedes hydrozephalische Kind antiluetisch zu behandeln, muß sich E. aussprechen.

K. Hochsinger erwidert, daß er zur Grundlage seiner Untersuchungen eigene umfassende Schädelmessungen an rachitisfreien Kindern genommen habe. In der Literatur sind 15 Fälle von leptomeningitischen Erkrankungen bei hereditär-luetischem Hydrozephalus beschrieben. Die von ihm beobachteten Fälle boten klinisch alle Symptome des Hydrozephalus.

Notizen.

Wien, 14. Mai 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. **LOTHEISSEN** eine Frau nach erfolgreicher operativer Behandlung eines faustgroßen Lungenabszesses. In der Diskussion hob Prof. **SCHLESINGER** das relativ häufige Vorkommen dieser Affektion hervor und besprach die Symptome derselben eingehend; Primarius **FRANK** betonte die Wichtigkeit der exakten Lokaldiagnose als einer Vorbedingung des Gelingens der Operation und Hofr. **WEINLECHNER** berichtete über einen von ihm operierten Fall, der nach Aspiration eines Fremdkörpers zustande gekommen war. — Hierauf stellte Dr. **EXNER** einen jungen Mann vor, bei welchem er durch Laparotomie aus der Flexura sigmoidea einen 18 cm langen Federstiel entfernt hat; derselbe hatte appendizitisähnliche Symptome vorgetäuscht. E. demonstrierte außerdem mehrere per rectum abgegangene Fremdkörper (Kerze, Holzstück). — Professor **ED. SCHIFF** führte einen durch Röntgenbestrahlung geheilten Fall von Mykosis fungoides vor. — Doz. **K. ULLMANN** stellte einen Mann mit Sykosis parasitaria vor, welche in einer Rasierstube akquiriert worden ist und mit konstanter Warnluftapplikation erfolgreich behandelt wird. Als beste Prophylaxe in den

Rasierstuben empfahl Vortr. die Reinlichkeit. In der Diskussion gab Hofr. **NEUMANN** einen historischen Überblick über die Lehre von der Sykosis. — Prof. **EHRMANN** demonstrierte einen Mann mit Vitiligo, Dermographismus und einem lichenähnlichen Ausschlage und sprach sich bei dieser Gelegenheit gegen die Annahme einer neurogenen Grundlage der Vitiligo aus. — Schließlich demonstrierte Hofr. v. **EISELSBERG** einen Patienten, dem er wegen maligner Struma die Trachea auf 4 cm Länge reseziert hat. Die Deckung eines zurückgebliebenen Defektes ist durch einen Hautknochenlappen aus dem Sternum bewerkstelligt worden. Im Anschlusse hieran wies Prof. **GROSSMANN** auf die große Heilungstendenz genähter Resektionswunden der Trachea bei Versuchstieren hin, während Hofr. v. **EISELSBERG** bemerkte, daß solche Nähte beim Menschen häufig aufgehen, weil die in Frage kommenden Patienten an Stauungskatarrhen leiden und durch die immer wiederkehrenden Hustenstöße den Erfolg der Operation beeinträchtigen.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. **FRIEDR. GROSS** ist zum Kommandanten des Garnisonsspitals Nr. 21 in Temesvar, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. **WENZEL NOVAK** zum Chefärzte des Militär-Invalidenhauses in Lemberg und St.-A. Dr. **FERDINAND BÖHM** zum Garnisons-Chefärzte in Zara ernannt worden. Reg.-A. I. Kl. Dr. **BERTHOLD REDER** hat das Ritterkreuz des Wasa-Ordens, Reg.-A. I. Kl. Dr. **KASIMIR IWANICKI** das päpstliche Ehrenkreuz „Pro ecclesia et pontifice“ erhalten.

(Die freie Arztwahl in Leipzig.) Aus Leipzig wird uns geschrieben: Der Kampf der Ärzteschaft um Einführung der freien Arztwahl bei der Ortskrankenkasse hat mit dem vollständigen Siege der Ärzte geendet. Nach langwierigen Verhandlungen, welche die Aufhebung des Systems der Distriktsärzte und die freie Wahl des Arztes unter den 375 Ärzten Leipzigs, die sich zur Behandlung der Kassenmitglieder gemeldet hatten, betrafen, war ein teilweiser Erfolg der Ärzte zu Ende der Vorwoche in dem Sinne zu verzeichnen, daß ihre Forderungen erfüllt wurden, die Verträge aber mit den einzelnen Ärzten abgeschlossen werden sollten. Nunmehr ist durch Verordnung der Kreishauptmannschaft an den Vorstand der hiesigen Ortskrankenkasse das Distriktsarztsystem aufgehoben, die freie Arztwahl mit dem Honorar von 5 Mk. pro Kopf und Jahr des Mitgliedes (bei Aufhebung der Familienbehandlung) eingeführt und bestimmt worden, daß die Verträge zwischen Kasse und Ärzten mit den ärztlichen Bezirksvereinen abgeschlossen werden müssen.

(Forensisches.) Ein auch für unsere Verhältnisse in Betracht kommender forensischer Fall hat sich kürzlich in Leipzig ereignet. Ein vom dortigen Oberlandesgerichte vorgeladener Zeuge hatte sich durch ein ärztliches Zeugnis wegen Krankheit entschuldigt. Das Gericht hielt jedoch die Krankheit nicht für genügend glaubhaft gemacht und forderte ein Attest des Ortsphysikus. Auf die briefliche Anfrage des Zeugen, auf wessen Kosten dieses Attest einzuholen sei, antwortete der Vorsitzende des Gerichtshofes, daß der Zeuge diese Kosten zu tragen habe. Als der Zeuge schrieb, es sei ihm unmöglich, diese Kosten aufzubringen, ohne seiner Familie dadurch Entbehrungen aufzuerlegen, wurde er zu 100 Mk. Strafe verurteilt. Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde jedoch vom Reichsgerichte für begründet erachtet und festgestellt, daß die Kosten der Ermittlung der Krankheit zu den Gerichtskosten gehören und das Gericht somit die Kosten des ärztlichen Zeugnisses zu tragen habe.

(Tuberkulose-Forschung.) Der Leiter des Ministeriums des Innern hat auf Ansuchen des Vereines „Heilanstalt Alland“ ein Stipendium in der Höhe von 1400 K für Ärzte bewilligt, die auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung sich weiter ausbilden wollen. Die betreffenden Ärzte haben in der Heilanstalt, in der sie freie Verpflegung und freie Wohnung haben und deren vorzüglich ausgestattete Laboratorien ihnen zur Verfügung stehen, die Nutzbarmachung der wissenschaftlichen Forschungen und Errungenschaften der Lehre von der Tuberkulose zu studieren, um dann später die öffentliche Sanitätsverwaltung in ihrem Kampfe gegen die Tuberkulose zu unterstützen. Eine Spezialkommission, welcher der Sanitätsreferent im Ministerium des Innern, die ordentlichen Mitglieder des Obersten Sanitätsrates, Hofrat Prof. **WEICHSSEL-**

BAUM, Prof. v. JAKSCH und Direktor MUCHA angehören, wird im Einvernehmen mit der Vereinsleitung Ort und Umfang der Untersuchungen feststellen und fortlaufend über die Erfolge dem Ministerium des Innern referieren.

(Opfer des Berufes.) Der verdiente Direktor der Landesirrenanstalt von Stephansfeld i. E., Sanitätsrat Dr. VORSTER, ist vor wenigen Tagen gelegentlich der Krankenvsiste von einem Irren durch einen Stich in den Unterleib lebensgefährlich verletzt worden.

(Statistik.) Vom 1. bis inklusive 7. Mai 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8142 Personen behandelt. Hiervon wurden 1802 entlassen, 197 sind gestorben (9.9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, ägypt. Augentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 55, Scharlach 20, Masern 840, Keuchhusten 39, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 2, Röteln 10, Mumps 71, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 670 Personen gestorben (— 50 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Zahnarzt Doktor JOHANN PICHLER, ein allseitig angesehener Kollege, im 70. Lebensjahre; in Graz der Landes Sanitätsreferent i. R. Statthaltereirat Dr. JAKOB EHMER, im Alter von 75 Jahren; in Eger Dr. GOTTLIEB MIKULA, 37 Jahre alt.

Dr. Martin Szigeti ist aus Abbazia in Gleichenberg angelangt und hat seine kurärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen.

Dr. Goldschmid, emeritierter Assistent des k. k. allgemeinen Krankenhauses, praktiziert vom 16. Mai ab ausschließlich in Baden bei Wien, Neugasse 25.

Franzensbad. Das österreichische Ackerbauministerium hat sich seinerzeit an die hiesige Firma Heinrich Mattoni gewendet mit der Bitte, die in Berlin stattfindende Ausstellung für Torf und Moorkultur ebenfalls mit den in der „Soos“ erzeugten Produkten, den verschiedenen Mineralmoorarten und anderen dort vorkommenden typischen Mineralien (Vivianit, Kieselerde etc.), zu beschicken. Die Firma Heinrich Mattoni ist diesem Ersuchen bereitwilligst nachgekommen und empfing dafür heute folgende Zuschrift: „An der vom Vereine zur Förderung der Moorkultur im Deutschen Reiche in der Zeit vom 15. bis 21. Februar 1904 zu Berlin veranstalteten Ausstellung für Moorkultur und Torfindustrie hat sich das Ackerbauministerium in der Weise beteiligt, daß mit den zahlreichen, von ihm selbst exponierten Objekten auch eine Reihe von Gegenständen, welche über seine Einladung von anderen Interessenten zur Verfügung gestellt waren, zu einer österreichischen Kollektivausstellung vereinigt wurde. Diese österreichische Gesamtausstellung hat auch die volle Anerkennung des Preisrichterkollegiums gefunden und wurde dem Ackerbauministerium als Veranstalter derselben die silberne Preismünze des königl. preussischen Ministeriums für Landwirtschaft, Domänen und Forste, sowie eine silberne Plakette zuerkannt. Das Ackerbauministerium erachtet es nun laut des Erlasses vom 19. März 1904, Z. 7842, als seine angenehme Pflicht, unter jenen Teilnehmern, welche durch Einsendung hervorragender Ausstellungsobjekte in besonderer Weise zu diesem Erfolge beigetragen haben, insbesondere auch der Firma Heinrich Mattoni in Franzensbad, seinen Dank und seine Anerkennung auszusprechen. Auf Grund der mit dem Statthaltereierlasse vom 31. März 1904, Z. 69.020, erhaltenen Ermächtigung beehre ich mich, diesen Dank und die Anerkennung des k. k. Ackerbauministeriums der geehrten Firma als Besitzerin der Heinrich Mattonischen Fabrik für Moorextrakte und Salze bei Franzensbad hiermit zum Ausdrucke zu bringen. Der k. k. Statthaltereirat: Kaiser m. p.

Gleichenberg in Steiermark, in 300 m Seehöhe, ist durch seine alkalisch-muriatischen Hauptquellen und durch sein feuchtwarmes Klima in erster Linie ein spezifischer Kurort für Katarrhaliker und Phthisiker. Die vorzüglichen sanitären Einrichtungen, die Gelegenheit zu Milch-, Molken-, Kefyr- und Liegekuren, der Gebrauch der Inhalations- und Pneumatotherapie sind muster-giltig vertreten, eine hyriatische Anstalt, Kohlensäurebäder in Verbindung mit ärztlicher Massage gestatten die Anwendung der Nauheimer Methode bei Herzmuskelerkrankungen. Außer den Katarrhen der Luft-, Verdauungs- und Harnwege indizieren die Eisenquellen und Stahlbäder den Kurort auch bei Anämie und Frauenkrankheiten.

Eingesendet.

Warnung.

Die Wiener Ärztekammer teilt der Ärzteschaft mit, daß die in der Zeitung „Handelsagent“ vom 1. Mai 1904 enthaltene Behauptung eines Herrn Stein, daß er mit der Ärztekammer Fühlung genommen und die Versicherung erhalten habe, daß man bezüglich der „registrierten Hilfskasse der Handelsagenten“, die notorisch zur Klasse der Minderbemittelten gehören, eine Ausnahme machen würde, jeder Begründung entbehrt. Die Ärztekammer warnt die Ärzteschaft vor Annahme von Kassenstellen bei dieser, sowie bei jeder anderen registrierten Hilfskasse oder Krankenverein.

Von der Wiener Ärztekammer.
Das Präsidium.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- W. Kirchner, Handbuch d. Ohrenheilk., 7. Aufl. Leipzig 1904, S. Hirzel. — M. 5.80.
- J. Delatour, Le Syndrome adénoïdien. Paris 1904, A. Maloine. — F. 4.— M. Perles. — K. 5.40.
- E. H. Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg. — K. 7.20.
- W. Minnich, Das Kropfherz. Leipzig und Wien 1904, F. Deuticke. — K. 5.40.
- L. Mandl u. O. Bürger, Die biologische Bedeutung der Eierstöcke. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. — K. 8.40.
- Peters, Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung. 4. Aufl. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.
- Kimmlé, Veröffentlichungen a. d. Gebiete des Militär-Sanitätswesens, H. 24. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 19. Mai 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik Escherich.

I. Demonstrationen. II. Prof. Dr. MEINH. PFAUNDLER (als Gast): Über Kalkadsorption und Rhachitistheorien.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: E. Merck in Darmstadt über „Stypticin“, Brennerbad in Tirol. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Dr. Gara Mai bis Oktober **Pistyan** Bad

aus Wien

Cheocin

Agurin

Duotal

Creosotal

Eisen-Somatose

Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.

Dos.: 2 g 3—4mal tägl. (am ersten Tage 5mal).

Mesotan

neuer Salzylester zur lokalen Behandlung von rheumatisch. Affektionen. — Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.

Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzuspinseln.

Mesotan äußerlich, **Aspirin**, resp. **Salophen** innerlich.



Helmitol

neues verbessertes Blasenantiseptikum. Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie. Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoeotherapie.

Dos.: 1 g 3—4mal täglich.

Veronal

neues Hypnoticum. Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen. Geruchlos, fast ohne Geschmack, Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g in heißen Flüssigkeiten gelöst z. n.

Aristochin

Cannigen

Crional

Hedonal

Heroinhydrochlor.

Vertreter für Österreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 8 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 Redaktion 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. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 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 sepalrige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.949.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Diagnose und Operation der primären Steine der Niere. Von Prim. Doz. Dr. Otto ZUCKERKANDL. — Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Von Dr. FERDINAND KORNFELD in Wien. — **Referate.** JOHAN ALMKVIST (Stockholm): Die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung. — C. BLAUER (Tübingen): Über zentrale Kieferfibrome. — A. WEBER (Alsfeld): Zur Technik der Infusion. — MARANDON DE MONTYEL (Paris): Die Hyperhidrosis bei der Paralysis progressiva. — P. S. WERET (St. Petersburg): Vergleichende Beobachtungen über die Wärmeproduktion bei gesunden Menschen in Süßwasser und Soolbädern. — R. HEIDÉ (Paris): Soll man im Stadium der akuten Eiterung extrahieren? — WALTER KREBS (Berlin): Der Einfluß lokaler Kälteanwendung auf die Herzstätigkeit. — THEO GROEDEL und FRANZ KIRSCH (Nauheim): Über den Wert der Blutdruckmessung mittelst des Sphygmomanometers von RIVA-ROCCI und seiner Kombination mit Kontrollapparaten. — BLANCHE DE LA ROCHE (Warschau): Xeroform bei Ulcus molle. — A. P. POKROWSKI: Beitrag zur Frage der Temperaturmessungen bei Neugeborenen. — STADLER (Leipzig): Zur diagnostischen Bedeutung der Leukozytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen. — L. PHILIPPSON (Palermo): Über die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben. — LACHOWSKI (St. Petersburg): Über Veränderungen der Prostata bei Kindern. — S. I. IWANOFF: Was hat die äußere Therapie im Amyloform gewonnen? — **Kleine Mitteilungen.** Anwendung der Lumbalpunktion bei Urämie. — Das Antipyrin. — Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken. — Zur Behandlung der Kinderdiarrhöen. — Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten. — Behandlung der Gonorrhöe mit Albargin. — Die neueren Operationsbestrebungen am Uterus. — Mesotherapie. — Veronal. — **Literarische Anzeigen.** Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Von Dr. OTTO KÖRNER, o. ö. Professor der Medizin, Direktor der Klinik und Poliklinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Rostock. Mit einem Vorwort von ERNST v. BERGMANN. — Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshilfe. Mit spezieller Berücksichtigung der kombinierten Skopolamin-Morphium-Anästhesie. Von Dr. RICHARD v. STEINBÜCHEL, Dozent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Graz. — **Feuilleton.** Moderne sozialärztliche Bestrebungen. Von Dr. LUDWIG DRESNER, Arzt in München und Red. Reichenhall, gewesener 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereines München. — **Verhandlungen ärztlicher Kongresse.** ~~Kongress für innere Medizin.~~ Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — **33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.** Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VI. — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über Diagnose und Operation der primären Steine der Niere.

Von Prim. Doz. Dr. Otto Zuckerkandl. *)

M. H.! Ich möchte mir erlauben, Ihnen eine Anzahl von Nierensteinen, welche ich in den letzten zwei Jahren durch Operation gewonnen habe, hier zu demonstrieren. — Zunächst will ich bemerken, daß ich nur die primären Steine der Niere in die Erörterung einbeziehen und von Komplikationen, wie Steineinklemmung, Anurie u. dgl., heute nicht sprechen werde.

Der Grund, warum ich das genannte Thema vor Ihnen als praktischen Ärzten erörtere, ist darin zu suchen, daß auf diesem Gebiete in den letzten Jahren so tiefgreifende Veränderungen vor sich gegangen sind, daß der Praktiker genötigt ist, von diesen Notiz zu nehmen. Noch im Jahre 1901 betont ISRAEL in den einleitenden Bemerkungen zur Besprechung der Nierensteine die Schwierigkeit der Diagnose; Irrtümer seien trotz großer Erfahrung und gewissenhafter Untersuchung oft unvermeidlich. In der kurzen Zeit seither hat sich dies gründlich geändert; durch Vervollkommnung radiographischer Untersuchungen im Vereine mit der Verfeinerung der Nierendagnostik sind wir imstande, Steine der verschiedensten Zusammensetzung und Größe zu erkennen und ein Urteil über die Beschaffenheit der Niere selbst abzugeben, kurz die Diagnose mit allen pathologisch-anatomischen Details mit Sicherheit stellen zu können.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 29. Februar 1904.

Wie bei anderen Erkrankungen, so ist es auch auf diesem Gebiete gegangen: mit der Möglichkeit einer besseren Diagnosestellung haben sich die Fälle von Nierensteinen in ungeahnter Weise gesteigert — es vergeht kaum ein Monat, ohne daß ich den einen oder anderen Fall sehe — und in dem Maße, als die erkannten Fälle sich häufen, sind wir auch in der Lage, uns über die Symptomatologie dieses Leidens ein klareres Bild zu schaffen. Ich möchte mir daher erlauben, ehe ich an die Demonstration gehe, Ihnen einiges über die Symptomatologie des Leidens mitzuteilen.

Wie bei Steinen der Blase sind es vorwiegend Schmerzen, Blutungen und mechanische Störungen des Harnablaufes, mit denen wir es bei Nephrolithiasis zu tun haben. Selten läßt sich in einem Falle der ganze Komplex der Symptome vorfinden, sondern wir sehen, daß bald das eine, bald das andere Symptom dominiert und dem Bilde der Krankheit das Gepräge gibt.

Das Nierensteinleiden ist ebenso wie das Blasensteinleiden primär aseptisch, bleibt es lange Zeit oder unterliegt aus irgend einem Anlasse der Infektion, gewöhnlich auf dem Wege der Blutbahn. Wir müssen es verstehen, in Fällen der Infektion die Symptome des Nierensteinleidens von denen der Niereneiterung und Nierenbeckeneiterung auseinanderzuhalten. Ein wichtiges Symptom ist der Schmerz. Dieser ist entweder kolikartig oder mehr weniger andauernd. Die kolikartigen Schmerzen bei Nierensteinen sind seit lange bekannt, aber die Bedeutung, welche denselben seitens der Kliniker und praktischen Ärzte für die Diagnose der Nierensteine beigelegt wird, entspricht nicht den Tatsachen. Die gleichen kolikartigen Schmerzen finden sich bei den mannigfaltigsten Erkrankungen der Niere in derselben Weise. Ob durch Steineinklemmung,

durch Abgang von Blutgerinnseln, durch Lageveränderungen der Niere oder ohne mechanische Störung bedingt, sind die klinischen Symptome der Nierenkolik, die lokalen wie die Reflexerscheinungen stets die gleichen. Dieser Umstand setzt ihre Bedeutung für die Diagnostik wesentlich herab.

Dagegen lassen oft sicher vorhandene Nierensteine Koliken vermissen. Es ist begreiflich, daß Koliken bei großen korallenförmigen Nierensteinen fehlen und nur bei kleinen, beweglichen Steinen vorkommen, welche in den Ureter eindringen und ihn passieren. Tatsächlich findet sich unter meinen Fällen eine ganze Anzahl von solchen, in denen Koliken überhaupt nicht vorhanden gewesen oder in denen Jahre seit dem ersten Anfalle verflossen sind. Ich möchte ferner betonen, daß bei effektiven Nierensteinkoliken Nierensteine als solche nicht vorhanden zu sein brauchen. Es handelt sich da häufig um Uratiker, die in Intervallen Steine entleeren und als Fälle von Nephrolithiasis geführt werden, ohne daß nach der Kolik noch Steine in der Niere vorhanden sind.

Aus allen diesen Momenten ergibt sich die diagnostische Minderwertigkeit des Symptoms der Nierenkoliken für das Steinleiden.

Die nicht kolikartigen Schmerzen sind semiologisch von höherer Bedeutung. Sie sind in der Lumbalgegend stets in irgend einer Form, häufig bloß als Orgengefühl, andere Male mit heftigen Ausstrahlungen vorhanden. Bemerkenswert erscheint, daß die Ruhe kalmierend wirkt, den Schmerz oft gänzlich zum Schwinden bringt, während Bewegung stets eine Exazerbation zur Folge hat. Wie beim Blasenstein, genügt oft ein Drehen, Wenden im Bette, das rasche Aufstehen, um eine schmerzhafteste Sensation in der Lumbalgegend hervorzurufen.

Vesikale Störungen sind bei Nierensteinen nicht selten, so daß Verwechslungen mit Cystitis, Urethritis post. vorkommen.

Wichtig ist, daß die Intensität der Nierenschmerzen nicht im Einklang mit der Größe des Steines steht; es finden sich große Nierensteine, bei denen die Kranken kaum über Schmerz klagen, während andererseits bei kleinen Steinen die lokalen Schmerzempfindungen oft außerordentlich groß sind.

Als wichtiges Moment möchte ich hervorheben, daß, wie bei Steinen der Blase, die Schmerzen durch Ruhe resp. Bewegung beeinflussbar sind: körperliche Bewegung, wie Gehen oder Fahren im Wagen löst die Schmerzen aus, Ruhe kalmiert sie vollständig. Dadurch unterscheiden sich diese Schmerzen von anderweitigen Nierenschmerzen etwa bei Tumoren, Pyonephrosen etc.; bei diesen Affektionen werden auch die Schmerzen bisweilen durch Erschütterung erregt, aber die kalmierende Wirkung der Ruhe ist in diesen Fällen nie so ausgesprochen wie bei Steinen.

Über das Verhalten des Harnes bei Nierensteinen möchte ich nur weniges bemerken.

Der Harn bei Nierensteinen enthält, auch wenn er klar ist, Albumen, ein Phänomen, welches wir auch bei Steinen der Blase vorfinden, ohne daß uns eine genügend feststehende Erklärung für diese Tatsache zur Verfügung stünde. Weiters finden sich im klaren Harn, und das ist ein diagnostisch wichtiges Moment, stets vereinzelte rote Blutkörperchen. Zeitweilig läßt sich auch eine veritable Hämaturie beobachten; für diese ist wieder charakteristisch, daß sie durch Bewegung ausgelöst wird und in der Ruhe schwindet. Dieses Verhalten der Hämaturie bei Nierensteinen ist von differentialdiagnostischer Bedeutung. Es kommt zwar Ähnliches bei Nierentuberkulose, bei Niereneiterungen, aber auch bei essentiellen Blutungen vor, aber nie ist in diesen Fällen die kalmierende Wirkung der Ruhe so ausgesprochen wie bei Steinen.

Was die Intensität der Blutungen bei Nierensteinen anbelangt, so finden sich namentlich bei Bewegungen respektable Blutungen. Ich habe einmal Gelegenheit gehabt, eine derartige Nierenblutung cystoskopisch zu untersuchen, die durch Be-

wegung — der Patient hatte den Weg aus seiner Wohnung ins Spital gemacht — ausgelöst worden war: aus einem Ureter strömte stoßweise das Blut, die Blutung war aber nicht von langer Dauer, durch Ruhe wurde sie bald zum Stillstand gebracht.

Der Schmerz auf Berührung fehlt selten; der leiseste Druck auf die Steinriere schmerzt, und in ausgeprägten Fällen, wenn die Niere vergrößert und die buckelförmigen Erhebungen der Steine zu tasten sind, kann man sich von der enormen Druckempfindlichkeit überzeugen.

Wenn die Steine klein und die Niere an normaler Stelle sich befindet, kann Druckschmerz vollständig fehlen. Krepitation von Steinen ist ein Phänomen, das ich außerordentlich selten, nur in Narkose nachzuweisen Gelegenheit hatte.

Erschütterungen durch einen kurzen Schlag gegen die Lumbalgegend werden bei Steinen schmerzhaft empfunden, doch ist das Symptom für diese keineswegs pathognomisch.

Zu den objektiven Zeichen gehört die Nierenschwellung, die, wenn der Stein erheblichere Größe hat, nachweisbar sein muß. Mit Geschwülsten wird man die geschwellte Steinriere wegen der begleitenden Symptome wohl kaum je verwechseln, leichter mit Pyonephrosen, und häufig genug ist die Steinriere gleichzeitig eine Eiterniere. Zur Differenzierung müssen wir auch da die Beeinflussbarkeit der subjektiven und gewisser objektiven Symptome durch Bewegung und Ruhe heranziehen.

M. H.! Wenn die Symptome, die ich eben genannt habe, auch ziemlich prägnant sind, so lassen sie doch in der Regel nicht mit Sicherheit, sondern nur mit Wahrscheinlichkeit auf die Anwesenheit von Nierensteinen schließen.

Die nötige Sicherheit hat die Diagnostik der Nierensteine erst durch die Möglichkeit des Nachweises durch Röntgenstrahlen erfahren.

Die Tatsache, daß die verschiedenen Konkretionen des Harnes für die Röntgenstrahlen in mehr minder hohem Grade undurchlässig sind, hat frühzeitig den Gedanken nahegelegt, die Entdeckung RÖNTGENS für die Diagnostik des in Rede stehenden Gebietes zu bewerten, und es wurden schon frühzeitig vereinzelt positive Befunde erhoben. Doch standen derartigen Untersuchungen zunächst große Schwierigkeiten im Wege: die Dicke der zu durchleuchtenden Weichteile, die respiratorischen Schwankungen der Niere, die peristaltischen Bewegungen der darüber liegenden Därme usw. Doch allmählich mit der Verbesserung der Technik der Röntgenaufnahmen, mit der wachsenden Erfahrung der Forscher, welche sich mit der Ausarbeitung der radiologischen Untersuchungsmethoden eingehend beschäftigten, sind die Bilder der Nierensteinaufnahmen immer klarer und eindeutiger geworden und jetzt stehen die Dinge so, daß bei allen Größen und Arten von Steinen die Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen sichere und verlässliche, positive wie negative Befunde liefert. Dieser Fortschritt wurde zwar in allererster Linie durch die Verwendung der Kompressionsblende bedingt, aber, wie ich noch einmal betonen will, ist da die Erfahrung der Radiologen mit ausschlaggebend. Der Besitz eines Röntgenapparates genügt nicht, um verlässliche Aufnahmen von Nierensteinen herzustellen. Auch die Deutung der Platten ist nicht a priori möglich. Ein großer korallenförmiger Nierenstein im Röntgenbilde wird wohl jedem ins Auge fallen, aber zur Erkennung kleiner Konkretimente gehört schon außerordentlich viel Übung und Schärfung der Sinne. So haben die Herren KIENBÖCK und HOLZKNECHT, denen ich meine Befunde verdanke, außerordentlich viel Erfahrung in der Deutung der Bilder und in allen operierten Fällen haben sich die Befunde der Herren, negative wie positive, bestätigt. Ich will noch betonen, daß Kopien, wie ich sie hier herumreiche, nicht geeignet sind, feinere Details erkennen zu lassen, man muß zu diesem Zwecke die Originalplatten vor der Mattscheibe im durchfallenden Lichte studieren.

Ich erlaube mir, Ihnen über einen Fall zu berichten, der für die große Exaktheit der radiologischen Diagnostik auf diesem Gebiete spricht. Herr Dr. KIENBÖCK hatte die Freundlichkeit, einen Kollegen, der die Symptome des Steinleidens zeigte, für mich zu untersuchen. Es fand sich auf der einen Seite ein großer korallenförmig verzweigter Stein, doch sagte mir Kollege KIENBÖCK, daß auch auf der anderen Seite kleine Konkreme nachweisbar seien. Das Unglück wollte, daß ich diesen Patienten durch Luftembolie verlor. Bei der gerichtlichen Obduktion fanden sich in der zurückgelassenen Niere 2 Steinchen von nicht mehr als Erbsengröße.

Mittelst der Röntgenuntersuchung können wir also die Größe und Form der Steine nachweisen, wir können feststellen, ob das Leiden ein- oder doppelseitig ausgebildet ist.

Ich werde mir erlauben, Röntgenaufnahmen von Nierensteinen heranzureichen, und will einige Worte zu ihrer Erläuterung hinzufügen. Sie sehen an diesen Bildern zunächst als Umrandung einen kreisrunden Ausschnitt, der Grenze des durch die Kompressionsblende hindurchgegangenen Lichtkegels entsprechend. Innerhalb dieses Kreises fällt zunächst an einer Seite der Schatten der entsprechenden Wirbelkörper und ihrer Querfortsätze auf. Nach oben zu ist das Bild gewöhnlich begrenzt durch die letzten Rippen, nach unten durch den Darmbeinkamm. An guten Bildern sieht man am lateralen Rande der Wirbelsäule, divergierend nach unten ziehend, den Schatten des Ileoasoas. Innerhalb des durch diese Gebilde begrenzten Dreiecks finden wir in positiven Fällen das Bild des Steines als zarten Schatten von verschiedener Form und Größe.

Was die Frage der Nierenfunktionsprüfung betrifft, so ist sie für die Chirurgie der Nephrolithiasis von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Die Nierensteine sind in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig. Für die Frage der Operation, der Prognose, für die Entscheidung, an welcher Seite operiert werden soll, müssen wir die Methoden der Nierenfunktionsprüfung heranziehen.

Wenn diese Dinge heute auch noch nicht spruchreif sind, wenn die Bedeutung der einzelnen Verfahren noch angefochten wird, so läßt sich doch nicht leugnen, daß die Methoden in ihrer Gesamtheit Resultate liefern, deren Bedeutung sich nicht verkennen läßt.

Ich komme nun zur Besprechung der Therapie. Meiner Meinung nach gibt jeder nachgewiesene Stein, der zu groß ist, als daß er die Harnwege passieren könnte, für mich die Indikation zur Operation ab. Wenn diese Regel von allen Seiten für die Steine der Harnblase uneingeschränkt angenommen wurde, so gilt sie in noch viel höherem Maße für die Steine der Niere.

Der Umstand, daß der wachsende Stein die Niere konsumiert, daß die Läsionen des Nierenbeckens die Disposition für Pyelitis, die sich ja auch fast stets entwickelt, abgeben, ist für die Indikation maßgebend. Bei Eiterungen ist die Indikation weit stringenter, denn nur durch die Entfernung des Steines kann der Eiterung Einhalt getan werden. Die Eröffnung der Niere ermöglicht überdies eine lokale Behandlung der erkrankten Schleimhaut.

Die Operation des primären Steines im Beginne gibt die sicherste Gewähr der Erhaltung der Niere, und hierin liegt die Bedeutung der verfeinerten Diagnostik, die, was bisher nicht möglich war, eine Erkennung des Nierensteinleidens in frühen Stadien gestattet.

Ich bin in der Lage, über sieben von mir operierte Fälle zu berichten, mit einem Todesfall, den ich schon oben erwähnt habe. Sechs dabei gewonnene Präparate von Nierensteinen stehen mir zur Verfügung, das eine mußte ich der Familie abtreten. Sie finden in den Steinen, die ich Ihnen herumreiche, alle Typen, Urat, Phosphat, Oxalat und Cystinstein vertreten.

Die Operationen, die zur Ausführung kamen, waren Nephrotomie, Pyelotomie und Nephrektomie.

In allen Fällen wurde die Niere lumbal bloßgelegt. Es kamen von konservativen Methoden fünfmal die Nephrotomie, einmal die Pyelotomie zur Anwendung. Ich stehe auf keinem prinzipiellen Standpunkt und wähle die Operation, die am schonendsten die Entfernung des Steines gestattet. In allen Fällen wurde die Niere lumbal bloßgelegt, aus ihrer Hülle gehoben und vor die Wunde gebracht. Man tastet die Niere und das Nierenbecken sorgfältig ab; größere Steine sind leicht tastbar, sie machen buckelförmige Erhebungen an der Niere, sind als Härten im Nierenbecken tastbar. Kleine Steine in der Niere brauchen von außen her nicht nachweisbar zu sein. Die Entscheidung, ob Pyelotomie oder Nephrotomie, wird nach der Größe und Situation des Steines zu treffen sein. Große, am Ende kolbig aufgetriebene festgekeilte Steine können schonend nur durch die Spaltung der Niere entfernt werden. Diese wird unter ESMARCScher Bluteere vorgenommen, indem ein elastischer Schlauch oder eine DOYENSche Darmklemme um den Nierenstiel gelegt wird, die Digitalkompression ist recht ermüdend. Die Spaltung der Niere erfolgt bis auf den Stein und unter vorsichtiger Trennung des Nierengewebes wird dieser möglichst schonend, fast könnte man sagen ausgeschält. Ausgiebige Spaltungen sollen die Regel sein, weil man auf diese Weise das Zerbrechen und Zersplittern der Steine vermeidet und kleinere Konkreme, die häufig neben großen vorhanden sind, nicht übersieht.

Heftig sind die Blutungen, wenn man die Klemme beseitigt; ähnlich wie an den Extremitäten nach Anwendung des Esmarchschlauches tritt eine Gefäßparalyse auf. Es blutet von der Nierenschnittfläche profus und spritzende arterielle Gefäße mußten wiederholt mit Catgut unterbunden werden. Die parenchymatöse Blutung hält jedoch nicht lange an.

Stets wurde in aseptischen wie in eitrigen Nieren eine Drainage des Nierenbeckens mittelst Kautschukrohrs vorgenommen. Wie an der Blase lege ich auch hier auf die vollkommene Vereinigung keinen Wert. Die Drainage stellt das Nierenbecken ruhig und verhütet eine größere Blutung, Bildung von Blutkoagulis in diesem. Nach Anlegung der Naht und Drainage hielt die Blutung aus der Nierenschnittfläche bisweilen einige Minuten lang an, dann sistierte sie in allen Fällen. Einige Male habe ich neben dem Drain das Nierenbecken mit Jodoformgaze tamponiert.

Ist der Stein kleiner, im Nierenbecken beweglich, nicht bis an die Rinde reichend, so ziehe ich die minder eingreifende Pyelotomie vor. In zwei Fällen habe ich diese an der Unterseite des bloßgelegten Nierenbeckens ausgeführt, die Wundlöffel mit sperrbaren Krallenzangen armiert und das Nierenbecken mit dem Finger ausgetastet und vom Schlitz aus Steine ohne Mühe entfernt. Die Nierenbeckenwunde wurde mit Catgut vernäht und auch hier habe ich durch ein eingeführtes Kautschukrohr den Harn anfänglich zur Wunde herausgeleitet.

Die Drainage wurde hier wie bei der Nephrotomie bis zu zwei Wochen belassen; anfänglich nach Entfernung des Rohres floß Harn durch die Wunde, doch schlossen sich in allen Fällen die Wunden ohne Fistelbildung.

Die Nephrektomie hat bei Steinen der Niere dann ihre Berechtigung, wenn das Nierenparenchym in eine fibröse Masse umgewandelt ist. Die Nierenfunktionsprüfung wird über diese Fälle wohl, wie unser Fall zeigt, klare eindeutige Befunde geben. Es empfiehlt sich in Fällen dieser Art, wie auch ich es getan habe, die Niere ohne weitere Spaltung zu extirpieren. Die Nephrektomie ist hier der geringere Eingriff, er ist von kürzerer Dauer, ohne Blutverlust ausführbar und gibt einfache Wundverhältnisse.

Dies sind zur Zeit die Prinzipien der Behandlung der primären Nierensteine. Von einem abschließenden Urteil über diesen Gegenstand sind wir weit entfernt; weiteren Erfahrungen wird es vorbehalten sein, die Frage in ihren einzelnen Teilen zur Klarheit zu bringen.

Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien.*)

Das treffende Wort THEODOR MEYNERTS, es gefalle der Natur nicht, sich bei der Schaffung von Krankheitsbildern stets in die Systeme der Lehrbücher zu fügen, besitzt wie eine Devise für den pathologischen Prozeß Geltung, welcher den Gegenstand der heutigen Erörterungen bilden soll. Nicht etwa, als ob der Symptomenkomplex der Bakteriurie ein so schwer kenntlicher, in seinen Elementen komplizierter und wechselvoller wäre; noch weniger, daß es einer besonderen diagnostischen Kunst bedarf, über sein Vorhandensein Klarheit zu gewinnen. In anderem Sinne vielmehr weicht die Bakteriurie in ihren klinischen Erscheinungsformen und Folgezuständen von dem Typus einer Allgemeinerkrankung mit charakteristischen Organsymptomen ab. Insoferne paßt die Anomalie, welche wir unter der Bezeichnung Bakteriurie begreifen, nicht in die gangbaren Systeme der Pathologie, als ihre Charakteristika nicht für jedermann kenntlich zutage liegen, d. h. ihr Wesen sowie ihr Bestehen im Einzelfalle ungemein leicht und, wie es scheint, häufiger, als uns bewußt wird, mißdeutet oder gänzlich verkannt wird. Aus den Darlegungen, daß die verschiedenartigsten, selbst fernliegendsten und irrümlichsten Deutungen krankhafter Vorgänge im Organismus, gleichsam stellvertretend für die Bakteriurie, die wahre Krankheitsursache, herangezogen zu werden pflegen, um schwer zusammenstimmende Einzelsymptome, wenn auch gewaltsam, plausibel zu machen, ergibt sich alsbald, wie wir ersehen werden, die Tatsache, daß das Verkennen des Übels naturgemäß auch hier, wie nahezu überall in der Pathologie und Therapie, von nachteiligen Folgen begleitet ist. Dort, wo die Voraussetzung des Leidens, die pathogenetische Grundlage, verkannt wird, dort müssen naturgemäß die auf dieselben aufgebauten Schlußfolgerungen und in letzter Konsequenz auch die therapeutischen Eingriffe irrig und vergebliche sein. Inwieweit diese Momente für die Bakteriurie, als eine Erkrankung sui generis aufgefaßt, zutreffen, wird aus den folgenden Auseinandersetzungen zu entnehmen sein. Den Anlaß zu einer Besprechung der Bakteriurie und ihres klinischen Verhaltens vor dem Forum der Gesellschaft für innere Medizin erblicken wir darin, daß die Erkrankung, welche wohl auf dem Organgebiete des uropoëtischen Apparates entsteht, in der Mehrzahl der Fälle Symptome von Seite fernliegender Organe oder des Gesamtorganismus bedingt, weil das Vorhandensein einer besonderen Bakterienart zu einer Toxininfektion des Organismus Anlaß geben kann.

Treten nun diese Erscheinungen allgemeiner Natur mit mehr minder starker Betonung der Erkrankung des Digestionstraktes, oder mit Verwischensein irgend einer umschriebenen Lokalisation des Leidens in den Vordergrund, dann ist in der Regel der Gedanke an ein inneres Leiden in dem Maße ausgesprochen, daß an eine entferntere Grundursache kaum gedacht wird. So kommt es, daß uns mitunter Fälle von rätselhaften oder ätiologisch unklaren Magen-Darmstörungen unter Fieber, Übelbefinden und allgemeiner Unterernährung begegnen, die in wiederholten Remissionen und Nachschüben einer jeden Therapie trotzen, u. zw. deshalb, weil dieselbe nicht gegen das verhüllte, unerkant bleibende Grundübel — nämlich die Bakteriurie — gerichtet ist. Die Bakteriurie ist nach dem Wenigen, was wir heute über diese Affektion mit Bestimmtheit wissen, kein sehr seltener pathologischer Zustand; gewiß ist sie bei weitem häufiger, als sie diagnostiziert wird. Denn zweifellos figurieren nach dem Gesagten sehr viele Fälle unter ganz anderen Namen, zumeist als Gastrointestinalkatarrhe, Dilatation des Magens, Enteroptose, kryptogenetische Septikopyämie, chronische Vergiftungen (Blei), Nephritis, Pyelitis, Cystopyelonephritis und unter vielen anderen Bezeichnungen.

Wie wenige andere Erkrankungen kann die Bakteriurie, wie wir sehen, den Arzt vermöge ihrer versteckten Ätiologie und ihrer vom Typus abweichenden Verlaufsweise ungemein leicht irreführen. Sie wird darum so oft nicht erkannt, weil man an die Möglichkeit ihres Bestehens nicht denkt, an sie zu denken meist keinen direkten Anlaß hat. Relativ wenige Fälle werden somit richtig beurteilt und darum viele selbst trotz jahrelanger Bemühungen nicht geheilt; denn wir wissen, daß die aus der Bakteriurie hervorgehenden Folgeerscheinungen von Seite des Gesamtorganismus und der einzelnen inneren Organe nicht früher schwinden, als bis man durch Lokalbehandlung der Blase die Quelle der Infektion bekämpft. — Tatsache ist es weiterhin, daß auch sonst geübte und erfahrene Beobachter, sowohl Urologen wie Internisten, das Krankheitsbild häufig nicht erkennen oder mißdeuten.

Was haben wir nun für unsere weiteren Betrachtungen unter Bakteriurie zu verstehen? Der Begriff dieser Affektion ist in der Literatur auch heute noch nicht mit aller wünschenswerten Schärfe umschrieben und für die Pathologie festgelegt. Zumeist verbindet der Praktiker, wie wir wiederholt erfahren haben, damit sogar eine völlig irriige Auffassung, wenn er annimmt, eine jede Ausscheidung von Mikroben durch den Harn sei mit der Bezeichnung Bakteriurie zu belegen. Unter Bakteriurie im eigentlichen, engeren Sinne haben wir nach der Definition der früheren Autoren, insbesondere nach der von ALI KROGIUS 1894¹⁾, ein Krankheitsbild zu verstehen, das charakterisiert ist „einerseits durch das Vorhandensein sehr reichlicher Bakterien im frisch gelassenen Harne, andererseits durch das Fehlen ausgeprägter Symptome eines Entzündungsprozesses in den Harnwegen“. Zur Bakteriurie im engeren Sinne des Wortes gehören aber jene Fälle nicht, in denen eine Bakterienausscheidung mit dem Harne bloß ein sekundäres Phänomen einer infektiösen Nephritis oder einer allgemeinen Infektionskrankheit bildet. Auf die Tatsache, daß sich bei schweren Erkrankungen der Nieren, des Nierenbeckens, der Ureteren, der Blase und der Harnröhre, ebenso auch bei allgemeinen Infektionskrankheiten (Typhus, Scharlach, Blattern, Rotz, Dysenterie, Pest, Gelenkrheumatismus Tuberkulose u. a.) Mikroorganismen im Harne finden, wollen wir hier nicht weiter eingehen und sie späterhin nur insoweit heranziehen, als sie zu unserem Thema gehört.

In der Literatur finden sich die ersten klinischen Angaben bezüglich der Bakteriurie bei W. ROBERTS²⁾ 1881. Er beschreibt Fälle eigener Beobachtung, in denen im frisch entleerten Harne Mikrokokken und kurze Stäbchen (mit Eigenbewegung, Bact. coli?) enthalten waren. Der Urin war von saurer Reaktion, von unangenehm fauligem Geruche und zeigte schon für das freie Auge eine eigenartig opaleszierende Trübung. Bei der mikroskopischen Untersuchung eines der drei Fälle erwähnt ROBERTS, neben den massenhaften Mikroorganismen nur vereinzelte Eiterkörperchen gefunden zu haben. Die Symptome von Blasenreizung waren sehr gering und das Allgemeinbefinden in den von ihm beschriebenen Fällen durchaus nicht gestört.

ROBERTS, auf den, wie erwähnt, die erste Beschreibung der Bakteriurie, als eines selbständigen Krankheitsbildes, zurückgeführt zu werden pflegt, unterschied verschiedene Formen dieser Affektion, und zwar:

1. Bakteriurie mit beginnender ammoniakalischer Zersetzung des Harnes;
2. Bakteriurie mit ammoniakalischer Zersetzung des Harnes;
3. Bakteriurie ohne Zersetzung des Harnes;
4. Bakteriurie von Mikrokokkenketten ohne Zersetzung des Harnes.

¹⁾ A. KROGIUS (Helsingfors): „Sur la bactériurie.“ *Annal. des maladies des org. génito-urinaires*, März 1894.

²⁾ W. ROBERTS: „On the occurrence of micro-organisms in fresh urine.“ *British med. Journ.*, 1881, Bd. 2, pag. 623.

*) Nach einem in der Sitzung der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien am 25. Februar 1904 gehaltenen Vortrage.

ROBERTS hält die Bakteriurie bei zersetztem Harn offenbar für eine Vorstufe der Cystitis. Seine Fälle erweisen sich bei näherem Studium, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, sicher als Cystitiden mit saurem Harn, oder als Pyelitiden. Diese Tatsache wird uns klar, wenn wir die Arbeit von ROBERTS im Original lesen; darauf hat zuerst B. GOLDBERG³⁾ und später noch eingehender R. BARLOW⁴⁾ hingewiesen.

Dieser Autor hebt hervor, daß alle neueren Untersucher als Bakteriurie nach der Definition von KROGIUS bezeichnen: die Gegenwart einer großen Bakterienmenge im frisch gelassenen Urin bei Abwesenheit ausgeprägter eitriger Entzündungserscheinungen der Harnwege; BARLOW faßt den Begriff der Bakteriurie, wie KROGIUS und die Mehrzahl der Urologen überhaupt, richtig in dem Sinne auf, daß nur die genuinen Fälle, wo der Bakterienharn nicht eine sekundäre Erscheinung einer infektiösen Nephritis oder einer infektiösen Allgemeinerkrankung ist, hierherzurechnen seien. Bei reiner Bakteriurie ist der Harn immer trübe und von besonderer Opaleszenz; beim Schütteln sieht man eine eigenartige Wellenbewegung wie in einer reichlich beschickten Bouillonkultur entstehen, so daß dem Geübten, der nur einige Male Gelegenheit hatte, solche Harn zu sehen und zu studieren, die Art der Trübung sofort auffällt. Die Reaktion des Harnes erklärt BARLOW für meist sauer, seltener für alkalisch oder neutral. Bei mikroskopischer Prüfung des frisch gelassenen Harnes findet man verschiedene Arten von Bakterien, und zwar in reichlicher Menge vor. Ausschließlich auf diese ist das trübe Aussehen des Harnes zurückzuführen. Daneben sieht man manchmal nur einige wenige Eiterkörperchen oder Epithelien. Eiweiß fehlt in allen Fällen, in denen es sich nicht um Komplikationen mit Nierenaffektionen handelt.

Diese Auseinandersetzungen BARLOWS, welche die ganze Frage der Bakteriurie von anderen Gesichtspunkten ins Auge faßten, bedeuten einen wichtigen Fortschritt in dem ganzen bis dahin wenig geklärten Problem. Auf diese Tatsache werden wir weiter noch im Detail zurückkommen. Vorerst fügen wir nur noch die Kritik BARLOWS über die Fälle von ROBERTS an. Nach der klinischen Beschreibung sowie nach dem, was ROBERTS von den mikroskopischen Befunden sagt, kann es sich in der Mehrzahl der Fälle sicher nur um sog. saure Cystitis, vielleicht auch um Pyelitis gehandelt haben. Denn in fast allen Fällen ist eine mehr oder weniger beträchtliche, immer aber erhebliche Eitermenge im Urin ausdrücklich notiert und auch die klinischen Erscheinungen sprechen der Beschreibung nach durchaus für eine Entzündung der Harnwege. Diese Einwände von BARLOW, die wir nach der Lektüre der Arbeit von ROBERTS im englischen Original für vollkommen berechtigt ansehen, gelten nach unserem Urteile auch in ganz gleicher Weise und aus den ganz analogen Gründen für eine Reihe späterer Mitteilungen von Bakteriuriefällen, die wir noch anführen werden. Daß ROBERTS seine Beobachtungen unter einem anderen Namen wie dem der Blasenentzündungen rubriziert hat, ist, wie BARLOW sagt, nicht zu verwundern, wenn man bedenkt, daß er wahrscheinlich in der damals sehr verbreiteten Schulmeinung lebte, daß bei einer Cystitis der Harn stets zersetzt sein müsse. „Die Kenntnis der sauren Cystitis datiert ja merkwürdigerweise erst aus der neueren Zeit, obwohl die saure Cystitis weit häufiger ist als die ammoniakalische.“ Diesen letzteren Satz müssen wir heutzutage, trotz gegenteiliger Äußerungen von Seite mancher Bakteriologen, nach allem, was uns die Klinik lehrt, unterschreiben.

BARLOW gelangt zu dem Schlusse, daß ROBERTS mit seiner Publikation vorwiegend den Befund von Bakterien und Eiter auch im sauren, nicht zersetzten Harn betonen wollte und gar nicht an den Krankheitszustand dachte, der

³⁾ BERTHOLD GOLDBERG: „Über Bakteriurie.“ Zentralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, 1895, Bd. 4, pag. 349.

⁴⁾ R. BARLOW: „Über Bakteriurie.“ Deutsches Arch. f. klin. Medizin, 1897, Bd. 59, pag. 347.

den späteren Autoren, die über Bakteriurie schrieben, vor-schwebte. In den meisten seiner Fälle hat es sich nach den Krankengeschichten, wie bereits erwähnt, sicher nicht um das gehandelt, was wir heute unter Bakteriurie verstehen; seine übrigen Krankengeschichten über Fälle, die möglicherweise Bakteriurien waren, sind so dürftig und lückenhaft, daß wir ein sicheres Urteil kaum aussprechen möchten. Wir registrieren hier bloß BARLOWS Meinung, daß ROBERTS sonderbarerweise „trotz des geringen und wenig durchgearbeiteten Materials der Ehre teilhaftig wird, als Urheber eines bestimmten Krankheitsbildes in Geltung zu bleiben, zumal aus seinen übrigen Ausführungen hervorgeht, daß er selbst etwas ganz anderes bezeichnen will, als seine Nachfolger unter dem von ihm angegebenen Namen verstehen“.

BARLOW bezweifelt also, daß ROBERTS wirklich einen Patienten mit Bakteriurie im neueren, exakteren Sinne des Wortes zu Gesichte bekommen hat; er hält es dagegen für sicher, daß bereits vor ROBERTS eine ganze Anzahl von Fällen beschrieben wurde, auf die, seiner Meinung nach, ohne besonderen Zwang der Name Bakteriurie nach der Definition von KROGIUS angewendet werden kann. Wir wollen hier nur kurz darauf verweisen, daß Publikationen über Harnsarcine, welche zum Teile aus den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts stammen, von BARLOW gesammelt und als Vorläufer der neueren Studien über Bakteriurie betrachtet wurden. Obwohl wir nicht der Meinung sind, daß Harnsarcine und Bakteriurie in unserem strengeren Sinne dasselbe sind, verzeichnen wir der Vollständigkeit halber die von BARLOW angezogenen Mitteilungen von HELLER⁵⁾ (1847), SCHLOSSBERG (1848), BEALE (1854), MACKAY, ROSSMANN (1857), BATEMAN (1867), SALKOWSKI und LEUBE (1882)⁶⁾ etc. — CRUSE⁷⁾ veröffentlichte in einer Dissertation (1885) einen Fall von Sarcine in einem Harn, in dem auch reichlich Eiweiß enthalten war; überdies führt er die Literatur der Harnsarcine ausführlich an. Im Jahre 1886 erfolgte eine Publikation von HARTGE.⁸⁾ Sein Fall betraf ein Mädchen, das zunächst nach Typhus eine langdauernde Cystitis durchmachte und nach 2 Jahren einen Stein entleerte, worauf die Harnbeschwerden zeitweilig nachließen, später aber neuerlich einsetzten, bis ein zweites Mal ein Stein abging. Überdies enthielt der Harn der Kranken Zucker (1 $\frac{1}{2}$ %) und Eiweiß. Der mitunter leicht getrübe Urin ließ ein Sediment fallen, in dem angeblich niemals Zylinder oder Mikroorganismen (Bakterien, Hefezellen etc.) zu entdecken waren, dagegen stets reichliche Mengen von Sarcine. Im Sputum, im Mageninhalt und in den Fäzes waren nie Sarcinen vorhanden. Sobald im Harn durch Stehen an der Luft Bakterien zur Entwicklung kamen, schwanden die Sarcinen sofort, schneller im alkalisch gemachten als im sauren Urin. Auf künstlichen Nährböden verschwanden die Sarcinen sehr bald, so daß Züchtungsversuche mißlingen.

Dieser Fall ist wegen der zahlreichen pathologischen Prozesse, die sich bei demselben abspielten, so vieldeutig, daß an eine Bakteriurie überhaupt, an eine solche im engeren Sinne, unserer Meinung nach gar nicht gedacht werden kann.

Ein von FINLAYSON⁹⁾ mitgeteilter Fall (1891) betraf einen 57jährigen Kranken, der wegen Harnbeschwerden bereits 25 Jahre zuvor katheterisiert worden war. Niemals war Eiweiß oder Zucker im Harn vorhanden, die Reaktion war bei verschiedenen Untersuchungen wechselnd, es fanden sich zeitweise einige Tripelphosphate und Epithelien, sowie „Zellen“.

⁵⁾ HELLER: „Über ein eigentümliches Harnsediment.“ HELLER, Archiv f. physiol. u. pathol. Chemie u. Mikroskopie, 1847, Bd. 4, pag. 307. — HELLER: „Neue Beiträge über das Vorkommen der Sarcine als Harnsediment.“ Dasselbe Archiv, Neue Folge, 1852, Bd. 5, pag. 30.

⁶⁾ Die näheren Daten bezüglich der Literatur über Harnsarcine s. bei BARLOW, l. c.

⁷⁾ CRUSE: „Zur Kasuistik der Harnsarcine.“ Dissert. Jena 1885.

⁸⁾ HARTGE: „Zur Kasuistik der Harnsarcine. Kontinuierliches Vorkommen der Sarcine im Harn eines Diabetischen.“ St. Petersburger med. Wschr., 1886, pag. 416.

⁹⁾ JAMES FINLAYSON: „Clinical remarks on Sarcine in the urine of fifteen years, without accidents.“ Brit. med. Journ., 1891, pag. 1371.

Das Sediment enthielt massenhaft Sarcine, keine Eiterzellen; Kulturen mißlingen.

Ob wir, gerade aus letzterem Grunde, berechtigt sind, überhaupt an eine Bakteriurie zu denken, erscheint uns sehr fraglich, weil bekanntlich nach unserem derzeitigen Wissen das *B. coli* ungemein leicht auf Nährböden aufgeht.

Richtig mag es ja immerhin sein, daß die Krankengeschichten der englischen Autoren aus den fünfziger und sechziger Jahren, wie BARLOW sich ausspricht, eher den Gedanken an eine Bakteriurie aufkommen lassen als die Fälle von ROBERTS. Die für unsere Studienzwecke müßige Kontroverse, ob ROBERTS das Verdienst zuzusprechen sei, als erster die Bakteriurie beschrieben zu haben, oder nicht, wollen wir aber nicht weiter fortspinnen. Sein Name ist mit der ganzen Frage einmal verknüpft und daran zu ändern, wäre irrelevant.

Sehen wir von den Fällen von ROBERTS ab, so haben wir in der Beobachtung von SCHOTTELIUS und REINHOLD¹⁰⁾ (1886) einen einwandfreien Fall von genuiner Bakteriurie vor uns. Es handelte sich um einen Herzkranken, der keine Gonorrhöe und keinen Katheterismus hinter sich hatte, bei dem es sich auch nicht um Cystitis oder Pyelonephritis, sondern um sauren Harn mit massenhaftem Bakteriengehalte handelte.

Die weitere Literatur über den Gegenstand ist insgesamt nicht reichlich und bedarf zur Würdigung der Stichhaltigkeit der beschriebenen Fälle einer exakten Kritik nach Maßgabe unserer derzeitigen Auffassung über das Problem der Bakteriurie.

Eine etwas präzisere Darstellung der Eigenschaften des bakterienhaltigen Harnes finden wir in einem besonderen Kapitel der nach dem Tode ULTZMANN'S¹¹⁾ von BRIK herausgegebenen Vorlesungen. In einer Mitteilung von ROSENHEIM¹²⁾ findet sich ein Fall von Pneumaturie resp. Hydrothionurie bei einer Salpingitis und Oophoritis, bei dem auch massenhaft Bakterien im Harn ausgeschieden wurden. Eine reine Form der Bakteriurie lag hier somit nicht vor. Eine Publikation von ROSS teilte fünf Fälle von Bazillenausscheidung mit dem Harn mit, die er als *Bacillus ureae* ROBERTS bezeichnete. Auch dieser Beitrag besitzt rein historisches Interesse für uns. — STENBECK¹³⁾ verdanken wir weiterhin eine exakte Beobachtung der Ausscheidung einer Reinkultur von Stäbchen bei relativ geringer Eitermenge und bei saurem Harn. Bei der nach 4 Wochen erfolgten Obduktion fand sich keine Cystitis oder Nephritis, keine Tuberkulose. STENBECK nannte den Mikroorganismus *Bacillus ureae acidus*. Der Urin zeigte 4 Monate nach der Entnahme noch die gleichen Bakterien und noch saure Reaktion. Der *Bacillus* kann also monatelang im Harn leben, ohne denselben zu zersetzen. Auf letzteren Umstand kommen wir noch später zurück.

MAX MELCHIOR¹⁴⁾ fand bei einer Frau, welche niemals katheterisiert worden war, Harnbeschwerden bei trübem Harn, welcher fötiden Geruch verbreitete. Aseptisch aufgefangener Harn war opaleszierend, blieb trübe, ohne ein Sediment abzusetzen. Reaktion neutral, Geruch fötid; kein Albumen. Bei der mikroskopischen Untersuchung einige wenige Eiterkörperchen und Epithelzellen, sowie eine enorme Menge von Colibazillen in Reinkultur (nach BARLOW).

Die letztangeführte Beobachtung ist ungemein exakt und zutreffend für den Befund einer echten genuinen Bakteriurie.

¹⁰⁾ SCHOTTELIUS u. REINHOLD: „Über Bakteriurie.“ Zentralbl. f. klin. Med., 1886, VIII, pag. 635.

¹¹⁾ ULTZMANN, Vorlesungen über die Krankheiten der Harnorgane, mitgeteilt von Dr. J. H. BRIK, Wien 1888, H. 1.

¹²⁾ ROSENHEIM: „Zur klinischen Würdigung und Genese der Schwefelwasserstoffausscheidung im Urin.“ Deutsche med. Wschr., 1881, pag. 181.

¹³⁾ THOR STENBECK: „Methode für die mikroskopische Untersuchung der geformten Bestandteile des Harnes“ etc. Ztschr. f. klin. Med., 1892, Bd. 20, pag. 467.

¹⁴⁾ MAX MELCHIOR: „Om Cystitis og Urinfection.“ Kopenhagen 1893 zitiert nach KROGIUS).

Die erste ausführlichere Mitteilung, in welcher 8 Beobachtungen mit genaueren Krankengeschichten und bakteriologischen Untersuchungen angeführt sind, rührt von ALI KROGIUS¹⁵⁾ (Helsingfors) her. Seine Fälle betrafen drei männliche und fünf weibliche Kranke, bei denen es sich durchwegs um die Ausscheidung von *Bacterium coli* mit dem frisch entleerten Harn handelte, welcher Befund durch die Reinzüchtung dieses Mikroben mittelst des Plattenverfahrens verifiziert wurde. Die drei männlichen Patienten hatten in ihren Antezedentien gonorrhöische Infektionen aufzuweisen, bei den weiblichen handelte es sich um abdominelle Erkrankungen, zumeist um Genitalaffektionen, zweimal um Nephritis. Therapeutisch verwendete KROGIUS Spülungen mit Arg. nitric-Lösungen (1:1000) oder Instillationen mit 2%iger Höllensteinlösung. In einigen Fällen konnte auf diesem Wege die Bakteriurie beseitigt werden. — So prägnant und exakt diese Fälle auch beschrieben sind, so gehören sie strenge genommen nicht in jene Gruppe von Bakteriuriefällen, welche klinisch und genetisch unser besonderes Interesse erwecken. Denn das Vorhandensein von Albumin im Harn und das Bestehen von Nachbarerkrankungen (weibliches Genitale, Prostata, Blase) verwischt den selbständigen Charakter des Leidens, das nach unseren Begriffen über genuine Bakteriurie, einen nichtentzündlichen Kranken, d. h. gesunden Harn- und Geschlechtsapparat voraussetzt. In erster Linie ist es von besonderer Wichtigkeit, eine strenge Sonderung der genuinen, reinen Bakteriurie von der Cystitis durchzuführen. Keine Form der Cystitis, also eines Blasenprozesses, welcher mit irgendwie nennenswerter Ausscheidung von Eiterkörperchen einhergeht, darf mit dieser Art der Bakteriurie zusammengeworfen werden; es hat auch die Colicystitis mit derselben nichts zu tun.

Diese ausdrückliche Scheidung wollen wir festhalten, weil sie in der bisherigen Literatur nicht durchgeführt wurde und für eine Klärung des Problems der Bakteriurie unerlässlich erscheint.

Aus den weiteren kasuistischen Mitteilungen über Bakteriurie heben wir noch einige markante Fälle hervor:

B. GOLDBERG¹⁶⁾ beschrieb einen Fall von transitorischer Bakteriurie bei einer chronischen Gonorrhöe; durch interne Salolgaben wurden die Kokken und Bakterien bei zwei Attacken des Übels binnen 4 Tagen beseitigt.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft demonstrierte WOLF¹⁷⁾ (am 6. Februar 1895) einen Kranken, bei dem es sich nach der Beschreibung um einen Fall genuiner, chronischer Bakteriurie gehandelt haben dürfte, der also in die engere Gruppe der Bakteriuriefälle, unserer Auffassung gemäß, gehört.

Die Fälle, die ROVSING¹⁸⁾, H. GOLDENBERG¹⁹⁾, HOGGE²⁰⁾ (8 Kranke), FELEKI²¹⁾ veröffentlichten, bereicherten die Kasuistik, brachten aber weder in das Wesen der Affektion noch in die Differentialdiagnose insoweit Klarheit, daß eine ausführlichere Wiedergabe des einen oder des anderen Falles und der an denselben angeschlossenen Bemerkungen an dieser Stelle von Vorteil wäre.

Von größerem Interesse, weil weitaus umfangreicher und von klinischen Gesichtspunkten geleitet, ist die Arbeit, welche BARLOW²²⁾ 1897 über Bakteriurie veröffentlichte und der die

¹⁵⁾ A. KROGIUS, l. c.

¹⁶⁾ B. GOLDBERG: „Über Bakteriurie“, l. c.

¹⁷⁾ WOLF, Mitteilung über Bakteriurie. Berliner med. Gesellschaft; Vereinsbeilage der „Deutschen med. Wschr.“ 1895, pag. 37.

¹⁸⁾ ROVSING: „Krankheiten der Nieren“, pag. 117 (zitiert nach LYDER-NICOLAYSEN).

¹⁹⁾ H. GOLDENBERG: „Bakteriurie.“ Med. Record, 1896, pag. 228.

²⁰⁾ HOGGE: „Beobachtungen über Bakteriurie.“ Ref. in Ann. des mal. gén. urin., 1897, pag. 167.

²¹⁾ FELEKI: „Cystitis catarrhalis ammoniakalis.“ Arch. f. Dermat. u. Syph., 1897, Bd. 38, pag. 101.

²²⁾ R. BARLOW: „Über Bakteriurie.“ Deutsches Arch. f. klin. Medizin, 1897, Bd. 59, pag. 347.

angeführte Kasuistik entnommen ist. In derselben führt er 7 eigene Beobachtungen an. Von diesen wiesen bei der bakteriologischen Untersuchung zwei ausschließlich den Colibazillus, zwei diesen gemischt mit Staphylokokken, drei ausschließlich Staphylokokken auf. Das Blut wurde in drei Fällen, bei denen sich andeutungsweise Symptome einer generalisierten Infektion von der Blase ausgehend zeigten, untersucht, jedoch stets steril gefunden.

BARLOW gibt auch eine bakteriologische Übersicht über die bis zu seiner Publikation in der Literatur bekannt gewordenen 65 Fälle von Bakteriurie, unter welche die Sarcinefälle der englischen Autoren (s. o.) mit eingerechnet sind. Am häufigsten ließ sich (17mal) der Colibazillus reinzüchten. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

JOHAN ALMKVIST (Stockholm): Die Lokalisation des Quecksilbers bei Quecksilbervergiftung.

Bei Quecksilbervergiftung von Kaninchen befindet sich das Quecksilber höchst wahrscheinlich zum größten Teile gelöst im Blute, in der Lymphe und dem Gewebssaft. Daneben kommt es auch als unlösliches Schwefelquecksilber in der Darmwand vor. Dieses Schwefelquecksilber entsteht dadurch, daß die von dem Darmkanale resorbierten schwefelhaltigen Gase — besonders Schwefelwasserstoff — das Schwefelquecksilber in Gestalt feiner, gelber Körnchen aus der Quecksilberlösung des Blutes und der Lymphe in den Gefäßen niederschlagen. Diese Körnchen werden teils von den Leukozyten aufgenommen und mit diesen bei ihrer Emigration aus der Gefäßwand geführt und sodann zwischen den Epithelzellen des Darmes in das Darmlumen eliminiert, teils werden auch die Schwefelquecksilberkörnchen von der Gefäßwand aufgenommen. Wird hierdurch die Gefäßwand mit Schwefelquecksilber reichlich imprägniert, so entstehen Zirkulationsstörungen, die zu Nekrosen und Ulzerationen in der Schleimhaut führen können. Daß neben der erwähnten Elimination des Quecksilbers durch auswandernde Leukozyten in Form von Schwefelquecksilberkörnchen auch eine Sekretion durch die Schleimzellen und übrigen Epithelzellen stattfindet, ist zwar möglich, scheint jedoch bei Kaninchen nicht besonders bedeutend zu sein.

Das Schwefelquecksilber kommt in dem Teile des Darms vor, wo Fäulnisprozesse mit Entwicklung von Schwefelwasserstoff vor sich gehen, also bei Kaninchen hauptsächlich in dem langen und breiten Blinddarm. Die Menge und Ausbreitung des niedergeschlagenen Schwefelquecksilbers hängt nicht so sehr von der Stärke der Quecksilbervergiftung ab, als vielmehr von der Menge und Ausbreitung des im Darm vorhandenen Schwefelwasserstoffs, d. h. von der Stärke und Ausbreitung der Fäulnisprozesse im Darm. Es gibt mehrere Gründe, die dafür sprechen, daß die merkuriale Stomatitis ein ganz analoger pathologischer Prozeß ist wie die merkuriale Kolitis, sowohl was die Entstehung durch den bei Fäulnisprozessen gebildeten Schwefelwasserstoff als auch was den Verlauf der Bildung von Nekrosen und Ulzerationen betrifft. Das in gelöster Form im Körper vorhandene Quecksilber der Verf. hat intrazellulär in den Nieren nachweisen können. Es ist hier in den Zellen der gewundenen Kanälchen erster und zweiter Ordnung sowie in der breiten Abteilung der HENLE'schen Schleife zu finden. Das Quecksilber in den Nieren wird höchstwahrscheinlich durch sekretorische Zellentätigkeit ausgeschieden.

Ob eine Sekretion von Quecksilber in den Speicheldrüsen vorkommt oder ob das Quecksilber auch in der Mundhöhle wie im Darm von Leukozyten herausbefördert wird, oder ob beide Eliminationsweisen stattfinden, ist fraglich.

Die Angabe JUSTUS', daß man mit Schwefelwasserstoff das Quecksilber im tierischen Gewebe nicht nachweisen kann, ist unrichtig, und die von JUSTUS gebrauchte histochemische Methode ist für wissenschaftliche Zwecke in keiner Hinsicht entsprechend. Die von LOUIS ECKMANN angegebenen Methoden sind keine durchaus sicheren.

C. BLAUER (Tübingen): Über zentrale Kieferfibrome.

Diese Tumoren sind selten; sie werden im 2. bis 4. Jahrzehnt manifest, dürften aber bereits früher vorhanden sein. Entzündliche Prozesse der Zähne scheinen in keinem ursächlichen Zusammenhang mit ihnen zu stehen, eher sind versprengte Zahnkeime ätiologisch anzusprechen. Bei einem Kranken ist es an zwei Backenzähnen zu einer dritten Dentition gekommen und bald darauf der Tumor bemerkt worden. Der Sitz der Neubildung war unter 11 Fällen 10mal der Unterkiefer, speziell die mittleren Partien des horizontalen Astes. Zumeist bestand Verdickung der Knochen-schale des Alveolarfortsatzes. In Fällen mit Karies der benachbarten Zähne fehlte diese. Das Gewebe der Geschwulst ist derb elastisch. Die subjektiven Symptome sind geringfügig, sie treten erst auf, wenn der Tumor durch seine Größe räumlich hinderlich wird, oder wenn er durch Druck auf die Zahnnerven oder auf den Nervus mentalis Schmerzen hervorruft. Die langsame Ausdehnung der Geschwulst bringt oft die Nerven allmählich zum Schwund. Am Unterkiefer treten die Fibrome als flachkugelige Vorwölbung der die Knochenauftreibung bedeckenden Weichteile hervor. Am Oberkiefer besteht diffuse Volumszunahme. Pergamentknittern war nur selten wahrzunehmen. Die Zähne können allmählich gelockert und verdrängt werden, so daß die Geschwulst, bedeckt von Schleimhaut, zutage liegt. Die Größenzunahme erfolgt nicht gleichmäßig, sondern schubweise. Die Diagnose ist schwierig, die Prognose günstig. Die Therapie ist operativ. G.

A. WEBER (Alsfeld): Zur Technik der Infusion.

Verf. empfiehlt („Ther. Monatsh.“, 1904, Nr. 1) ein Verfahren, welches ermöglicht, von einer Stelle aus mit leichter Mühe 1 Liter und, wenn man bei späteren Injektionen dieselbe Stichöffnung wählt, sogar 2 Liter Flüssigkeit unter die Haut zu bringen.

Die kleine Operation, die man ohne Assistenz ausführen kann, verläuft folgendermaßen: Eine recht starke, scharfe Kanüle wird an den Schlauch eines Irrigators gesteckt und, um ein Durchsickern der Flüssigkeit zwischen Schlauch und Instrument zu verhüten, mit einer Schnur befestigt. Nachdem die Kanülenspitze durch eine Watteumwicklung geschützt ist, wird der Irrigator, in dem sich der armierte Schlauch befindet, 5 Minuten lang ausgekocht. Zu gleicher Zeit werden in einem anderen Gefäße mehrere Liter Wasser zum Sieden gebracht. In die mit 1 Liter sterilisierten Wassers gefüllte Spülkanne schüttet man 6·0 Natr. chlorat. und rührt mit der Nadel die Flüssigkeit tüchtig um. Nun wird der Irrigator, während die Kanüle sich in der Kochsalzlösung befindet, in einen Eimer kalten Wassers gestellt, das natürlich den Rand der Kanne nicht erreichen darf. Nach einiger Zeit Erneuerung der Kühlflüssigkeit, bis die Lösung ungefähr Körpertemperatur besitzt. Nachdem der Arzt seine Hände und die eine Bauchseite des Pat. mit Seifenwasser, Alkohol und Lysollösung desinfiziert hat, läßt er ungefähr 2 Eßlöffel der Lösung über die Beugeseite seines Vorderarmes laufen. Dadurch wird nicht nur die Luft aus dem Schlauche entfernt, er überzeugt sich auch davon, daß die Flüssigkeit nicht zu heiß ist. Nun wird mit sämtlichen Fingern der linken Hand die Bauchhaut gefaßt und eine hohe Falte abgehoben. An ihrer Basis stößt man die Kanüle rasch ein und schiebt sie im Unterhautzellgewebe so weit vor, als es nur möglich ist. Sind 250 cm³ abgelaufen — was ungefähr 2 Minuten erfordert —, so zieht man die Nadel unter Kontrolle des linken Zeigefingers langsam wieder zurück und drehe sie, sobald die Spitze in der Nähe des Einstiches angelangt ist, wie einen Uhrzeiger um ungefähr 90°. Jetzt wird die Nadel nach Bildung einer Hautfalte wieder vorgestoßen und in diese Region infundiert. Dieselbe Prozedur wiederholt sich noch zweimal, bis 1 Liter eingeflossen ist. Die Einstichöffnung befindet sich gewöhnlich in der mittleren Achsellinie. Nach Entfernung der Kanüle legt W. auf die Öffnung eine mit reinem Messer aus einem Pfropfen geschnittene Korkplatte und komprimiert damit einige Minuten. Die weitere Kompression wird durch ein „Malteserkreuz“ besorgt. G.

MARANDON DE MONTYEL (Paris): Die Hyperhidrosis bei der Paralysis progressiva.

Bisher haben wohl einzelne Autoren auf das Vorkommen von Hyperhidrosis bei Paralysis progressiva hingewiesen, doch bestehen keine genaueren Angaben über dieses Phänomen („La Presse médicale“, 1903, Nr. 9). Verf. hat 54 Paralytiker vom Beginn ihrer Erkrankung bis zum Tode beobachtet und kam bezüglich obigen Symptoms zu folgenden Schlüssen:

Die Hyperhidrosis kommt, wenn auch nicht allzuhäufig, so doch immerhin nicht selten bei Paralytikern zur Beobachtung. Von 54 Patienten wiesen 6, also 11·1%, dieses Symptom auf. Bei 4 Patienten trat die übermäßige Schweißsekretion im ersten, bei 3 im zweiten, bei einem im dritten Stadium auf. Sie ist also in der zweiten Periode am häufigsten, in der dritten am seltensten. Jüngere Individuen neigen eher zur Hyperhidrosis als ältere. Jenseits des 50. Lebensjahres kam sie nicht zur Beobachtung. Gegenüber den Beobachtungen von CHRISTIAN und RILLE fand Verf., daß die übermäßige Schweißsekretion bei rubigen Paralytikern ebenso häufig ist wie bei exzitierten. Im Winter wurde sie zweimal so oft als im Sommer beobachtet. Es scheint ein gewisser Zusammenhang mit leichten motorischen Störungen zu bestehen. Die Dauer betrug 2—5 Monate. Die Sekretion war von Beginn an eine sehr hochgradige und hörte dann plötzlich auf. Sie tritt im Verlaufe der Krankheit in der Regel nur einmal auf; nur bei einem Kranken wurde sie sowohl im Initialstadium als auch nach einem Intervall normaler Sekretion im zweiten Stadium beobachtet. Verf. gibt selbst zu, daß erst weitere Beobachtungen ein definitives Urteil über die Stellung der Hyperhidrosis im Symptomenkomplex der Paralyse ermöglichen werden.

J. St.

P.S. WERET (St. Petersburg): Vergleichende Beobachtungen über die Wärmeproduktion bei gesunden Menschen in Süßwasser- und Solbädern.

Verf. hat mit Hilfe des von PRSKOW konstruierten, mit einem Kalorimeter versehenen Wannenbades durch eine Reihe von mit 4%igen bzw. 6%igen Solbädern und Süßwasserbädern vorgenommenen Untersuchungen festgestellt (Petersburger Dissert., „Wratsch. Gaz.“, 1904, 7), daß wärmeentziehende Solbäder dem Körper nicht mehr Wärme entziehen als Süßwasserbäder, und daß die wärmezuführenden Solbäder den Körper weniger erhitzen als Süßwasserbäder. Der Unterschied ist hier infolge des größeren Wärmeleitvermögens der Solösungen sehr gering.

L—y.

R. HEIDÉ (Paris): Soll man im Stadium der akuten Eiterung extrahieren?

Verf. stellt folgendes Schema auf („L'Odontol.“, 1904):

Periodontitis im Anfangsstadium — sofortige Extraktion. Periodontitis von mäßiger Intensität mit Bildung eines Abszesses — sofortige Extraktion mit gewisser durch den Einzelfall gegebener Einschränkung. Periodontitis mit unbedenklicher Schwellung der Weichteile und Kieferperre — Extraktion, um die Entzündung einzudämmen. Periodontitis mit infektiösen Allgemeinerscheinungen frischen Datums — chirurgische Intervention, Extraktion erst später, eventuell Konservierung des Zahnes. Periodontitis mit Drüsenbeteiligung, Phlegmonen und Allgemeininfektion — chirurgische Intervention.

G.

WALTER KREBS (Berlin): Der Einfluß lokaler Kälteanwendung auf die Herztätigkeit.

Die Anwendung lokaler Herzkühlapparate wirkt in einer Reihe von Fällen bei Kranken, welche an Herzinsuffizienz, sei es nervöser, sei es organischer Natur, leiden, auf die Herztätigkeit günstig ein, erkennbar an der Besserung des Pulsbildes, Verlangsamung der Pulsfrequenz und Steigerung des Blutdrucks („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 17).

Den größten Anteil an diesem günstigen Einfluß besitzt die mit der Anlegung der Kühlapparate notwendig verbundene strenge Ruhe der Kranken. Bei einer anderen Reihe von Kranken ist außer einer subjektiven Wirkung objektiv kein Erfolg wahrzunehmen.

Die Herzkühlapparate können deswegen in ihrer Wirksamkeit der Digitalis nicht gleichgestellt werden.

Br.

THEO GROEDEL und FRANZ KISCH (Nauheim): Über den Wert der Blutdruckmessung mittelst des Sphygmomanometers von RIVA-ROCCI und seiner Kombination mit Kontrollapparaten.

Auf Grund ihrer Untersuchungen stellen Verff. folgende Sätze auf („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 16):

Mit dem tastenden Finger erhält man fast die gleichen Resultate wie mit den zur Feststellung des Verschwindens und Wiedererscheinens des Pulses angewandten Kontrollapparaten. Für längere Zeit hinlurch fortgesetzte Blutdruckmessungen können Verff. keiner der angewandten Methoden einen besonderen Vorzug zusprechen. Mit der Zeit schwächt sich das Tastgefühl im Finger ab und auch das Auge ermüdet, wenn es lange Zeit die oft nur noch mit der Lupe zu sehenden kleinsten rhythmischen Bewegungen des Zeigers verfolgt.

Man ist bei einigermaßen günstig gelagerter Arterie imstande, die rudimentären Pulse, welche die registrierenden Apparate zeigen, auch zu fühlen. G. und K. nehmen als wahren maximalen Arterien-Druck das arithmetische Mittel aus den beim Verschwinden und Wiedererscheinen des Pulses gefundenen Werten an. Je kleiner die Differenz dieser beiden Grenzwerte ist, desto sicherer konstatiert man den wirklichen Druck.

B.

BLANCHE DE LA ROCHE (Warschau): Xeroform bei Ulcus molle.

Verf. beschreibt 29 Fälle von Ulcus molle („Memoiren des Warschauer Quiazdow-Militärhospitals, 1903), welche er mit Xeroform behandelte, wobei aus den Krankengeschichten zu ersehen ist, daß der Prozeß verschiedentlich verlaufen ist: Bei den ersten 10 Fällen in 10—12 Tagen, bei den nächstfolgenden 10 in 18—22 Tagen, bei den letzten 9 kranken Frauen in 16—18 Tagen, trotz/om sämtliche Fälle von Ulcus molle in gleicher Weise mit ein und derselben medikamentösen Substanz, nämlich mit Xeroform, behandelt worden sind. Die Differenz in der Dauer des Heilungsverlaufs des Ulcus molle läßt sich folgendermaßen erklären: Bei kräftig gebauten Individuen mit gutem Ernährungszustand verlaufen lokale Erkrankungen, wie Ulcus molle, Urethritis etc., bei entsprechender Behandlung und bei entsprechendem hygienischen Milieu stets rasch, wenn nicht irgendwelche unvorhergesehene Komplikationen hinzutreten. Bei Individuen mit schwachem Körperbau und schlechtem Ernährungszustand verlaufen die erwähnten Erkrankungen meistens sehr langsam. Infolgedessen muß man allen anämischen, skrofulösen etc. Individuen, welche Ulcus molle, Urethritis und ähnliche Erkrankungen akquiriert haben, behufs Beschleunigung des Heilungsprozesses außer der entsprechenden lokalen Behandlung gleichzeitig noch eine allgemeine Behandlung zuteil werden lassen, d. h. innerlich Eisenpräparate, Arsen, Lebertran und ähnliche tonisierende Mittel verabreichen. Was Frauen betrifft, so verlaufen bei diesen, selbst wenn es sich um kräftig gebaute und gut genährte Individuen handelt, Erkrankungen der Geschlechtsorgane langsamer als gleiche Erkrankungen bei Männern; dies ist durch den anatomischen Bau der weiblichen Genitalien, durch die permanente normale Schleimsekretion aus denselben, sowie durch die Nachbarschaft der Harnröhre und des Afters bedingt. — Wenn man zu jeder lokalen Erkrankung gleichzeitig mit der entsprechenden lokalen Behandlung auch eine allgemeine, den Organismus kräftigende Behandlung hinzufügt, so ist der Erfolg durchaus gesichert.

Verf. hat sich durch die von ihm erzielten, im hohen Grade günstigen Resultate bei der Verordnung von Xeroform zu der Behandlung des Ulcus molle veranlaßt gesehen, von der Anwendung des Jodoforms fast vollständig (mit nur einigen Ausnahmen) Abstand zu nehmen, und zwar dank den vorzüglichen antiseptischen, hauptsächlich aber dank den adstringierenden und austrocknenden Eigenschaften des Xeroforms, das zudem jedes spezifischen Geruchs bar ist.

St.

A. P. POKROWSKI: Beitrag zur Frage der Temperaturmessungen bei Neugeborenen.

Am ersten Tage nach der Geburt ist die Temperatur bei ausgetragenen und erst recht bei nicht ausgetragenen Kindern abnorm, wobei die Schwankungen die Norm bis 1.3°C übertreffen. Normale Kinder zeigen schon am 2. Tage normale Temperatur, während nicht ausgetragene Kinder selbst am 3. Tage noch eine abnorme Temperatur aufweisen. Die mittlere Hauttemperatur der Neugeborenen schwankt zwischen 34.6 und 38.8°C und ist gewöhnlich um 2° niedriger als die Temperatur in recto bei demselben Kinde (Petersburger Diss., „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 7). B.

STADLER (Leipzig): Zur diagnostischen Bedeutung der Leukozytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Prozessen.

Verf. hat es unternommen, die Angaben CURSCHMANN'S über die wichtige diagnostische Bedeutung der Leukozytenwerte für Blinddarmaffektionen am Krankenmaterial der Leipziger Klinik nachzuprüfen und hat zu diesem Zwecke in 70 einschlägigen Fällen genaue fortlaufende Leukozytenzählungen vorgenommen. Die Resultate seiner Untersuchungen faßt Verf. in folgenden Schlußsätzen zusammen („Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 11, H. 3):

Das Verhalten der weißen Blutkörperchen läßt in der Mehrzahl aller akuten Fälle von Appendizitis die mit einfacher sogenannter fibrinöser Exsudation einhergehenden Formen von dem zur Abszedierung kommenden Formen unterscheiden.

„Die nicht abszedierenden Fälle zeichnen sich dadurch aus, daß sie entweder ganz ohne Vermehrung der weißen Blutzellen verlaufen — hierher gehören fast nur die leichteren — oder daß sie eine verhältnismäßig geringe Steigerung im Anfange der Erkrankung bieten, die im weiteren Verlaufe dauernd oder mit nur vereinzelten Erhebungen in wenigen Tagen zur Norm zurückkehrt.“

„Höhere Leukozytenwerte kommen ohne spätere Abszeßbildung nur im Anfange der Erkrankung und dann vorübergehend vor.“ Die Zahl der weißen Zellen übersteigt jedoch keinesfalls 23.000. Die Höhe der Zahl geht im allgemeinen der Ausbreitung des Entzündungsprozesses parallel.

Erhebt sich schon in den ersten Tagen oder im Laufe der Beobachtung die Leukozytenzahl dauernd zu hohen Werten, so ist — bei Ausschluß anderer Leukozytose erregender Prozesse — mit Sicherheit Abszeßbildung anzunehmen. Ebenso entspricht ein nur einmaliges Überschreiten der Zahl 25.000, namentlich nach längerem Krankheitsbestande, für das Bestehen einer Eiterung und macht damit die chirurgische Behandlung des Falles erforderlich.

Nach den Erfahrungen des Verf. kommt also dem Verhalten der weißen Blutzellen mehr Bedeutung als allen sonstigen klinischen Zeichen, wie Form und Konsistenz des Exsudats, Verhalten der Körperwärme, Ergebnis der Probepunktion, zu. Immerhin bleibt die Leukozytose jedoch nur ein diagnostisches Hilfsmittel, das ohne Zuhilfenahme der übrigen klinischen Symptome für die Indikationsstellung allein nicht verwendet werden kann.

Für die Diagnose der allgemeinen Peritonitis ist die absolute Höhe der Leukozytenzahl an sich nicht verwertbar, sondern nur ihre Neigung zum Steigen oder Fallen. Da die Leukozytose bei den foudroyanten, letal endigenden Fällen nicht bedeutend ist, hingegen bei anfangs günstig verlaufenden Fällen von Appendizitis im Momente des Eintrittes der allgemeinen Peritonitis die Leukozytenzahl ungewöhnlich stark steigt, glaubt Verf., daß die Leukozytose danach nur als Maßstab für die Widerstandskraft des Körpers gegenüber den Bakterien und ihren Toxinen betrachtet werden kann.

ERDHEIM.

L. PHILIPPSON (Palermo): Über die Pathogenese des Lupus und ihre Bedeutung für die Behandlung desselben.

PH. hat neue Wahrheiten entdeckt. Aus der Art und Weise, wie man sich der neuen Methoden, der Finasen- und Röntgen-

strahlen, bedient, entnimmt er, daß viele Experimentatoren der neuen Methoden sich gar nicht der Schwierigkeiten, denen sie hier begegnen, in richtigem Maße bewußt sind, daß sie das Wesen der Krankheit einseitig vom dermatologischen Standpunkt auffassen, so daß sie gar nicht zur klaren Einsicht darüber gelangen können, wieviel von den Erfolgen oder Mißerfolgen auf Rechnung der Methode oder auf Rechnung der Krankheit zu setzen sei. Schließlich wird auch („Arch. f. Derm. u. Syph.“, LVII, 1) der Dermatologie zur Last gelegt, daß ganz unklare Ideen über das, was Lupus eigentlich ist, auch heute noch herrschen, ja selbst die vom Autor in dieser Beziehung als beste bezeichnete Arbeit von JADASSOHN kann von dieser Unklarheit nicht freigesprochen werden. Und warum der Lärm? Weil Herr PH. die neue Entdeckung gemacht hat, daß man die Lupuskranken in zwei Gruppen teilen müsse, einmal in gesunde Individuen, die vor ihrer Hauterkrankung nie an einer tuberkulösen Affektion gelitten, und dann aber in andere (hauptsächlich Kinder), die gleichzeitig mit einer solchen behaftet oder zumindest skrofulös sind, d. h. man hat es im ersten Falle wirklich nur mit Hautkranken, im zweiten aber mit Tuberkulösen zu tun, bei welchen die Hauterkrankung nur ein neues Symptom ist, er spricht im ersten Falle von einem primären, sonst von einem sekundären Lupus. Der erste spielt für die Therapie als rein lokale Erkrankung keine wichtige Rolle, zumindest braucht hier nichts weiter gesagt zu werden. Der vom Autor als sekundär bezeichnete Lupus aber, der nach seiner Behauptung bisher von den Dermatologen so schönede verkannt wurde, kann von Knochen, Sehnscheiden, Lymphdrüsen oder der Nasenschleimhaut ausgehen oder auch von entlegeneren Organen her metastatisch auftreten (letztere Fälle sind allerdings nicht häufig); dieser sekundäre Lupus sei seit jeher das alleinige Schmerzenskind der Therapie gewesen, den lokalen Lupus habe man schon immer radikal geheilt. Den sekundären würden aber auch die neuen Methoden nicht heilen, ins solange dieser Therapie die tiefer gelegenen Ursachen unzugänglich bleiben. Infolgedessen könnten auch die Resultate der Lupusbehandlung nicht günstiger geworden sein, als sie früher waren, und wenn in dieser Beziehung ein scheinbarer Widerspruch bestehe, weil jetzt soviel von Radikalheilungen gesprochen werde, so sei dies darauf zurückzuführen, daß oben die Dermatologen wieder einmal nicht die nötige Distinktion machen können zwischen jenen Krankheitsherden, welche der Dermatotherapie zugänglich sind und denjenigen, die es nicht sind. Diese Distinktion scheint das ausschließliche Vorrecht des Autors zu sein. Da den dermatologischen Lehrbüchern hier soviel Vorwürfe gemacht werden, so würden wir dem Autor die Lektüre „Der Lupus und seine operative Behandlung“ von LANG empfehlen; sie ist nämlich in seinem Artikel nicht erwähnt; er hätte sich dann einen guten Teil seiner ganz neuen Anschauungen erspart. Was den Autor zu seinen Ausfällen angeregt hat, war, so scheint es, der Umstand, daß, wie wir glauben, von FINSEN eine Berechnung aufgestellt wurde, nach welcher Dänemark in Jahr und Tag von Lupus frei sein werde — das nun dürfte wohl aber ein frommer Wunsch bleiben.

DEUTSCH.

LACHOWSKY (St. Petersburg): Über Veränderungen der Prostata bei Kindern.

Verf. hat seine Untersuchungen an 150 Leichen ausgeführt und festgestellt (Dissertation St. Petersburg, „Wratschebn. Gaz.“, 1903, Nr. 34), daß das Wachstum der Prostata und die Entwicklung derselben im Sinne einer Differenzierung der Gewebe einander nicht parallel gehen. Im Kindesalter wächst die Prostata langsam; in den ersten Jahren übertrifft die Entwicklung der Drüsenelemente die Zunahme des Wachstums der Drüse selbst. Um das 12. Jahr gleicht die Drüse nach dem Baue ihrer Drüsenelemente der Prostata eines Erwachsenen; eine starke Zunahme des Umfangs und des Gewichts der Drüse tritt im Stadium der Pubertät ein, zu welcher Zeit auch das Muskelgewebe, das elastische Gewebe, sowie das Gefäßsystem vollständig ausgesprochen entwickelt erscheinen. Bei Fötus in den letzten Monaten des intrauterinen Lebens, sowie bei Kindern bis zum Alter von 2 Jahren hat die Prostata den

Charakter einer schlauchförmigen Drüse und wird dann allmählich azinös. Konkremente werden in der infantilen Prostata selten angetroffen und dann nur in Form von homogenen Massen.

L—y.

S. I. IWANOFF: Was hat die äußere Therapie im Amyloform gewonnen?

Die Beobachtungen des Verf.s („Wojenno Medicinski Shurnal“, 1903, Juni) umfassen 41 Fälle, und zwar: 11 Fälle von Abszessen und Furunkeln, 10 Fälle von verschiedenen Wunden, Riß- und Schnittwunden, die bisweilen stark verunreinigt waren und eiterten, 8 Fälle von Ulcus cruris, 4 Fälle von Panaritium, 3 Fälle von Verbrennung, 3 Fälle von Phlegmone und je 1 Fall von Dekubitus und Mastitis. Verf. hat das Amyloform entweder in Form eines Streupulvers oder in Form einer 10—12%igen Salbe angewendet. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 7—8 Tage.

Auf Grund seiner an diesem Material gemachten Erfahrungen gelangt Verf. in Bezug auf die Frage, was die äußere Therapie im Amyloform gewonnen hat, zu folgenden Schlüssen:

1. Das Amyloform stellt ein durchaus brauchbares Verbandmittel dar, welches ausreichend widerstandsfähig ist, um gut sterilisiert werden zu können, welches antiseptisch wirkt, Wunden zur Heilung bringt und in dieser Richtung bisweilen das Jodoform zu ersetzen vermag.

2. Die austrocknende Wirkung des Amyloforms ist größer, als diejenige des Jodoforms.

3. Die Vorzüge, welche das Amyloform dem Jodoform gegenüber aufweist, bestehen noch darin, daß es geruchlos ist, in der Umgebung der Wunde auch nicht die geringste Reizung hervorruft und vollständig ungiftig ist; manche Autoren haben Amyloform in die Wundhöhle eßlöffelweise eingeführt, ohne daß dabei irgendwelche Vergiftungserscheinungen bzw. Reizungserscheinungen eingetreten sind.

4. Der einzige Übelstand des Amyloforms ist sein verhältnismäßig hoher Preis; es kostet mehr als 1½mal so viel wie Jodoform.

5. Es ist sehr erwünscht, daß Versuche mit Amyloform in möglichst weitem Maßstabe fortgeführt werden.

L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die Anwendung der Lumbalpunktion bei Urämie erörtert SEIFFERT („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 10). Seine Erfahrungen reichen etwa 6—7 Jahre zurück. Er konnte beobachten, daß sämtliche Fälle von Urämie, die er damals mit Lumbalpunktion behandelte, in Heilung ausgingen, und hat diese Beobachtung später ausnahmslos bestätigt gefunden. Die Technik war folgende: In Seitenlage wurde stets — selbstverständlich unter allen Kautelen der Aseptik und Antiseptik — zwischen den zwölften Brustwirbel und ersten Lendenwirbel punktiert. Als Punktionsnadel diente eine zirka 10 cm lange Hohlzahn, die auf eine Spritze von 10 g Inhalt paßte; sofort nach dem Einstich, sobald einige Tropfen der glyzerinartigen Flüssigkeit austraten, wurde die Spritze angesetzt und durch völliges Aufziehen derselben möglichst stark angesaugt. Die Menge der entleerten Flüssigkeit betrug zwischen 5 und 30 g; eine Beziehung zwischen dieser Menge, zu der Schwere der vorhandenen Erscheinungen und der Schnelligkeit der therapeutischen Wirkung war nicht zu konstatieren. Die Versuche des Verf. bezogen sich nur auf Urämie bei Scharlachnephritis.

— Das Antipyrin gibt mit Tannin einen Niederschlag, darf also nicht mit einer tanninhaltigen flüssigen Arznei dispensiert werden. Als solche kommen in Betracht: die China-, Ratanhia-, Katechupräparate, ferner die zusammengesetzten Weine. Antipyrin verträgt sich außerdem nicht mit den Opiumpräparaten.

— Zur Behandlung von Gallen- und Nierensteinkoliken verwendet SACHS einen Heißluftapparat („Ther. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 7). Derselbe unterscheidet sich prinzipiell von den bisherigen partiellen Heißluftapparaten, indem jene Region, welche anästhesiert werden soll, durch eine eigene Vorrichtung direkten Hitzstrom zu-

geführt erhält; da letzterer jedoch bald unerträglich würde, wenn er nicht genügend abgeschwächt wäre, läßt Verf. denselben durch zwei aufeinanderstehende Doppeltrichter, welche in etwas schräger Stellung an der Asbestdecke befestigt sind, vorbeiströmen, wodurch die Hitze sich anfangs teilt, dann wieder vereinigt, um als Spitze des ausströmenden Hitzekegels die betreffende Region, Gallenblase, Nieren oder Ureterengegend usw. präzise zu treffen. Ex- und Intensität des Heißluftstromes werden je nach Bedarf reguliert. Häufig tritt die beruhigende Wirkung schon nach zehn Minuten ein und steigt mit der Dauer der Applikation. Der Apparat ist rechts und links verwendbar. Die kleine Öffnung, welche für ein tief einzuführendes Thermometer bestimmt ist, kann auch verstopft werden, da die Hitzemessung bei zeitweiliger Kontrolle mit der Hand ohne weiteres unterbleiben kann, indem sie nur relativen Wert besitzt.

— Zur Behandlung der Kinderdiarrhöen empfiehlt FENTON das Tannigen („The med. Times and Hosp. Gazette“, 1904, 28. Februar). Er unterscheidet zwei Stadien, den akuten und chronischen Verlauf der Krankheit. Wertvolle Dienste hat ihm das Tannigen besonders im letzteren Stadium geleistet, wo er häufig eine Kombination mit Kalomel oder salizylsaurem Bismut anwandte. Auf strenge Diät legt er großen Wert und sieht von der Ernährung mit Milch während der Zeit der Diarrhöe gänzlich ab.

— Seine Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten publiziert BRIEGER („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 15). Er hebt die expektorierende Wirkung hydriatischer Prozeduren bei der katarrhalischen Pneumonie hervor, empfiehlt für die Behandlung des Anfalles bei Bronchialasthma besonders die Frottierung mit sehr heißen Tüchern und die nachfolgende Applikation feuchtheißer Umschläge auf Brust und Rücken, während die dauernde Beseitigung der Anfälle, welche nicht selten gelingt, eine systematische Wasserkur voraussetzt, über deren Einzelheiten das Original Aufschluß gibt. Im Anfangsstadium der Tuberkulose verwendet Verf. zu Abhärtungszwecken mit gutem Erfolg die HOGELAUERSCHEN Wellenbäder. Bei Diarrhöen Schwindsüchtiger sah Verf. ebenfalls gute Wirkungen von der Hydrotherapie. B. fordert, daß der Arzt, der die nach seiner Anschauung in der Behandlung der Tuberkulose so sehr wichtige Hydrotherapie gebraucht, die praktische Ausführung auch persönlich überwache.

— In seiner Publikation über die Behandlung der Gonorrhöe mit Albargin nennt V. MEYER („Gazz. int. d. Med. prat.“, 1904) das Albargin als das beste Mittel zur Bekämpfung der gonorrhöischen Infektion, über welches der Arzneischatz verfügt. In akuten Fällen erzielt man damit meist völlige Heilung. Bei chronischen Fällen zählt man 60% Heilungen und 15% mehr oder weniger weitgehende Besserungen. Die Dosierung des Präparates kann als bekannt vorausgesetzt werden.

— Die neueren Operationsbestrebungen am Uterus diskutiert SIPPEL („Münch. med. Wschr.“, 1903, Nr. 32). Die wesentlich verringerte Gefahr der abdominalen Exstirpation läßt diese Methode derzeit schon häufiger angezeigt erscheinen. Sie gestattet eine bessere Übersicht, die leichtere Vermeidung von Impfrezidiven und die radikalere Entfernung von Lymphdrüsen. Vor allen Dingen aber können wir in exakter Weise das ganze parametranne Bindegewebe mit abtragen. Demnach ist es heute als berechtigt anzuerkennen, wenn man bei denjenigen Karzinomen des Uterus, bei welchen erfahrungsgemäß ein frühzeitiges Fortschreiten auf Bindegewebe und Lymphgefäße stattfindet, nämlich beim Zervixkarzinom und dem nicht mehr ganz im Beginn befindlichen Portiokarzinom, besonders wenn dieselben jugendliche Personen oder Schwangere betreffen, die ventrale Operation als die Regel aufstellt, dagegen beim Korpuskarzinom, wenn es nicht zu weit vorgeschritten ist, und bei beginnendem Portiokarzinom im allgemeinen die vaginale Operation beibehält.

— In Bezug auf die Mesotantherapie bei rheumatischen Affektionen erweist es sich nach TAUSIG als günstig („Allg. Wiener med. Ztg.“, 1904, Nr. 6) bei Individuen mit zarter Haut (besonders bei Frauen und Kindern) oder Patienten, die zur Ekzembildung neigen, zuerst eine geringere Konzentration der Mesotanmischung

(etwa 25 g Mesotan auf 75 g Olivenöl) zu verwenden und erst bei konstaterter Verträglichkeit, und wenn die gewünschte Wirkung mit dieser schwächeren Mischung nicht rasch genug eintritt, zu der 5%igen Mischung zu greifen. Das Präparat ist leicht zersetzlich, soll daher nicht in größerer Menge verschrieben und längere Zeit aufbewahrt werden, auch soll das Aufbewahrungsgefäß immer gut verschlossen sein. Das zur Mischung verwendete Olivenöl soll nicht ranzig oder wasserhaltig sein. Man verschreibt für gewöhnlich:

Rp. Mesotan
Ol. olivar. aa. 15·0—20·0

welche Menge für 3—4 Tage ausreicht.

— Eine Mitteilung LAUDENHEIMERS („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 1) bestätigt einerseits die Annahme einer relativen Ungiftigkeit des Veronals selbst in großen und wiederholten Dosen, und zeigt andererseits, daß auch recht unerwünschte Nebenwirkungen eintreten können, freilich bei Quanten, die die medizinische Dosis weit übersteigen. Veronal kann ähnlich anderen Narkotica Euphorie erzeugen. Darin liegt die Möglichkeit und Gefahr, daß es zur „Sucht“ (Veronalismus) Anlaß gibt. Es erwächst daraus dem Arzt die Mahnung, das Mittel dem Patienten nie zur freien Verfügung oder in größerem Quantum in die Hand zu geben. Ob die Gefahr des Veronalismus eine allgemeine ist, oder nur bei besonders Prädisponierten — in einem Falle des Verf. handelte es sich um ein durch Morphium-Mißbrauch und wohl auch originär degeneriertes Individuum — Platz greift, muß vorläufig unentschieden bleiben.

Literarische Anzeigen.

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Von Dr. Otto Körner, o. ö. Professor der Medizin, Direktor der Klinik und Poliklinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten in Rostock. Mit einem Vorwort von Ernst v. Bergmann. Dritte, vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 5 Tafeln und 1 Abbildung im Texte. (Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. In Einzeldarstellungen herausgegeben von Dr. OTTO KÖRNER, III.) Wiesbaden 1902, J. F. Bergmann.

„Klassisch“ ist so das richtige Epitheton, das man der Monographie K.s beilegen muß. Wir haben bereits zweimal Gelegenheit gehabt, das vorliegende Werk in diesen Blättern anzuzeigen, und die Vorzüge, welche wir den früheren Auflagen nachgerühmt, sie finden sich auch bei der dritten ungeschmälert wieder. Daß diese an Inhalt nur noch zugenommen hat, ist begreiflich, da in unsrer Zeit ja auch die Wissenschaft ein rascheres Tempo einzuhalten pflegt und man von dem Verf. weiß, daß er nicht gewohnt ist, hinter der Zeit zurückzubleiben. Dann wird man sich aber auch nicht wundern dürfen, daß das Buch gegen früher seine

geistige Physiognomie zum Teile geändert hat. Denn wir sind noch immer auf der Suche nach der Wahrheit, und Ansichten, die vielleicht gestern unantastbar schienen, müssen morgen gänzlich fallen gelassen werden. Eigentlich jedoch waltet in der neuen Ausgabe der alte Geist: das edle Streben nach stets sich erweiternder Erkenntnis. Das eben drückt dem Ganzen das Siegel des Bleibenden und Überdauernden auf.

Die dritte Auflage ist ADOLF KUSSMAUL zu dessen 80. Geburtstag gewidmet. Leider durfte sich der berühmte Kliniker dieser herrlichen Gabe nicht lange erfreuen. Der Tod hatte ihn nur zu bald — so prächtige Männer sterben immer zu früh — ins Reich der Schatten entführt. — Druck und Ausstattung sind des bekannten Verlages würdig.

EITELBERG.

Schmerzverminderung und Narkose in der Geburtshilfe. Mit spezieller Berücksichtigung der kombinierten Skopolamin-Morphium-Anästhesie. Von Dr. Richard v. Steinbüchel, Dozent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität zu Graz. Leipzig und Wien 1903, Franz Deuticke.

Nach einem Überblick über die historischen Schmerzstillungsmethoden in der Geburtshilfe, sowie über die gegenwärtig gebräuchlichen Anästhesierungsmittel (Chloroform- und Äthernarkose, Medullarnarkose) und die geburtshilfliche Halbnarkose wendet der Autor sich insbesondere dem Studium des Skopolamins zu, welches 1900 zuerst von SCHNEIDERBEIN in Kombination mit Morphium für die chirurgische Narkose empfohlen wurde. In 20 ausführlich mitgeteilten Fällen wurde 0·0003—0·0004 Scopolaminum hydrobromicum und 0·01 Morphium mur., in 1 g sterilen destillierten Wassers gelöst, subkutan injiziert. Nach der ersten Injektion wurde 1½ bis 2 Stunden wenigstens abgewartet und bei ungenügender Wirkung eine weitere Dosis gegeben. In 16 Fällen wurde eine „gute“, in 3 eine „mäßige“, in 1 Falle eine „ungenügende“ Wirkung notiert. Wehentypus und Wehenqualität wiesen in 14 Fällen keine Verlangsamung, bzw. Verschlechterung auf. 7mal wurde Skopolamin mit Morphium bei Krampfwehen mit vorzüglichem Erfolg gegeben. Der Verlauf der Nachgeburtperiode war immer ungestört, eine schädliche Wirkung auf die Kreißende und das Kind überhaupt nicht zu beobachten. Als besondere Indikationen für die Skopolamin-Morphiumnarkose werden die krampfartige Wehenschwäche, die zu starken Wehen, die Krampfwehen, ferner Anomalien der Bauchpresse und Eklampsie aufgestellt.

Das vorliegende Buch wird gewiß zur Sammlung weiterer Beobachtungen anregen und einem lebhaft gefühlten Wunsche aller Ärzte, zur Linderung der Wehenschmerzen beizutragen, entgegenkommen. Davor aber, daß die auf die Skopolamin-Morphiuminjektionen gesetzten Hoffnungen nicht allzu hoch gespannte seien, wird ein genaues Studium der STEINBÜCHELSchen Krankengeschichten bewahren.

FISCHER.

Feuilleton.

Moderne sozialärztliche Bestrebungen.

Von Dr. Ludwig Dresdner, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewes. 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München.

IV.

Ich habe schon in meiner Einleitung auf das Jahr 1903 als auf das hingewiesen, das einen Wendepunkt in der wirtschaftlichen Entwicklung des reichsdeutschen ärztlichen Standes bedeute. Mit mir erblickten zahllose Ärzte diese Bedeutung darin, daß im Jahre 1903 seitens der deutschen Ärzteschaft definitiv darauf verzichtet worden ist, noch länger auf die Beihilfe des Staates behufs Beseitigung der traurigen Folgen der Versicherungsgesetzgebung zu warten, — daß in diesem Jahre des Heils die Selbsthilfe der Ärzte offiziell in das Programm der deutschen Ärzteschaft aufgenommen worden ist.

Es geschah dies am 7. März vorigen Jahres auf einem außerordentlichen deutschen Ärztetage zu Berlin, der vom Ärztevereins-

bunde einberufen worden war, um gegen die im Januar zuvor von der Reichsregierung beim Reichstage eingebrachte Novelle zum Krankenversicherungsgesetze zu protestieren. Diese Novelle zum Krankenversicherungsgesetze, was hat sie nicht alles verschuldert: Und, wie ich hoffe, in gutem Sinne! Ihr hatte die ganze deutsche Ärzteschaft mit den größten Erwartungen und Hoffnungen entgegengesehen, ihretwegen hatte man Petitionen, eine erschöpfende „Denkschrift“ (in Österreich „Memorandum“ geheißen!) an die Reichsregierung, den Reichstag gerichtet. Aber als die Novelle endlich erschien, zog bittere Enttäuschung in die Herzen der reichsdeutschen Ärzte ein: Nicht einem einzigen der berechtigten ärztlichen Wünsche war Rechnung getragen worden!

Dafür hatte die Novelle den deutschen Ärzten etwas anderes, — so, wie die Verhältnisse nun einmal lagen — nicht gerade Angenehmes beschert: Die Erhöhung der gesetzlichen Unterstützungsdauer bei den Krankenkassen von 13 auf 26 Wochen. Sie verstehen die Bedeutung dieses Momentes zu würdigen. Die deutschen Ärzte sind nicht so rückständig, daß sie der Arbeiterbevölkerung die in der Erhöhung der Unterstützungsdauer gelegene Wohltat mißgönnten. Aber: Blieb es trotz der Verdopplung der Unterstützungsdauer bei den bisherigen kärglich-erbärmlichen kassenärztlichen Honoraren,

dann, deutscher Ärztestand, fahre wohl! Die Reichsregierung — es den Ärzten großmütig überlassend, sich mit den Krankenkassen wegen einer der Verdopplung der Unterstützungsdauer entsprechenden Honorarerhöhung auseinanderzusetzen, die Krankenkassen — in ihrer großen Mehrzahl voraussichtlich nicht gewillt, noch so gerechten Ansprüchen der Ärzte zu willfahren. **Aber damit war das Maß übertoll!** Es gestaltete sich somit jener außerordentliche deutsche Ärztestag zu einem spontanen Ausdrucke tiefinnerlicher Empörung. An diesem Tage wurde der Leipziger wirtschaftliche Verband zu einer Abteilung des deutschen Ärztevereinsbundes erhoben, an ihm die Selbsthilfe der deutschen Ärzte feierlich proklamiert.

Leider hatte der Ärztevereinsbund es vergessen, die Art und Weise anzugeben, wie er diese Selbsthilfe sich denke. Und als seine Vorschläge einige Monate später das Licht der Welt erblickten, waren sie nicht gerade imponierend. Wie schon erwähnt, gipfelte in sie dem Rate, die lokalen ärztlichen Organisationen auszubauen. Ich selbst hatte für den außerordentlichen Ärztestag namens der bayrischen Delegierten einen Antrag vorbereitet, dessen Annahme die Reichsorganisation der deutschen Ärzte angebahnt haben würde: Wir wurden veranlaßt, den Antrag zurückzuziehen. Einige Tage später, am 10. März, veröffentlichte ich denn in der „Münchener medizinischen Wochenschrift“ meinen Organisationsplan für den Zusammenschluß der bayerischen Ärzte zu wirtschaftlichen Zwecken, welchen Plan ich als Vorsitzender unseres Münchner ärztlichen Standesvereines bereits im Januar zuvor der Vorstandschaft ausgearbeitet vorgelegt, aber auf weiteres zurückgestellt hatte.

Wir befanden uns nämlich in Bayern „in gewissem Sinne“ in einer bevorzugten Situation. Falls es uns gelang, die sämtlichen bayrischen Ärzte in einem Landesverbande, in einem bayrischen ärztlichen Schutz- und Trutzbündnisse fest zu organisieren, dann konnten wir ruhigen Gewissens die Änderung der Verhältnisse selbst in die Hand nehmen. Denn es wäre in Bayern einfach undenkbar gewesen, außerbayrische Ärzte gegen uns nach Bayern hineinzuziehen. Wir haben hierbei von dem profitiert, was man den „bayrischen Partikularismus“ zu nennen pflegt. — Während meines Erachtens im ganzen übrigen Deutschland lediglich eine deutsche Reichsorganisation der Ärzte am Platze war: Wir konnten uns mangels dieser Reichsorganisation auf eine bayrische Landesorganisation beschränken. — Die Organisation begann allerdings zunächst als eine Münchener lokale Organisation.

Sie werden bei alledem verwundert fragen: „Ja, hatten Sie denn nicht in Bayern bereits eine Organisation des ärztlichen Standes?“ — Allerdings. In jeder Stadt bzw. auf dem Lande in jedem Bezirke existiert je ein sogenannter ärztlicher Bezirksverein. Diese ärztlichen Bezirksvereine sind unsere derzeitige quasi staatliche Organisation, denn ihre Bildung erfolgt auf Grund von Regierungsstatuten. Alle Ärzte des Ortes bzw. Bezirkes dürfen ihnen beitreten, die Ärzte ausgenommen, denen die Aufnahme versagt werden kann. Ein Zwangsbeitritt zu den Bezirksvereinen ist nicht vorgesehen. Doch hat die Tatsache, daß in diesen Bezirksvereinen sich von jeher das ganze kollegiale Leben konzentrierte, ja, ich darf sagen, auch alles wissenschaftliche Leben, — wenn man von München, Nürnberg und Würzburg absieht, wo neben den Bezirksvereinen spezielle wissenschaftliche Vereinigungen vorhanden sind! —, hat weiter der Umstand, daß in diesen Bezirksvereinen allein Schutz und Hilfe gegen nicht-ärztliche Faktoren und Korporationen zu finden gewesen ist, immerhin zu dem praktischen Ergebnisse geführt, daß bis auf ganz verschwindende Ausnahmen so ziemlich alle Ärzte des Ortes oder Bezirkes ohne Unterschied der Stellung ihnen angehörten, — wozu hie und da der Wunsch beigetragen haben mag, nicht als einer angesehen werden zu wollen, gegen den eine die Aufnahme ausschließende Bestimmung vorliege. Die Ärztekammern werden von den Bezirksvereinen gewählt, haben jedoch gegenüber den letzteren eine mehr dekorative Bedeutung, sie vermitteln in gewissem Sinne den Verkehr der Bezirksvereine mit der Regierung, auch treten sie zumeist nur einmal im Jahre zusammen. Die

Ehrengerichtsbarkeit ist an die Bezirksvereine geknüpft, die Ärztekammern sind in dieser Beziehung lediglich eine kaum jemals in Anspruch genommene Berufungsinstanz. Sie wird es interessieren, daß bei jeder Ärztekammer (die von Oberbayern, Niederbayern etc. von den Bezirksvereinen Oberbayerns, Niederbayerns etc. gewählt!) eine Kommission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation besteht: Doch habe ich noch nie davon gehört, daß die Approbation auch nur in einem einzigen Falle einem Arzte aberkannt worden wäre. Unter diesen Umständen wäre die Aberkennung der Approbation geradezu ein Mittel zur Umzüchtung gemeingefährlicher Ärzte in noch viel gemeingefährlichere Kurpfuscher. — Wer das Heil der Ärzte in staatlicher Organisation des Ärztestandes erblickt, wird der Institution der Bezirksvereine immer noch den Vorzug vor dem reinen Ärztekammersysteme geben müssen: Ich stimme in letzterer Beziehung mit Dr. GRUSS überein, der, wenn ich mich nicht irre, einmal eine solche Ansicht ausgesprochen hat. — Andererseits bitte ich Sie zu bedenken, daß im Königreiche Sachsen jeder Arzt „gezwungen“ ist, einem ärztlichen Bezirksvereine beizutreten, daß daselbst, wie in Preußen, den Ärztekammern eine starke Disziplinarbefugnis eingeräumt ist, so das Recht, hohe Geldstrafen verhängen zu dürfen, während unsere bayrische Ehrengerichtsbarkeit eigentlich nur einfache Ehrenstrafen kennt: Und trotzdem in Bayern das treue Zusammenhalten der Ärzte, in Preußen und Sachsen der Einbruch aller möglichen ärztlichen Streikbrecher! **Sollte dies nicht tiefer begründet sein?!** In gewissem Sinne liegt hierin auch ein Beweis dafür, daß eine freie Organisation, die zudem ein wenig an die Herzen der Ärzte appelliert, wirksamer ist als ein mit Hilfe des Staates erzwungener Zusammenschluß. Es wäre wahrlich eine grausame Ironie, wenn die 70—80 Leipziger Streikbrecher den Leipziger ärztlichen Bezirksvereinen beitreten müßten: 70 bis 80 Ärzte, die in den Vereinssitzungen geschlossen auftreten, sind in stände, die ganze Herrschaft an sich zu reißen. — Sie werden übrigens auch davon gelesen haben, daß die obersten Ehrengerichtshöfe in Preußen und Sachsen die Urteile erstinstanzlicher Kammerehrengerichte gegen solche Ärzte, welche bei Kämpfen mit außenstehenden Korporationen ihren Kollegen in den Rücken gefallen waren, unter Freispruch dieser Ärzte aufgehoben haben. Jetzt dürften Sie zu verstehen anfangen, weshalb uns in München die bayrischen ärztlichen Bezirksvereine nicht ohne weiteres zur Durchführung eines wirtschaftlichen Kampfes befähigt und geeignet erscheinen konnten. Sie müßten ungeeignet erscheinen:

1. Gerade wegen ihres gewissermaßen staatlichen Charakters. — Wir wollten nicht in Gefahr sein, bei unserem Vorgehen von der Regierung gemäßregelt, unter Umständen sogar aufgelöst zu werden, wir wollten in völliger Unabhängigkeit zu Werke gehen können. Denn es ist ein eigenes Ding um die Gunst einer Regierung. In Preußen steht sie zur Zeit auf Seiten der Ärzte, in Sachsen auf Seiten der Gegner der Ärzte. Und wer will sagen, wie lange in Preußen sich die Gunst der Regierung auf die Ärzte beschränken werde! Ein Minister ist nicht unsterblich, sein Reich währet nicht ewig. Selbst ein eventuell vorhandenes „Sanitätsministerium“, wie es zur Zeit von Ihnen verlangt wird, bürgt keineswegs für die Erhaltung regierungsseitiger Sympathien. Vielleicht, daß Sie ein solches Ministerium wirklich erhalten, vielleicht daß Sie auch sonst dieses oder jenes vom Staate erhalten: Voraussichtlich aber erst, **nachdem** Sie sich organisiert haben werden! Vergessen Sie nicht, daß Sie zur Zeit für Ihre Regierung kein Machtfaktor sind, wie Ihre wirtschaftlichen Gegner, die in Ihren Parlamenten von starken Parteien vertreten werden!

2. Weil sich die ärztlichen Bezirksvereine, solange sie nicht sogenannte eingeschriebene Vereine im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuches werden können, niemals zu einem großen Ganzen hätten zusammenschließen können.

3. Vor allem: Weil die ärztlichen Bezirksvereine **nicht jeden Arzt aufnehmen können!** So können von der Aufnahme ausgeschlossen werden die Ärzte, die sich im Konkurse befinden, die der bürgerlichen Ehrenrechte verlustig gegangen sind, die sich

des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben, so daß sich ein gedeihliches Zusammenwirken mit ihnen in den Vereinen nicht ermöglichen lässt. — Eine „wirtschaftliche“ Organisation kann leider nicht so penibel und skrupulös sein, hat sie doch sogar das größte Interesse daran, gerade jene zweifelhaften Elemente fest an sich zu ketten: Ehrenwerte Ärzte fallen ihren Kollegen ohnehin nicht in den Rücken! Nur so lange wir jene zweideutigen Elemente „in“ unseren Organisationen haben, sind wir in der Lage, sie zu zügeln und eventuell — zu bessern. Es ist freilich ein erheblicher Unterschied zwischen einer erzwungenen Zugehörigkeit zur Organisation und einer freiwilligen, auf Vernunftgründe aufgebauten, von dem Vertrauen zur Leistungsfähigkeit der Organisation diktierten Zugehörigkeit. — Weiter: Es wird immer eine Anzahl von Kollegen geben, die prinzipiell keiner Organisation beitreten bzw. sich unterordnen, die auch nur entfernt staatlichen Charakter trägt oder nach Zwangsorganisation aussieht. Eine wirtschaftliche Organisation kann aber gar nicht umfassend genug sein: Alle Ärzte in sich aufzunehmen und auch mit dem Herzen zu gewinnen, ist nur die freie Organisation imstande und geeignet. — Eine wirtschaftliche Berufsorganisation, die zu aktiven Leistungen befähigt sein will, kann „auch sonst“ keinerlei Unterschiede machen!!

Aus allen diesen Gründen entschieden wird uns in München dahin, — nicht etwa, unsere staatliche Organisation des Bezirksvereines zu zerstören oder auszuschalten, nein, vielmehr — uns derselben auch weiterhin zu bedienen, **ihr aber eine zweite, freie Organisation an die Seite zu setzen und in der letzteren die Mängel der staatlichen Organisation auszugleichen.** Wäre unserem ärztlichen Bezirksvereine im Verlaufe unseres wirtschaftlichen Kampfes irgend etwas Menschliches passiert, so wäre man ärztlicherseits sofort mit unendlicher Seelenruhe in die freie Nebenorganisation hindübergesprungen, als freie Organisation dagestanden. Auf dieses System des „Zwei Eisen im Feuer haben“ möchte ich Ihre Aufmerksamkeit ganz besonders gerichtet haben. Ich werde mir später erlauben, die Nutzanwendung für Ihr österreichisches reines Ärztekammersystem zu ziehen, aber immer nach dem Grundsatz des „Ausbaus und Vertiefens“, nicht des „Zerstörens“. — Sie haben wohl schon bemerkt, daß man zu diesem bewährten Systeme am besten durch die von mir bereits angedeutete „Detailorganisation der großen Ärztemasse“ gelangt.

Die Organisation der Münchner Ärzte begann damit, daß — genau nach dem Muster der Arbeitergewerkschaften — eine lokale ärztliche Vertrauenskommission ins Leben gerufen wurde: Die „Lohnkommission“ der Arbeitergewerkschaften! Auch ein Mitglied der medizinischen Fakultät gehört der „Lohnkommission“ an. Sodann wendeten wir uns, und zwar Ärztlicher Bezirksverein und lokale Vertrauenskommission Hand in Hand gehend, an die einzelnen Münchner Kollegen mit dem Ersuchen, sich durch Unterschreibung eines **Reverses** zur Unterordnung unter die lokale Vertrauenskommission zu verpflichten, im speziellen sich zu verpflichten:

1. jeden mit irgend einer Krankenkasse abzuschließenden Vertrag der lokalen Vertrauenskommission zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen,

2. keinen Vertrag mit irgend einer Krankenkasse neu abzuschließen, der nicht zuvor von der lokalen Vertrauenskommission genehmigt ist,

3. keine Stelle bei irgend einer Krankenkasse anzunehmen, die ein anderer Arzt auf Grund einer Entscheidung der lokalen Vertrauenskommission abgelehnt hat,

4. für den Fall des Zuwiderhandelns gegen die im Vorstehenden eingegangenen Verpflichtungen sich der Entscheidung des Ehrengerichtes des Ärztlichen Bezirksvereines zu unterwerfen. (Diese letzte Verpflichtung wird zur Zeit durch Einführung einer Konventionalstrafe von je 10.000 Mark zu ersetzen versucht, — was vielleicht überflüssig ist.)

Zu gleicher Zeit wurden auch die **Grund- und Leitsätze** entworfen und angenommen, welche den zukünftigen jeweiligen

Entscheidungen der lokalen Vertrauenskommission zugrunde gelegt werden sollten. Der Vollständigkeit halber führe ich die wichtigsten Leitsätze an:

1. Mündliche Bewerbungen beim Kassenvorstande oder bei Kassenbeamten oder durch Mittelspersonen sind verboten.

2. Kein Arzt darf einen Vertrag annehmen oder abschließen,

a) durch welchen von der lokalen Vertrauenskommission festgesetzte Honorare „unterboten“ sind,

b) durch welchen die Einführung der freien Arztwahl verhindert oder deren Aufhebung gefördert werden kann,

c) durch welchen der **Versicherungspflicht nicht unterliegende Stände sich billigere ärztliche Hilfe sichern wollen (!)**,

d) bei Kassen, welche auch Kurpfuschern und anderen nach der Reichsgewerbeordnung nicht approbierten Personen die Behandlung ihrer Mitglieder oder die Krankenkontrolle übertragen. Usw.

3. Meldungen zu Kassenarztstellen sind schriftlich durch die lokale Vertrauenskommission an den Vorstand der Krankenkasse zu richten. Usw.

4. Honorierung der Einzelleistungen ist zu erstreben. Wo besondere Verhältnisse vorliegen, stellt die lokale Vertrauenskommission eine lokale Minimalgebührenordnung fest. — Bei Pauschalhonorierung pro Kopf und Jahr obliegt der Vertrauenskommission deren Festsetzung. — Zum Begriffe von Familie (bei gleichzeitiger Familienbehandlung) gehören lediglich die Ehefrau oder Haushälterin, die Kinder bis zum 14. Lebensjahre und ältere erwerbsunfähige Familienmitglieder, wenn deren Unterhalt ausschließlich aus dem Verdienste des Kassenmitgliedes bestritten wird. — Folgt, was alles aus einem eventuell vorhandenen Pauschalhonorare nicht bezahlt werden darf, sondern daneben eigens zu honorieren ist. Usw.

Bei der Einholung der Reverse wurden nur sehr wenige Ärzte — wenn ich mich recht erinnere, nur 3 — übergangen, Leute, die wir für unverbesserlich anzusehen Veranlassung hatten. Nicht übergangen, von diesen vereinzelt Ausnahmen abgesehen, wurden die Ärzte, die sich bis dahin tagtäglich durch Inserate in der Tagespresse einem hochverehrlichen Publikum zur Behandlung gewisser geheimnisvoller Körperschäden anempfohlen hatten. Es wurde den ehrenwerten Kollegen freilich die Bedingung gestellt, daß sie von dem Augenblicke an, in welchem die erstrebten Errungenschaften in Kraft treten sollten, die inserierende Tätigkeit einstellen müßten. Nun, — es gelang einigermaßen! Jedenfalls werden Sie seit dem 1. Januar dieses Jahres weit weniger derartigen Inseraten in Münchner Tageszeitungen begegnen als früher. Was alle Disziplinargewalt nicht zuwege bringt, ist unter Umständen dadurch zu erreichen, daß man jenen unglückseligen Menschen — eine neue Existenzmöglichkeit in der Zukunft eröffnet. Es gibt, Gott sei Dank, nur sehr wenig Ärzte, bei denen man nicht in einem ernsten Augenblicke an einen Rest noch vorhandenen Ehrgefühles mit Erfolg zu appellieren imstande wäre: Und ein solch ernster, feierlicher Augenblick ist der Beginn einer großen Organisation zu bedeutendem Zwecke, er ist der gegebene Moment, um — noch einmal — „Generalpardon“ zu erteilen. Selbst wenn die Besserung dieser Kollegen nur eine vorübergehende oder nur durch gelegentliche „Nachhilfe“ aufrecht zu erhaltend sein sollte, — es ist und bleibt ein angenehmes Bewußtsein, sie wenigstens versucht und angestrebt zu haben.

Ob es logisch gewesen ist, jene kleine Zahl sogenannter unverbesserlicher Kollegen zu übergehen, nicht einmal den Versuch gemacht zu haben, bei ihnen zu retten, was vielleicht zu retten gewesen wäre? Sehen Sie einmal zu! Im Städtchen Pasing, von München mit dem Vorortzuge in $\frac{1}{4}$ Stunde erreichbar, herrscht seit vielen Wochen schon ein Ärztestreik. Die sämtlichen Pasinger Kollegen sind in der Organisation, gehören auch dem Münchner ärztlichen Bezirksvereine an und halten treu zusammen. Zum Siege aber können sie nicht gelangen. Denn einer jener traurigen Münchner Ärzte hat sich von der Pasinger Krankenkasse anwerben lassen, fährt täglich mit dem Vorortzug mehrmals nach Pasing

und ordiniert dort nun ebenfalls schon seit Wochen. Ob es nicht für die Pasinger Ärzte besser gewesen wäre, wenn wir auch bei jenen Existenzen noch ein einziges und letztes Mal angepöcht hätten? Ich überlasse Ihnen die Antwort.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

DE LA CAMP (Berlin): Zur Methodik der Herzgrößenbestimmung.

Die bis auf wenige Millimeter genaue Bestimmung der absoluten Herzdämpfung liefert in den meisten Fällen wichtige Aufschlüsse über die wahre Herzgröße. Es gelingt in der Regel, auch den hinter dem Sternum liegenden, nicht von Lunge bedeckten Teil des Herzens, perkussorisch darzustellen. Zur Bestimmung der wahren Herzgröße ist die Orthodiagraphie das beste Verfahren. Einschränkung erfährt es bei stärkerer Vergrößerung des Herzens nach links über die Mammillarlinie. Die Grenzen der relativen Dämpfung lassen sich durch Kombination der tiefen Perkussion mit der Palpation in über $\frac{3}{4}$ der Fälle mit einer Genauigkeit bis zu $\frac{3}{4}$ cm darstellen. Als Kontrollverfahren ist die Tastperkussion an sich wertvoll. — Hingegen sind die Ergebnisse der Methoden, welche die Auskultation irgendwie auf der Oberfläche erzeugter Schallwellen für die Herzgrößenbestimmung verwenden, für letztere nicht verwertbar. Es handelt sich um Schallfortleitung durch den Thorax, an deren Modifikation Haut, Muskeln und Knochen beteiligt sind. Insbesondere stellen die von SMITH für die Grenzbestimmung einzelner Herz- und Gefäßteile in Anspruch genommenen Figuren Herzprojektionen nicht dar, weil sie auch unabhängig von der Gegenwart des Herzens bei der Leiche und intra vitam erhalten werden. Die von der Friktionsmethodik behauptete hochgradige Größenvariabilität des Herzens existiert nicht; die Begründung therapeutischer Maßnahmen durch sie ist unzulässig.

Kraus (Berlin): DE LA CAMP hat sich in ausgedehnten Untersuchungen davon überzeugt, daß die SMITHsche Methode oft völlig falsche Resultate gibt. Nun hat sich auf diese Methode fast schon ein ganzes Lehrgebäude aufgebaut, nämlich die Lehre von der akuten Herzdilatation, auf die viele Ärzte eingegangen sind. Wenn SMITH sagt, daß wir seine Methode nicht kennen, so muß ich demgegenüber konstatieren, daß wir ihm häufig Gelegenheit gegeben haben, uns seine Methode zu lehren; erst jüngst haben wir ihm eine Konferenz in der II. medizinischen Klinik, in Gegenwart eines unparteiischen Sachverständigen, angeboten, was er indes ablehnte. Wir dürfen in wissenschaftlichen Versammlungen nicht mehr auf die Behauptungen von SMITH und seinen Schülern eingehen, denn sonst wird diese Irrlehre sich im Publikum immer mehr festigen, und wir reichen den armen Patienten Steine statt Brot. — Der Standpunkt SMITHS ist ein unwissenschaftlicher.

v. Schrötter (Wien): Die alte Finger-Finger-Perkussion besteht zu Recht; wir sind mittelst dieser Methode imstande, die Herzgrenze bis auf $\frac{1}{2}$ cm zu bestimmen. Die so gefundenen Grenzen werden durch das Röntgenbild bestätigt. Eine neue Methode ist nur dann gut, wenn sie Neues bringt oder das Alte bestätigt. Tut sie das nicht, so haben wir keinen Grund, auf die neue Methode einzugehen.

Turban (Davos): Die alte Perkussionsmethode ist im allgemeinen namentlich im Verein mit der EMBERTSschen Tastmethode wohl brauchbar zur Erkennung der Herzgrenzen. Nur bei Emphysem läßt sie bisweilen uns im Stich.

Moritz (Greifswald) untersucht bei orthodiagraphischen Aufnahmen grundsätzlich im Liegen, obwohl man dem entgegengehalten hat, daß Herzkranken im Liegen leichter dyspnoisch würden. Beim Liegen ist indes stets die Haltung des Patienten ruhiger als beim Stehen und es treten, je nachdem der Patient sitzt oder steht, Verschiebungen der Grenzen auf. Er rät daher, die Aufnahmen stets im Liegen vorzunehmen. DE LA CAMP sagte, daß die Grenzen bei dem Orthodiagramm bei nach links vergrößertem Herzen nicht so genau sind. Es beruht dies auf physikalischen Gesetzen. Der Fehler rührt von der Wölbung des Brustkorbes her. Zur Ausgleichung dieses Fehlers hat M. Bestimmungen über die Tiefe des Herzens gemacht, die sich aus physikalischen Gesetzen berechnen läßt. Vertr. verwahrt sich gegen die Darlegungen, die SMITH seinen Arbeiten gegeben hat.

Schott (Naheim) hat von SMITH als geheilt entlassene Patienten gesehen, die noch starke Herzdilatationen hatten. Es ist unglaublich, in wie kurzer Zeit die Herzgrößen der bei SMITH an Herzdilatationen behandelten Patienten nach Angabe von SMITH auf die Norm zurückgehen.

Moritz (Greifswald) erklärt, daß die Konferenz mit SMITH in der II. medizinischen Klinik deshalb nicht zustande gekommen sei, weil SMITH das Orthodiagramm als objektive Prüfung der Friktionsresultate nicht anerkennen wollte.

Smith (Berlin): Die Diskussion über meine Methode ist eine derart ungewöhnliche, wie sie in der Geschichte der Medizin nur einmal bei dem

Vortrage SCHLEICHS über die lokale Anästhesie verzeichnet steht. (Der Vortr. wird von dem Vorsitzenden unterbrochen, der erklärt, daß die Diskussion sich vollständig in den zulässigen Grenzen zu bewegen habe.) Im Interesse der Wissenschaft kann ich für alle Widerlegungen nur dankbar sein; natürlich überschätzt man oft anfangs eine neue Methode. Den Ausführungen der Vorredner gegenüber steht eine große Reihe mit mir übereinstimmender Beobachtungen. 80% meiner Friktionsresultate stehen mit dem Röntgenbefund in Übereinstimmung. Ich bedauere, daß die Herren in Berlin nicht einmal zu mir gekommen sind, um meine Methode von mir ausgeführt zu sehen. Nach den Worten des Prof. KRAUS wird man es verstehen, warum ich nicht zu einer Konferenz in die II. medizinische Klinik gehen konnte. — Die orthodiagraphische Methode ist sicherlich ausgezeichnet; nur läßt sie sich nicht überall anwenden. — Die Phonendoskopie ist bei meiner Methode freilich schwieriger zu erlernen als ich anfangs glaubte; dazu gehören mehrere Monate. Eine große Genugtuung ist es mir, daß gerade in der Festschrift der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ von Prof. HOFFMANN (Leipzig) meine Resultate eine wohlwollende Kritik erfahren. Ich kann nur sagen, daß ich bei vielen tausend Untersuchungen meine Friktionsmethode als die beste gefunden habe.

Pässler (Leipzig) polemisiert gegen die Forderung SMITHS, die Striche zentrifugal vom Zentrum des Herzens zu führen.

De la Camp betont im Schlußwort, daß SMITH nichts gegen das Tatsachenmaterial, das er angeführt habe, vorbringen konnte.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

MADELUNG (Straßburg): Verletzungen der Hypophysis.

Diese Verletzungen können zu erwarten sein: 1. bei Brüchen der Schädelbasis, die durch die Sella turcica gehen, 2. bei Eindringen von Fremdkörpern vom Munde her durch den harten Gaumen in die Schädelhöhle, 3. bei Verletzungen, Schüssen, Stichen von der Konvexität des Schädels her, die bis zur Basis vordringen. Da diese aber meist tödlich sind, erfährt man naturgemäß nichts von einer Verletzung der Hypophysis. M. hat einen solchen Fall aufzuweisen, ein Mädchen von 9 Jahren, das einige Jahre vorher einen Schuß in den Schädel erhalten hatte und nun noch an den Folgen desselben litt. Es bestand einseitige Amaurose sowie Rest einer Hemiplegie, und die Patientin zeigte, was am auffallendsten war, eine unglaubliche Adipositas, die immer mehr und mehr zunahm. Das Geschoß, welches im rechten Augwinkel eindrang, nahm einen derartigen Weg, daß M. annehmen mußte, daß, wenn schon nicht die Hypophysis direkt, so doch sicher jedenfalls die Umgebung der Drüse verletzt worden, und daß hieraus die enormen Stoffwechselstörungen sowie der Mißwuchs zu erklären waren.

BORCHARD (Posen): Psychische Störungen bei einem Abszeß des Schläfenlappens.

Nach einem kurzen Rückblick über die bisher bekannten Fälle von psychischen Störungen bei Verletzungen des Stirnhirns und der Theorien, die den Sitz eines psychischen Zentrums in das Stirnhirn verlegen (FLECHSIG), berichtet Vortr. über einen Fall von ausgedehnter Verletzung des Stirnhirns durch Hufschlag bei einem Mädchen, die nach anfänglicher Heilung ohne Knochendeckung 3 Monate später zu einem Abszeß des Schläfenlappens führte und psychische Störungen vornehmlich auf sexuellem Gebiet auslöste. Nach Spaltung des Abszesses schwanden diese Erscheinungen, traten jedoch, wenn auch in vermindertem Maße, wieder auf, wenn der Stirndefekt sich vorwölbte. Die Ursache dieser Störungen sieht B. nicht, wie die anderen annehmen, in Ausfalls-, sondern in Reizerscheinungen.

HILDEBRANDT (Basel): Heilung einer rhinogenen Thrombose des Sinus cavernosus.

Behandlung mit Antistreptokokkenserum. Langsamer Rückgang der Erscheinungen von Abduzenslähmung, Protrusion des Bulbus etc. Quoad aetiologiam bemerkt H., daß Patient wenige Tage vor Beginn der schweren Erscheinungen, die unter Fiebererscheinungen einhergingen, in der Nase gebrannt worden ist. Er hatte außerdem eine Angina. H. hatte sich natürlich auch die Frage vorgelegt, ob er nicht operativ vorgehen sollte, doch glaubte er, wegen der Schwierigkeit, in dem kavernenösen Gewebe mit Umsicht vorgehen zu können, davon absehen zu müssen und würde ein solches Vorgehen, trotzdem es empfohlen ist, nicht raten. Nebenbei bemerkt Vortragender noch, daß an den Stellen der Injektion des Serums ein vorübergehendes Erysipel auftrat, trotzdem das Serum sicher steril war. H. ist übrigens weit davon entfernt, dem Serum die heilende Wirkung zuzuschreiben, doch sollte man es stets anzuwenden versuchen.

Stolper (Breslau) hat 1895 die Sektion eines Mannes mit ausgesprochener Akromegalie gemacht, bei dem eine Schädelverletzung auch in Frage kam, nämlich schwerer Fall auf den Hinterkopf. Bei der Sektion fand sich geschwulstartige Vergrößerung auf das Dreifache der normalen Hypophysis, mit mikroskopisch ödematösem Bau der normalen Struktur, 2. eine Metastase von gleichem Bau im rechten Okzipitallappen. Auch die allgemeine Adipositas war in diesem Falle hervorstechend.

Benda (Berlin) weist darauf hin, daß ein Zusammenhang von Fettleibigkeit mit der Hypophysis nicht im Widerspruch mit den pathologisch-anatomischen Beobachtungen stehe, da auch bei der Akromegalie die Weichteilveränderungen eine hervorragende, vielleicht die primäre Rolle spielen. Dagegen stehen die in den Formenkreis der Akromegalie fallenden Erscheinungen nach neueren Beobachtungen mehr in Zusammenhang mit Hyperplasie und Überfunktion der Hypophysis als mit Degenerationen, wie sie als Folge des Traumas wohl in erster Linie voranzusehen sind.

v. Eiselsberg (Wien) hat bei jungen Kätzchen die Hypophysis extirpiert, doch sind alle Tiere bis auf eines zugrunde gegangen. Er wird daher in Zukunft zum Studium der Ausfallserscheinungen nur eine Verletzung der Drüse machen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 5. Mai 1904.

R. SCHMIDT stellt einen jungen Mann vor, bei welchem ein Fremdkörper des S romanum durch Laparotomie entfernt worden ist. Pat. erkrankte vor 14 Tagen unter den Symptomen einer Appendizitis; merkwürdig war, daß der als **Mc BURNES** angesehene Schmerzpunkt seine Lage veränderte, daß bei Druck auf denselben ein Schmerz in der Nähe des linken Sitzknorrens verspürt wurde und daß unter demselben ein zirkumskripter, harter Körper getastet werden konnte, welcher als Fremdkörper erkannt wurde. Die Laparotomie förderte einen großen, in der Flexur gelegenen Federstiel zutage, welcher per anum eingeführt worden war.

L. v. Schrötter bemerkt, daß das Eindringen von Fremdkörpern in die Luftwege oder in den Magen-Darmkanal viel häufiger erfolge als man glauben sollte, wobei selbst intelligente Patienten keinen Aufschluß über die Art der Aufnahme des Fremdkörpers geben können. Solche nicht erkannte Fremdkörper können komplizierte Krankheitsprozesse vortäuschen und im Darmkanal Ursache von langdauernden Diarrhöen abgeben.

W. Türk führt einen Mann mit myeloider Leukämie bei ganz ungewöhnlichem Blutbefunde vor. Seit 3 Monaten zeigte Pat., welcher Malaria überstanden hatte, zunehmende Schwäche und eine Auftreibung der oberen Bauchpartie, etwas Obstipation und geringe Magenbeschwerden. Die Untersuchung ergab einen bis zum Darmbeinkamm reichenden Milztumor und einen Lebertumor; das Sternum war etwas druckempfindlich. Die Untersuchung ergab das Bild der myeloiden Leukämie, doch war der Blutbefund abweichend: geringe Leukozytose, Hämoglobin 15.9 nach **FLEISCHL**, keine Anämie, weiße Blutkörperchen zirka 25.000, neutrophile Zellen 16—20%, eosinophile Zellen eher vermindert, Mastzellen vermehrt, Lymphozyten normal, kernhaltige Erythrozyten in geringer Zahl. Es handelt sich wohl um eine myeloide Leukämie mit geringer Ausschwemmung der in Wucherung begriffenen Zellen des myeloiden Gewebes.

E. Schwarz hat bei der Obduktion eines von ihm beobachteten analogen Falles im ganzen Knochensystem Osteosklerose gefunden.

W. Türk erwidert, daß schon **JAKSCH** einen ähnlichen Fall beschrieben hat, bei welchem jedoch die eosinophilen Zellen vermehrt waren.

S. EHRMANN stellt drei Fälle von Erythema induratum scrophulosorum vor. Die Krankheit befällt die Extremitäten; es entstehen rosenrote harte Knoten, welche sich nach monatelangem Bestande entweder resorbieren oder in runde Geschwüre übergehen, die sehr schwer heilen. In ersterem Falle resultieren rostbraune Flecken, welche allmählich verschwinden. Mikroskopisch finden sich Endarteriitis und Infiltration im Fettgewebe. Bei den vorgestellten Fällen sind keine Zeichen von Skrofulose oder Tuberkulose zu finden. Nach einer einzigen Röntgenbestrahlung werden die Knoten resorbiert, dafür entstehen aber wieder andere.

E. Neusser hat zwei solche Fälle bei Pat. mit Nierentuberkulose gesehen; die Erkrankung wurde anfangs für Syphilis gehalten.

S. Ehrmann bemerkt, daß die Verwechslung mit Syphilis um so leichter vorkommen kann, als die Knoten auf Quecksilberbehandlung schnell zurückgehen.

L. v. Schrötter hebt hervor, daß bei Ulzerationen die Differentialdiagnose schwierig ist. Ein ähnlicher Fall wurde im Jahre 1869 von **DIRTEL** und von ihm beobachtet, welcher für Lues gehalten wurde; später wurde auch ein Geschwür im Larynx beobachtet. Beide Geschwüre gingen auf antiluetische Therapie zurück.

J. WIESEL demonstriert ein Präparat von einem hemizephalen Kinde, welches 24 Stunden gelebt hat. Es finden sich eine Hyper-

plasie der Thymus und der Lymphdrüsen, Kleinheit der Nebenniere und Verminderung des chromaffinen Gewebes.

R. Königstein bemerkt, daß in diesem Falle mit einer Verkleinerung der Hypophysis eine Vergrößerung der Thyreoidea einherging; das spricht für ein vikariierendes Eintreten der Thyreoidea für die Hypophysis. Beide sind Drüsen mit innerer Sekretion und in beiden ist Jod nachweisbar.

M. WEINBERGER stellt einen Fall von Steifigkeit der Wirbelsäule, Typus **STRÜMPPELL-MARIE**, vor. Bei dem Pat. findet sich bisher die erste Phase des Prozesses, nämlich eine Ankylosierung beider Hüftgelenke in einem rechten Winkel. Es ist zu erwarten, daß der Prozeß in Analogie mit den bekannten Fällen auf die Wirbelsäule übergreifen wird. Die Krankheit besteht seit 4 Jahren und ist nach einer Verletzung entstanden.

H. KRAUS: Über die hygienischen Einrichtungen in Sanatorien für Lungenkranke.

(Der Vortrag wird in unserem Blatte in extenso erscheinen.)

L. v. Schrötter drückt seine Befriedigung aus über die Errichtung eines bisher fehlenden Sanatoriums für bemittelte Lungenkranke.

Notizen.

Wien, 20. Mai 1904.

(Wiener Ärztekammer.) Am 10. Mai d. J. hat die Hauptversammlung der Wiener Ärztekammer stattgefunden. Zu Beginn derselben wurde ein ehrenrätliches Erkenntnis gegen Doktor **NATHAN FREYVOGEL** wegen standesunwürdiger Reklame publiziert. **Dr. LUTHLEN** erstattete namens des Vorstandes ein Referat, nach welchem die Wiener Ärztekammer dem Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institute des österreichischen Ärztevereinsverbandes unter bestimmten Bedingungen beitrifft. Die Wiener Ärztekammer verlangt das Recht, die ihr vom Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institute des österreichischen Ärztevereinsverbandes zur Verteilung zugewiesenen Gelder an alle Witwen und Waisen jedes ihrer Kammerangehörigen zu verteilen, gleichgültig, ob dieselben ihren Kammerbeitrag geleistet haben oder nicht. Bezüglich der Durchführung der Aktion wird **Dr. LUTHLEN** weitere Anträge in einer der nächsten Versammlungen stellen. **Dr. STRÖCKER** referierte über einen Statthaltereierlaß, in welchem die von der Ärztekammer in der Ambulatorienfrage aufgestellten Grundsätze im Prinzip genehmigt wurden und die Kammer aufgefordert wurde, sich noch über einzelne Details zu äußern. Das Referat des **Dr. STRÖCKER** wurde angenommen und wird die diesbezügliche Eingabe der Statthalterei überreicht werden.

(Krankenkassen und Wiener Ärztekammer.) In der am 17. d. M. stattgefundenen Versammlung der Wiener Ärztekammer wurde nachstehende Resolution einstimmig angenommen: „Die Wiener Ärztekammer erklärt gegenüber unwahren Berichten über das faktische Verhältnis der Kammer zu den neu zu gründenden Kassen und zur Statthalterei, daß die Wiener Ärztekammer unbedingt auf dem Standpunkt der Freigebung der ärztlichen Behandlung bei registrierten Hilfskassen beharrt und daß allfällige Verhandlungen mit neu zu gründenden Krankenkassen in Gegenwart des Statthaltereivertreters, also sämtlicher beteiligter Faktoren, den Zweck verfolgen: 1. die klare Präzisierung der Bedingungen aufzustellen, unter welchen die Ärzte bereit sind, die nach dem Krankenversicherungsgesetze vom Jahre 1888 versicherungspflichtigen Mitglieder zur Behandlung zu übernehmen, 2. die Abweisung jeder ärztlichen Hilfeleistung, die nicht auf unbedingter Freigebung der ärztlichen Behandlung (direkte Bezahlung des Arztes durch den Kranken) beruht, bei den Nichtversicherungspflichtigen zu betonen. — Die Vermittlung der Statthalterei soll eine Garantie für das Einhalten der unter ihrer Intervention abgeschlossenen Vereinbarungen bilden. Jede andere Deutung der Statthaltereivermittlung ist den Tatsachen nicht entsprechend.“

(Universitäts-Nachrichten.) Die Doktoren **LEOPOLD FREUND**, **ROBERT KIENBÖCK** und **GUIDO HOLZKNECHT** haben sich für „medizinische Radiologie“ an der Wiener Universität habilitiert. — Die Heidelberger medizinische Fakultät wird durch die Errichtung eines Institutes zur Erforschung des Krebses erweitert werden; die Mittel hierzu hat ein ungenannt sein wollender Spender der Universität zum Geschenke gemacht. — Prof. **FRANZ RIEGEL**

in Gießen feierte am 15. d. M. das 25jährige Jubiläum der Übernahme seiner Klinik. — Dr. P. FLEMMING ist zum Professor der Augenheilkunde in London ernannt worden.

(ETIENNE-JULES MAREY †.) Der große Physiologe MAREY ist am 16. d. M. in Paris gestorben. Die experimentelle Wissenschaft verliert in ihm einen ihrer bedeutendsten Vertreter, einen bahnbrechenden Forscher, einen Experimentator ohne gleichen, einen Pfadfinder, der mit weitausschauendem Auge die Phänomene des Lebens zu erfassen und zu deuten vermochte. Zu Beaune am 5. März 1830 geboren, hat MAREY mit einer These über den Blutkreislauf in Paris das Doktorat erworben und im Jahre 1864 ein Laboratorium für Physiologie errichtet. Aus diesem sind dann in rascher Aufeinanderfolge viele grundlegende Arbeiten hervorgegangen, die namentlich der Physiologie des Kreislaufs gewidmet waren. Seine tiefe physikalische Vorbildung hat MAREY befähigt, die Lehren der Physik auf die medizinischen Wissenschaften anzuwenden und über animalische Wärme, die Funktionen der Muskeln, die Aktion der Nerven, über elektrische Phänomene, über Bewegungserscheinungen am Herzen, den Skelettmuskeln, den Gefäßen, zahlreiche glänzende und unumstößliche Arbeiten zu liefern. Er hat seine Forschungen auf all diesen Gebieten an der Hand vieler selbstkonstruierter, meisterhafter, seither nicht übertroffener Apparate, des Sphygmographen, des Kardiographen, des Chronographen usw., ausgeübt und zum Ausbau der graphischen Methoden überhaupt die wichtigsten Bausteine herbeigetragen. Sein großes Werk „La circulation du sang“ ist und bleibt eine Fundgrube tiefer Beobachtungen und richtiger Würdigung von Tatsachen, das ihm für alle Zeiten die Bewunderung des Klinikers und des Physiologen sichert. MAREYS Leben ist an Ehren reich gewesen. Sein Name und seine Werke sind unvergänglich. Die Epoche der Medizin, in der er gelebt, zählt unter ihren Größten in allererster Reihe den Denker und Meister ETIENNE-JULES MAREY.

(Statistik.) Vom 8. bis inklusive 14. Mai 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8117 Personen behandelt. Hiervon wurden 1773 entlassen, 202 sind gestorben (10·2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 91, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 76, Scharlach 22, Masern 896, Keuchhusten 29, Rotlauf 33, Wochenbettfieber 3, Röteln 6, Mumps 76, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 702 Personen gestorben (+ 32 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Cottbus der Geh. San.-Rat Dr. LUDWIG LIERSCH; in Stephansfeld der Direktor der dortigen Irrenanstalt, San.-Rat Dr. VORSTER, an den Folgen der von uns kürzlich gemeldeten Verletzung; in Palermo der Professor der Dermatologie Dr. P. TOMMASOLI; in New-York der Ophthalmologe Dr. WILHELM HOLCOMBE.

(Verleihung des Heinrich Mattoni-Stipendiums.) Dieses von dem Besitzer des Kurortes Gießhübl-Sauerbrunn, Herrn kaiserl. Rat Heinrich Edlen von Mattoni, gestiftete Stipendium, welches von dem medizinischen Professoren-Kollegium der Wiener Universität alljährlich für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Heilquellenlehre an einen Absolventen der Medizin verliehen wird, hat sich für das Studienjahr 1903/1904 Herr MUDr. ALFRED WESSELY in Prag erworben.

Neue Malzpräparate. Die Firma Hauser & Sobotka in Stadlau bei Wien bringt eine Reihe neuer Malzpräparate unter dem Namen „Diastasin“ in flüssiger, trockener und Pastillenform auf den Markt.

Die beiden letzten Formen ermöglichen den Ärzten, die Verordnungen der Dosen auf das minimalste Quantum bestimmen zu können. Diese neuen Diastasinpräparate sind folgende: Diastasin mit Phosphorkalk bei Rachitis und Skrofulose, um Knochenwachstum und Zahnbildung der Kinder zu befördern. Diastasin mit Phosphorkalk und Eisen bei Bleichsucht, Blutarmut,

Rachitis, Skrofulose, heruntergekommenem Körperzustand. Diastasin mit Jodkalium bei Erkrankung drüsiger Organe, Entzündungsercheinungen, Skrofulose, Syphilis. Diastasin mit Chinin bei Fieber, Neuralgien, Migräne, Nachtschweißen. Diastasin mit Chinineisen bei Blutarmut, Bleichsucht, Neuralgien. Diastasin mit Pepsin bei schlechter Verdauung, Magenbeschwerden und Magenleiden. Diastasin mit Lebertran bei schwächlichen Kindern, Rachitis, Skrofulose, zurückgebliebenem Knochenwachstum. Diastasin mit Phosphorkalk-Lebertran bei Rachitis, Skrofulose, Knochenkrankungen. Koladiastasin.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.** in Elberfeld über „Tannigen“, **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning** in Höchst am Main über „Pegnin“ und **Chemische Fabrik von Heiden** in Radebeul-Dresden über „Acetylsalicylsäure“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Bei Frauenkrankheiten

Bäder und Irrigationen

mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Unübertroffener Erfolg

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes

bestimmt der Arzt.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titirirten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, haben schnell die gesunkene Hersthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar, — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

à 1/10 MILLIGR. CRISTALL.

STROPHANTINE

HERZTONICUM NICHT DIURETISCH

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, 3, Boulerd St-Martin, PARIS

Goldene Medaille auf der Pariser Weltausstellung 1900.

GENERAL-VERTRETUNG F. OESTERREICH-UNGARN: Dr. E. Bloch, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & R. Fritz, verkauf nur an Apotheken.
ADLER-APOTHEKE, I., Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, I., Stephansplatz.

Heilstätte für Gicht und Rheumatismen.
Dr. WEISZ' Medicomechanisches Institut (Abheilung Herz und Zander) im Schwefelschlammbad
PISTYAN, Oberungarn.
Elektr. Beleuchtung, Medizin, Confort, Wasserleitung
Zimmer pro Woche von 20 Kronen aufwärts. Jede Auskunft durch: Dr. EDUARD WEISZ.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme. **Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc.** in allen Spitälern **Ueberall** erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos.
Telephon 7967. * **THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9.** * Telephon 7967.

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 Redaktion 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 Administ.r. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Gynäkotheapie in den Kurorten. Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch in Prag-Marienbad. — Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Von Dr. FREDINAND KORNFIELD in Wien. — Referate. R. CHROBAK (Wien): Über die Einwilligung der Kranken zu ärztlichen Eingriffen. — QUENU und DEVAL (Paris): Über Splenektomie bei BANTISCHER Krankheit. — M. HAAZ und E. MEYER (Berlin): Über den Einfluß der therapeutisch verwendbaren Atmungsformen auf das Herz. — A. W. MAYO ROBSON (London): Über Sanduhrmagen. — BOSS (Straßburg i. E.): Die interne Behandlung der Gonorrhöe. — SUKCHIKO ITO (Japan-Berlin): Über primäre Darm- und Gaumentonsillentuberkulose. — A. JAPHA (Berlin): Über den Stimmritzenkrampf der Kinder. — PAUL COHNHEIM (Berlin): Über Palpation und Auskultation des normal großen Pylorus. — K. BAISCH (Tübingen): Erfolge in der prophylaktischen Bekämpfung der postoperativen Cystitis. — MORAWITZ (Tübingen): Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung. — RICHARD LINK (Freiburg i. B.): Wird bei Kaninchen und Meerschweinchen experimentell hervorgerufene Tuberkulose durch Injektionen mit Hundeblutserum beeinflusst? — **Kleine Mitteilungen.** Über farben-therapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankung. — Beeinflussung der Magentätigkeit durch Faradisation. — Technik der Tracheotomie. — Behandlung der unwillkürlichen Aërophagie bei Dyspeptikern. — Über Beseitigung der Dyspepsie. — Therapie der Anuria calculosa. — Das Salit. — Nähr- und Anregungsmittel. — Fersan. — Ein neuer Weg zur Freilegung der Hinterfläche des rechten Leberlappens. — Das Salocreol. — Über einen Fall von Senfvergiftung. — Darstellung des Anthrasols. — Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. — **Literarische Anzeigen.** Die menschlichen Nahrungs- und Genußmittel, ihre Herstellung, Zusammensetzung und Beschaffenheit, nebst einem Abriß über die Ernährungslehre. Von J. KÖNIG. — F. KLEMPERER: PAUL GUTTMANN'S Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für die Brust- und Unterleibsorgane. — Die Geschichte des Badewesens. Von Dr. EDUARD BÄUMER, Arzt für Hautkrankheiten in Berlin. V. — **Feuilleton.** Moderne sozialärztliche Bestrebungen. Von Dr. LUDWIG DRESCHNER, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewesener 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksvereines München. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) V. — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Orig.-Ber.) — **K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.** (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 Gynäkotheapie in den Kurorten.

Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch in Prag-Marienbad. *)

Aus dem großen Gebiete der Gynäkotheapie, welches seit undenklichen Zeiten die Bäder für sich als ihr eigenstes Terrain in Anspruch genommen haben, möchte ich mir heute erlauben, die Störungen der Menopause und ihre Beeinflussung durch Brunnen- und Badekuren herauszugreifen.

Die Lebensjahre des Weibes, in welchen die Sexualtätigkeit allmählich erlischt und das Wahrzeichen derselben, die Menstrualblutung, verschwindet, das klimakterische Alter der Frauen, in welchem diese so rasch in der sexuellen Wertung herabsinken, bieten dem ärztlichen Interesse eine Reihe beachtenswerter physiologischer und pathologischer Erscheinungen. Mit Recht wird diese Lebensphase zwischen dem 45. und 50. Jahre, in welches Alter zumeist die Menopause fällt, von alters her als die kritische Zeit bezeichnet, charakterisiert durch eine Reihe von belästigenden Beschwerden, wie wesentlichen Gesundheitsstörungen und begleitet von Zufällen mannigfacher Art, welche die besondere ärztliche Fürsorge in Anspruch nehmen.

Nur mit wenigen Strichen sei hervorgehoben, daß die Fülle dieser Erscheinungen, welche zur Zeit der Menopause auftreten, sich vorzugsweise auf zwei durch die klimakterischen Veränderungen veranlaßte Momente zurückführen lassen, nämlich Störungen der Blutzirkulation mit dem Charakter der Blutstockung und Blutwallerung, sowie vasomotorischer Erregung, dann auf Alteration des Nerven-

systems in sensibler, motorischer und psychischer Sphäre. Die Frauen fühlen sich unbehaglich, in einem Zustande körperlicher und geistiger Unruhe, haben häufig Herzpalpitationen, zuweilen paroxysmale Tachykardie, unruhigen; von Träumen unterbrochenen Schlaf, dyspeptische Störungen, Obstipation, Tympanites, Hämorrhoidalbeschwerden, Nasenbluten, das Gefühl plötzlich aufsteigender Brühhitze, Neigung zu Schweißen, Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Neurosen, Hyperkinesen und psychische Alterationszustände.

Des näheren hierauf einzugehen ist hier nicht der Ort. Ich verweise auf TILTS, BOERNERS und meine Monographie des klimakterischen Alters der Frauen, auf die den Blutumlauf betreffenden Untersuchungen von REINL, JACOBI, GLAEVEKE, auf die das psychische Gebiet der Alterationen umfassenden Arbeiten von KOWALEWSKI, MAN, KRAFFT-EBING und nebenbei betreffs des Seelenzustandes des Weibes in dieser Epoche auf die lebenswahren Schilderungen von Yvette Gilbert in ihrem Romane „Les demi, vieilles“.

Der Balneotherapie fällt im Vereine mit ihrer physikalischen Mitarbeiterin, der Hydrotherapie und Klimatotheapie, und unterstützt von parallel einhergehenden Maßnahmen der Ernährungstherapie die Aufgabe zu, der von der Norm abweichenden Blutbeschaffenheit der Frauen, veranlaßt durch den Ausfall der inneren Sekretionsprodukte des Ovariums, mit den verschiedenen Stauungshyperämien und kollateralen Wallungen entgegen zu wirken; andererseits die mit den genitalen Vorgängen der Menopause in Wechselbeziehung stehende große Nerven-erregbarkeit, gesteigerte Empfindlichkeit gegen einwirkende Reize, Neigung zu disproportionalen Reflexaktionen herabzumindern.

*) Vortrag, gehalten auf dem Deutschen Balneologenkongresse in Aachen.

In ersterer Beziehung haben schon die alten Ärzte als Präventivmaßregel für das Klimakterium der Frauen Aderlässe und blutiges Schröpfen empfohlen, ein Verfahren, welches noch jüngst an dem großen Kenner der Erscheinungen dieser Lebensperiode TILT seinen Fürsprecher gefunden hat. Ich möchte jedoch verneinen, daß der momentane Vorteil einer solchen, die Symptome der Blutwallerung und Blutstockung tatsächlich erleichternden Medikation bei häufiger Wiederholung der Blutentziehungen durch die Nachteile der Verminderung der Blutmenge, der Förderung anämischer Blutbeschaffenheit wesentlich beeinträchtigt werden. Schonender und dauernder können wir nach dieser Richtung hin zielen durch die mehrwöchentliche systematische Trinkkur mit den an Natriumsulfaten wie Natriumchloriden reichen Mineralwässern (Glaubersalzwässern, Kochsalzwässern). Auf dem doppelten Wege der Anregung der Darmtätigkeit und der Diurese führen diese Mineralwässer den Effekt herbei, den arteriellen Blutdruck herabzudrücken; durch die lebhaftere Darmsekretion wird ein Teil des zu reichlich angesammelten Blutes verwertet und durch die stattgehabte Transsudation und Verminderung des Seitendruckes die Zirkulation in den Abdominalgefäßen erleichtert: speziell werden auch die venösen Stauungen in dem Uterus und seinen Adnexen sowie die arteriosklerotischen Veränderungen in den Gefäßen des Genitales günstig beeinflusst.

Solchermaßen ist das methodische Trinken der bezeichneten salzreichen Mineralwässer nicht nur ein derivatorisches Mittel gegen die belästigenden mannigfachen Stauungshyperämien des Digestionstraktes, der Lungen, in den Meningen, sondern ein direkt gynäkotheapeutisches Verfahren gegen die durch Auflockerung und Erschlaffung des Uterusgewebes verursachten klimakterischen Menorrhagien und atypischen Blutungen, sowie gegen die chronisch-entzündlichen Zustände der Generationsorgane, Hyperplasien der Uterusmuskulatur und Bindegewebes, die bindegewebige Hyperplasie in den Ovarien, charakteristische, mit der Klimax zusammenhängende pathologische Veränderungen — nicht zuletzt aber gegen die von den Myomen veranlaßten Störungen.

Eine reiche Fülle von Heilwässern stehen uns zu Gebote und die Auswahl unter denselben wird nach den vorherrschenden individuellen Verhältnissen geschehen müssen. Die kalten Glaubersalzwässer verdienen den Vorzug bei klimakterischen Frauen, bei denen in der trophischen Sphäre die sich stärker entwickelnde Lipomatosis in den Vordergrund tritt, bei Überwiegen der Erscheinungen von Gehirnhyperämie und Neuralgien in wechselnden Bahnen. Die an Sulfaten reichen Thermalquellen sind hingegen ganz besonders indiziert, wenn die Zeichen gestörter Gallenbereitung prävalieren und große Reizbarkeit der Magen- und Darm-schleimhaut vorhanden ist. In ähnlicher Weise gelangen die kalten und warmen Kochsalzwässer an ihren Ursprungsquellen zur Anwendung. Eine gewisse Bevorzugung verdienen die erdigen Mineralwässer, wenn die übermäßige Harnsäurebildung eine führende Rolle in dem Komplex der Beschwerden bekundet; zum häuslichen Gebrauche und wo es sich darum handelt, eine kurz dauernde, aber kräftige prompte Ableitung auf den Darmkanal herbeizuführen, eignen sich die Bitterwässer.

Weitaus größer ist noch der Kreis der Indikationen für Badekuren und hydriatische Prozeduren in der Zeit der Menopause.

Ganz allgemein gesagt vermögen wir durch Bäder von verschiedener Temperatur, Dauer, Anwendungsform und Zusammensetzung bei den Störungen der Menopause zunächst auf das Hauptorgan einen mächtigen ableitenden Reiz zu üben und derivatorisch die Stauungshyperämien im Uterus und seinen Adnexen zu beeinflussen, weiters beruhigend auf die peripherischen Nerven und hiermit auf das Gesamtnervensystem einzuwirken. Und ferner sind wir, indem wir durch Bäder die Blutzirkulation verändern, die Hautperspiration er-

höhen und eine Reihe von Aktionen auslösen, welche auf Wärme-Produktion und Stoffwechsel wesentlich einwirken, imstande, in bestimmter Weise auf die Vorgänge in den Geweben des Genitales hinzuwirken.

Am häufigsten ergibt sich bei klimakterischen Frauen die Anzeige, Wasserbäder von thermisch-indifferenter Temperatur von 35—37° C, von nicht zu langer Dauer, 15—20 Minuten, mit nicht bewegtem Wasser, durch geeigneten Wasserzufluß auf jener Temperatur gleichmäßig erhalten, anzuwenden. Denn diese Bäder betätigen in milder, aber stetiger Weise die gerade während der Klimax so wichtige Funktion der Haut, sie mindern die hier bestehende Neigung zu Schweißausbrüchen sowie zur Entwicklung der klimakterischen Ekzeme. Diese Bäder üben aber auch eine beruhigende, vielleicht durch Quellung der sensiblen Nervenendigungen veranlaßte Wirkung bei der im Klimakterium sich so häufig geltend machenden, allgemein erhöhten Reizbarkeit und Reflexerregbarkeit. Leicht begreiflich darum, daß die Akrotothermalbäder (Wildbäder), charakterisiert durch einen nur minimalen Gehalt an festen oder gasförmigen Bestandteilen mit einer Temperatur von 34—37° C, besonders wenn sie sich in einer mittleren Höhenlage befinden, als „reizmildernde“ Bäder für klimakterische Frauen berechtigten Ruf genießen. Sie wirken namentlich günstig bei den so häufigen kutanen Hyperästhesien und Neuralgien dieser Lebensperiode und beeinflussen reflektorisch auch die viszerale Neuralgien und die psychische Hyperästhesie. Und dieser gute Ruf wird gewiß nicht durch die von alters her den Wildbädern zugeschriebene Eigenschaft als Schönheitswässer, welche Runzeln glätten und den Teint konservieren, geschädigt.

In anderen Fällen von Störungen der Menopause sind wiederum Bäder von wärmesteigernder Temperatur über 37° C und längerer Dauer angezeigt, um durch Steigerung des Blutreichtums in der Haut, ganz bedeutende Erweiterung der Hautkapillaren, mächtige Erregung der Hautnerven, Förderung der kutanen Perspiration, eine Herabsetzung des gesteigerten arteriellen Blutdruckes zu bewirken, die Resorption chronischer Entzündungsprodukte des Beckenbindegewebes, des Beckenbauchfelles, sowie der Generationsorgane, welche Beschwerden um die Zeit der Menopause Exazerbationen erfahren, zu fördern; auch um den Gesamtstoffwechsel zu beschleunigen. Endlich auch zum Beginne der Klimax, wenn kompensatorische Ausscheidungen (Diarrhöen, Leukorrhöe) und Blutungen aus verschiedenen Körperteilen (Nasenbluten, Hämorrhoidalleiden) nach vorzeitigem Zessieren der Menses auftreten, um die zu früh herabgesetzte oder aufgehobene ovarielle Tätigkeit wieder anzufachen.

Unter diesen Verhältnissen werden die verschiedenartigsten wärmesteigernden Bäder mit natürlicher Thermalität oder erwärmt zur Anwendung gelangen, um mit dem thermischen Reize der hohen Badetemperatur den bedeutenden chemischen Reiz, vielleicht auch einen elektrischen Reiz zu verbinden. Und da zu den in besonderer Weise hautreizenden Bestandteilen der Mineralbäder das kohlen-saure Gas, der Schwefelwasserstoff, die flüchtigen Säuren organischer Natur (wie Ameisensäure, Bernsteinsäure), die Schwefelsäure, das Chlornatrium, Chlorkalzium gehören, so kommen hier hauptsächlich wärmesteigernde kohlen-saure Bäder, Soolbäder und Moorbäder in Betracht.

Die Säuerlings- (kohlen-sauren) Bäder und kohlen-säurereichen Solbäder werden zu bevorzugen sein, wenn es sich um Herzbeschwerden der Klimakterischen handelt, und wenn die Erscheinungen von Wallung und fliegender Hitze am belästigendsten sind, denn durch den Reichtum an Kohlen-säure sind diese Bäder besonders geeignet, reflektorisch das Zentrum der Vasomotoren, sowie der die Herzbewegung beeinflussenden Nerven zu erregen und auf Blutdruck und Herzaktion einzuwirken; auch sind diese kohlen-sauren Bäder geeignet, bei vorzeitiger Menopause die ovarielle Tätigkeit wieder zu beleben. Soolbäder, und zwar in erster Reihe Sool-

thermalbäder sowie Moorbäder, namentlich Eisenmoorbäder sind vorzugsweise indiziert, wenn die Störungen der Menopause mit chronischer Metritis, Endometritis, Exsudatresten im parametranen und perimetritischen Gewebe, Uterusmyomen einhergehen und endlich, wenn arthritische Affektionen vorhanden sind.

Schweißtreibende Bäder, mögen sie mit Wasserdampf gesättigte Luft zur Verwendung bringen oder durch heiße trockene Luft wirken — russische Dampfbäder und römisch-irische Bäder — oder in modernster Form die ausstrahlende Wärme elektrischer Glühlampen benutzen — elektrische Lichtbäder — alle diese Schweiß bedeutend produzierenden Bäderformen sind wegen der wesentlichen Steigerung der Körpertemperatur, welche sie verursachen, bei der großen Vermehrung der Pulsfrequenz und Erhöhung der Zahl der Respirationszüge, welche sie bewirken, vor allem aber bei dem überaus raschen und mächtigen Anstiege des Blutdruckes, welchen sie hervorbringen — nur sehr selten in der Menopause indiziert und nur mit größter Vorsicht anzuwenden — vielleicht nur dann, wenn während der Klimax rasch zunehmende, hochgradige Fettleibigkeit wesentliche Beschwerden verursacht.

Was die hydriatischen Prozeduren mit sehr bedeutend unter dem Indifferenzpunkte liegendem kaltem Wasser betrifft, so sind kalte Vollbäder, Tauchbäder, Halbbäder (von 8–16° C) wegen ihrer sehr energischen Erregung des Nervensystems und starken Blutdrucksteigerung im Gefäßsysteme bei den klimakterischen Frauen zumeist zu vermeiden. Hingegen erweisen sich Wannbäder von 26–28° C Wassertemperatur in einer Dauer von 5–15 Minuten und ohne heftige Bewegung des Wassers, ferner Halbbäder von 20 bis 25° C in der Dauer von 5–15 Minuten mit mäßigen mechanischen Manipulationen recht geeignet, reizmildernd und beruhigend bei den mannigfachen Störungen des Klimakteriums zu wirken. Auch temperierte Sitzbäder von 16 bis 25° C in längerer Dauer, 20 Minuten bis zu einer Stunde, haben bei den chronisch-entzündlichen Zuständen des Genitales und den damit verbundenen motorischen und sensiblen Reizzuständen des Unterleibes günstigen Erfolg, während kurze kalte Sitzbäder zu meiden sind. Gegen heftig auftretende Erscheinung von Blutwallungen kann man Abreibungen von Füßen und Händen mit Wasser von 17–20° C in kurzer Dauer mit nachfolgender Bettruhe von 10–20 Minuten verwenden; bei heftigen klimakterischen Menorrhagien wird die Kälte lokal mittelst des von mir angegebenen Vaginalrefrigerators (Kühlapparat mit durchfließendem Wasser) appliziert. Von kalten Seebädern möchten wir wegen ihrer wärmeentziehenden Temperatur und wegen des mächtigen mechanischen Effektes des Wellenschlages im allgemeinen während der Menopause ebenso Abstand nehmen wie von eingreifenden Kaltwasserprozeduren.

Mit den kurz skizzierten balneotherapeutischen Maßnahmen wird in den Kurorten stets die angemessene Art methodischer körperlicher Bewegung und wohlwogene systematische Ernährung verknüpft werden müssen. Muskelübungen, wenn sie die Individualität der Klimakterischen als Spaziergänge und Steigen angepaßt werden, erzielen eine Beschleunigung des in dieser Lebensperiode des Weibes gewöhnlich trägen Stoffwechsels, wirken ferner ableitend auf die Blutüberfüllung der inneren Organe und auf die belästigenden Wallungen, beeinflussen endlich durch Kräftigung der Willensimpulse auch günstig das Nervensystem. Zur Unterstützung des Spaziergehens und als notgedrungenes Ersatzmittel der aktiven Bewegung im Freien kommen auch gymnastische Übungen und Massage in Betracht. Von den ersteren solche Übungen, welche einen begünstigenden Einfluß auf den Pfortaderkreislauf üben und den Blutstrom von den Organen des Beckens ableiten, also neben allgemeiner Gymnastik methodisches Tiefatmen, systematische Übung der Bauchmuskeln, der Auswärtsroller und Abduktoren der Oberschenkel usw. Bezüglich

der Massage sind nur milde Formen zu verwenden, welche ohne allgemeine Nervenregungen auf Beschleunigung des Muskelkreislaufes hinzielen. Sanftes Streichen der Haut, der unteren Extremitäten, des Rückens und Bauches, leichtes Kneten der Muskeln. Vor Massage des inneren Genitales nach THURE BRANDT möchte ich mit Rücksicht auf die ohnedies im Klimakterium bestehende gesteigerte sexuelle Reizbarkeit der Frauen ausdrücklich warnen. Aus gleichem Grunde und wegen der zur Zeit der Menopause leicht auszulösenden tachykardischen Anfälle ist solchen Frauen auch im allgemeinen das Radfahren nicht zu gestatten.

Schließlich in Bezug auf die zu regelnde Ernährung nur einige Worte. Zur Zeit der Menopause soll jede Überernährung vermieden, das Kostmaß auf jene notwendige Menge eingeschränkt werden, welche gerade den Stoffbedarf deckt. Wenn das Durchschnittsgewicht einer Frau in den vierziger Jahren mit 60 kg angenommen wird, so wird der Brennwert der Nahrung täglich mit 2100–2400 Kalorien zu bestimmen sein, also etwa eine Kost, welche aus 100 g Eiweiß, 60 g Fett und 350 g Kohlehydrate zusammengesetzt ist, selbstredend mit den durch die Einzelkonstitution notwendigen Abänderungen. Aber im allgemeinen soll die Qualität der Nahrungsmittel so gewählt werden, daß sie neben dem für den Stoffbestand ausreichenden Eiweiß genügende Menge von Kohlehydraten, eine nach der Körperbeschaffenheit der Frau abgestufte Menge von Fett und reichliches Quantum von Wasser bietet, die diätetischen Reizmittel aber ausschaltet. Also eine reizlose Kost mit nur mittleren Mengen Fleisch und Fett, unter den Fleischsorten vorzugsweise solche Arten, welche nicht reich an Extraktivstoffen (Kreatin, Xanthin) sind, darum mehr gekochtes als gebratenes Fleisch, lieber Fleisch junger Tiere (Kalb) und Fische als Wild, Wurst, geräuchertes Fleisch und Fleischkonserven; hingegen reichliche Menge von Zerealien, Gemüse und Obst; Meidung alkoholischer Getränke, sowie des alkaloidhaltigen Kaffees und Tees. Häufigere Mahlzeiten, aber nicht zu reichlich, während des Tages und sehr frugales Abendbrot, möglichst zeitig vor dem Schlafengehen. (Beispiele solcher Kostordnung habe ich vor einiger Zeit in der „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, 1899/1900, gegeben: Die diätetische Behandlung der Frauen im Alter der Menopause.)

Durch eine solche wohlwogene Ernährungsweise wird man harmonisch mit den individuell gewählten balneotherapeutischen Eingriffen beruhigend und reizmildernd auf Nerven- und Gefäßsystem des Weibes in der für sie kritischen Lebensphase einzuwirken vermögen.

Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Von Dr. Ferdinand Kornfeld in Wien.

(Fortsetzung.)

Was die Ätiologie der Bakteriurie anlangt, so können wir uns nach BARLOW folgende Wege vorstellen, auf denen die Bakterien in den Harn gelangen:

1. von den Nieren aus;
2. von der Blutbahn aus direkt oder auf dem Umwege durch die Nieren;
3. von der gesunden und kranken Harnröhre aus;
4. von den den Harnwegen benachbarten Organen aus, und zwar durch perforative Prozesse sowohl wie durch Durchwanderung der Bakterien durch das Gewebe, eventuell mittelst der Lymphbahnen.

Zwei Fälle von ROVSING, Bakteriurien bei Nephrolithiasis, lassen die Erklärung der Entstehung des Symptoms von den Nieren her zu. Der Eiweißbefund bei Bakteriurie ist, wie aus dem Jahresberichte des Laboratoriums von BUCHNER 1896 hervorgeht (BARLOW), nicht beweisend für das Bestehen einer

Nephritis, da auffälligerweise in keinem einzigen Falle Zylinder im Sedimente beschrieben werden; die beiden Fälle, in denen es zu einer Sektion kam, lassen überdies leider eine mikroskopische Untersuchung der Nieren vermissen.

Dagegen müssen wir ganz besonders darauf hinweisen, daß der Eiweißbefund in Bakterienharnen sehr häufig ein zweifelhafter ist. Wenn auch bei der Salpetersäureprobe ein leicht getrübtter, mitunter rötlichbrauner Ring entsteht und beim Kochen sich schwache Opaleszenz ergibt, so fällt andererseits das Resultat der empfindlicheren Eiweißproben negativ aus und die Harnen müssen demzufolge für eiweißfrei gelten. Die Angaben über eine Anzahl von Bakteriuriefällen mit positiver Eiweißprobe sind so unzuverlässig, daß wir also an das Bestehen einer Nephritis nicht recht glauben können.

Von der Blutbahn aus, resp. auf dem Wege der Autoinfektion vom Darne aus (POSNER) und über die Blutbahn können vermutlich Bakterien in die Blase gelangen. Dieser Infektionsmodus dürfte zutreffen für jene Fälle von echter, genuiner Bakteriurie beim Menschen, wo das Leiden ohne vorhergehende Krankheitsercheinungen irgend welcher Art, ebenso ohne vorhergegangene instrumentelle Eingriffe entstanden ist. Wie BARLOW mit Recht betont, ist die Auffassung der Bakteriurie als einer Autoinfektion vom Darne aus im Sinne POSNERS²³⁾ nicht durch positive Befunde bewiesen. Im Blute gelang es nämlich selbst bei schweren Fällen von chronischer Bakteriurie mit akuten Nachschüben, auch während der letzteren nicht, Bakterien nachzuweisen, oder zu züchten. Eine klinische Stütze besitzt somit die Theorie der Entstehung der Bakteriurie durch Eindringen des B. coli von der Blutbahn in die Blase derzeit noch nicht.

Die Einschleppung von Bakterien von der Harnröhre aus durch instrumentelle Eingriffe bei Gesunden oder durch die Fortleitung von Entzündungsprozessen der Harnröhre oder benachbarter Organe erscheint nach dem Befunde von zahlreichen Bakterien in der normalen Harnröhre (LUSTGARTEN und MANNABERG²⁴⁾, PETIT und WASSERMANN²⁵⁾, ENRIQUEZ²⁶⁾, F. HOFMEISTER²⁷⁾ wohl wahrscheinlich, namentlich darum, weil in der Mehrzahl der publizierten Bakteriuriefälle ein vorausgegangener Tripper angegeben wird, in anderen Fällen dagegen vermutlich auf Gonorrhöe nicht exakt genug gefahndet, dieselbe somit wahrscheinlich übersehen wurde. Trotzdem kann sich BARLOW, vielleicht mit vollem Rechte, schwer entschließen, an eine direkte Übertragung der Bakterien von außen her in den Harn, sei es durch Instrumente aus der gesunden Harnröhre, sei es durch einen oberflächlichen Entzündungsprozeß in der Schleimhaut beim Tripper, zu glauben. Dagegen spricht nach diesem Beobachter der häufige Befund von Colibazillen im Harnen, von denen wir sicher wissen, daß sie dagegen sehr seltene Urethralbewohner sind. Es wäre nun doch sehr merkwürdig, sagt BARLOW, wenn gerade einer der seltensten Urethralbewohner am häufigsten durch die Harnröhre in die Blase gelangte. Somit kann man ein spontanes Hineinwachsen der Bakterien in die Blase nicht als Ursache der Bakteriurie gelten lassen.

Von besonderer Wichtigkeit für die Ätiologie der in Rede stehenden Affektion ist schließlich die Frage, ob die Bakterien durch perforative Prozesse von Nachbarorganen aus, unter denen insbesondere der Darm in Betracht kommt, oder auf dem Wege der Durchwanderung durch die Gewebe (Prostata) in die Blase gelangen können. Experi-

mentelle Studien, welche zunächst WREDEN²⁸⁾ bezüglich der Überwanderung von Bakterien vom Darm in die Blase anstellte und dabei durch Verletzungen der Rektalschleimhaut bezüglich des B. coli zu positiven Resultaten kam, lassen diesen Weg des Hineingelagens von Bakterien in den Harn als gegeben erscheinen. Die bekannten Versuche von POSNER und LEWIN²⁹⁾, welche an Kaninchen durch Ligatur der Harnröhre, Harnstauung und durch Verschluss des Anus (Ligatur, Kollodiumverklebung, Kolpeurynter) hochgradige Koprostase erzeugten, ergaben das Resultat, daß unter den künstlich gesetzten Bedingungen bereits nach 18—24 Stunden Bakterien im Harnen und im Blute erscheinen. Auch die in den Darm injizierten Bakterien (Bacillus pyocyaneus, Mikroccoccus prodigiosus, Bact. coli) fanden sich nach kurzer Zeit im Blute und im Harnen. POSNER und LEWIN gelangen zu dem Schlusse, daß eine einfache Koprostase ohne gröbere anatomische Läsionen genüge, um Bakterien aus dem Darne austreten zu lassen, und daß der Weg, auf dem die Infektion der Harnwege vom Darne aus erfolge, die Blutbahn sei.

Diese Untersuchungen wurden von MARKUS³⁰⁾ neuerlich aufgenommen und die Versuche von POSNER und LEWIN wiederholt. Zuerst überzeugte sich MARKUS von der Sterilität des Harnes und der Organe bei einfacher Harnstauung an Kaninchen. M. NEISSER³¹⁾ hatte zunächst früher schon in dieser Richtung gezeigt, daß normalerweise vom Darne keinerlei Bakterien in die Blut- und Lymphbahn übergehen, und G. SINGER³²⁾ verdanken wir den exaktesten Ausbau der Methodik der Harn- und Blutuntersuchungen zum Zwecke des Bakteriennachweises unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Es ist hier nicht der Ort, auf die reichhaltige Literatur und Polemik in dieser Frage (F. KRAUS, CHVOSTEK, EGGER, G. SINGER, FRANZ, R. KRAUS) näher einzugehen.

MARKUS konnte nur außerordentlich selten eine Allgemeininfektion konstatieren, der Harn blieb in mehr als der Hälfte der Fälle steril. Nach den Ergebnissen seiner Versuche konnte unmöglich, wie POSNER und LEWIN annehmen, die Infektion der Blase auf dem Wege der Blutbahn erfolgen und die Wahrscheinlichkeit einer direkten Einwanderung war naheliegend. Die weiteren Versuche lehrten auch, daß bei einer anderen Methode des Analverschlusses als der von POSNER und LEWIN angewendeten die Infektion der Blase ausgeblieben ist.

Die Schlußfolgerungen, die MARKUS aus seinen Versuchen zieht, lauten:

1. Durch Kotstauung gesetzte Schädigung des Darmes genügt nicht, beim Kaninchen innerhalb der gewählten Versuchszeit (26 Stunden) eine Allgemeininfektion der Harnblase zu erzeugen. Selbst verhältnismäßig geringe Läsionen, wie die Ligatur eines Analprolapses, können aber eine Infektion der Blase und des Peritoneum zur Folge haben.

2. Bakterien, die sich bei derartigen Verletzungen des Enddarmes in der Blase finden, gelangen in den allermeisten Fällen auf lokalem (Lymph-) Wege dahin, ohne erst in den Kreislauf gelangt zu sein, so daß in solchen Fällen keine Berechtigung besteht, von einer hämatogenen Infektion zu sprechen. Nur in vereinzelten Fällen kann wahrscheinlich nach der Art und dem Grade der Darmverletzung die Möglichkeit bestehen, daß ein Eindringen der Mikroorganismen in die Blutbahn stattfindet.

²³⁾ C. POSNER: „Infektion und Selbstinfektion.“ Berliner Klinik, 1895, H. 85.

²⁴⁾ LUSTGARTEN und MANNABERG: „Über die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes mit Bemerkungen über Mikroorganismen im Harnen bei Morbus Brightii acutus.“ Arch. f. Dermat. u. Syph., 1897, pag. 905.

²⁵⁾ PETIT et WASSERMANN: „Sur les micro-organismes de l'urèthre normal de l'homme.“ Ann. d. mal. gén.-urin., Juni 1891.

²⁶⁾ ENRIQUEZ: „Recherches bactériolog. sur l'urine normale.“ Soc. de Biologie, 11. Nov. 1891.

²⁷⁾ F. HOFMEISTER: „Über Mikroorganismen im Urin gesunder Menschen.“ Fortschritte d. Medizin, 1893, Nr. 16 u. 17.

²⁸⁾ R. WREDEN: „Zur Ätiologie der Cystitis.“ Zentralbl. f. Chir., 1893, Nr. 27.

²⁹⁾ POSNER und LEWIN: „Über Selbstinfektion vom Darne aus.“ Berl. klin. Wschr., 1895, pag. 133. — Dieselben: „Untersuchungen über die Infektion der Harnwege.“ Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, 1896.

³⁰⁾ MARKUS: „Über Resorption von Bakterien aus dem Darne.“ Ztschr. f. Heilkunde, Bd. 20, H. 5 u. 6.

³¹⁾ M. NEISSER: „Über die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien.“ Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., 1896, Bd. 22.

³²⁾ G. SINGER: „Ätiologie und Klinik des akuten Gelenkrheumatismus.“ Wien und Leipzig 1898.

Gegen die Methodik von MARKUS haben POSNER und COHN³³⁾ mehrfache Einwände erhoben, welche MARKUS³⁴⁾ jedoch völlig entkräftet und unzweifelhaft erwiesen hat, daß die positiven Harnbefunde, die POSNER als Stütze seiner Anschauungen in einigen Versuchen anführt, nur durch die Ungenauigkeit der Methodik bedingt sein konnten.

In einer neueren Arbeit hat FALTIN³⁵⁾ die Frage der Resorption von Bakterien vom Darms aus und die Infektion der Blase neuerlich experimentell und klinisch studiert. Er konnte zunächst die Resultate, welche WREDEN³⁶⁾ bei Läsionen des Rektum erzielte, nicht bestätigen, indem er eine Einwanderung von Bakterien in die Blase unter diesen Umständen nicht konstatierte. FALTIN meint, daß es sich bei WREDENS Experimenten nicht um bloße Epithelläsionen, sondern um tiefergreifende Verletzungen gehandelt haben dürfte. Die histologischen Untersuchungen von FALTIN ergaben, daß nach einer kleinen Schleimhautläsion des Rektum Darmbakterien bis in die Submukosa der Blase eindringen können. Aber auch nach großen Verletzungen des Mastdarms können andererseits die Bakterien auf die Rektalwunden und deren nächste Umgebung beschränkt bleiben. Ferner ergab sich, daß bei einer ungeschädigten Blase selbst nach ausgedehnten Rektumläsionen Bakterien normalerweise in der Blase nicht zu finden waren. Wenn die Blase jedoch durch künstliche Retention (Verschluß der Urethra) geschädigt war (Hyperämie, Stauung, Blutungen), so konnte mitunter von einer Rektalwunde aus ein Durchwandern von Darmbakterien längs den anatomischen Bahnen stattfinden und zu einer Bakteriurie oder Cystitis führen. FALTIN kommt ebenso wie MARKUS zu dem Schlusse, daß eine Koprostase durch Anusverschluß (36—48 Stunden) im allgemeinen nicht genügt, um eine Überschwemmung des Körpers mit Darmbakterien hervorzurufen. Nach genügend lange dauernder künstlicher Kotstauung können solche Darmveränderungen entstehen, daß Darmbakterien entweder direkt oder auf dem Wege des Peritoneums in den Kreislauf dringen können und dann durch die Nieren in die Blase. Nach genügend lange dauernder Kotstauung können auch Darmbakterien, ohne erst in den Kreislauf gelangt zu sein, in der Blase auftreten.

R. KRAUS³⁷⁾ resumiert in seiner kürzlich erschienenen Monographie: „Über die Bakterien der gesunden und kranken Harnwege“ den Stand der Frage der direkten Überwanderung von Bakterien in folgenden Sätzen: Daß Bakterien vom Darms in die Blase via Kreislauf oder per contiguitatem gelangen dürften, scheint experimentell bewiesen zu sein. Unentschieden bleibt, ob die Schädigung der Darmwand und der Blase eine notwendige Bedingung sei für das Eindringen der Bakterien in den Kreislauf oder in die Blase. In den Kreislauf dürften Bakterien vom Darms erst nach Schädigung der Darmwand gelangen. Bakterien können aber auch ohne erst den Kreislauf zu passieren bei geschädigter Darmwand und Blase direkt in die Blase einwandern. Für die letztere Möglichkeit, die durch die Versuche von MARKUS und FALTIN gestützt ist, finden sich noch Anhaltspunkte in der Arbeit RAYMONDS.³⁸⁾ RAYMOND zeigte nämlich im Anschlusse an Fälle von Cystitis bei Adnexerkrankungen durch anatomische und experimentelle Untersuchungen, daß Stauung, Hyperämie günstige Bedingungen für das Eindringen der Bakterien in die Blase schaffen.

³³⁾ POSNER und COHN: „Über die Durchgängigkeit der Darmwand für Bakterien.“ Berliner klin. Wschr., 1900, Nr. 26.

³⁴⁾ MARKUS, Wiener klin. Wschr., 1901 u. 1903.

³⁵⁾ R. FALTIN (Helsingfors): „Experimentelle Untersuchungen über die Infektion der Harnblase.“ Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane, 1901, pag. 401 u. 465.

³⁶⁾ R. WREDEN, l. c.

³⁷⁾ R. KRAUS, Handbuch der Urologie von A. v. FRISCH und O. ZUCKERKANDL, Wien 1904, pag. 450.

³⁸⁾ RAYMOND: „Cystites survenues chez des malades n'ayant jamais été sondés.“ Ann. des mal. génito-urin., 1893. — Derselbe: „Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers ses parois.“ Ann. des mal. génito-urin., 1893.

Auch BARLOW gelangt in seiner mehrfach zitierten Arbeit zu dem Schlusse, daß die wahrscheinlichste Entstehungsursache der Bakteriurie eine Überwanderung der Colibazillen oder sonstiger Bakterien vom Darms aus ist, entweder direkt durch das Gewebe, oder eventuell durch die Lymphbahnen, wobei der Tripper mit seinen Komplikationen eine sehr wesentliche Rolle zu spielen scheint. Gewiß ist, daß für manche Formen der Bakteriurie, namentlich für die im Kindesalter vorkommenden, die Ätiologie eine ganz andere, in manchen Fällen völlig unklare ist. LYDER NICOLAYSEN³⁹⁾ beschrieb vier Fälle bei Mädchen im Alter von 7½ bis 13 Jahren, welche an Enuresis diurna litten und eine Bakteriurie aufwiesen; kulturell wurde das B. coli sichergestellt. Auf Kali chloricum intern und auf Spülungen mit Arg. nitric.-Lösungen schwand die Bakteriurie sehr bald. Diese exakt beobachteten Fälle von NICOLAYSEN müssen wir als Bakteriurien ansprechen und von der Colicystitis im Kindesalter trennen, welche durch die ersten Beobachtungen von ESCHERICH (Vortrag im Verein der Ärzte Steiermarks 1894) genauer beschrieben wurde. TRUMPP⁴⁰⁾ berichtet über sieben Fälle von Colicystitis, und zwar über vier Fälle bei Mädchen im Alter von 7—9 Jahren und über zwei Fälle, welche Säuglinge im Alter von 6 resp. 13 Monaten betrafen. Durchwegs fand sich im Sedimente des Harns nebst massenhaften Bakterien reichlich Eiter. Bei dem einen Säugling war das Allgemeinbefinden durch Fieber und Unruhe gestört. Therapeutisch wurden Blasen-spülungen mit Lysol resp. mit Kreolin und intern Salol in Anwendung gebracht. Hartnäckige Rezidive traten in zwei von TRUMPPS Fällen unter hohem Fieber, Anorexie, belegter Zunge auf; zwei andere Fälle erkrankten späterhin an einem schweren ascendierenden Prozesse, an Nephritis mit Urämie. Ätiologisch hält TRUMPP die Einwanderung des B. coli per urethram von der mit Kotresten beschmutzten Vulva aus für wahrscheinlich. Bei einer Haus-epidemie von Enteritis follicularis beschrieb derselbe Autor in 13 Fällen die Ausscheidung von B. coli in dem trüb gelassenen frischen Harn. Die Züchtung von B. coli aus dem Blute darmkranker Kinder ist ESCHERICH in einigen Fällen gelungen, TRUMPP erwähnt darüber nichts ausdrücklich. ESCHERICH sah in einem Falle von Colicystitis unter Fieber Nackenstarre und Abmagerung eintreten, wofür er als Ursache Meningitis supponierte; er ist auch geneigt, schwere Allgemeinsymptome bei Coliharnen auf ascendierende Prozesse (Pyelitis, Nephritis, Urämie) zu beziehen.

Nach dem heutigen Stande unseres Wissens müssen wir es als sichergestellt ansehen, daß die eben angeführten Fälle von Colicystitis, die im Kindesalter nichts Seltenes sind, mit der genuinen reinen Bakteriurie, welche niemals die Tendenz zum Ascendieren zeigt, nichts zu tun haben. Hier ist das entscheidende Kriterium der Mangel jedes entzündlichen Prozesses mit gesteigerter Leukozytenbildung, dort ist stets reichliche Eiterung Beweis für einen durch Entzündungserreger hervorgerufenen Infektionsprozeß, der ja zumeist auch auf eine Mischinfektion durch andere Bakterien neben dem B. coli zurückzuführen ist. Die reine Bakteriurie bedingt dagegen das B. coli allein, das in diesen Fällen nicht pyogen wirkt. Aus welchen Gründen dieses Bakterium das eine Mal zumeist als Eitererreger fungiert, das andere Mal dagegen nicht pyogen wirkt, ist dermalen nicht entschieden. In dieser Richtung sind wir noch immer auf die Annahme einer „Verschiedenheit der Virulenz und Rezeptivität“ angewiesen, wie sie die Franzosen GUYON⁴¹⁾, CLADO, ALBARRÁN, REBLAUS u. a. annehmen. Freilich ist man mit diesen Schlagworten dem Ver-

³⁹⁾ L. NICOLAYSEN (Christiania): „Über Bakteriurie bei Enuresis diurna.“ Deutsche med. Wochenschr., 1897, Nr. 13.

⁴⁰⁾ TRUMPP: „Über Colicystitis im Kindesalter.“ Jahrb. f. Kinderheilk., 1897, Bd. 44, pag. 268.

⁴¹⁾ F. GUYON: „Note sur la réceptivité de l'appareil urinaire à l'inv. microb.“ Acad. des scienc., 29. April 1889.

ständnisse des Problems nicht näher gebracht; erst weitere exakte Studien können in die Frage Licht bringen.

Bei der noch wenig geklärten Ätiologie der genuinen Bakteriurie sind wir nach BARLOWS Worten über die nächste Frage, wo sich die Bakterien im Harnapparate, nachdem sie einmal in den Harn gelangt sind, aufhalten und vermehren, noch weniger orientiert. In dieser Richtung wollen wir an späterer Stelle den Versuch machen, der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen. Im allgemeinen wird die rasche Vermehrung der Bakterien im Harn in der Weise, daß selbst bei kurzen Miktionspausen immer wieder Millionen von *B. coli* ausgeschieden werden, als ein Anhaltspunkt dafür gedeutet, daß die Bakterien der Blase nur auf dem Wege der Blutbahn und nicht per contiguitatem zugeführt werden können.

BARLOW meint, es sei bei der schweren Heilbarkeit der Bakteriurie nicht recht glaublich, daß sich die Bakterien im Blasenharne vermehren, in dem sie bei vollkommen kontrahierbarer Blase zu beseitigen sein müßten. In der Blasen-schleimhaut dürften sie, ohne daselbst Entzündung zu verursachen, ebenfalls kaum sitzen. Bei cystoskopischer Untersuchung spricht alles, wie wir später sehen werden, gegen eine solche Annahme. Ein Zuwandern der Bakterien von den oberen Harnwegen dürfen wir bei den reinen Formen der Bakteriurie gleichfalls von der Hand weisen. Auch darüber in unseren späteren Darlegungen. In dem einen Falle von GOLDENBERG ließ sich die Quelle der Bakterien mit ziemlicher Sicherheit als aus den entzündeten Samenblasen stammend erweisen (BARLOW).

Perforative Prozesse mit direkter Bakterieneinwanderung von den Nachbarorganen aus, wobei in erster Linie der Darm in Betracht käme, sind in den sämtlichen publizierten Fällen nicht vorhanden gewesen. In der allgemein gehaltenen Publikation von SCHLIFKA ist wohl gleichfalls von dauernd vorhanden bleibender direkter Kommunikation der Blase mit der Prostata die Rede, ohne daß Krankengeschichten über einschlägige Fälle angeführt wurden. Dieser Autor ist, wie alle neueren Beobachter, der Anschauung, daß bei den postgonorrhöischen Bakteriurien vorwiegend die Prostata in Frage komme, besonders für jene Fälle, in denen die letzte Harnportion am stärksten getrübt erscheint. Ohne exakte bakteriologische Untersuchungen an genau kontrollierbaren Krankheitsfällen behalten jedoch diese Meinungen rein hypothetischen Wert.

Nach alledem hält BARLOW daran fest, daß wir über den Vermehrungsort der Bakterien in den Harnwegen einfach nichts wissen.

Das Verhalten des Harnes, seine stets saure Reaktion bei reinem Coligehalte, seine neutrale oder selbst alkalische Reaktion bei Gegenwart von Staphylokokken, welche Harnstoffersetzer sind, das Zustandekommen von Allgemeinsymptomen bei Bakteriurie durch eventuelle Toxinwirkung, die Rolle der Bakterien bei Bakteriurie, sowie schließlich einige Fragen in klinisch-diagnostischer und in therapeutischer Beziehung, die wir an eigenen Fällen studiert haben, sollen in weiteren eingehende Besprechung finden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

R. CHROBAK (Wien): Über die Einwilligung der Kranken zu ärztlichen Eingriffen.

Kein Eingriff oder kein Versuch zum Zwecke der Heilung oder der Diagnose darf ohne das Einverständnis der Kranken unternommen werden. Aber auch die Einwilligung des Gatten soll, wenn nur irgend möglich, eingeholt werden, weil es unmoralisch ist, daß sich der eine Ehepartner in Gefahr begibt ohne Wissen des anderen. Außerdem kann sich der Arzt dem Manne gegenüber leichter über alle möglichen Eventualitäten aussprechen, als er es mit der Kranken selbst zu tun vermöchte. CH. betont hierbei

(„Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 10), daß ein tiefergehender Unterschied zwischen der privaten und der Spitalpraxis nicht zu machen ist, es vielmehr die höchste Aufgabe des Krankenhauses sei, die Kranken in Verhältnissen zu halten, welche sie den Verlust einer guten Häuslichkeit möglichst wenig empfinden lassen, während andrerseits auch der private Arzt verpflichtet ist, Neues zu versuchen, neue Mittel, neue Methoden anzuwenden. Die Einwilligung der Kranken ist dadurch zu erlangen, daß man dieselbe darüber aufklärt, daß der Eingriff notwendig oder wenigstens rätlich sei. Hierbei darf man ihr nicht die Gefahren des Eingriffes verschweigen oder dieselben als geringer darstellen, bei ihr unrichtige Vorstellungen über die Erfolge hervorrufen, ihr die Technik des Vorgehens als sicher bezeichnen oder Operationen als dringlich schildern, wenn sie es nicht sind. CH. verlangt keine so ausführlichen Reverse, wie sie NEUGEBAUER und EVERKE vorgeschlagen haben, nicht aus Furcht, der Operateur könne den Fall verlieren, sondern zur Vermeidung des inhumanen Umstandes, die Kranke mehr zu beängstigen, als unbedingt notwendig ist. Er verlangt ihn ausnahmslos von allen Spitalskranken, weil dieselben es bald heraushaben, daß jene, welche den Revers ausstellen müssen, schwerer, gefährlicher erkrankt sind. Bei privaten Kranken wird die mündliche Erklärung, für welche man hier leichter verlässliche Zeugen hat, oft die schriftliche ersetzen können. FISCHER.

QUENU und DEVAL (Paris): Über Splenektomie bei BANTISCHER Krankheit.

Vor etwa 10 Jahren hat BANTI auf eine Krankheit die Aufmerksamkeit gelenkt, welche Veränderungen in der Milz und Leber setzt, die im Endstadium einer atypischen Form der LAENNECSCHEN Leberzirrhose gleichen. QUENU und DEVAL haben im Jahre 1899 eine Frau beobachtet, welche an dieser Splenomegalie mit Leberzirrhose litt („Revue de chirurgie“, Oktober 1903).

Im Jahre 1903 beobachteten Verf. zusammen mit VIDAL neuerlich einen Kranken, der von derselben Affektion befallen war. Bei dem ersten Fall wurde die Splenektomie ausgeführt und der Erfolg war ein glänzender. Der zweite Fall blieb unoperiert. Bis jetzt ist im ganzen bei 4 Fällen von BANTISCHER Krankheit die Splenektomie ausgeführt worden. Einer der 4 Fälle ging mit dem Tode ab, doch nicht infolge der Operation, bei den anderen sind selbst die entfernten Resultate günstig, indem die Heilungen schon 20 und 30 Monate, bzw. 3 Jahre anhalten. Die Splenektomie gewährt also Heilungen, die ohne chirurgische Therapie bei BANTISCHER Erkrankung bisher nicht beobachtet wurden. Der operative Eingriff unterblieb in dem zweiten Fall der Verfasser, da der Milztumor keine beträchtliche Größe hatte und keinerlei abdominelle Störungen vorhanden waren. Auch das Allgemeinbefinden war gut. Die hauptsächlichste Indikation zur Operation erscheint den Verff. gegenwärtig: Eine erhebliche Splenomegalie, abdominelle Störungen und eine starke Anämie. J. S.

M. HERZ und E. MEYER (Berlin): Über den Einfluß der therapeutisch verwendbaren Atmungsformen auf das Herz.

Trotzdem theoretische Untersuchungen und praktische Erfahrungen den mächtigen Einfluß von Atmungsveränderungen auf die mechanische Blutverteilung in beiden Kreisläufen, wie auf die Innervation des Herzens und die Gefäße sichergestellt haben, wird doch in der Therapie der Zirkulationsstörungen von der willkürlich beeinflussten Atmung nur sehr wenig Gebrauch gemacht. Die Verff. haben („Zeitschr. f. diätetische u. physikalische Therapie“, 1904, Nr. 1 u. 2) in dankenswerter Weise die verschiedenen, praktisch anwendbaren Atmungsformen in Bezug auf ihren Einfluß auf die Zirkulationsorgane einer Untersuchung unterzogen. Die Versuche erstreckten sich auf folgende Atmungsformen: Die normale Atmung, die Sistierung der Atmung auf der Höhe des Inspiriums und in der Tiefe des Expiriums, den VALSALVASCHEN Versuch, das gepreßte Atmen (HERZ), das gedrosselte Inspirium, das stenosierte Atmen, die langsam vertiefte Atmung, die beschleunigt vertiefte Atmung, die beschleunigte oberflächliche Atmung, das systolische

sakkadierte, das diastolisch sakkadierte Atmen. Als Untersuchungsmethode bedienten sich Verf. der von GÄRTNER angegebenen Methode der Pulsschreibung, welche die großen Schwankungen der Blutdruckkurve neben den Pulswellen viel deutlicher zum Ausdruck bringt, als die gewöhnliche Schreibung von der Radialis aus. Zur Registrierung der Atembewegungen diente zumeist der OEHMKEsche Gürtelpneumograph, zur Pulsschreibung von den kleinsten Gefäßen der Onychograph (HERZ). Bei der gewöhnlichen Atmung sank während des Inspiriums der Druck ab, während des Expiriums sank er zunächst ab und stieg dann an. Da dieses Verhalten sich auf allen Kurven zeigte, so bestreiten die Verf. auf Grund ihrer Versuche die gangbare Hypothese, daß die respiratorischen Druckschwankungen im Thoraxraum den Blutdruck dadurch beeinflussen, daß sie das Blut aus dem Lungengewebe herauspressen und in den großen Kreislauf werfen, daß sie hierauf die Lungengefäße zusammendrücken und dann wieder das Blut in die Lunge saugen. Während des inspiratorischen Stillstandes zeigte die Pulskurve regelmäßige wellenförmige Schwankungen, zugleich sank die Frequenz der Pulsschläge etwas ab. Nach dem Versuche sinkt der Blutdruck ab, die Pulszahl steigt etwas an. Das Anhalten der Atmung in der Tiefe des Expiriums bewirkt nach einem kurzen, nicht immer vorhandenen Anstiege des Blutdruckes eine Senkung, der noch ein Anstieg folgt, wenn der Versuch bis zum Eintritt von Atemnot fortgesetzt wird. Mit dem Einsetzen der Respiration zeigt die Pulskurve einen Wellenberg, dem ein anhaltendes Sinken des Blutdruckes folgt. Beim VALSALVASchen Versuch stieg der Blutdruck sofort stark an, fiel aber erst nach Beendigung unter das normale Niveau. Beim gepreßten Atem bildet die Pulskurve jedem Atemzuge entsprechend je einen Wellenberg. Nach dem Versuche ist der Blutdruck niedriger als vor demselben. Die Pulszahlen zeigen keine Änderung. Während des gedrosselten Inspiriums steigt der Druck und die Pulse werden größer. Nach dem Versuche ist der Blutdruck mäßig erhöht, sinkt aber rasch zur Norm. Die Pulsfrequenz ist während des Versuches verlangsamt. Beim Stenosenatmen ist die Blutdrucksteigerung und Herabsetzung der Pulszahl noch erheblicher. Die Versuche bezüglich der langsam vertieften Atmung ergaben keine einheitlichen Resultate. Die beschleunigte, vertiefte Atmung wirkte stark blutdruckherabsetzend mit geringen respiratorischen Schwankungen, die Pulsfrequenz ist dabei stark erhöht. Auch die oberflächliche beschleunigte Atmung wirkt blutdruckherabsetzend und pulsbeschleunigend, jedoch in viel geringerem Grade. Der Einfluß des sakkadierten Atmens auf das gesunde Herz war auffallend geringfügig. Die näheren Details dieser interessanten Versuche, die durch zahlreich beigefügte instruktive Kurven illustriert werden, sind zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

GRÜNBAUM.

A. W. MAYO ROBSON (London): Über Sanduhrmagen.

Verf. hält den Sanduhrmagen stets für erworben; er entsteht nach seiner Meinung durch perigastrische Verwachsungen, durch chronische Magengeschwüre und durch Magenkrebs. Der Name „Sanduhrmagen“ ist insofern unrichtig, als ein dreiteiliger, ja sogar ein vierteiliger Magen (MOYNIHAN) vorkommen kann. Dies kommt relativ oft vor, da Magengeschwüre multipel sind und z. B. eine Stenose am Pylorus (Duodenum) sowie eine weitere in der Mitte des Magens und eine dritte noch höher oben bewirken können. Meist bestehen die Symptome der Pylorusstenose, doch gelingt es bisweilen, das Bestehen eines Sanduhrmagens schon vor der Operation nachzuweisen. Man sieht, wie Luft oder Flüssigkeit vom proximalen in den distalen Teil übertreten und denselben aufblähen, man kann das Durchpressen zuweilen auch hören. Manchmal sieht man beide Säcke mit Luft gefüllt und dazwischen eine deutliche Furche. Sehr wichtig ist das folgende Symptom: Wäscht man den Magen aus, bis die Flüssigkeit klar abläuft, so folgt zuweilen kurz nachher noch ein Strom trüber, übelriechender Flüssigkeit, die unterdessen aus dem distalen in den proximalen Teil regurgitiert ist. Auch läuft bei der Spülung manchmal nur ein Teil der Flüssigkeit wieder ab, indem der Rest in den distalen Teil übertritt. Wie schon erwähnt, kann neben dem Sanduhrmagen

auch noch eine Pylorusstenose bestehen. Die Behandlung kann naturgemäß nur eine chirurgische sein. Liegt die Stenose etwa in der Mitte des Magens, so macht R. die Gastroplastik allein, besteht zugleich Pylorusstenose, so muß man noch eine Gastroenterostomie des 2. Teiles hinzufügen. In anderen Fällen empfiehlt es sich, die beiden Taschen zu anastomosieren, Gastrogastrostomie. Je einen Fall behandelte Verf. mit Gastroplastik und Pyloroplastik, respektive mit der vorderen Gastroenterostomie; beide Kranke sind gestorben, während 6 mit hinterer Gastroenterostomie behandelte Patienten genesen. Auf 19 durch gutartige Veränderungen erzeugt: Sanduhrmagen kamen also 17 Heilungen und 2 Todesfälle. Schließlich kamen 4 Fälle zur Beobachtung, bei denen ein Magenkrebs die Stenose verursachte; drei davon wurden operativ von ihren Beschwerden befreit, 1 starb. G.

BOSS (Straßburg i. E.): Die interne Behandlung der Gonorrhoe.

Die Häufigkeit der von verschiedenen Autoren beobachteten Urethritis posterior ist nach den Erfahrungen des Verf. („Monatsschrift f. Harnkrankh. und sexuelle Hygiene“, 1904, H. 2 u. 3) auf die Injektionstherapie zurückzuführen, denn bei der internen Behandlung sinkt der Prozentsatz der Komplikationen bis auf vier vom Hundert. In neuerer Zeit wird nun empfohlen, ein möglichst großes Quantum Flüssigkeit in die Pars ant. einzuspritzen. Demgemäß sollen Spritzen von 10—15 cm³ Inhalt verwendet werden. Verf. hält diese Forderung für eine bedenkliche, denn je größer der Fassungsraum der Spritze ist, um so mehr bemüht sich der Patient, die gesamte Flüssigkeit seiner Harnröhre einzuverleiben, was naturgemäß ohne starken Druck nicht möglich ist, so daß auf diese Weise die Flüssigkeitssäule den Muscul. compressor überwindet und Gonokokken mit nach hinten reißt. Sehr häufig erfährt man nämlich von den Patienten, daß nach längerem Zuhalten nur wenig von der Flüssigkeit wieder zutage tritt. Muß man zu Injektionen seine Zuflucht nehmen, dann verwende man die WOLFFsche Spritze, die kaum 8 cm³ faßt. Außerdem hat sie den Vorteil, daß zwischen der Spritze und der olivenförmigen Kanüle eine weiche Gummiröhre liegt, welche bei ungeschickten Bewegungen der Hand eine Verletzung der Harnröhre zu verhüten imstande ist, und daß der Druck sich leicht regulieren läßt. Die Abortivkur der Gonorrhoe mit hochprozentigen Silbersalzen findet wegen ihrer großen Gefahr und des geringen Nutzens fast gar keinen Anklang, ebenso muß auch die JANETSche Behandlung der akuten Gonorrhoe mit Spülungen von Kal. permanganic.-Lösungen (1:0:4000 bis 1:0:1000) als eine unzweckmäßige bezeichnet werden. B. selbst hat in 2 Fällen nach einer Spülung akute eitrige Prostatitis mit Abszedierung auftreten sehen, was auch von anderer Seite beobachtet wurde. Schließlich wird die Heilungsdauer durch die Injektionsbehandlung nicht abgekürzt und in manchen Fällen läßt sich trotz sorgfältigster Behandlung der Übergang in das chronische Stadium nicht verhüten.

Man muß jedenfalls unumwunden zugeben, daß die innere Behandlung der Gonorrhoe mit Gonosan vor der äußeren Injektionsbehandlung folgende Vorzüge besitzt: Vereinfachung des Verfahrens durch Fortfall des lästigen und häufig nicht exakt durchführbaren Spritzens; Vermeidung von Komplikationen; Verbesserung des Heilresultates, da ein Übergang ins chronische Stadium bisher nicht beobachtet wurde. L.

SUKCHIKO ITO (Japan-Berlin): Über primäre Darm- und Gaumentonsillentuberkulose.

Die Gaumentonsillen leiden nicht bloß seltener an Tuberkulose als der Darm, sondern erkranken auch in geringerem Grade als der Darm. Während die Tuberkulose des Darmes mehr oder minder schwer verläuft und in der Regel Geschwüre bildet, verläuft die Tuberkulose der Gaumentonsillen sehr leicht, und zwar offenbar meist, ohne Geschwüre zu bilden, trotzdem die Gaumentonsillen, z. B. bei Scharlach (Streptokokken), Diphtherie (septische) und anderen Affektionen, oftmals sehr schwer verändert werden. Wenigstens

waren in 7 untersuchten Fällen von Gaumentonsillentuberkulose, darunter 5 sekundären und 2 primären, keine Geschwüre vorhanden („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 2). Die sogenannte skrofulöse Lymphadenitis am Halse ist größtenteils Tuberkulose der Halsdrüsen, wie die meisten Autoren annehmen und kürzlich v. BEHRING durch Tierexperimente nachgewiesen hat. Als Eingangspforte der Tuberkelbazillen sind die äußere Haut der Kopf- und Gesichtsteile, Nase, Ohr usw. natürlich denkbar, doch spielen zweifellos die Mundhöhle, insbesondere die Gaumentonsillen, eine größere Rolle, weil diese Organe unter allen Teilen der Mundhöhle relativ die stärkste Neigung zur Aufnahme von Mikroorganismen haben. Trotzdem bei Kindern sehr häufig skrofulöse Halsdrüsenanschwellungen beobachtet werden, sieht man in der Tat sehr selten tuberkulöse Herde an den Gaumentonsillen oder anderen Organen, welche als Eingangspforte der Bazillen gelten. Diese merkwürdige Tatsache kann durch zweierlei Möglichkeiten erklärt werden: *a*) Dadurch, daß, wie schon oben erwähnt, die Tuberkelbazillen die Gaumentonsillen etc. passiert haben, ohne dort tuberkulöse Veränderungen hervorzurufen; *b*) dadurch, daß der primäre Herd in den Gaumentonsillen etc. frühzeitig abgeheilt ist. B.

A. JAPHA (Berlin): **Über den Stimmritzenkrampf der Kinder.**

Der Stimmritzenkrampf der Kinder vereinigt sich mit einer gewissen Art von Konvulsionen und gewissen lokalen Krampfzuständen zu einem Krankheitsbilde, welches charakterisiert ist durch eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems gegenüber allen Arten von Reizen. In Analogie mit ähnlichen Zuständen beim Erwachsenen mag man von einer Kindertetanie sprechen, ohne daß dabei gesagt ist, daß die Ursache der Störung eine gleichartige sei („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 49).

Die Ursache dieser Kindererkrankung ist nicht ganz geklärt. Die winterliche Jahreszeit, vielleicht durch Vermittlung von Wohnungsschädlichkeiten, begünstigt den Ausbruch der Erkrankung; von allergrößter Bedeutung sind aber Ernährungsschädlichkeiten, besonders kann die Kuhmilch die Erscheinungen hervorrufen, während Milchentziehung dieselben oft prompt für die Zeit des Aussetzens, manchmal dauernd beseitigt, wofür man nur für eine Regelung der Diät sorgt. Der Einfluß der Ernährung scheint sich aber erst sekundär infolge einer funktionellen Organstörung geltend zu machen. G.

PAUL COHNHEIM (Berlin): **Über Palpation und Auskultation des normal großen Pylorus.**

Bei vielen stark abgemagerten Individuen mit angeborener oder akquirierter Enteroptose und Diastase der geraden Bauchmuskeln fühlt man sehr häufig die rhythmischen, peristaltischen Bewegungen des Pylorus im Epigastrium, welche sich in einem zeitweisen Härterwerden des Organs mit hör- und fühlbarem Spritzphänomen (von links nach rechts) äußern. Diese Erscheinung ist zwar für die Erkennung der Grundkrankheit ohne Bedeutung, aber für die Lokalisierung der einzelnen Magenpartien sehr gut verwertbar, ihre Kenntnis außerdem zur Vermeidung von Verwechslung mit malignen Tumoren des Magens und des Kolons durchaus nötig („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 3 u. 4).

Das dauernde Hartbleiben eines nicht vergrößerten Pylorus scheint für eine maligne Erkrankung zu sprechen. B.

K. BAISCH (Tübingen): **Erfolge in der prophylaktischen Bekämpfung der postoperativen Cystitis.**

Alle Operateure, welche in den letzten Jahren die WERTHEIMsche Radikaloperation des Uteruskarzinoms geübt haben, führten Klage über die post operationem auftretende Cystitis, welche nicht nur subjektive Beschwerden hervorruft, sondern auch durch Aszendierung die Ursache letalen Ausgangs werden kann. Veranlaßt wird die postoperative Cystitis durch zwei Faktoren: Eine Inner-

ventionsstörung der Blase, infolge der Ausschaltung zahlreicher Nervenbahnen zur Parese und Ischurie führend, zweitens eine Ernährungsstörung der Blasenwände, hervorgerufen durch die ausgedehnte Ablösung der Blase von ihrer Unterlage, wodurch den mit dem Katheter unvermeidbarer Weise aus der Urethra eingeschleppten Keimen (Staphylokokken und Bact. coli) der Boden vorbereitet wird. Prophylaktisch werden nun in der Tübinger Klinik („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 12) nach jedem Katheterismus desinfizierende Blasenausspülungen vorgenommen, dieselben aber auch nicht eher ausgesetzt, als bis bei spontanem Urinlassen jedesmal eine vollkommene Entleerung der Blase stattfindet. Denn wenn auch die Operierten spontan zu urinieren vermögen, so brauchen sie noch längere Zeit, bis sie imstande sind, die Blase bei jeder Miktion vollständig zu entleeren. Der zurückbleibende Residualharn schafft eine außerordentlich günstige Disposition für die Entwicklung und Ansiedlung von Cystitiskeimen.

FISCHER.

MORAWITZ (Tübingen): **Beiträge zur Kenntnis der Blutgerinnung.**

Vollständig isolierte und rein dargestellte Blutkörperchen enthalten Thrombogen in reichlichster Menge. Dadurch ist der mehrfach hervorgehobenen Ansicht, daß das Thrombogen nicht schon im zirkulierenden Plasma in der ganzen Menge oder zum größten Teil gelöst vorkomme, sondern von geformten Elementen abstamme, eine weitere Stütze gegeben worden. Die Blutplättchen sind die einzigen Zellen, in denen bisher mit Sicherheit Thrombogen nachgewiesen wurde. Diese physiologische Tatsache spricht für die Ansicht derjenigen Histologen, die in den Plättchen nicht Zerfallsprodukte der Erythro- oder Leukozyten, sondern besondere zellige Elemente zu sehen glauben („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 3 u. 4). Die Plättchen enthalten auch Thrombokinase, jedoch in geringerer Menge. Es ist anzunehmen, daß ein Teil der Kinase bei der Gerinnung von anderen Elementen, speziell den Leukozyten, geliefert wird. Die verschiedenen Arten der weißen Blutkörperchen enthalten wahrscheinlich kein Thrombogen oder höchstens nur geringe Mengen davon. Es ist notwendig, diese Einschränkung zu machen, bevor die Verhältnisse der Lymphgerinnung vollständig klargelegt sind. Sicher werden die geringen Thrombogenmengen, um die es sich allenfalls handeln kann, beim Vorgang der natürlichen Blutgerinnung keine wichtige Rolle spielen.

Die Tatsache, daß die Plättchen Thrombogen enthalten, rückt uns das Verständnis für manche histologische Beobachtungen, z. B. für die Thrombenbildung, näher. Etwas Ähnliches kann man übrigens auch im extravaskulären Blute beobachten, indem sich unmittelbar vor der Gerinnung an den Wänden des Gefäßes kleine graupenähnliche Häufchen bilden, die ganz überwiegend aus Blutplättchen bestehen; auch scheint zuweilen die Anzahl der Plättchen die Gerinnungsgeschwindigkeit zu beeinflussen. B.

RICHARD LINK (Freiburg i. B.): **Wird bei Kaninchen und Meerschweinchen experimentell hervorgerufene Tuberkulose durch Injektionen mit Hundebutserum beeinflusst?**

Aus den Versuchen L.'s („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 3 u. 4) folgt mit Sicherheit, daß von Kaninchen und Meerschweinchen intramuskuläre oder subkutane Injektionen von Hundebutserum gut vertragen werden. Eine Wirksamkeit derselben im Sinne einer günstigen Beeinflussung der experimentellen Tuberkulose läßt sich angesichts der bisherigen Zahl der vom Verf. ausgeführten Versuche und des variablen Verlaufs selbst der experimentellen Tuberkulose nicht mit Sicherheit als erwiesen hinstellen. Immerhin scheint mancherlei dafür zu sprechen. Solange aber eine günstige Wirkung der Injektionen nicht mit Sicherheit erwiesen ist, scheinen theoretische Erwägungen über die Art, wie sie wirken könnten, etwa durch Erzeugung von Leukozyten usw., durchaus überflüssig. G.

Kleine Mitteilungen.

— Über **farbentherapeutische Versuche bei Trypanosomen-erkrankung** berichten EHRICH und SHIGA („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 14). Trypanosomen sind Erreger verschiedener tropischer Tierseuchen, vielleicht auch der Schlafkrankheit. Verf. infizierten Mäuse mit Blut von Kaninchen, die an Mal de Caderas litten, und injizierten denselben sodann Lösungen von Trypanrot, einem Farbstoff, dessen chemische Konstitution aus dem Originale ersehen werden kann. Es zeigte sich, daß die Parasiten rasch aus dem Blute der infizierten Mäuse verschwanden, daß aber häufig Rezidive eintraten. Auch bei intrastomachaler Darreichung war ein Erfolg zu verzeichnen. Bei Ratten und Hunden traten noch häufiger Rückfälle ein, als bei den Mäusen. Ein Erfolg mittleren Grades war auch bei Infektion mit den Erregern der Naganakrankheit zu erreichen. Hinsichtlich der Theorie dieser Wirkung sprechen die Verfasser die Annahme aus, daß es zu einer aktiven Immunität komme, welche auf Rechnung des Farbstoffes zu setzen ist, daß diese jedoch rasch abnimmt und dann residuale Keime wieder wirksam werden. Bei den Rückfällen von Malaria und Syphilis scheint ein ähnlicher Vorgang einzutreten.

— Die **Beeinflussung der Magentätigkeit durch Faradisation** hat CIONINI untersucht („Il Morgagni“, 1904, H. 9). Er kam auf Grund der gemachten Erfahrungen zu folgenden Schlußfolgerungen: Es ist außer Zweifel, daß die elektrische Reizung der Bauchwand eine Magensaftabscheidung zur Folge hat, letztere wahrscheinlich bedingt durch die mechanische Reizung der Bauchwand (wie bei der Massage); die glatten Muskelfasern des Magens zeigen keinen direkt nachweisbaren Einfluß des auf die Bauchwand applizierten faradischen Stromes. Diese Behandlungsmethode ist folgerichtig unnütz, vorausgesetzt, daß man damit Kontraktionen der Magengegend hervorrufen wollte; Ähnliches kann auch vom galvanischen Strom behauptet werden; die Bauchwand allein wird vom faradischen Strom beeinflusst, ihre Kontraktionen rufen eine Bewegung und Saftabscheidung im Magen hervor, wie man sie durch Massage gleichfalls erzielen kann; die mit dieser Behandlungsmethode bei nervösen Magenaffektionen erzielten günstigen Resultate sind also der Suggestion und Massage gutzuschreiben.

— Zur **Technik der Tracheotomie** berichtet COHN („Ztschr. f. ärztl. Fortbildung“, 1904, Nr. 4). Verf. teilt das im Krankenhaus Moabit geübte Verfahren mit. Es wird dort beim Kinde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Nur der Hautschnitt wird mit dem Messer gemacht, die tieferen Gewebe werden in der Mittellinie mit 2 geknüpften Häkchen aufgerissen. Die Vorzüge dieses Verfahrens bestehen in der leichten Vermeidbarkeit störender Blutungen und in der Ausführbarkeit ohne Assistenz.

— Zur **Behandlung der unwillkürlichen Aërophagie bei Dyspeptikern** empfiehlt MATHIEU („Arch. f. Verdauungskr.“, B. 1. 10, H. 1) Folgendes: Die wesentliche Bedingung für die Heilung eines Aërophagie-Kranken ist vor allem, daß er das Bestehen der Aërophagie kennt, und daß er sich über den wirklichen Vorgang Rechenschaft gibt. Manchen Kranken wird es schwer, das Auftreten eines Aërophagie-Krampfes zu verhindern. Diesen muß man den Rat geben, den Mund offen zu halten, denn nur ganz ausnahmsweise kann man seinen Speichel oder ein Quantum Luft verschlucken, wenn man den Mund offen hält. Oft ist es gut, einen Pfropfen zwischen die Zähne zu bringen, so daß der Mund ohne Mühe mechanisch offen gehalten wird. Bei Hysterischen wird man zumeist psychotherapeutisch vorzugehen haben. Bei der leisen Aërophagie muß man die Bewegungen des Leerschluckens zum Verschwinden bringen. Der Ausgangspunkt der Aërophagie, Dyspepsie, ist durch entsprechende Diät und Medikation zu bekämpfen. Besonders angezeigt ist die Anwendung von Mitteln, welche gegen den Reizzustand des Magens gerichtet sind, z. B. Codein und Aqua Laurocerasi, seltener Morphium und der anderen Antispasmodica. Das beste Mittel gegen den Anfall ist eine gesättigte wässrige Chloroformlösung; dieselbe ist eßlöffelweise zu reichen.

— Über **Beseitigung der Dyspepsie** bei konstitutionellen, chronischen und akuten Krankheiten berichtet ROBERT THOMALLA („Therap. Monatsh.“, XIII). Er hat als Stomachicum das Extraktum

Chinae Nanning verwendet. Das Resultat der chemischen Untersuchung desselben ergab u. a. Folgendes: Der Alkaloidgehalt ist fast konstant und beträgt 5%. Alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde befinden sich im gelösten Zustande im Präparat. Alle nicht wirksamen, also nutzlosen und den Magen beschwerenden Substanzen sind ausgeschieden. Die in den Rinden vorhandene Chinagerbsäure ist nicht in Chinaron umgewandelt, sondern in gelöster Form vorhanden. TH. gab dreimal täglich 15—20 Tropfen in Wasser oder Portwein und konnte schon nach 2—3 Tagen beobachten, daß sich der Widerwille gegen die einzelnen Speisen verminderte. Nach kurzer Zeit war fast in allen Fällen eine Beseitigung der bestehenden Dyspepsie erreicht.

— Zur **Therapie der Anuria calculosa** empfiehlt KÆPES („Petersb. med. Wschr.“, 1903, Nr. 52) Folgendes: Wenn bei Anurie Verstopfung durch Steine vermutet wird, ist unverzüglich in den Harnleiter ein Katheter einzuführen und mit diesem der Stein nach dem Nierenbecken zu stoßen, um für den Harn die Bahn frei zu machen. Durch vorausgehende Injektion von heißem Öl und Glycerin in den Harnleiter wird diese Aufgabe bedeutend erleichtert. Hat man in dem in Verdacht stehenden Ureter keinen Stein gefunden, so muß man denselben im anderen Ureter suchen. Hat man im Ureter einen Stein gefunden und letzteren mit dem Katheter in das Nierenbecken hinaufgestoßen, ohne daß Harn zum Vorschein kommt, so muß man unverzüglich den zweiten Ureter sondieren, da erstens eine beiderseitige Verstopfung bestehen kann und es zweitens möglich ist, daß in dem einen Ureter seit längerer Zeit eine alte Verstopfung bestanden hat, welche bei der Entstehung keine Anurie hervorrief, wohl aber eine solche bedingte, sobald im zweiten Ureter ein Stein eingeklemmt worden ist. Wird bei Ureterkatheterismus an einer Stelle des einen Ureters eine Strikatur entdeckt, so muß man, sobald Verdacht auf Nierenstein vorliegt, rechtzeitig an die Erweiterung dieser Strikatur herangehen.

— Das **Salit**, ein neuer Salizylsäureester für die Inkorporierung durch die Haut, ist nach PAUL MÜLLER („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 15) eine ölige Flüssigkeit, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Glycerin, in jedem Verhältnisse dagegen in Alkohol, Äther und Ölen. Der neue Stoff hat die chemische Formel $C_{10}H_{17}OCO C_6H_4OH$; er wird durch Alkalien und nach Einverleibung im Körper gespalten in Salizylsäure und Borneole. Bei der Anwendung wurde das Mittel in allen Fällen zu gleichen Teilen mit Öl. olivar. gemischt und in der Regel 2mal täglich auf die Haut der erkrankten Körperteile aufgespritzt oder eingerieben. Die bespritzten Hautstellen wurden mit Billrothbattist bedeckt, die eingeriebenen mit Watte. Nach beiden Applikationsweisen konnte Salizylsäure im Urin nachgewiesen werden. Für die einzelne Einnahme wurde $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel des Gemisches mit Olivenöl verwendet, so daß bei 2maliger Anwendung täglich 5—10 g des Gemisches = 2.5—5 g des reinen Salits verbraucht wurden. Selbst die doppelte, versuchsweise angewandte Menge wurde in jeder Beziehung gut vertragen. Die Zahl der von M. mit Salit behandelten Kranken beträgt 36. Die damit erzielten Erfolge sind entschieden als günstig zu bezeichnen.

— Ein sehr gutes **Nähr- und Anregungsmittel** besitzen wir nach den Erfahrungen von WEINBERG („Heilkunde“, 1904, Nr. 2) in dem Fleischsaft Pareo. Dasselbe kann sowohl in der Kinderpraxis als auch bei Erwachsenen Verwendung finden, u. zw. in all jenen Fällen, in denen es sich um Rekonvaleszenten nach schweren akuten und Infektionskrankheiten handelt, in Fällen beginnender Lungenspitzen tuberkulose, bei Erkrankungen des Blutes, wie Anämie und Chlorose. Immer wird das Präparat gern genommen und ist frei von Nebenwirkungen. Verf. illustriert seine Befunde durch interessante Krankengeschichten.

— Mit **Fersan** in Pulverform hat Prof. CHARLES AARON an der Universitätsklinik für Magen- und Darmkrankheiten in Detroit („American Medical Compend., II, 1904) Versuche angestellt und gelangt zu dem Ergebnisse, daß Fersan als Eisenacidalbuminverbindung bei gestörter Magenverdauung recht gute Dienste leisten kann, und daß schon geringe Mengen Fersan (2mal täglich je ein Kaffeelöffel mit Milch oder Mineralwasser) genügen, um die dem Eisen spezifische Reizwirkung auf die blutbildenden Organe

auszütten. Besonders charakteristisch für Fersan ist die appetitanregende Wirkung und empfiehlt Verfasser die Anwendung des Fersans in Krankheitsfällen, in denen sowohl Besserung der Ernährung als auch der Blutbildung in Frage kommt.

— Einen **neuen Weg zur Freilegung der Hinterfläche des rechten Leberlappens** beschreibt ISRAEL („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 14). Er machte, um Nebenniere und hintere Leberfläche freizulegen und nach einem dort vermuteten Krankheitsherd abzusuchen, in einem Falle einen Schnitt vom äußeren Rand des M. sacrolumbalis hart am unteren Rand der 12. Rippe nach vorn, resezierte die 12. Rippe, spaltete die Fettkapsel der Niere, isolierte ihren Gefäßstiel, luxierte das Organ nach unten und innen und konnte sodann den retroperitonealen Unterzwerchfellraum besichtigen und abtasten. In der Impressio renalis fand sich ein skirröser, blaßgelber Gummiherd, der nach Spaltung des verdickten parietalen Bauchfellblatts exzidiert wurde. Die reponierte Niere wurde fixiert, ein Gazestreifen blieb in der Leberwunde. — Dieser Operationsweg ist ungangbar, wenn infolge Verwachsungen die Dislokation der Niere nicht gelingt.

— Das **Salocreol** ist eine ölige, braune Flüssigkeit, der Salizylsäureester des Kreosots (SIEGMANN, „Ärztl. Zentr.-Ztg.“, 1904, Nr. 10). Dasselbe wird auch bei externer Anwendung resorbiert. Die äußere Haut resorbiert Salocreol in kurzer Zeit, wird absolut nicht gereizt und angegriffen. Nach drei bis sechs Stunden kann Salocreol schon im Harn durch die Eisenchloridreaktion nachgewiesen werden. (Eisenchlorid erzeugt in versieftem, id est durch den Stoffwechsel verdünntem Salocreol die für Phenole und Salizylsäure charakteristischen Violettfärbungen.) Der Gehalt an Kreosotphenolen befähigt das Salocreol, gewisse, im Wasser unlösliche, durch Bakterienwirkung entstandene Zerfallsprodukte einer Lösung zuzuführen und durch die Blutbahn zur Ausscheidung aus dem Organismus gelangen zu lassen. Außer diesen Eigenschaften hat das Mittel noch eine ganz besondere spezifische Wirkung bei akuten und chronischen Lymphadenitiden. Als Indikationen für Salocreol gelten: Erysipel, Gelenk- und Muskelrheumatismus, Arthritis deformans, akute und chronische Lymphadenitis, besonders nach Masern, Scharlach, Influenza, bei Angina mit Tonsillarabszeß, skrofulöse Drüsenpakete. Es wird in Dosen von 3—15—20 g aufgezupst oder eingerieben.

— Über einen **Fall von Senfvergiftung** berichtet KOLBE („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 7). Die Patientin hatte wiederholt gegen Magenschmerzen eine Kur mit Senfkörnern angewendet; sie pflegte vier Wochen hindurch dreimal täglich einen gehäuften Teelöffel vor den Mahlzeiten zu nehmen. Die letzte Kur hatte sie vor vier Wochen begonnen, hatte aber größere Dosen, 5—6 stark gehäuften Teelöffel, und am letzten Tage noch mehr genommen. Am folgenden Morgen wurde sie dann in schwer vergiftetem Zustand aufgefunden. Es handelte sich hier also um eine Vergiftung durch das ätherische Senföl, welches aus dem im Senfsamen enthaltenen Glykosid Sinigrin (myronsaures Kalium) bei Gegenwart von Wasser durch das im Senfsamen enthaltene Ferment Myrosin abgespalten wird. Die Wirkung des Senföls scheint besonders auf die Reflexzentren der Medulla oblongata gerichtet. Verf. referiert kurz über die wichtigsten früheren Arbeiten in Betreff der Toxikologie des Senföls. Das Vorkommen von Glykosurie bei Senfvergiftung fand Verf. in der Literatur bisher nicht erwähnt. Die Diagnose Senfvergiftung würde in zweifelhaften Fällen zu sichern sein durch Prüfung des Geruchs der Expirationsluft und des Harns, durch Destillation des Harns und des Mageninhalts mit Wasser zur Gewinnung des ätherischen Öls, durch den Nachweis der Senfkörner in den Stuhlentleerungen. Therapie: Künstliche Respiration, Magenspülung, Exzitantien, ev. Milchdiät.

— Über die dermatologisch wichtigen Bestandteile des Teers und die **Darstellung des Anthrasols** berichtet VIETH („Therap. d. Gegenw.“, 1903, Nr. 12). Er hat durch Versuchsreihen, die zusammen mit SACK und anderen Dermatologen angestellt wurden, gefunden, daß für die Dermatologie lediglich die Phenole und die Teerkohlenwasserstoffe in Frage kommen. Die Phenole sind die Träger der juckstillenden Wirkung, die eigentliche charakteristische Teerwirkung aber geht von den Kohlenwasserstoffen aus, und zwar

speziell von den hochsiedenden. Die Pyridine und das Pech hingegen wirken schädlich. Das letztere behindert den gewöhnlichen Teer am schnellen und tiefen Eindringen in die Haut, verschließt die Follikel und erzeugt Teerakne. Unter Zugrundelegung dieser Gesichtspunkte wurde das Anthrasol dargestellt. Dasselbe ist dünnflüssig, hell, die damit hergestellten Salben sind weiß. Es hat eine kräftige antipruriginöse Wirkung und dient auch zur Herstellung farbloser Teerseifen.

— Zur **Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum** berichtet DAUBER („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 7). Seit Anwendung der CREDESchen Einträufung ist die Blennorrhoea neonatorum aus den Gebäranstalten fast gänzlich verschwunden. Neben dem Arg. nitric. sind hierbei auch zwei andere Silberverbindungen erprobt worden, das Protargol und das Argentum aceticum. Verf. berichtet nun über Resultate, welche er mit verschiedenen Methoden der Prophylaxe erzielt hat. Er gebrauchte anfangs die 2%ige Arg. nitric.-Lösung, in der letzten Zeit die 1%ige Arg. nitric.-Lösung. Von 5130 Kindern erkrankten 17 = 0.33%. Reizerscheinungen kamen selten vor, schwere Fälle so gut wie nie. Im ersten Vierteljahr 1903 wurde das Argentum aceticum mit nachfolgender Kochsalzinstillation angewendet. Von 149 damit behandelten Kindern erkrankte keines an Ophthalmoblennorrhoe, eine Reaktion trat in 15% der Fälle ein; dabei handelte es sich einige Male um ziemlich starke eitrige Sekretion. Im zweiten Quartal wurde das Verfahren CREDES mit 1%iger Lösung angewendet. Von 160 Kindern erkrankte keines an Ophthalmoblennorrhoe; in 2.5% der Fälle trat eine Reizung ein. Im dritten Quartale 1903 wurde das Argentum aceticum ohne Kochsalzinstillation angewendet. Auch hier trat in keinem Falle Ophthalmoblennorrhoe auf, in 6.3% der Fälle bestanden Reizerscheinungen. Die besten Resultate wurden also mit dem Arg. nitric. erzielt, wobei die 1%ige Lösung genügte.

Literarische Anzeigen.

Die menschlichen Nahrungs- und Genußmittel, ihre Herstellung, Zusammensetzung und Beschaffenheit, nebst einem Abriß über die Ernährungslehre. Von J. KÖNIG. II. Band, 4. verbesserte Auflage. Mit in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin 1904, Julius Springer.

Der vorliegende II. Band dieses klassischen Werkes enthält: „Die chemischen Verbindungen der Nahrungs- und Genußmittel“, „Die Veränderungen der Nährstoffe durch die Verdauung und Aufgabe derselben für die Ernährung“, „Die Ernährungslehre“, „Tierische Nahrungs- und Genußmittel“, „Die pflanzlichen Nahrungs- und Genußmittel“, darunter eine erschöpfende Erörterung der alkoholischen Getränke“. Die Literaturangaben sind ungemein reichhaltig und in Bezug auf ihre Verlässlichkeit sorgfältig ausgewählt. Die Eigenschaften der in den Nahrungs- und Genußmitteln vorkommenden chemischen Verbindungen, sowie die Gewinnung und Herstellung der Nahrungs- und Genußmittel, schließlich die Einflüsse auf ihre Beschaffenheit sind viel eingehender behandelt worden als in der 3. Auflage. Auch die Verunreinigungen und Verfälschungen, sowie die Beurteilung auf Grund bestehender Gesetze haben — und wir glauben, mit vollem Rechte — die vollste Berücksichtigung gefunden. So ist denn dieses prächtige Buch, eine Enzyklopädie unserer Nahrungsmittelchemie, noch vollkommener geworden, als es schon früher war, der getreue Abdruck unseres Wissens auf dem genannten Gebiete, ein Mentor ohnegleichen, eine Sammlung von Abhandlungen, die tiefe Gelehrsamkeit, umfassendes Wissen, Prägnanz des Ausdrucks, Klarheit der Darstellung und Eklektizismus in sich vereinigen.

BR.

F. KLEMPERER: PAUL GUTTMANNs Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für die Brust- und Unterleibsorgane. 9. Auflage. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Ein alter Bekannter in neuem Gewande. Vor zehn Jahren noch war PAUL GUTTMANNs „Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-

methoden“ eines der beliebtesten und meistverbreiteten Lehrbücher. Seither sind viele neue Werke, das gleiche Thema behandelnd, auf den Plan getreten, das ältere, veraltende, verdrängend, ersetzend. Die von F. KLEMPERER besorgte Neuauflage versucht es, und es scheint mit Glück und Geschick, dem ausgezeichneten Buche das verlorene Ansehen wieder zu gewinnen. Seine Verständlichkeit und die dem Bedürfnisse des Studenten Rechnung tragende Beschränkung auf das Notwendige werden ihm, wie ehemals, zahlreiche Freunde erwerben.

BR.

Die Geschichte des Badewesens. Mit 13 Abbildungen im Text. Von Dr. Eduard Bäumer, Arzt für Hautkrankheiten in Berlin. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin. Herausgegeben von Professor Dr. HUGO MAGNUS, Dozent Doktor MAX NEUBURGER und Sanitätsrat Dr. KARL SUDHOFF. Heft VII. Breslau 1903, J. U. Korns Verlag (Max Müller).

B. gibt zunächst eine interessante Darstellung der Entwicklung des Badewesens bei den Völkern des Altertums. Während bei den ältesten Völkern des Orients die durch religiöse Vorschriften geregelte Reinigung des Körpers das wesentlichste Motiv für das Bad bildete, faßten die Griechen körperliche Reinheit als Symbol der geistigen auf und brachten das Badewesen auf eine sehr hohe

Stufe der Entwicklung. Durch den Einfluß griechischer Ärzte nahm später auch das römische Badewesen jene Vervollkommnung ein, die wir noch heute beim Anblick der Thermen des Diocletian und Caracalla bewundern. Im Mittelalter entstanden in ganz Europa zahlreiche „Badestuben“, die von allen Schichten der Bevölkerung stark benützt wurden und in primitiver Weise Dampfbäder verabreichten. Einen Ersatz für die Badestuben fanden die vermögenden Kreise in dem Gebrauche der Wildbäder, die aber mehr des Vergnügens als der Gesundheit wegen aufgesucht wurden. Im 19. Jahrhundert nahm das Badewesen in Europa eine sehr langsame Entwicklung. Die erste öffentliche Badeanstalt wurde im Jahre 1804 in Wien errichtet. Die ersten Volksbäder wurden um die Mitte des 19. Jahrhunderts in England eingerichtet und nach diesem Muster entstanden auch in Frankreich und Deutschland Badeanstalten und Schwimmhallen. Die auf LASSARS Anregung gegründete „Deutsche Gesellschaft für Volksbäder“ strebt die Errichtung von Volksbrausebädern an möglichst zahlreichen Orten an. Eine neue Etappe auf dem Gebiete des Badewesens bildet schließlich die Errichtung der „Schulbrausebäder“. — Jedem, der sich für die Geschichte des Bades, das ein „hygienisches und kulturförderndes Element ersten Ranges ist, interessiert, sei die Lektüre dieses Büchleins bestens empfohlen.

A.

Feuilleton.

Moderne sozialärztliche Bestrebungen.

Von Dr. Ludwig Dresdner, Arzt in München und Bad Reichenhall, gewes. 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereines München.

V.

Der Gedanke, sich an dieser Stelle wenigstens mit einigen Worten mit der Streitfrage der Erhöhung des Disziplinarrechtes der Ärztekammern zu beschäftigen, liegt nahe: Ich entziehe mich jedoch diesem Reize. Wer die Ideen, von denen ich mich leiten lasse, aus meinen bisherigen Ausführungen richtig herausgeschält hat, wird ohnehin wissen, wie ich mich zu dieser Frage stelle. Erst einmal etwas ordentliches und bedeutungsvolles auf wirtschaftlichem Gebiete leisten! Wenn dann noch unverbesserliche Ärzte vorhanden sein sollten, wird das Verlangen nach starken disziplinären Befugnissen ein allgemeines sein: Dann wird man solche Befugnisse vielleicht auch nicht erhalten. Aber dann werden jene traurigen Elemente unseres Standes auch kaum noch nennenswerten Schaden anrichten können! — Wäre ich Österreicher, so würde ich sagen: „Die Frage ist einfach unaktuell! Denn es ist ausgeschlossen, daß unsere Regierung, nachdem sie uns wiederholt gezeigt hat, daß sie sich nicht dazu entschließen könne, die gegenwärtigen, sogar gesetzlichen Befugnisse der Ärztekammern gelten zu lassen, nun noch gar eine Erweiterung dieser Befugnisse eintreten lassen wird.“ Unerreichbares aber stellt man — unbeschadet der Aufrechterhaltung aller theoretischen Anschauungen — am besten zurück, um sich auf dem Boden des Erreichbaren zusammenzufinden!

Ja, das Sichzusammenfinden! Wenn nur die „anderen“ Reibungsflächen nicht wären! Nun — die Not der Zeit wird Sie noch einmal alle zusammenschweißen. Aber weshalb darauf warten?! Wer Ihnen in Österreich dereinst als Organisator erstehen wird, wird sich eben bemühen müssen, vorhandene Reibungsflächen zu glätten: Und da wäre jedes Mittel, das dazu geeignet ist, von eminenter sozial-ärztlicher Bedeutung. Solche Mittel gibt es, aber nur eines lassen Sie mich heute erwähnen!

Ich habe während meiner Amtszeit in München die Anregung gegeben, wenigstens für einen Teil der Wahlen unserer Ärzteschaft das Proportionalwahlssystem einzuführen. Heute sind in München 20 Ärzte bei der Wahl unter allen Umständen in der Lage, den Mann ihres Vertrauens in die Vorstanderschaft unseres ärztlichen Standesvereines zu entsenden. Noch steht die

Ärzeschaft dem neuen Wahlsystem etwas unbeholfen gegenüber: Aber sie wird es schon lernen, die großen Segnungen dieser Einrichtung zu erfassen und praktisch auszunutzen. — „Majorisierungsversuche“ sind der Todfeind aller wirtschaftlichen Bestrebungen! Auch schafft nichts so sehr Erbitterung als sich in einer Körperschaft, der anzugehören man berechtigten Anspruch hat, nicht vertreten zu glauben. Anspruch, in einer leitenden Körperschaft vertreten zu sein, aber hat jede Gruppe von einiger Stärke, — selbst wenn sie nicht sogar viele hunderte von Anhängern zählt. Man muß von Fanatismus beseelt sein in Bezug auf die seinen Kollegen mindestens bei Wahlen zu erweisende Gerechtigkeit! Sehen Sie, auch in Berlin ringt eine große Ärzteschaft nach Einigkeit! Wahrscheinlich, daß die Einigung sich leichter vollziehen würde, wenn sie auf dem Boden einer großen deutschen wirtschaftlichen Reichsärzteorganisation versucht würde. Aber würde es nicht schon einen mächtigen Vorstoß im Sinne der Einigung bedeuten, wenn man wenigstens bei den Wahlen zur Ärztekammer nach dem Proportionalwahlssysteme zu wählen in der Lage wäre! Praktisch wäre dies außerordentlich leicht zu bewerkstelligen. Dem Ganzen wäre die sogenannte Verhältniszahl zugrunde zu legen, die sich ergibt, wenn man die Gesamtzahl der Ärzte des Ortes durch die Gesamtzahl der zu wählenden Kammermitglieder dividiert. Nehmen wir an, diese Verhältniszahl sei 50. Dann müßten bei der Wahl immer je 50 Ärzte berechtigt sein, durch einfache Unterschreibung eines und desselben Namens den Inhaber dieses Namens ohne weiteres zum Mitgliede der Ärztekammer zu erheben (selbstverständlich wird „alles“ schon vor der Wahl arrangiert). Der Name eines jeden Arztes darf in der Gesamtzahl aller Listen nur ein einziges Mal vorhanden sein. Den Ärzten, die sich an der Proportionalwahl nicht beteiligt haben, wäre nachträglich Gelegenheit zur Wahl nach dem Majoritätsprinzip zu geben. — Auch bei einem solchen Wahlsysteme wird eine in der Ärzteschaft eventuell in der Majorität vorhandene Richtung unter allen Umständen ihren Ausdruck finden können, aber auch die Minoritäten werden zu dem ihnen durchaus gebührenden „Rechte“ gelangen. Ich bin davon überzeugt, daß eine jede Regierung, wenn man an sie mit einem entsprechenden Antrage herantreten würde, ja sagen wird. Aber es bedarf gar nicht der Zustimmung der Regierung zur Durchführung eines solchen oder ähnlichen Wahlsystems, — wenn die vorhandenen Ärztegruppen sich entschließen, die Kandidaten für die Ärztekammer auf dem Wege einer Vorwahl zu nominieren. Sagen wir einmal: Der Verband der Ärzte Berlins einerseits, der Berliner Ärzteverein andererseits — ich weiß freilich nicht, ob in Berlin solche Vereinigungen existieren! — wählen, jeder in seinen

Kreisen, nach dem Proportionalssystem unter Zugrundelegung jener Verhältniszahl die Männer ihres Vertrauens. Eine gemeinsame Kommission setzt aus sämtlichen auf diese Weise hüten wie drüben gewählten Kollegen die gemeinsame Kandidatenliste zusammen: Dieser Gesamtliste, die den Ausdruck des Vertrauens aller vorhandenen Ärzteguppen darstellt, bei der offiziellen Wahl zum Siege zu verhelfen, wäre für jeden ehrliebenden Arzt Ehrensache. — Wir wollen später einmal sehen, ob sich nicht einer solchen, nach einem alle Teile befriedigenden Systeme gewählten Ärztekammer im Rahmen der großen ärztlichen Reichsorganisation ein ganz besonderer Ehrenplatz anweisen läßt! Aber nun will ich schleunigst zu unserer Münchner Bewegung zurückkehren, denn meine Ausflüge nach — Wien fangen nachgerade an, ihren harmlosen Charakter zu verlieren.

Die mit den Namensunterschriften versehenen Revorse liefen in verhältnismäßig sehr kurzer Zeit ein. Wie schon erwähnt, bedurfte es seitens der damaligen Kassenärzte keines besonderen Heldenmutes, sich zu verpflichten. Mit den praktischen Ärzten verpflichteten sich in gleicher Weise die sämtlichen Universitätslehrer, auch die Theoretiker — dies macht einen guten Eindruck nach außen! — sowie die königlichen Medizinalbeamten. Die aktiven Sanitätsoffiziere konnten aus dienstlichen Rücksichten gegenüber einer bürgerlichen Korporation eine schriftliche Verpflichtung begrifflicherweise nicht eingehen, doch war ihr Verhalten in der Zukunft von vornherein über jeden Zweifel erhaben, und es wurde auch mündlich eine entsprechende Erklärung abgegeben.

Am 14. März war die Beratung der Grund- und Leitsätze für die Entscheidungen der lokalen Vertrauenskommission beendet: Und schon 14 Tage später, am 2. April, konnte in einer von glänzendem Geiste getragenen allgemeinen Ärzteversammlung, der präsiert zu haben zu allen Zeiten eine der schönsten Erinnerungen meines Lebens bleiben wird, der einmütige Beschluß gefaßt werden, die sämtlichen mit Münchner Krankenkassen bestehenden Verträge zum nächsten gesetzlich zulässigen Termine zu „kündigen“. Wenn der Beschluß auch nicht wörtlich so lautete, jedenfalls lief er darauf hinaus. Die Kündigung der Verträge war notwendig — denn wenn die alten Verträge nicht zu existieren aufhörten, konnte ja die lokale Vertrauenskommission nicht in Wirksamkeit treten. Sie haben davon gehört, wie der mutige Entschluß der Münchner Ärzte, die Änderung ihrer Verhältnisse selbst in die Hand zu nehmen, die Runde durch alle Tages- und Fachzeitungen machte und zumal bei den reichsdeutschen Kollegen einen wahren Enthusiasmus hervorrief. Allgemein wurde die Entschließung der Münchner Ärzte als befreiende Tat empfunden.

Es war indessen gar nicht so leicht, die Kassenärzte, welche die Verpflichtung gegenüber der lokalen Vertrauenskommission so bereitwillig eingegangen waren, nunmehr auch zur Unterfertigung der Kündigungsformulare zu veranlassen. Dazu bedurfte es einer großen Agitation von Haus zu Haus. Im Grunde genommen konnte den Kassenärzten ihr Zögern gar nicht verargt werden. Vor allem konnten die Kassenärzte mit Recht geltend machen, wir seien nicht in der Lage, ihnen dafür zu garantieren, daß sie nicht im Falle einer Kündigung ihrer Stellen in diesen Stellen durch Ärzte von außerhalb Münchens — nur bayrische Ärzte wären meines Erachtens überhaupt in Betracht gekommen! — ersetzt würden.

So wandte ich mich denn Ende April namens unserer Vorstandschaft in einem Aufrufe an die sämtlichen bayrischen ärztlichen Bezirksvereine mit der Bitte

„jedes Vereinsmitglied unterschriftlich und ehrenwörtlich generell zu verpflichten, an keinem Orte Bayerns eine Kassenarztstelle annehmen zu wollen, deren Annahme den Ärzten durch Beschluß einer bestehenden lokalen Vertrauenskommission oder der zuständigen Bezirksvereinsvorstandschaft untersagt ist, diese Verpflichtung auch von den einem Bezirks-

vereine nicht angehörenden Ärzten des Ortes bzw. Bezirkes einzuholen, anderenfalls die Namen der sich nicht verpflichtenden Ärzte nach München mitzuteilen, damit deren Kenntnis allen bayrischen Bezirksvereinen vermittelt werden könne.“

Mit diesem Aufrufe bzw. mit der Erfüllung der in dem Aufrufe vorgetragenen Bitte beginnt die Ausgestaltung der lokalen Organisationen zu einer bayrischen Landesorganisation. Ist die Landesorganisation zunächst für den speziellen Zweck, für den Kampf mit den Krankenkassen, geschaffen worden, — sie wird sich im Laufe der Zeit ganz von selbst zu einer wirtschaftlichen Organisation ersten Ranges auswachsen. Der Aufruf, der zudem vom Leipziger wirtschaftlichen Verbands in 25.000 Exemplaren in ganz Deutschland verbreitet wurde, hatte vollsten Erfolg: Dabei gingen der Münchner Ärzteschaft von allen Seiten lebhafteste Sympathiekundgebungen zu, wurde ihr mit herrlichen Worten Mut zugesprochen, für den Notfall energische Unterstützung in Aussicht gestellt. — Der Zusammenschluß der bayrischen Ärzte hat inzwischen auch seinen äußeren Ausdruck gefunden in der auf dem ersten bayrischen Ärztetage im September vorigen Jahres in München gegründeten, jederzeit aktionsbereiten „Bayrischen wirtschaftlichen Zentrale“.

Ende Juni waren denn in der Tat sämtliche Kündigungsformulare, im ganzen über 1000 Einzelkündigungen, unterfertigt in den Händen der lokalen Vertrauenskommission, welche sie am 1. Juli den Krankenkassen mit der Erklärung zugehen ließ, daß Verhandlungen über neue Verträge fortan nur noch mit ihr, der Vertrauenskommission, geführt werden dürfen. Die gesetzliche dreimonatliche Kündigungsfrist mußte eingehalten werden: Aber am 1. Oktober, so war es der „Wille der Ärzte“, sollte eine vollständige Umwälzung aller bisherigen Verhältnisse zu den Krankenkassen vor sich gehen. Auch die Universitätslehrer, soweit sie überhaupt in Betracht kamen, hatten die Kündigung ausnahmslos unterschrieben. Wäre es am 1. Oktober zu einem „Ärztestreik“ gekommen, so wäre es selbst der Staatsregierung in ihren eigenen Polikliniken unmöglich gewesen, von den daselbst tätigen Universitätslehrern eine Behandlung der Versicherten, außer in Notfällen, zu erlangen.

Möge man sich an diesem glänzenden Bilde der Einigkeit allüberall ein Beispiel nehmen!

Das Übrige — war nur eine Frage der Zeit, das Ganze ein einfaches Rechenexempel. War die Organisation der bayrischen Ärzte eine feste und umfassende, so konnte der Kampf lediglich mit glatter Unterwerfung der Krankenkassen enden. Die Krankenkassenvorstände wußten die Bedeutung unserer Organisation recht gut zu beurteilen — sogar besser als die Ärzte selbst, die gänzlich überflüssigerweise eine aufklärende Tätigkeit bei den Krankenkassen begannen, anstatt einfach und nüchtern zu erwägen, was am 1. Oktober zu geschehen habe —, denn sie machten nicht einmal den Versuch, die Einigkeit der Ärzte zu durchbrechen, wenn man von einigen harmlosen, fast kindischen Versuchen im Beginne des Streites absieht.

Wäre der 1. Oktober ohne Einigungsergebnis herangekommen, ich glaube nicht, daß man ärztlicherseits die Arbeit eingestellt, den Streik inszeniert haben würde. Man hätte voraussichtlich „von Arztes wegen“ die freie Arztwahl proklamiert und die Versicherten wie Privatpatienten weiter ärztlich behandelt: Aber selbstverständlich nur gegen sofortige Barhonorierung nach den in der Privatpraxis üblichen Sätzen und, wenn dies nicht schleunigst zum Siege geführt haben würde, nach den Sätzen einer für die Kampfesperiode eigens geschaffenen, besonders hohen Kampfsteuer. Die Versicherten würden bei solchem Vorgehen kaum zu leiden gehabt haben, da ihnen zufolge der „bei uns“ geltenden gesetzlichen Bestimmungen jeder ausgelegte Pfennig von ihrer Krankenkasse sofort hätte ersetzt werden müssen. Und was die Krankenkassen selbst betrifft: „Wer sich in Gefahr begibt, kommt darin um!“ Schließlich gilt auch vom wirtschaftlichen Kriege der

Satz: „Wer den Krieg verliert, hat die Kriegskosten zu bezahlen.“

Im September fand dann, wie schon erwähnt, der erste bayrische Ärztetag in München statt, um sich zu einer glänzenden Kundgebung der geeinten Ärzteschaft im Sinne treuester Solidarität zu gestalten. Auch die königliche Staatsregierung war auf demselben offiziell vertreten. — Gerade ihr Vertreter, der erste Medizinalbeamte Bayerns und Referent für die ärztlichen Angelegenheiten im Staatsministerium des Innern, war es, der den versammelten Ärzten die Worte zurief:

„Seid einig, dann seid Ihr auch stark!“

So hatten sich die bayrischen Ärzte die Sympathie ihrer Regierung durch ihre Organisation — errungen!

Die Verhandlungen mit den Krankenkassen begannen wenige Tage nach diesem Ärztetage — auf Ansuchen der Krankenkassen — und waren in kürzester Zeit beendet. Die Vertreter der Ärzte hielten unverrückbar an dem Standpunkte fest: „Hier sind unsere Forderungen, die wir auf Grund unserer Erfahrungen für gerechte und erfüllbare erachten. Wie Ihr denselben gerecht werden, die dazu nötigen Mittel aufbringen wollt, dies zu erwägen, ist im Grunde genommen allein Eure Sache!“ Ein Standpunkt, der durchaus nicht ausschließt, daß man im übrigen den Krankenkassen alle nur erdenklichen Schutzmaßregeln angedeihen läßt. Um ängstlichen Seelen die Berechtigung des Standpunktes zu beweisen, will ich nur Folgendes anführen:

Unsere Krankenkassen hatten von jeher unter der großen Zersplitterung des Krankenkassenwesens zu leiden. Wie andere, so hatte auch ich — schon vor 10 Jahren in dem erwähnten Vortrage — den Beweis dafür erbracht, daß nur große, zentralisierte Krankenkassen wirklich solvent sind. Aber alle Zentralisationsbestrebungen waren an dem hartnäckigen Widerstande der Krankenkassenvorstände, die sich an ihre Ämter anklammerten, gescheitert. Was 10 Jahre hindurch die wichtigsten Vernunftgründe nicht zuwege gebracht haben: Der Sieg der Ärzte bzw. die dringende Notwendigkeit, gegenüber den ärztlichen Forderungen solvent zu werden, hat im vorigen Oktober binnen 3 Wochen die Zentralisation der Münchner Ortskrankenkassen herbeigeführt. — Man kann jetzt, 3 Monate nach Verwirklichung der ärztlichen Forderungen, und nachdem die freie Arztwahl in München ihre ersten Kinderkrankheiten überstanden, ruhigen Gewissens behaupten, daß die Krankenkassen den an sie gestellten Anforderungen gewachsen sein werden.

Das Erreichte ist in jeder Beziehung bedeutsam: Freie Arztwahl, Unabhängigkeit des einzelnen Arztes von den Krankenkassenvorständen, zur Entscheidung bei Streitfällen ein Schiedsgericht mit einer unparteiischen juristischen Person an der Spitze, bedeutende Erhöhung des ärztlichen Honorars, — eine Erhöhung, die mit allem, was drum und dranhängt, „bis jetzt“ rund 150% beträgt.

So hat eine geeinte Ärzteschaft aus eigener Kraft, wenn auch unter großen Opfern an Arbeit und Zeit, einen glänzenden Sieg errungen, einen Sieg durch Organisation. Nicht nur materielle Erfolge, auch ideale wurden erzielt. Die unwürdige Herrschaft der Krankenkassenvorstände ist vorüber, der Münchner Arzt wieder ein unabhängiger Mann. Freie und anständige Konkurrenz ist wieder möglich, die Zeit des ethischen Niederganges, so ein gütiges Geschick es will, für immer vorbei.

Discite moniti. — Aber lernen Sie es auch, uns richtig zu verstehen! Nicht glauben, daß man nur loszuschlagen brauche, um zu siegen, wie man vorübergehend in weiten Kreisen der reichsdeutschen Ärzte geglaubt hat! Die Münchner Ärzte schlugen los, „nachdem“ sie sich und die übrigen bayrischen Kollegen wohl organisiert hatten. Hätte man es nur außerhalb Bayerns ebenso gemacht! Doch schon ist ein Antrag der Münchner Ärzteschaft zum nächsten deutschen Ärztetage unterwegs, das, was in Bayern an Organisation des ärztlichen Standes geschaffen worden ist, auf die Ärzteschaft ganz Deutschlands auszu dehnen, — wie es in gewissem Sinne unser vorjähriger Antrag

zum außerordentlichen deutschen Ärztetage bezweckt hat. Möge der Antrag endlich angenommen werden, auf daß ein Netz gegenseitiger Verpflichtungen alle deutschen Ärzte umspanne und in einem großen deutschen ärztlichen Schutz- und Trutzbündnisse vereinige!

Wenn ich mir schließlich erlauben darf, die Lehren, die sich, wie ich glaube, aus meiner Darstellung für die reichsdeutschen Ärzte sowohl wie für die österreichischen ergeben, selbst zu skizzieren, so sage ich:

Ich erblicke das Heil für die reichsdeutschen und österreichischen Ärzte in der Schaffung großer, von extrem wirtschaftlichen Tendenzen getragener, bis in alle Details hinein organisierter Reichsärztebündnisse, — aufgebaut auf dem Boden der bereits bestehenden Organisationen, des deutschen Ärztevereinsbundes einerseits, des österreichischen Ärztevereinsverbandes andererseits, — unter dem Gesichtspunkte, daß diese Verbände vertieft und auf die denkbar breiteste Basis gestellt werden können und gestellt werden müssen.

Ich benutze die sich mir heute bietende Gelegenheit, um Ihrem österreichischen Ärztevereinsverbande meine besondere Hochachtung auszudrücken. Er steht in seinem wirtschaftlichen Denken bis jetzt weit über unserem deutschen Ärztevereinsbunde und ist auf dem rechten Wege. Möge er sich den großen Aufgaben, die ihm noch übrig sind, gewachsen zeigen! In ihm haben Sie den Kristallisationspunkt, den Sie brauchen, ihn „auszugestalten“ muß hierfür aller Aufgabe sein.

Jede Stadt bzw. auf dem Lande jeder kleinste politische Distrikt „eo ipso“ eine Sektion dieses Ärzteverbandes. In einer jeden Sektion Vertrauensmänner des Bundes, verpflichtet, bei jedem ernsteren Ereignisse, das einen Arzt oder dessen Familie betrifft, auf der Bildfläche zu erscheinen, zu sehen, ob nicht eine augenblickliche Hilfe am Platze, überall nach dem verborgenen und verschämten Elende ausspähend — denn solche Fälle sind erschreckend an Zahl und häufiger als die, wo das Elend offen zutage liegt! — In jeder Sektion eine lokale bzw. Distrikts-Vertrauenskommission, die Ärzte des Ortes bzw. Distriktes nach den vom Bunde unter Teilnahme der Ärztekammern herausgegebenen Grundsätzen gegenseitig und gegenüber allen österreichischen Ärzten in bindender Form verpflichtend, überall die nötigen Garantien gebend, beweisend, daß Niemand brotlos gemacht werden könne und solle. — Die einzelnen Sektionen von Oberösterreich, Steiermark usw. vereint im Kreise Oberösterreich, Steiermark usw. des Bundes. Wien Sektion und Kreis in einer Gestalt. Sonst in jedem Kreise eine Kreisvertragskommission, nach dem Muster der preußischen provinziellen Vertragskommissionen, als Appellationsinstanz. Die Ärztekammern, zumal wenn nach einem für alle Teile gerechten Systeme gewählt, damit gewissermaßen auf den Volkswillen der Ärzte basiert und der Ausdruck des allgemeinen Vertrauens, geradezu prädestiniert, die Vorstandschaft in ihrem Kreise des Bundes zu bilden und in dieser Eigenschaft statutarisch festgelegt: Je nachdem als offizielle Ärztekammer auftretend, je nachdem aber auch als Vertreterin ihres Kreises im Ärztetage, — aber dann immer die Ärzte hinter sich habend, nicht bloß die ihres Kreises, eventuell die von ganz Österreich! Glauben Sie, daß man sich dann so leicht dazu entschließen werde, sie nicht gelten zu lassen? — Schließlich tatkräftig an die Umgestaltung des Verhältnisses zu den Versicherungsinstitutionen herangehend, eventuell sogar die Bedingungen diktierend!

Freilich, selbst wenn es gelänge, die bekannten und von mir angedeuteten Gegensätze zurückzudämmen, blieben als ein den allgemeinen ärztlichen Zusammenschluß erschwerendes Moment immer noch die großen Nationalitätenstreitigkeiten übrig. Und nach Sprachen gesonderte Kreise des Bundes zu schaffen, wäre Stückwerk. Doch maße ich mir auf diesem Gebiete keinerlei Urteil an, beschränke mich vielmehr auf den Satz: „Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg.“

Im übrigen hätte eine Agitation von Haus zu Haus, von Arztwohnung zu Arztwohnung anzuheben, überall wäre die Idee

der sozialen Zusammengehörigkeit aller Ärzte zu verbreiten, aller Orten wäre zu betonen, daß es sich bei der beabsichtigten Organisation um etwas Großes, Bedeutsames und — Schönes handle.

Jawohl —, um so etwas handelt es sich in der Tat! Denn jetzt beginnt ja so recht erst die — vornehmste Tätigkeit eines solchen Bundes, die Übernahme der Fürsorge für alle Lebensfälle des Arztes, die Ausgestaltung des Witwen- und Waiseninstitutes zu einem Pensionsinstitute, die Schaffung einer allgemeinen reichsärztlichen Wohlfahrtseinrichtung, zum Teil auf versicherungstechnischer Grundlage, nach „modernen“ Prinzipien, vor allem nach dem Prinzip, bei kleinen, für jeden, auch den wirtschaftlich Schwachen erschwinglichen Beiträgen größte Leistungen gewähren zu können, — einem Prinzip, dem dadurch entsprochen werden kann, — daß man es lernt und versteht, die weitesten Kreise der Bevölkerung auf eine im übrigen durchaus anständige und ehrenhafte Weise zur Beitragsleistung heranzuziehen, diese Kreise „indirekt“ für ärztliche Wohlfahrtszwecke zu besteuern.

Ich bedauere es aufrichtig, daß es mir in Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit heute nicht möglich ist, mich über diesen zweiten Teil meines Organisationsprogrammes — mit jedem einzelnen der hier in Betracht kommenden Punkte ließe sich ein ganzer Abend füllen —, wie ich es zum Teil in der „Münchener medizinischen Wochenschrift“ und im vorigen Jahre auch in einem „Neue Wege“ betitelten Artikel der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ niedergelegt habe, ausführlich zu verbreiten. Ich muß mich darauf beschränken, diese Wege wenigstens kurz anzuzeigen, bemerke jedoch, daß ein kleiner Teil meiner Vorschläge bei Ihnen in Österreich bereits praktisch verwirklicht ist, — so die regelmäßige Veranstaltung von Lotterien zugunsten der ärztlichen Wohlfahrtsinstitute, wie Sie auch Ihre Weihnachtslotterie in jenem Artikel erwähnt finden. — Es ist freilich nicht praktisch, die Lotterie so zu veranstalten, daß sich der Absatz der Lose gewissermaßen auf die ärztlichen Kreise beschränkt. In Österreich, wo keine Konkurrenz von Seiten regelmäßiger staatlicher Klassenlotterien besteht, sollte es nicht schwierig sein, von der Regierung die Konzession für alljährlich zu veranstaltende Lotterien großen Stiles — denn nur solche sind ertragreich! — zu erhalten, Lotterien, deren Lose ein eigens zu errichtendes Lotteriebureau überall hin zu verbreiten hätte. Meines Wissens hat sich die vorübergehende Errichtung eines Lotteriebureaus durch den ungarischen ärztlichen Landesverband gelegentlich dessen ärztlicher Wohlfahrtslotterie durchaus bewährt.

Auch die am 11. Juli vorigen Jahres im Stadtparke zu Karlsbad zugunsten Ihres Witwen- und Waiseninstitutes veranstaltete Tombola hat in meinem Artikel „Neue Wege“ Aufnahme gefunden. Aber achten Sie, bitte, einmal auf Folgendes! Die Ärzteschaft der ungarischen Hauptstadt hat es allein an einem einzigen Abende (am 24. Februar 1900) verstanden, durch Veranstaltung eines Ballfestes unter dem Protektorate mehrerer Erzherzoge und Erzherzoginnen dem Pensionsinstitute des Landesärzteverbandes die Summe von 22.000 Kronen zuzuführen. Ein andermal wußte sie durch Veranstaltung einer Kunstausstellung von Gegenständen im Privatbesitze dem gleichen Institute eine Einnahme von 12.000 Kronen zu verschaffen. — Was ließe sich auf diesem Gebiete erreichen, wenn „System“ in die Sache hineinkäme! Ja, unsere deutschen Journalisten haben es fast ausschließlich durch solche, alljährlich an allen größeren Orten sich wiederholende Arrangements fertig gebracht, ihre Pensionseinrichtungen auf eine Höhe zu bringen, die im umgekehrten Verhältnisse zu dem durchschnittlichen Einkommen der einzelnen Journalisten steht. Anscheinend stehen diese Journalisten auf dem Standpunkte, daß es intelligenter Leute nicht würdig sei, sich wie gläubige Mohammedaner resigniert in das Fatum zu ergeben!

Also: In jedem Kreise des Ärztebundes ein Zentralkomitee errichtet, das seine Anregungen in das Land hinaus schickt, von der Ärzteschaft einer jeden Sektion Rechenschaft darüber fordert, was sie im Laufe des Jahres „alles“ zugunsten

der allgemeinen ärztlichen Wohlfahrtseinrichtung veranstaltet habe! Mit der Maßgabe, daß ein Teil der resultierenden Einnahmen für spezielle Sektionszwecke zurückbehalten werden und reserviert bleiben dürfe. — Es sollte alsdann keine Sektion mehr geben dürfen, in welcher nicht mindestens einmal im Jahre irgend etwas in diesem Sinne unternommen würde: In dieser Beziehung müßte geradezu ein „edler Wettstreit“ unter den Ärzteschaften des Landes entbrennen. Ja, — in Wien darf es keinen einzigen Verein mehr geben, der nicht einmal im Jahre für das Wohlfahrtsinstitut zu sorgen verstünde. Es ist nichts weiter nötig, als daß „ein“ rühriger Verein konsequent den Anfang macht: L'appétit vient et croît en mangeant. — Wenden Sie sich an die Theater, zu denen Sie Beziehungen genug haben, und ersuchen Sie um Theatervorstellungen zugunsten des Wohlfahrtsinstitutes! Arrangieren Sie sogenannte Akademien, Bazare, Konzerte, in den an Sonntagvormittagen freien Theatern Matinées! Wenden Sie sich an Ihre Schauspieler und beanspruchen Sie, daß man sich dankbar zeige für die zur Gewohnheit gewordene Gratisbehandlung! Ersuchen Sie Ihre Universitätslehrer um öffentliche Vorträge, nicht bloß im Volkshochschulvereine, sondern auch zugunsten der ärztlichen Wohlfahrtseinrichtung! Wenden Sie sich an alle vermögenden Mitglieder Ihres Standes, auf daß sie sich zu regelmäßigen größeren Jahresbeiträgen verpflichten! Schaffen Sie allüberall sozialärztliches Ehrgefühl, dann wird es Ihrem Wohlfahrtsinstitute auch an außerordentlichen Zuwendungen von Standesangehörigen, an Vermächtnissen und dergleichen nicht fehlen!

Dann wird die Zeit kommen, wo gegenüber der gegenwärtigen Jahreseinnahme des Ärztevereinsverbandes die zehnfache Einnahme nicht annehmbar erscheinen wird. — Noch liegt das Geld auf der Straße: Nicht der einzelne, aber die wohlorganisierte Gesamtheit kann es aufheben.

Organisieren Sie sich erst einmal, dann werden Sie es auch schon lernen, — öffentliche Mittel für sich flüssig zu machen! 5000 Kronen sind ein ganz schönes Geschenk: Aber was bedeuten sie gegenüber den unendlichen „Ehrenverpflichtungen“, welche der Staat einem Stande gegenüber besitzt, der eine solche Unsumme von harter, ehrlicher Arbeit zugunsten dieses Staates leistet, Ehrenverpflichtungen, deren man sich vor allem durch „stärkste“ Subventionierung der ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen zu entledigen vermag. Ich habe in meinem Artikel „Neue Wege“ darauf aufmerksam gemacht, daß wir bayrischen Ärzte weniger vom Staate für unsere Wohlfahrtsinstitutionen beziehen, als die bayrischen Tierärzte für die ihrigen: Sie, die Ärzte des großen Staates Österreich, stehen in bewußter Beziehung noch unter den bayrischen Tierärzten und Ärzten.

Und was erscheint da noch alles im Hintergrunde — an Aufgaben für einen großen Ärztebund: Da sehe ich: die Organisation des Kampfes gegen die Kurpfuscherei, die Organisation des ärztlichen Nachwuchses an den Universitäten bzw. die Erziehung dieses Nachwuchses zu sozialärztlichem Denken — etwa in der Weise, wie die organisierte Münchner Klinikerschaft von den Münchner Ärzten erzogen wird —, die Organisation und Beschaffung von Rechtsschutz für die Ärzte, die Errichtung ärztlicher Spar- und Vorschußkassen bzw. die Angliederung an bestehende Einrichtungen dieser Art, die Gründung eines medizinischen Warenhauses, dessen Reingewinn in die Verbandskasse fällt, in welchem unter Umständen sogar Ihre Bücher und die sonstigen aus dem Staude hervorgehenden Geisteswerke verlegt werden können, das eventuell auch als Lotteriebureau fungieren könnte, die Gründung einer Institution nach dem Muster des Deutschen Offiziersvereines, die Organisation ärztlicher Fortbildungskurse — die Arrangierung einer Konsumvereinsbewegung, zumal in Verbindung mit anderen Ständen bzw. im Anschlusse an bereits bestehende Konsumvereinigungen, die durch den Anschluß der Ärzte nicht bloß an Ausdehnung, sondern auch an Leistungsfähigkeit gewinnen würden, eventuell mit der Maßgabe, daß die Zinsen aus den konsumierten Summen nicht in die Tasche des einzelnen

Arztes, sondern in die Verbandskasse fließen, — worauf sich für die an der Konsumvereinsbewegung beteiligten Ärzte geradezu eine Altersversicherung aufbauen ließe, mit Summen, die bisher einfach in den Wind geworfen waren. — Genug! Es genügt, Sie auf alles dies aufmerksam gemacht zu haben.

Also frisch auf an die Arbeit, an die Organisation, auf allen Gebieten! Alle Intelligenzen des Standes — vor die Front! Und unter diesen Intelligenzen in erster Linie — die sämtlichen Universitätslehrer heran, sei es als Führer, sei es, wie die Münchner und Leipziger Universitätslehrer, als einfache Soldaten mitten in der Organisation stehend! Denn es ist etwas gar Schönes um die Anschauung, daß es nicht ausreiche, wissenschaftlich gebildete Ärzte zu schaffen, sondern daß man, soweit es in den Kräften eines jeden einzelnen gelegen ist, dazu beitragen müsse, daß diese Ärzte an der Ausübung ihrer Wissenschaft auch eine rechte Freude haben, — eine Freude, die ihnen durch die Not des Lebens nur zu häufig verkümmert wird. Es ist außerordentlich viel, was die Universitätslehrer allein dadurch für die Ärzte erreichen können, daß sie gelegentlich das Vollgewicht ihrer Namen für die wirtschaftlichen Bestrebungen des ärztlichen Standes zur Verfügung stellen. Wenn beispielsweise das Lotterieuunternehmen der ungarischen Ärzte im vergangenen Jahre ein so bedeutend höheres Erträgnis gehabt hat, als das des österreichischen Ärztevereinsverbandes, so verdanken dies die ungarischen Ärzte in erster Linie dem Interesse und der Hingabe ihrer Universitätslehrer. — Überhaupt: Alle Arbeitswilligen vor!

Organisiert Euch! Und wenn Ihr organisiert seid, — aber erst dann — dann auf allen Gebieten jede wirtschaftliche Chance nüchtern und kühl bis ans Herz hinan erwägend und ausnützend, jedoch mutig und zielbewußt, — durchglüht von sozialem Ehrgefühl, von sozialärztlichem Bewußtsein, dementsprechend Alle Schulter an Schulter — Einer für Alle, Alle für Einen, zusammengehalten auch durch das Band, das alle umschlingt, unseren Stolz unsere Wissenschaft, — auf allen Gebieten „vorwärts!“

Nachtrag. Nach erfolgter Drucklegung meines Vortrages wurde das erste zahlenmäßige Ergebnis der freien Arztwahl im ersten Quartale 1904 bei einer Münchner Krankenkasse, der Gemeindekrankenversicherung mit ungefähr 34.000 Mitgliedern, bekannt. Dadurch wird ein Teil meiner Voraussagen vollinhaltlich bestätigt. Trotz einer Steigerung der Besuchszahl gegenüber dem gleichen Quartale des Vorjahres (damals keine freie Arztwahl!) um 50% — erhöhte sich der Satz für die einzelne Konsultation beim Arzte auf 83 Pfennige (zirka 1 Krone), für den einzelnen Besuch beim Patienten auf Mark 1'65 (zirka 1 Gulden). Die durch die Erhöhung des Honorarpauschales bedingte Mehrausgabe für ärztliches Honorar betrug gegenüber dem ersten Quartale des Vorjahres Mark 24.885, ohne die, bisher noch unbekannt, Kosten der spezialistischen Leistungen. Trotz der Pauschalhonorierung kam der einzelne ärztliche Besuch mit Mark 1'65 höher zu stehen, als er zu stehen gekommen wäre, wenn jeder Besuch von vornherein gesondert nach der Minimaltaxe der staatlichen Gebührenordnung honoriert worden wäre. Die Gemeindeversicherung besteht ausschließlich aus Versicherungspflichtigen, und zwar der wirtschaftlich niedrigsten Kategorie. — Der Mehrausgabe steht im gleichen Quartale eine Abminderung der Krankenhausaussgaben um 9240 Mark gegenüber: Die freie Arztwahl verringert aller Orten die Inanspruchnahme der Krankenhäuser zugunsten der Inanspruchnahme der praktischen Ärzte. Die Ausgaben für Arzneien und Heilmittel sind noch unbekannt, dürften sich aber gleichfalls, und nicht unerheblich, verringert haben. Jedenfalls wird die Behauptung, daß die freie Arztwahl eine Erhöhung der sämtlichen Ausgabe-posten der Krankenkassen herbeiführe, durch die Tatsachen wieder einmal Lügen gestraft. Die Erhöhung der Ausgaben für ärztliche Behandlung war eine vorhergesehene und gewollte!

Inzwischen ist der Leipziger Ärztestreik beendet worden, angeblich mit einem Siege der Leipziger Ärzteschaft. Der Sieg erscheint leider bei näherer Besichtigung nicht einwandfrei. Die freie Arztwahl im Sinne der deutschen Ärzteschaft (d. h. die bedingt freie Arztwahl) wurde theoretisch nicht erreicht, vielmehr lediglich eine Vermehrung der Zahl der Kassenärzte auf 375, welche Vermehrung zudem hauptsächlich den zirka 80 Streikbrechern, deren Beibehaltung der Ärzteschaft aufgedrungen worden ist, zugute kommt. Die aus Anlaß des Ärztestreikes errichteten Beratungsanstalten, alias Kassenpolikliniken, werden anscheinend beibehalten. Das Distriktsarztsystem ist gefallen, doch müssen die den streikbrecherischen Distriktsärzten auf die Dauer ihrer Verträge garantierten, in ihrer Gesamtheit enormen Fixa aus dem ärztlichen Gesamthonorare bestritten werden. Trotz der Erhöhung dieses Gesamthonorares dürfte somit auf Jahre hinaus für die große Masse der übrigen Ärzte nicht sehr viel übrig bleiben: Wenn es nicht gelingt, die Streikbrecher a. D. abzufinden! Letzteres sollte den vortrefflichen Leipziger Kollegen von allen Seiten er-

möglicht werden, eventuell durch meine sogenannte „indirekte“ Besteuerung der Bevölkerung. Ein Trost, daß jene 80 wackeren Leute für das übrige Deutschland unschädlich gemacht sind! Werden sie nun dafür Mitglieder der beiden Leipziger ärztlichen Bezirksvereine von Stadt und Land? Jedenfalls keine Ehrenmitglieder! — An meinen Ausführungen wird durch das Leipziger Ergebnis nichts geändert. Wann endlich werden die Ärzte einsehen, daß alles nicht streng logische Denken an der Macht der Tatsachen zerschellt!?

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

HERING (Prag): Die ventrikeldiastolische Welle des Venenpulses.

In dem MACKENZIESCHEN Buche über den Venenpuls ist nach der Meinung des Vortr. die ventrikuläre Welle falsch gedeutet. Die Welle entsteht dadurch, daß in der Diastole die Herzbasis hinaufrückt. Die ventrikeldiastolische Welle wächst bei Abklemmung der Pulmonalis, aber es entsteht kein positiver Venenpuls. Den positiven Venenpuls kann man durch künstliche Dyspnoe erzeugen. Demonstration eines Apparates zur Messung des Venenpulses.

MENZER (Halle): Die Theorie der Streptokokkenserumbildung beim Menschen, sowie Ergebnisse der Behandlung bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus und Tuberkulosemischinfektion.

Votr. wandte sein Serum, das keinerlei Tierpassagen durchgemacht hat, in vielen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus mit gutem Erfolge an; besonders indiziert ist die Anwendung bei chronischen, verschleppten Formen von Gelenkrheumatismus. In neuester Zeit hat Votr. sehr gute Erfahrungen mit dem von ihm hergestellten Serum bei der Tuberkulosemischinfektion gemacht. Zum endgültigen Urteil über die Heilkraft des Serums bei der Tuberkulosemischinfektion sind noch weitere Beobachtungen notwendig.

ARONSON (Charlottenburg) glaubt, daß die fieberhafte Reaktion des MENZERSCHEN Serums die Folge einer Einführung von Toxinen in den Körper sei. Das von ihm hergestellte Serum erzeuge kein Fieber.

WOLF (Berlin): Es kann das Fieber vielleicht als Wirkung der Endotoxine, die durch das bakterizide Serum frei werden, erklärt werden.

MICHAELIS (Berlin) fragt den Votr. an, ob er das gleiche Serum bei Gelenkrheumatismus und bei der Tuberkulose angewandt habe und betont die Artverschiedenheit dieser Streptokokken, von denen der eine bei Tuberkulose Eiterung erregt, während es bei Gelenkrheumatismus nie zu Eiterung kommt.

MENZER erklärt, daß das Serum von einem Tiere gewonnen wird, das verschiedene Streptokokkenstämme bekommt. Wenn ARONSONS Serum kein Fieber erzeuge, so liege das vielleicht an der geringeren Wirksamkeit desselben.

AD. SCHMIDT (Dresden): Ein neues diagnostisches Merkmal bei Pankreaserkrankungen.

Von sämtlichen Verdauungssäften ist nur der Speichel imstande, die Substanz der Zellkerne zu verdauen. Wird das Pankreas experimentell entfernt, so bleiben in den Fleischresten der Fäzes die Kerne erhalten, während sie sonst stets fehlen. Für die Prüfung am Menschen läßt S. kleine, in Gazebündelchen eingeschlossene Fleischwürfel in Oblaten nehmen. Zahlreiche Untersuchungen an Gesunden und Kranken bestätigten, daß bei schwerer Pankreaserkrankung, resp. vollständiger Zerstörung der Drüse, die entleerten Reste noch sämtliche Kerne aufweisen, so daß auf diesem Befund (unter Berücksichtigung einiger unwesentlicher Einschränkungen) diagnostische Schlüsse aufgebaut werden können. Gegenüber der SAHLISCHEN Glutoidkapsel-Methode, welche nur den negativen Schluß auf Fehlen einer Pankreaserkrankung erlaubt, bedente der positive Nachweis von Pankreasleiden mittelst der Kernprobe einen Fortschritt.

KOEPPE (Gießen): Über Hämolyse.

Auf verschiedene Weise läßt sich Auflösung der roten Blut-scheiben — Lackfarbenwerden des Blutes — Hämolyse, hervorrufen. Die Namen sind verschieden, das in die Augen fallende Phänomen, die Erscheinung, ist dieselbe. Über den bei der Hämolyse sich abspielenden Vorgang besteht bisher noch keine Vorstellung, ebenso ist die Ursache der Hämolyse unerklärt, denn die Hämolyse als Absterbeerscheinung, als Folge des „Todes“ der Zelle, angesehen, kann als Erklärung des Vorganges nicht gelten. Bei der Analyse des Phänomens der Hämolyse lassen sich eine Reihe charakteristischer, voneinander scharf zu unterscheidender Arten von Hämolyse isolieren; das sind: a) Wasserhämolyse, b) Wärmehämolyse, c) Alkalihämolyse, d) Säurehämolyse,

e) Hämolyse durch fettlösende Stoffe. Die Hämolyse durch spezifische Sera, Toxine resp. Hämolytine, ist von den angeführten Hämolysearten verschieden, wenn auch bei der Prüfung auf diese Serumhämolyse die anderen Arten zum Teil mitwirken können. Die Ursache der Hämolyse ist allgemein eine Verletzung der Kontinuität der „halbdurchlässigen Wand“ der roten Blutscheiben. Die „halbdurchlässige Wand“ der roten Blutscheiben enthält einen fettähnlichen, lipoiden und einen eiweißartigen, koagulationsfähigen Bestandteil.

Bei der Wasserhämolyse wird die „Wand“ der Blutscheiben mechanisch gesprengt durch den osmotischen Überdruck innen; mechanische Verletzung der Wand ist noch die Ursache der Hämolyse beim Gefrieren und Auftauen des Blutes sowie beim Lackfarbenwerden durch elektrische Entladungsschläge; bei der Wärmehämolyse schmilzt die Wand, resp. ihr fettähnlicher Bestandteil; bei der Säurehämolyse wird der fettähnliche Bestandteil der Wand durch Katalyse in den Alkohol und die betreffende Säure des Fettes gespalten; bei Alkali-hämolyse durch Verseifung in den Alkohol und das Salz der Fettsäure; bei der Hämolyse durch fettlösende Stoffe wird die Wand aufgelöst; bei der Serumhämolyse wird der eiweißartige Bestandteil der Wand angegriffen.

PAULI (Wien): Über den Zusammenhang physiko-chemischer Eigenschaften mit arzneilicher Wirkung.

Die Rolle der Salz-Ionen im Organismus ist eine sehr bedeutende. Die auffallendsten Beziehungen zu den Salzen haben die Proteine; die eiweißartigen Bestandteile des Körpers stellen den Angriffspunkt für die Ionen dar. An-Ionen wirken lösend, Kat-Ionen fälschlich auf Eiweiß. Die physiologische Wirkung der Ionen entspricht ihrer Stellung in der Reihe der An- oder Kat-Ionen. Die Bedingung, auf der die Wirkung eines Anästhetikums beruht, ist die esterartige Bindung.

MÜLLER (Berlin): Über einen neuen Apparat zur Sauerstoffanalyse des Blutes.

Vortr. hat einen relativ einfachen Apparat konstruiert, der sich ebenso anwenden läßt, wie die komplizierte PFLÜGERSche Luftgaspumpe. Durch die Handlichkeit dieses neuen Apparates ist es möglich, die Sauerstoffanalyse des Blutes in vielen Fällen durchzuführen, die bis jetzt der Sauerstoffanalyse nicht zugänglich waren.

Brat (Berlin) hofft, durch Anwendung des Apparates bei Anilinvergiftung auch dort Veränderungen im Blute zu sehen, wo man sie bisher noch nicht konstatieren konnte.

FAUST (Straßburg): Über Sepsin.

Faulende Substanzen (wie bei Fleischvergiftung) wirken im Organismus auf den Magendarmkanal, die drüsigen Organe, das Auge etc. Aus faulender Substanz haben SCHMIEDEBERG und BERGMANN vor Jahren geringe Mengen wirksamer Substanz isoliert und zum ersten Male ein Toxin kristallinisch dargestellt. Vortr. hat aus 5 kg faulender Bierhefe eine größere Menge wirksamer Substanz kristallinisch erhalten, die er als Sepsin bezeichnet. Als Strukturformel des Sepsins ergab die Elementaranalyse $C_6 H_{14} N_2 O_2$. Aus dem Sepsin kann das bekannte Kadaverin $C_6 H_{14} N_2$ gewonnen werden. Die Wirkung des Sepsin auf das Tier deckt sich vollkommen mit der Wirkung der faulenden Bierhefe selbst, ist also sicherlich der wirkende Bestandteil der faulenden Substanz.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 19. Mai 1904.

N. SWOBODA demonstriert mehrere Fälle von Elephantiasis. Bei zwei derselben sind die Extremitäten in einen kolossalen Tumor umgewandelt, außerdem finden sich ausgedehnte Angiome am Körper. Ein Kind zeigt partiellen Riesenwuchs, ein anderes ein Lymphangiom der Zunge und außerdem solche beider Ohrläppchen, in einem anderen Falle findet sich im Abdomen ein großer Tumor. Einige von diesen Deformitäten sind erst in der Kindheit aufgetreten.

MEINH. PFAUNDLER (Graz): Kalkresorption bei Rachitis.

Das unzweifelhafteste Zeichen der Rachitis ist die Weichheit der Knochen, welche wenig Asche geben, namentlich sind der Kalk und die Phosphorsäure vermindert. Die Knochen- und Knorpelsubstanz gesunder Individuen besitzt die spezifische Eigenschaft, Kalksalze in sich abzulagern; dieselbe scheint bei rachitischen Individuen herabgesetzt zu sein. Als primäre Ablagerungsstätte der Kalksalze ist die nächste Umgebung der Zellen, nach anderen Autoren die Zelle selbst zu betrachten. Das Bildungsmaterial der Knochen- und Knorpelsubstanz stammt aus dem Blute; es ist aber nicht ganz geklärt, in welcher Form die Salze im

Blute kreisen, ebenso nicht, ob die Ablagerung der Salze in Lösung oder in Form feinsten Körnchen stattfindet. Die chemische Zusammensetzung der Knochensubstanz ist bei den Wirbeltieren fast ganz gleich und ihre relativen Verhältniszahlen werden selbst in pathologischen Zuständen nicht alteriert. Der Verkalkung des Knorpels und des osteoiden Gewebes geht eine eigenartige Umbildung des Gewebes vorher (Metaplasie), welche mit erhöhter Basophilie einhergeht; das melaplastische Gewebe hat die Eigenschaft, in sich Metallsalze und Farbstoffe abzulagern, es wurden auch wirkliche Zelldegenerationen in demselben beschrieben. Vortr. hat in Lösungen von Kalziumchlorid Gelatinetafeln, totes und lebendes Gewebe eingelegt und konstatiert, daß dieselben aus der Lösung Kalzium aufgenommen haben. Bei Hundeknochen, welche durch besondere Fütterung der Tiere kalkarm gemacht worden waren, war dies in erhöhtem Maße der Fall. Bei Rachitis scheint die molekulare Kalkaufnahme gestört zu sein; die Ursache davon muß im Knochengewebe liegen, die Rezeptoren der Kalksalze scheinen metaplastische Bestandteile desselben zu sein.

M. Kassowitz weist darauf hin, daß jede Rachitistheorie mit dem sichergestellten anatomischen Befunde rechnen müsse.

K. Hochsinger fragt um die Art der Metaplasie.

M. Pfandler erwidert, daß dieselbe darin besteht, daß das Gewebe basische Farbstoffe aufnimmt. Er habe bei seinen Auseinandersetzungen die anatomischen Verhältnisse nicht berücksichtigt.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien

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

Sitzung vom 20. Mai 1904.

CLAIRMONT berichtet über 8 operierte Fälle von Magenperforation aus der Klinik v. **EISELSBERG**, von welchen 3 an Peritonitis starben. Es handelte sich um 2 traumatische Perforationen, 5 Ulcera rotunda und ein perforiertes Magenkarzinom. Die Narkose wurde auf ein Minimum reduziert und womöglich mit Äther allein durchgeführt, eine Magenspülung nur bei gefülltem Magen vorgenommen; bei Peritonitis wurde die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung reichlich ausgespült. Bei herabgekommenen Kranken wurde zwecks Ernährung die Jejunostomie ausgeführt.

v. Eiselsberg bemerkt, daß die Jejunostomie in den erwähnten Fällen lebensrettend gewirkt hat.

TH. ESCHERICH demonstriert 2 Kinder mit Erythema infectiosum. Diese Affektion wurde in letzter Zeit in Wien beobachtet, sie ist aber schon vor 10 Jahren in Graz konstatiert und beschrieben worden. Sie befällt Kinder zwischen dem 4.—12. Lebensjahre, ihre Kontagiosität ist nicht sehr groß. Nach einer Inkubationsdauer von 14.—19. Tagen, während welcher nur ausnahmsweise Mattigkeit oder Gelenkschmerzen auftreten, erscheint im Gesichte nach auswärts von der Nasolabialfalte ein leicht papulöses Erythem, welches dann auf die Extremitäten und den übrigen Körper übergeht. Nach 8—10 Tagen verschwindet das Exanthem, wobei es in der letzten Periode charakteristische netzförmige Zeichnungen bildet. Die Krankheit scheint ganz harmlos zu sein.

ALB. EXNER führt eine Frau vor, bei welcher er ein Karzinom der Wangenschleimhaut erfolgreich mit Radiumstrahlen behandelt hat. Da die Operation verweigert wurde, wurden versuchsweise Radiumbestrahlungen angewendet. Als unter ihrem Einflusse sich der Tumor verkleinerte, wurden die Bestrahlungen nach Exkochleation der Geschwulst mit dem scharfen Löffel energisch fortgesetzt. Gegenwärtig ist der Tumor vollkommen verschwunden.

R. SCHREIBER stellt einen 19jähr. Mann mit einem Tumor der Halswirbelsäule vor. Bei dem Pat. stellten sich vor 2 Jahren Schmerzen im rechten Arm ein, welche als Neuralgie aufgefaßt, jedoch erfolglos behandelt wurden. Später gesellte sich hierzu ein weicher Tumor der Halswirbelsäule, welchen man als einen kalten Abszeß ansah. Schließlich kam es zu Krämpfen und Atrophien an den befallenen Extremitäten, gleichzeitig wuchs der Tumor rasch an, wurde aber dabei härter. Als er Knochenkonsistenz erlangt hatte, verschwanden die bisher bestehenden Nervenerscheinungen und auch die Atrophien bildeten sich zurück. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Osteoidsarkom.

L. MANDL berichtet über Versuche, welche er mit Prof. **KREIDL** zwecks Untersuchung des Überganges des Immunhämolytine von der Frucht auf die Mutter angestellt hat. Es wurde in utero den Föten von Ziegen artfremdes Blut injiziert. Die Versuche ergaben, daß das Individuum schon unmittelbar nach der Geburt die Fähigkeit besitzt, auf die Behandlung mit artfremdem Blute mit der Bildung spezifischer Hämolytine zu reagieren. Dieselbe Eigenschaft be-

sitzt der Fötus in der letzten intrauterinen Lebensperiode. Der fötale Organismus überträgt die in ihm gebildeten Produkte auf die Mutter. Überlebt der Fötus den Eingriff nicht, so finden sich im Serum der Mutter aktive Hämolytine, bleibt der Fötus am Leben, so ist eine passive Immunisierung der Mutter nachweisbar.

J. WEINLECHNER demonstriert zwei Fremdkörper aus Lungenabszessen, eine Stahlschraube und eine Kornähre, welche nach Aspiration Anlaß zur Eiterung gegeben haben. In einem Falle wurde der Fremdkörper operativ entfernt, im zweiten erst bei der Sektion gefunden. Ferner hat Vortr. durch Tracheotomie eine Glasperle entfernt, welche sich oberhalb der Stimmbänder befand und auf dieselben bei der Inspiration anschlug.

Sitzung vom 27. Mai 1904.

H. SALZER stellt eine 36jähr. Frau mit Tuberculosis cutis vor. Pat. hatte ihren tuberkulösen Mann gepflegt und bekam ein Panaritium an der linken Hand, welches inzidiert wurde. Die Wunde wurde jedoch bald darauf mit Tuberkulose infiziert, worauf sich Knoten im Verlaufe der Lymphgefäße des Armes bis in die Axilla ausbildeten. Vortr. demonstriert ein Bild und eine Moulage von Schleimhauttuberkulose, welche durch Kontakt an der Lippe entstanden war.

G. Riehl bemerkt, daß die der Tuberculosis verrucosa cutis zugehörigen Knoten schließlich im Zentrum erweichen und nach außen durchbrechen, nachdem sie bis haselnußgroß geworden sind. Diese Affektion entsteht immer durch Einimpfung von Tuberkelbazillen in die Haut und schreitet den Lymphgefäßen entlang weiter fort.

L. KIRCHMEYER führt einen Knaben mit operativ geheilter meningealer Blutung vor. Kurze Zeit nach einem Sturz vom Rade auf die linke Kopfseite stellten sich Symptome von Gehirndruck, rechtsseitige Extremitätenlähmung und Parese des linken Fazialis und Okulomotorius ein. Bei der Untersuchung fand sich eine sternförmige Depressionsfraktur im linken Seitenwandbein. Diese Partie wurde durch Trepanation entfernt und unterhalb derselben der Dura aufliegende Blutkoagula wurden beseitigt. Nach Inzision der Dura entleerte sich nur Zerebrospinalflüssigkeit, dagegen wurde weiter vorn ein Blutungsherd ausgeräumt, dessen Quelle trotz neuerlicher Trepanation nicht aufgefunden werden konnte, weshalb die Wundhöhle tamponiert wurde. Es erfolgte Heilung. Die Deckung des Schädeldefektes geschah zuerst mit einem Haut-Periostlappen, nach einigen Wochen durch zwei Scheiben aus dem Olekranon eines frisch amputierten Armes eines anderen Pat. Die Knochenscheiben sind fest eingeeilt.

K. HABIGER demonstriert zwei Fälle von sporadischer Elephantiasis, welche nach wiederholten Erysipelen aufgetreten ist. Im ersten Fall ist das Skrotum, namentlich aber das Präputium, zu einem großen Tumor umgewandelt; letzteres mißt z. B. 32 cm im Umfang. Pat. klagt außer über Erschwerung des Ganges auch über Urinröpfeln. Im zweiten Falle handelt es sich um eine kolossale Verdickung eines Unterschenkels. Die Therapie wird in umfangreichen Exzisionen des ödematösen Gewebes bestehen.

S. JELLINEK stellt einen Mann mit ausgeheilter Meningitis vor, für welche Vortr. per exclusionem einen tuberkulösen Ursprung annimmt. Die Lumbalpunktion ergab eine milchig getrübe, unter hohem Druck stehende Zerebrospinalflüssigkeit, aus welcher sich flockige Gerinnsel absetzten; im Sediment fanden sich keine Tuberkelbazillen. Seit der Punktion sind die krankhaften Symptome allmählich geschwunden. Pat. hat eine beiderseitige Lungenspitzenaffektion und eine Pleuritis obsoleta, die Röntgenuntersuchung scheint eine Vergrößerung der bronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen zu ergeben.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß die angeführten Symptome noch nicht die Annahme einer tuberkulösen Meningitis rechtfertigen.

HANS KÖNIGSTEIN demonstriert mikroskopische Präparate, u. zw. Epithelkörperchen von einem Falle, bei welchem von einem Bronchialkarzinom ausgegangene Metastasen fast die ganze Schilddrüse und alle Epithelkörperchen bis auf eines zerstört hatten. Dieses eine Körperchen hatte hingereicht, um das Auftreten von Tetanie zu verhüten.

Diskussion über den Vortrag von

FR. PINELES: Zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse und der Epithelkörperchen beim Menschen.

Th. Escherich bemerkt, daß die Ausführungen des Vortr. sich mit vielen klinischen Erscheinungen und Erfahrungen in Übereinstimmung befinden, so z. B. bei thyreopriver Tetanie. Es entsteht jedoch die Frage, ob die verschiedenen ätiologischen Momente der Tetanie alle auf eine Insuffizienz der Epithelkörperchen zu beziehen sind, speziell bei der Kindertetanie, welche sich meist mit rachitischen Veränderungen im Organismus vergesellschaftet.

S. Jonas legt dar, daß die Magendilatationstetanie ebenfalls auf einer Insuffizienz der Epithelkörperchen beruhen könnte.

H. Loeb weist darauf hin, daß bei den meisten schweren Magen-Darmkatarrhen Tetaniesymptome nachweisbar sind, welche nach der Heilung der ersten Erkrankung verschwinden. Italienische Autoren haben bei Tieren nach Exstirpationen von Bauchganglien Tetanie auftreten gesehen. Beide Tatsachen stehen mit den Anschauungen des Vortr. nicht ganz in Einklang.

S. Redlich bemerkt, daß die Annahme gemeinsamer Ätiologie der Tetanie, nämlich der Insuffizienz der Epithelkörperchen, plausibel sei, da alle Tetanien fast gleiche Symptome aufweisen; den strikten Beweis zu führen ist derzeit nicht möglich, weil die Erkrankung der Epithelkörperchen nicht nachweisbar ist.

L. v. Frankl-Hochwart weist darauf hin, daß die Tetanie in exquisiten Kropfgebieten selten ist.

Fr. Pineles hebt hervor, daß die Beobachtung von **KÖNIGSTEIN** mit seinen Experimenten übereinstimme. Die Gleichartigkeit der Symptome der verschiedenen Formen der Tetanie läßt auf eine gemeinsame Grundursache schließen. Das Knochensystem und die Schilddrüse stehen nachgewiesenermaßen in einem Konnex, deswegen kann Tetanie mit Rachitis vergesellschaftet sein. Die Wirkung der Exstirpation von Bauchganglien könnte sich auch auf die Epithelkörperchen erstrecken. Ein Beweis für die Richtigkeit der Theorie des Vortr. könnte dadurch erbracht werden, daß die Tetanie durch ein Extrakt aus den Epithelkörperchen geheilt würde.

Notizen.

Wien, 28. Mai 1904.

(Ein Kurpfuschereierlaß der n.-ö. Statthaltereii.)

Die n.-ö. Statthaltereii hat an die Magistrate und Bezirkshauptmannschaften von Niederösterreich folgendes Zirkular gerichtet: „Wie aus den dem Landes-Sanitätsberichte zugrunde liegenden Berichten hervorgeht, üben im hierortigen Verwaltungsgebiete zahlreiche Kurpfuscher die Heilkunde aus und schädigen damit die Heilungssuchenden sowohl in gesundheitlicher als in materieller Hinsicht. Da die Ausübung der Heilkunde nach den Bestimmungen des Hofkanzleidekretes vom 3. November 1808 an den Besitz eines im Inlande erworbenen Diploms geknüpft ist, werden die unterstehenden Behörden aufgefordert, ihre besondere Aufmerksamkeit dem Treiben der Kurpfuscher (Wender, Ansprecher, Masseur, Richter usw.) zuzuwenden, bei jeder sich ergebenden Gelegenheit durch den Amtsarzt die Bevölkerung über die Schädlichkeit der Kurpfuscherei belehren zu lassen und diesem Unfug mit aller Energie entgegenzutreten. In jenen Fällen, in denen eine gerichtliche Verfolgung durch den mangelnden Nachweis der „gewerbsmäßigen“ Tätigkeit nicht eintreten kann, ist strenge nach den Bestimmungen der Ministerialverordnung vom 30. September 1857 vorzugehen.“

(Kongresse und Versammlungen.) Am 16. d. M. hat sich unter dem Präsidium **NOTHNAGEL**s ein „Österreichisches Komitee für den XV. internationalen medizinischen Kongreß in Lissabon“ konstituiert. Dieser Kongreß wird bekanntlich vom 19.—26. April 1906 stattfinden. — Die diesjährige Jahresversammlung des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege“ findet vom 14.—17. September in Danzig statt.

(Auszeichnungen.) Hofrat Prof. Dr. **NOTHNAGEL** hat den Medjidi-Orden I. Kl., Prof. Dr. **ADOLF OTT** in Prag den fürstlich Lippeschen Hausorden, der kaiserl. Rat Dr. **WILHELM DEGRÉ** das Kommandeurkreuz des päpstlichen Pius-Ordens mit dem Sterne, der praktische Arzt in Marienbad Dr. **ERNST OTT** das Komturkreuz des großbritannischen Viktoria-Ordens, der praktische Arzt in Wien Dr. **LUDWIG FREY** das Ritterkreuz I. Kl. des sächsischen Albrecht-Ordens, der praktische Arzt in Kairo Dr. **EPHRAIM HERDAN BEY** den Osmanie-Orden IV. Kl., der praktische Arzt in Wien Dr. **MORITZ HAAS** das päpstliche Ehrenkreuz „Pro Ecclesia et Pontifice“ und der praktische Arzt Dr. **LAZAR MARCUS** in Plojesti das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Frequenz der Wiener Ambulatorien.) Das „Österreichische Sanitätswesen“ veröffentlicht die Nachweisungen über die Frequenz der Ambulatorien in den Wiener k. k. Krankenanstalten. Wir entnehmen denselben, daß an den genannten Ambulatorien im Jahre 1901 243.407, im Jahre 1902 244.133 und im Jahre 1903 256.472 Personen in Behandlung gestanden sind.

(„Zur Hebung der Gewerbe.“) So lautet der Name eines Wiener Vereines, der sich, wie er im Zirkularwege mitteilt, die Aufgabe gestellt hat, „den darniederliegenden Gewerbebestand auf der Basis „Selbsthilfe“ zu sammeln, zu veredeln, sein Selbst-

bewußtsein zu wecken und seinen Angehörigen durch Gegenseitigkeit zu Geschäften und Arbeiten zu verhelfen“. Zu diesem Behufe wird alljährlich ein Verzeichnis von zu empfehlenden Firmen oder Branchen versendet. Das diesjährige zwölfte „empfehlende Verzeichnis“ enthält auch die Namen und Adressen von 4 Ärzten und eines Zahn- und Tierarztes. Man sieht, wie eklektisch der „Verein zur Hebung der Gewerbe“ ist; von 2200 Wiener Ärzten erschienen ihm nur fünf empfehlenswert. Offenbar nur diejenigen, die notorisch in die Klasse der — Gewerbetreibenden rangieren.

(Statistik.) Vom 15. bis inklusive 21. Mai 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8035 Personen behandelt. Hiervon wurden 1908 entlassen, 188 sind gestorben (9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 90, ägypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 77, Scharlach 24, Masern 916, Keuchhusten 45, Rotlauf 28, Wochenbettfieber 3, Röteln 3, Mumps 61, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 644 Personen gestorben (— 58 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Regimentsarzt i. P. Dr. FERDINAND WOLFF im 55. Lebensjahre; in Merseburg der Geh. Med.-Rat Dr. PENKERT, 60 Jahre alt; in Athen der Professor der Medizin Dr. GEORG KARAMITSAS im 70. Lebensjahre; er hat NIEMEYERS „Spezielle Pathologie und Therapie“ in griechischer Bearbeitung herausgegeben und zahlreiche bedeutungsvolle Arbeiten über Malaria und Lepra veröffentlicht.

Dr. Edmund Tuszkal hat seine badeärztliche Tätigkeit in Marienbad, Böhmen, wieder aufgenommen.

Benesol. Wie Herr Prof. Dr. J. SCHEFF in der „Österr.-ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“, 1904, Nr. 1, mitteilt, hat er bei einem alten Manne eine walnußgroße Epulis am Oberkiefer nach vorheriger Injektion mit Benesol operiert, ohne daß sich der Patient beim Abtragen mit dem Messer über Schmerzen beklagte. Die Blutung wurde mit dem Paquelin gestillt. Benesol, das sich nach Prof. SCHEFFS Angaben außerordentlich bewährte (s. Nr. 20, Spalte 974 der „Wiener Med. Presse“), ist durch den General-Depositär Philipp Kornitzer, Wien, I., Graben 11, zu beziehen.

Im Bade Pletyan wurde eine modernst ausgestattete Mediko-mechanische Anstalt unter Leitung des Eigentümers Dr. EDUARD WEISZ eröffnet und werden daselbst Auskünfte bereitwilligst erteilt.

Für kränkliche Kinder kommen an der Kinderheilstätte zu Lipik mehrere Plätze zur Besetzung. Demzufolge werden die im Dienste des Staates, der Munizipien, Gemeinden und Kultusgemeinden stehenden unbemittelten Beamten und Angestellten, die für ihre Kinder die mit der zum halben Preise verabfolgte Verpflegung erster Klasse und dem, den unbemittelten Anstaltspfleglingen seitens weiland Herrn JOSEF J. DEUTSCH und Frau Witwe Prof. SCHWIMMER zugesicherten unentgeltlichen Bade- und Quellengebrauche verbundenen Benefizplätze in Anspruch nehmen, ferner Behörden und wohlthätige Vereine, die diese Begünstigungen ihren Schützlingen bieten wollen, ersucht, ihre Anmeldungen entweder in Lipik an Herrn Dr. HEINRICH BREITWISSEN oder in Budapest an Herrn Dr. LEOPOLD RADO (IX, Vámbáz körút 9) zu richten. Kleine Kinder werden auch mit Begleitung ihrer Mutter oder Pflegerin aufgenommen.

Erratum. Im Titel des Referates in Nr. 21 d. Bl. pag. 1028 soll es richtig lauten: „Aus dem hydrotherapeutischen Univ.-Institute (Geh. Med.-R. Professor BRIEGER) in Berlin: THEO GROEDL (Nauheim) und FRANZ KISCH (Wien).“

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung, Dienstag den 31. Mai 1904, um 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaal der Allgem. Poliklinik, IX., Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Mitteilungen des Vorsitzenden. 2. Krankendemonstrationen. 3. Bericht von Dr. LEOPOLD ITZKOWITZ: a) Über Versuche mit Alboferin in der Kinderpraxis. b) Über die Anwendung des Vaporin bei Pertussis.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Mai-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die Heilung der chronischen Nierenentzündung vermittelst der Nieren Dekapsulation.“ Von Prof. Dr. Georges M. Edebohlis in New-York. Autorisierte Übersetzung von Privatdozent Dr. Oskar Beutner. — Ferner liegen dieser Nummer Prospekte bei von: Kallie & Co. in Biebrich am Rhein über „Bismutose“ und „Orexin“, Chemischen Fabrik „Rhenania“ in Aachen über „Pankreon“, Chemischen Fabrik von Heyden in Radebeul-Dresden über von ihr eingeführte Arzneimittel. Wir empfehlen dieselben der geeigneten Beachtung unsrer Leser.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest. Bei Apothekern, Drogerien 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 Jan., k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4

Kronendorfer

natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Athmungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung, Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k. u. k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX, Kollingasse 4, Carlsbad. Krondorf V. Zoltangasse 10.

Helmitol

Duotal

Creosotal

Protargol

Somatose

Mesotan
äußerlich.
Ersatz für Gaultheriaöl,
nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.
Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt,
3mal täglich aufzuspinseln.

Theocin-Natr. acetic.
prompt wirkend, leicht löslich.
Dos.: 0.3—0.5 g 3—4mal tägl., gelöst, nach
den Mahlzeiten.

Salizylpräparate
zur Behandlung
rheumatischer Affektionen.



Aspirin
innerlich.
Bester Ersatz für Salizylate, angenehm
sauerlich schmeckend, nahezu frei von allen
Nebenwirkungen.
Dos.: 0.5—1 g 3—5mal tägl. zu nehmen.

Agurin
essigsäures Theobrominnatrium.
Dos.: 1 g 3—4mal täglich.

Aristochin

Salophen

Hedonal

Heroin.
hydrochlor.

Mächtige Diuretika
bei den meisten hydropischen Erscheinungen.
Es empfiehlt sich, die Diurese jeweils zunächst mit Theocin-Natr. acetic. energisch anzuregen und dann mit Agurin
möglichst lange auf der Höhe zu erhalten.

Vertreter 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 Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus. Von Primararzt Dr. L. Wick in Badgastein. I. — Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Von Dr. FERDINAND KORNFELD in Wien. — Neue Instrumente und Apparate. Eine Benois'sche Härteskala in verbesserter Form nach Dr. WEHNELT. — Referate. SOBERNHEIM (Halle a. d. S.): Über Milzbrandserum und seine praktische Anwendung. — WALTER CHRISTEN (Olten): Ein Fall von Polymyositis acuta. — LUDWIG SEITZ (München): Über intrauterine Totenstarre und die Totenstarre immaturer Früchte. — SENATOR und FRANKENHÄUSER (Berlin): Wirkung von kohlenwasserstoff- und anderen gashaltigen Bädern. — GOUGER (Paris): Über Leberaffektionen bei Nierenerkrankungen. — STUERTZ (Berlin): Enstrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie. — A. LANDAU (Warschau): Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck des Blutes. — TRELEMANN (Marburg): Über die Entkapselung der Niere. — G. LANG (St. Petersburg): Über den Einfluß des Wassers, der Eiweißstoffe, Kohlehydrate und Fette auf die Magensaftsekretion des Menschen. — H. GUDDEN (München): Über eine Entwicklungshemmung der Nase (ein bisher nicht beobachtetes Degenerationszeichen). — W. HEINICKE (Humburg): Zur Kasuistik des Verhaltens der Haare bei Geisteskranken. — KOLESNIKOW: Sublimat gegen Pediculi pubis. — VANYSEK (Prag): Auffallende Expirationsretardation des Pulses bei manchen Neurasthenikern. — B. JESERSKI: Über einen Fall von Extraktion von Würmern aus dem äußeren Gehörgang. — **Kleine Mitteilungen.** Fremdkörper des Ösophagus und ihre chirurgische Behandlung. — Behandlung der Schlaflosigkeit. — Eigenartige Wirkung der Radiumstrahlen. — Ein wertvolles Antiepileptikum. — Behandlung tuberkulöser Abszesse mit Methylenblau. — Protargol bei Augenkrankheiten. — Ausscheidung von Quecksilber mit dem Menstrualblute bei Hg-Kuren. — Wert der neueren Tanninpräparate. — Ernährung des Erwachsenen mit Kuh- und Frauenmilch. — Das Typhusdiagnostikum. — Einfluß des Fettes auf die renale Ammoniakausscheidung. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Röntgenlehre von H. GOSCH. — Die Rekto-Romanoskopie auf anatomisch-physiologischer Grundlage. Von Prof. Dr. JULIUS SCHREIBER, Direktor der königl. medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg. — Die otitische Hirnarterienstrome. Nach den in der Ohrenklinik der Charité in den Jahren 1899—1901 gesammelten Beobachtungen. Von Dr. med. P. STENGER, Privatdozent an der Universität Königsberg i. Pr. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VI. — 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — Aus französischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — **Notizen.** Die Schularztfrage in Wien. — **Neue Literatur.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus.

Von Primararzt Dr. L. Wick in Badgastein. *)

I.

Indem ich über einen eigentümlichen Befund bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus spreche, muß ich bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse hierüber erst die Vorfrage erledigen, was ich denn unter chronischem Gelenksrheumatismus verstehe.

Wie Sie wissen, wollte man seit dem Internistenkongreß 1897 den Namen chronischer Gelenksrheumatismus nur jenen Fällen zuerkennen, welche aus einem akuten Gelenksrheumatismus hervorgegangen sind; alle übrigen Fälle chronischer Gelenksentzündung unbekannter Ätiologie sollten mit dem Namen Arthritis oder Polyarthritis belegt werden. Von solchen Gelenksprozessen, welche durch eine uns bereits bekannte Infektion, z. B. Tripper usw., oder durch ein Trauma oder auf Grund einer Nervenkrankheit entstanden sind, sei hier von vornherein abgesehen.

Ich habe auf dem Balneologenkongreß 1902 diese Frage wohl ausführlich in meinem Referat über den chronischen Gelenksrheumatismus erörtert, muß aber zur gegenseitigen Verständigung über die Natur der Fälle, die ich Ihnen vorführen will, einiges wiederholen. Ich teilte mir meine Fälle,

welche aus dem mir zur Leitung übergebenen Badespital in Gastein stammen, in folgender Weise ein:

1. Ich schied aus dem ganzen Materiale von Gelenksrheumatismus, das sich im Laufe von 5 Jahren auf 450 belief, vorerst jene Fälle aus, in welchen einmal ein akuter Gelenksrheumatismus vorausgegangen war, indem bei demselben die Möglichkeit besteht, daß der gegenwärtige Zustand auf der Wirksamkeit des dem akuten Gelenksrheumatismus eigentümlichen Krankheitserregers beruht.

2. Aus dem Rest stellte ich jene Fälle zusammen, in denen der Typus der Arthritis deformans der Internisten oder des chronischen Gelenksrheumatismus der Chirurgen in unverkennbarer Weise ausgesprochen war; ich nenne sie nach SENATORS Vorschlag die Arthritis nodosa.

3. Eine dritte Gruppe bildete ich mir aus der Arthritis deformans der Chirurgen oder, wie sie weiterhin genannt wurde, aus der Osteoarthritis, wozu ich auch das Malum coxae senile rechnete.

4. Eine weitere wohlcharakterisierte Gruppe bildet der sogenannte HEBERDENSche Knoten.

5. Aus dem Rest schied ich dann ferner jene Fälle von Gelenkschwellungen aus, in welchen mehr einzelne Gelenke ohne symmetrische Anordnung in solcher Art betroffen waren, daß ich die Gelenkskapsel allein in Wucherung oder Schrumpfung ohne Erkrankung des Knochens oder des Knorpels annehmen mußte, also die Arthritis villosa oder ankylopoetica nach SCHÜLLER.

6. Es blieben mir dann noch Fälle, in denen es zu einer hydropischen Ausdehnung der Gelenkskapsel oder der Sehnencheiden oder Schleimbeutel gekommen war, oder anzunehmen war, daß die Entzündung mit chronischem Verlauf sich innerhalb

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 8. April 1904.

der Schranken einer geringen Exsudation ohne wesentliche Beeinträchtigung der Textur der Gelenkweichteile hielt — die Arthritis exsudativa.

7. Schließlich kommen Einem eine Menge von Fällen unter, in denen der Befund negativ ist, aber doch über Beschwerden geklagt wird, die sich hauptsächlich auf Gelenke beziehen, also Schmerzhaftigkeit derselben bei längeren Anstrengungen oder Witterungswechsel — wandernde reißende Schmerzen in verschiedenen Teilen; ich bezeichnete sie indessen als Arthritis occulta, es ist mehr eine Verlegenheitsrubrik.

Es ist nun inzwischen die Arbeit in NOTENAGELS Handbuch von PRIBRAM über den chronischen Gelenksrheumatismus erschienen, welcher übrigens selbst eine Definition dieser Prozesse vermeidet, vielmehr nur zum Zweck der Verständigung das Arbeitsfeld umschreiben will, also jene chronischen (meist) polyartikulären Erkrankungen der Gelenke und deren festen und weichen Bestandteile, welche weder im Zusammenhange mit der harnsauernden Gicht, noch mit bereits bekannten Infektionen, noch mit Erkrankungen des Rückenmarks stehen.

Er beschreibt da als chronischen Gelenksrheumatismus hauptsächlich 2 Formen, welche aber auch nur den Namen Rheumatismus gemeinsam haben, nämlich: 1. den primären progressiven chronischen Gelenksrheumatismus, welcher ganz zusammenfällt mit der Arthritis nodosa, und 2. den sekundären chronischen Gelenksrheumatismus, d. h. jene Fälle, welche direkt aus einem akuten Gelenksrheumatismus hervorgehen. Während also letztere Kategorie wirklicher Gelenksrheumatismus, d. h. Infektion mit dem nach ihm noch unbekanntem Krankheitserreger des akuten Gelenksrheumatismus ist, scheint es ihm vom primären progressiven Gelenksrheumatismus zweifelhaft, ja er spricht sogar die Überzeugung aus, daß er essentiell verschieden ist.

Außerdem bespricht PRIBRAM noch die Osteoarthritis deformans, wohin er auch das *Malum coxae senile* rechnet, ferner den *HEBERDENSCHE* Knoten, den er teils der Gicht, teils dem progressiven chronischen Gelenksrheumatismus zuteilt.

Was die Abtrennung der Osteoarthritis def., welche der Arthritis def. der Chirurgen entspricht, von der Arthritis nodosa anlangt, so gibt er BÄUMLER recht, wenn dieser diese beiden Prozesse nicht unüberbrückt bezeichnet.

Ich hatte nun in meiner Einteilung auch eine Arthritis hyperplastica vel ankylopoetica angeführt aus den oben ange-deuteten Gründen und weil SCHÜLLER selbst in jahrelang bestehenden Gelenksveränderungen doch Knorpel und Knochen bei Eröffnung des Gelenkes intakt beobachtete, was alles bei der Arthritis nodosa schwerlich zu erwarten ist. PRIBRAM teilt diese Gruppe indessen doch der nodosa zu und scheint sie mir dadurch zu erklären, daß eine gewisse Phase des Krankheitsverlaufes eine längere Dauer haben kann. Derselbe Grund war für ihn vielleicht maßgebend, die von mir hier aufgestellte Gruppe der Arthritis exsud. nicht als eigene Form zu besprechen.

Ich kann nun nach eigener Erfahrung und nach einem nicht geringen Materiale inner- und außerhalb des Spitals in Badgastein sagen, daß ich durchaus nicht geneigt geworden bin, alle diese Gruppen in einen Topf zu werfen, da sie sowohl dem klinischen Befund als auch dem Krankheitsverlauf nach außerordentlich differieren können, so daß man in der Tat reine Typen, welche den Eindruck essentiell voneinander verschiedener Krankheiten machen, einander gegenüberstellen könnte — andererseits muß ich aber doch zugeben, daß solche Typen die Minorität der Fälle bilden, daß die Differenzen durch Übergangsformen, Mischformen überbrückt werden, sowohl was den Befund wie den Verlauf betrifft.

Indem wir so vor die Entscheidung gestellt sind, ob wir diese verschiedenen Gruppen als voneinander verschiedene Krankheiten oder als Varietäten eines und desselben Grundprozesses auffassen sollen, werden Sie einem klinischen und anatomischen Befund Ihr Interesse zuwenden, welcher geeignet ist, auf diese Verhältnisse ein Licht zu werfen. Sie werden

zugeben, daß, wenn wir ein und dasselbe Gebilde bei verschiedenen Krankheitsbildern auffinden, es darauf schließen läßt, daß eben diese vielleicht gleichen Wesens sind.

Wenn wir z. B. den Tuberkelbazillus bei der Lungenschwindsucht, beim Beinfraß oder beim Lupus antreffen, so sind wir berechtigt, diese sehr verschiedenen Krankheitsbilder als Tuberkulose aufzufassen.

Treffen wir bei einer spontan entstandenen Gelenksaffektion gleichzeitig einen Harnsäuretrophus, so werden wir auch die Gelenkserkrankung als eine gichtische auffassen — von einer möglichen Kombination abgesehen.

So glücklich bezüglich der *Materia peccans* bin ich nun in Bezug auf den chronischen Gelenksrheumatismus nicht, sondern hier kann ich Ihnen nur ein kleines makroskopisches Gebilde und einen histologischen Befund vorführen, die ich bei verschiedenen Formen der Arthritis erhielt. Notwendig wäre es auch, Ihnen die Patienten selbst vorzustellen, doch ist mir das nicht möglich.

Dieses makroskopische Gebilde besteht in einer kleinen Geschwulst, einem Knoten unter der Haut oder im aponeurotischen Gewebe des Unterarms, und zwar meist in der Gegend des Olekranons.

Ich bringe Ihnen, so selten diese Gebilde sind, doch damit nichts Neues, Sie finden dieselben in PRIBRAMS Werk bereits beschrieben, d. h. was schon früher über sie bekannt war zusammengestellt und ist die Literatur hierüber nicht mehr so gering, hier wurden sie übrigens meines Wissens noch nie demonstriert. Der Hauptgrund, warum ich sie Ihnen vorführen will, ist aber der, weil ich gerade beim chronischen Gelenksrheumatismus sie öfter beobachtete, als bisher bekannt ist, insbesondere aber weil sie genau histologisch untersucht sind und eine Verwertung zur Lösung der besprochenen Frage gestatten.

Zuerst fielen mir diese Knoten bei einem jungen Mann auf, welcher einen akuten Gelenksrheumatismus überstanden hatte, und dieser Fall wurde mir zum Ausgangspunkt weiterer Nachforschung.

Obgleich ich diesen Fall bereits in meinem Referat in der Wiener Klinik beschrieben habe, so muß ich ihn hier neuerdings anführen, weil inzwischen eine nochmalige Untersuchung desselben stattgefunden hat, und muß ihn an die Spitze stellen, weil er den Hauptstützpunkt für die Beurteilung der weiteren Fälle bildet.

I. Leopold G., Bauerssohn, 26 Jahre alt, aus Leogang im Salzburgischen, erkrankte nach seiner Aussage zum erstenmal im 11. Lebensjahre an Schwellung aller Gelenke, wurde darauf nach längerer Bettlägerigkeit gesund, erlitt aber im 16. Lebensjahre dieselbe Erkrankung, worauf er genas. Im 24. Lebensjahre erkrankte er angeblich an linksseitiger Lungen- und Rippenfellentzündung und als er davon bereits in Rekonvaleszenz war, an Gelenksrheumatismus, auf den hin keine volle Heilung mehr eintrat und an den Knochen angeblich knopfartige Auftreibungen zum Vorschein kamen, die später wieder besser wurden, aber bei dem 2 Jahre später eintretenden Rezidive des Gelenksrheumatismus wieder mehr hervortraten. Diese letzte Rezidive war am 3. Juli 1898 veranlaßt durch eine Durchnässung von Regen bei einer Feldarbeit, die ihn in Schweiß brachte, worauf denselben Abend noch Schüttelfrost eintrat, später Schwellung an den Knien, Fußknöcheln, an den Ellbogen und Fingerknöcheln. Noch vor dem letzten Anfall hätte er assentiert werden sollen, wurde aber wegen Schwäche und Herzleiden nicht behalten. Der Befund am 19. September, also 10 Wochen nach Beginn des letzten Rezidivs ergab: Die Metakarpophalangealgelenke etwas aufgetrieben, größtenteils durch Dickenzunahme der knöchernen Gelenksenden, die ganze Hand plumper, die Endphalangen anscheinend verkürzt, die Haut der ganzen Hand erscheint etwas dicker, die Bewegung langsamer, die Streckung nicht vollständig. An Handwurzel- und Ellbogengelenken kaum eine Schwellung, passive Bewegung etwas schmerzhaft. Oberarm- und Schultergürtelmuskulatur schwach entwickelt, in den Schultergelenken etwas Knacken bei Bewegung. Beide

Knie nur sehr wenig geschwellt, Bewegung etwas schmerzhaft, aber glatt, dabei nur wenig Knirschen. Hinterhauptbein diffus aufgetrieben, die Diaphyse der Ulna beiderseits verdickt. Sowohl an den Sehnen des gemeinsamen Fingerbeugers als auch des Ulnaris internus, dann auch unter der Haut des Zeigefingers am Metakarpophalangealgelenk finden sich derb-elastisch anzufühlende Knötchen, darüber die Haut verschieblich. Eben ein solches auch am Rande der Kniescheibe.

Andere etwas größere Knötchen finden sich unter der Haut des Unterarms im oberen Drittel desselben, von der Unterlage etwas verschieblich. Dieselben finden sich fast symmetrisch beiderseits hanfkorn- bis erbsengroß, ohne Druckempfindlichkeit. Ein hellergrößer flacher Knoten findet sich in die Haut an der Spitze des Olekranons eingewebt, welcher angeblich früher viel größer gewesen ist. 1—2 Finger breit unterhalb dieses Knotens sitzt ein anderer wenig verschieblicher nahe der Ulnarkante, mehr in der Tiefe.

Eben dieser wurde exstirpiert und erwies sich in die fibrösen Schichten dieser Gegend eingelagert. Frisch untersucht ergab das Zupfpräparat nur elastisches und Bindegewebe, keine Harnsäurekristalle. Über die Entwicklung dieser Knoten war nichts Bestimmtes zu erfragen, doch scheint er solche schon vor 2 Jahren gehabt zu haben.

Am Mitral- und Aortenostium lautes diastolisches Geräusch, die Dämpfung über die Papillarlinie hinaus verbreitert, der Herzstoß hehend, verbreitert. Pulsus celer, Blutdruck 154, beim Gehen leichte Dyspnoe.

Auf die Badekur trat Besserung ein, so daß er wieder etwas arbeiten konnte; die Knoten verschwanden zum Teil. Er wiederholte das nächste Jahr die Badekur und bei dieser Gelegenheit konnte konstatiert werden, daß inzwischen die Knochenaufreibung am Hinterhauptbein verschwunden, an den Fingerknöcheln wesentlich zurückgegangen, die Knötchen zum größten Teil verschwunden waren. Nach der zweiten Badekur wurde er laut Nachricht wieder arbeitsfähig, lobte sich insbesondere die Besserung seiner Herzbeschwerden, und die Knoten seien ganz verschwunden. Seither keine Nachricht von ihm.

Über die Schnittpräparate, die Dr. DÖRRE und Dr. BARTEL angefertigt hatten und welche Sie unter dem Mikroskop eingestellt finden, äußert sich Hofrat WEICHELBAUM nun folgendermaßen:

„Der Knoten besteht aus einem mäßig zellen- und gefäßreichen Bindegewebe, welches aber noch mehrere verschieden große Herde von eigentümlicher Struktur einschließt. Diese bestehen nämlich in ihrer Peripherie aus dicht gedrängten rundlichen, länglichen, zackigen oder unregelmäßigen Zellen, die meist einen relativ großen Kern besitzen und als epitheloide Zellen bezeichnet werden können, während das Zentrum verkalkt ist und sich deshalb mit Hämalauneosin intensiv blauviolett färbt. In dem verkalkten Gewebe kann man mit wechselnder Deutlichkeit Zellen erkennen, welche groß sind und in Höhlen liegen, also ganz das Aussehen von Knorpelzellen haben. Außerdem finden sich noch mäßig zahlreiche, zum Teil in Zerfall begriffene polynukleäre Leukozyten, welche sich namentlich an der Grenze des verkalkten und nicht verkalkten Gewebes anhäufen und auch zwischen den Zellen der Peripherie der Herde vorkommen. Endlich fallen noch rundliche oder längliche Stellen auf, welche wie kleinste Knocheninseln aussehen, nur daß sie keine Zellen aufweisen.“

Überlegen wir uns den klinischen und histologischen Befund, so haben wir einen Fall vor uns, in welchem vier Attacken von akutem Gelenkrheumatismus stattgefunden hatten, wovon aber mindestens die letzten zwei nicht mehr spurlos abgelaufen waren. Abgesehen von der Anamnese, lieferte auch noch der Befund eines Klappenfehlers den Beweis, daß es sich dabei wirklich um den akuten Gelenkrheumatismus gehandelt hat. Als seltene Erscheinungen sind bemerkenswert die Knochenaufreibungen und das Auftreten von Knötchen an den Sehnen, unter der Haut und im aponeurotischen Gewebe. Ich will nur kurz bemerken, daß man

diese Knötchen und Knoten fast nur beim akuten Gelenkrheumatismus und bei Kindern bis zum 14. Lebensjahre beobachtet hat. Nachdem sie zuerst von MEYNET beschrieben worden waren, wurden dann mehrere Fälle von HIRSCHSPRUNG und anderen publiziert. Im wesentlichen wurden unterschieden 1. miliare Knötchen an den Sehnen und Sehnen-scheiden, 2. mehr massigere an den Sehnen, besonders Strecksehnen, wo sie über Gelenke gehen oder sich inserieren, 3. noch größere Knoten bis zur Größe einer Walnuß an solchen Stellen, wo knöcherne Teile knapp unter der Haut liegen, also Kniescheibe, Fußknöchel, Dornfortsätze, Kranium usw.

In allen Fällen hatten sie fast Knorpelhärte und konnten insbesondere die kleinen Formen rasch auftreten und wieder verschwinden. Die Abbildung eines solchen interessanten

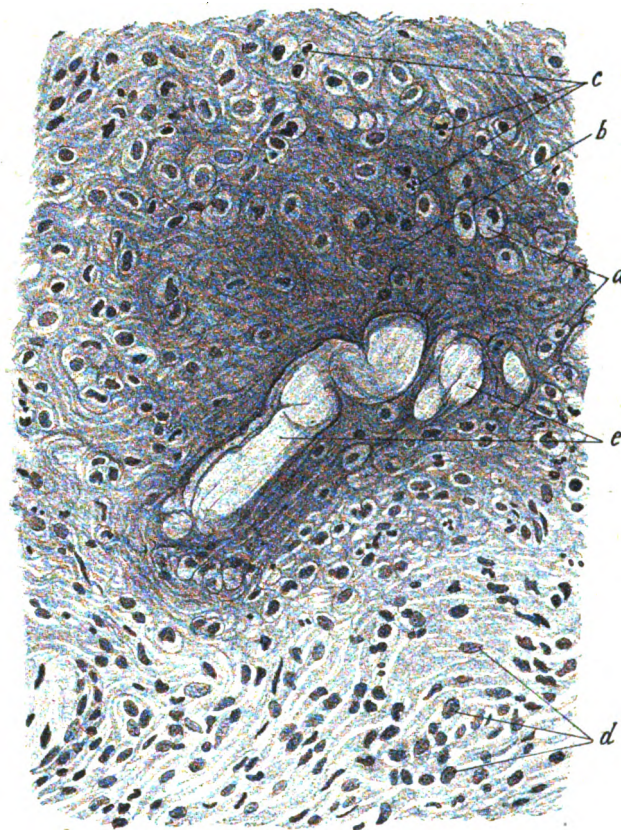


Fig. 1. (Aus einem Herde im Knoten von GASSNER.) ZEISS' Apochromat 4.0 mm, Kompens.-Okul. 4.

a = Knorpelzellen, b = verkalkte Grundsubstanz, c = polynukleäre Leukozyten, d = gewucherte Bindegewebszellen (epitheloide Zellen von der Peripherie des Herdes), e = homogenes, glasiges Gewebe, an Knochensubstanz erinnernd, vom Zentrum des Herdes.

Falles finden Sie in PRIBRAMS Werk. Einzelne Knoten wurden auch schon histologisch untersucht. In den Befunden von MONEY und GRAWITZ wurde das Vorkommen von Knorpelgewebe neben Bindegewebe hervorgehoben, in anderen Befunden, so von BANG, TROISIER, PARKER, NÉPVEU, BAR, ist nur von Granulationsgewebe oder von fibrösem Gewebe mit nekrotischen Herden die Rede; im Falle NÉPVEU fanden sich in der Umgebung der nekrotischen Herde reichliche Kokken und feine Bazillen. In letzterer Zeit („Lancet“, 1901, pag. 1260) hat PAYNE solche Knoten von einem 9jährigen Kind mit akutem Gelenkrheumatismus bakteriologisch untersucht und mittelst Kulturverfahren Diplokokken nachgewiesen. Auch im mikroskopischen Präparat fand er solche und ein Impfversuch an einer Ratte rief Polyarthrit und Endokarditis hervor. Von allen Autoren wurde ein direkter Zusammenhang dieser Knötchenbildung mit dem akuten Gelenkrheumatismus angenommen.

In meinem Fall sehen Sie alle diese Knötchenformen vertreten und er stimmt mit den bereits bekannten Fällen auch darin überein, daß der Gelenksrheumatismus ein akuter war und die Knötchen wieder verschwanden; nur handelt es sich im Gegensatz zu ihnen um einen erwachsenen Menschen. Auch der histologische Befund dürfte sich von dem Fall GRAWITZ nicht weit entfernen.

Wenn es nun gelingt, solche für den akuten Gelenksrheumatismus charakteristische Gebilde auch bei der chronischen rheumatischen Arthritis aufzufinden, deren Zugehörigkeit zum Gelenksrheumatismus noch immer in Frage gestellt ist, so kann das von prinzipieller Bedeutung werden. Es scheint nun, daß sie in der Tat auch bei der chronischen Arthritis beobachtet wurden, jedoch nur ganz vereinzelt; so sagt z. B. PRIBRAM, daß er sie nie gesehen hat.

Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien.

(Fortsetzung.)

In klinischer Beziehung ist der Begriff der Bakteriurie für die Urologie als ein feststehender zu betrachten. Hier hat nicht jede Bakteriurie mit dem Harn als Bakteriurie zu gelten, sondern nur jene besondere Art, bei der mit dem frischgelassenen Urin eine diesen gleichmäßig trübende Masse von Bakterien ausgeschieden wird. Im engsten Sinne verstehen wir unter genuiner, reiner Bakteriurie, wie bereits hervorgehoben wurde, die Entleerung eines durch große Massen von *Bacterium coli* getrübt Harnes von stets saurer Reaktion, in dem sich zum Beweise des Fehlens einer jeden entzündlichen Affektion der Harnwege nur äußerst spärliche Leukozyten vorfinden. Jene Fälle von Bakteriurie, in denen neben dem sonst in Reinkultur ausgeschiedenen *B. coli* auch Streptokokken, Staphylokokken, *B. typhi*, Tuberkelbazillen oder andere Mikroorganismen vorzufinden sind, gehören nach unserer Einteilung nicht zu den reinen, genuinen Bakteriurieformen. Aus diagnostischen Gründen ist es wichtig, sicherzustellen, daß die Trübung des Harnes bereits im Momente der Entleerung vorhanden war, und daß das Sediment des frischgelassenen Harnes ausschließlich aus Bakterien besteht. Zu diesem Zwecke ist es unerlässlich, das Sediment, resp. die Trübung stets gleich nach der Ausscheidung zu untersuchen, um den Einwand auszuschließen, die vorgefundenen Bakterien hätten sich erst später beim Stehen des Harnes angesiedelt und vermehrt. Es gilt dies namentlich für den Fall, als der betreffende Harn behufs Untersuchung in ein Laboratorium gesandt wird. Im entgegengesetzten Sinne lehrt uns die Erfahrung, daß bei Laboratorianalysen, resp. bei jeder Harnuntersuchung von fremder Hand der massenhafte Bakteriengehalt bakteriurischer Harnes leicht als sekundär entstanden gedeutet und auf beginnende Harnzersetzung bezogen oder andererseits sehr häufig gar nicht als solcher erkannt und daß demnach in der Diagnose fehlgegriffen wird. Selbst von erfahrener und sonst verlässlicher Seite wird die Harntrübung, welche bei Salpetersäureprobe einen dichteren graurötlichen Ring liefert (Bakterienrot), auf Albumin bezogen und der Harn für einen pyelitischen ausgegeben. Damit erfährt der zugehörige Krankheitsfall eine völlig irrierte Deutung und eine Behandlung, die niemals zum Ziele führt. In diesen gar nicht seltenen grundlegenden Irrtümern ist ersichtlicherweise ein schwerer Nachteil für unsere Kranken gelegen, schon in Rücksicht auf die Prognose der Fälle, weil die genuine, reine Bakteriurie eine sicherlich günstigere Prognose bietet als gemeinlich die Pyelitis.

Was die richtige Deutung des Bakteriengehaltes in dem zur chemisch-mikroskopischen Untersuchung vorliegenden Harnes anlangt, so muß zumeist schon der enorme Bakteriengehalt

auf die Vermutung hinleiten, daß die Mikroben bereits im frisch entleerten Harn vorhanden waren und nicht nachträglich gebildet wurden. Denn ein sauer reagierender Bakterienharn spricht weit eher zugunsten einer Bakteriurie als einer beginnenden Gärung bei Anwesenheit massenhafter Bakterien. Im besonderen die Colibakteriurie ist dadurch geradezu charakterisiert, daß der Harn sauer ist und lange Zeit, wahrscheinlich vollständig sauer bleibt und daß sich niemals Produkte der ammoniakalischen Harnzersetzung, Tripelphosphat, Ammoniak bilden. Bei der genuinen Bakteriurie entfaltet nämlich das *Bact. coli* weder pyogene, noch auch harnstoffzersetzende Eigenschaften. Nach unseren zahlreichen einschlägigen Untersuchungen wird bei reiner Bakteriurie stets saurer Harn ausgeschieden, den man wochenlang aufbewahren kann, ohne daß er seine saure Reaktion verliert. Das in Reinkultur vorhandene *Bact. coli* hindert, ja schließt die ammoniakalische Harnzersetzung direkt aus, weil es offenbar die Ansiedlung und Entfaltung der Harnstoffzersetzer durch Verdrängung, Nährbodenentziehung oder in anderer Weise unmöglich macht. Diese Eigenschaft des *B. coli* verleiht den Bakteriurieharnen charakteristische Besonderheiten gegenüber allen anderen Urinen, namentlich gegenüber jenen bei Cystitis, Pyelitis oder Nephritis, d. h. jenen, bei welchen sich Albumin- oder Eiterausscheidung in erheblicherer Menge findet.

In ihrem makroskopischen Aussehen sind die reinen Bakteriurieharnen kenntlich durch eine eigentümlich opaleszierende Trübung, einen faden oder fauligen Geruch bei saurer Reaktion. Beim Stehen sedimentieren solche Harnes sehr schwer, sie lassen wohl eine etwas trübere Schicht zu Boden sinken, das darüberstehende Medium bleibt jedoch gleichmäßig getrübt. Beim Umschütteln erhebt sich ein rauch- oder staubförmiger Wirbel, der deutlich aus feinsten Partikelchen, ohne gröbere Körnung oder Flocken, zusammengesetzt ist. Die Färbung der Bakteriurieharnes ist meist eine blaß-schmutziggelbe, erinnert also an die der pyelitischen Urine. Die konzentrierteren Morgenharnes sind dagegen sehr oft braunrot und mahnen in ihrem Aussehen an trüb gewordenes dunkles Bier.

Bei der Züchtung der aus einem Bakteriurieharnen stammenden Mikroben gelingt die Identifizierung der Kulturen als von Coliarten stammend durch den Nachweis der charakteristischen Entfärbung nach GRAM, der Milchkoagulation, der Indolreaktion und der Fermentation der Laktose.

Halten wir für unsere Zwecke zunächst an dem Standpunkte fest, daß wir im Sinne der meisten Urologen nur das als genuine, reine Bakteriurie im Auge haben, was wir einleitend als solche präzisiert haben, so obliegt es uns, auch da gewisse Unterscheidungen zu treffen.

Bekannt und relativ häufig sind jene Bakteriurieformen, die sich als höchst passagere Vorkommnisse im Verlaufe einer Blasenaffektion resp. der topischen Behandlung einer solchen einstellen. Hier geschieht die Einwanderung des *B. coli* wohl ausschließlich vermittelt der Instrumente, möglicherweise in einzelnen Fällen von der Prostata her, in der sich Mikroorganismen bei katarrhalischen Zuständen leicht ansiedeln (FINGER). An eine andere Einschleppung des *B. coli* von außen her, vom Darne und per urethram ist beim Erwachsenen wohl kaum zu denken. Bei Kindern, namentlich bei Mädchen, ist dieser Modus der Übertragung von der mit Stuhlresten verunreinigten Vulva in die Urethra und von da in die Blase, wie ESCHERICH und TRUMPP zuerst erwiesen haben, ohne weiteres zuzugeben. Dagegen können wir bei Männern die Einwanderung des *B. coli* durch Koitus, durch onanistische Manipulationen oder durch zufällige Verunreinigung der Urethra nach unserer Überzeugung von der Hand weisen. Das Fortwachsen und die Vermehrung des *B. coli* von der Harnröhre gegen die Blase hat auch BARLOW⁴²⁾ aus dem Grunde

⁴²⁾ R. BARLOW: „Über Bakteriurie.“ Deutsches Arch. f. klin. M. Bd. 59, pag. 376

bestritten, weil das *B. coli* ein ungemein seltener Harnröhrenparasit ist, in der Blase sich aber sehr häufig vorfindet.

Auch jene Formen von Bakteriurie, welche bei fieberhaften Zuständen, insbesondere bei älteren Personen, als kurzdauernde Anomalie der Harnzusammensetzung vorkommen und deren Quelle kaum mit Sicherheit zu eruieren ist, wollen wir hier nicht näher ins Auge fassen.

Von größerem Interesse sind dagegen für uns jene Formen von Bakteriurie, welche bei Erkrankungen benachbarter Organe zustande kommen und sich am ungezwungensten als Überwanderung per contiguitatem erklären lassen. In dieser Richtung sind die ersten Beobachtungen von E. RAYMOND⁴³⁾ mit den prägnanten Befunden bei Frauen mit Uterus- oder Adnexerkrankungen und mit den cystoskopisch sichergestellten hyperämischen Zonen an der Blasenschleimhaut, entsprechend den Stellen, an welchen die erkrankten Genitalteile angelagert oder adhärent waren, von besonderem Werte. Analoge Befunde haben wir in drei Fällen von reiner Bakteriurie bei Frauen in graviditate und bei Adnexschwellungen sicherstellen können.

Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, wollen wir eine strenge Sonderung der sog. Colicystitis, die, wie man seit TRUMPP weiß, im Kindesalter keine sehr seltene Erkrankung ist, von der Bakteriurie durchgeführt wissen. Sowohl TRUMPP wie namentlich ESCHERICH⁴⁴⁾ lassen bei follikulärer Enteritis die Möglichkeit der Überwanderung der Bakterien direkt vom Darne aus zu, u. zw. eher bei Knaben als bei Mädchen. Für letztere erachten sie den Weg der Übertragung von der mit Kot verunreinigten Vulva per urethram in die Blase als den gewöhnlichen. Neben anderen Beobachtungen von Bakteriurie bei Affektionen des Enddarmes, so z. B. von MELLIN⁴⁵⁾ und von W. BUTTERMILCH⁴⁶⁾ (Askariden), spricht die Auffassung der genannten Autoren ganz entschieden für die Wahrscheinlichkeit der Einwanderung von Darmbakterien per contiguitatem in die Blase.

Unser Hauptinteresse wendet sich gegenüber alldem jener Form der Bakteriurie zu, welche einen besonders chronischen Verlauf zeigt und die nicht bloß urologisches, sondern auch allgemein-klinisches Interesse besitzt. Es gehören hierher jene Fälle, bei denen eine entzündliche Erkrankung des Harnapparates nicht besteht und bei denen das Vorhandensein von Darmbakterien in der Blase das einzige pathologische Moment darstellt. Mit diesen genuinen Bakteriurien sensu strictiori wollen wir uns gemäß unseren eigenen Beobachtungen im folgenden eingehender beschäftigen.

Über die für den diagnostischen Nachweis der Bakteriurie unerlässlichen Kriterien, Harnuntersuchung, mikroskopischen und kulturellen Befund, haben wir uns bereits oben entsprechend geäußert und auch der Tatsache Erwähnung getan, daß die Diagnose auf Bakteriurie in sehr vielen Fällen, in denen eine solche Affektion, und gewiß keine andere vorliegt, nicht gestellt zu werden pflegt. Es ist die Bakteriurie als Erkrankung sui generis, trotz der, wie wir sahen, nicht mehr spärlichen Literatur über den Gegenstand, ein von der Mehrzahl der Ärzte wenig oder gar nicht gekanntes Gebiet der Pathologie, mit dem nur wenige genau vertraut sind.

Wir verfügen über Beobachtungen an 24 eigenen Fällen, welche genau verzeichnet und klinisch exakt untersucht worden sind. In unserem Sinne zählen wir hierher ausschließlich chronische, Monate und Jahre dauernde Fälle und schließen die transitorischen Formen sekundären Charakters gänzlich aus.

In sämtlichen Fällen handelte es sich um die Anwesenheit von *B. coli* im trübe entleerten Harne und um das Fehlen

⁴³⁾ E. RAYMOND, l. c.

⁴⁴⁾ Th. ESCHERICH: „Die Darmbakterien des Neugeborenen und des Säuglings.“ Fortschritte d. Medizin, 1885, Nr. 16 u. 17.

⁴⁵⁾ MELLIN: „Über Bacterium coli.“ Verh. d. Ges. f. Kinderheilkunde, München 1896.

⁴⁶⁾ BUTTERMILCH: „Über Bakteriurie.“ Wiener klin. Rundschau, 1901, Nr. 22.

einer jeden Affektion der oberhalb der Blase gelegenen Abschnitte des Harnapparates. Zur bakteriologischen Untersuchung wurde der Harn stets unter Beobachtung aller Kautelen steril aufgefangen.

Wichtig schien uns für die Frage nach der Quelle der Einwanderung der Bakterien in den Harn in erster Linie die Ausschließung der sog. Nierenbakteriurie, d. h. des Hineingelangens von Bakterien in den Harn, welche in der Niere aus der Blutbahn abgeschieden werden. Den Beweis dafür, daß dieses Moment für unsere Fälle nicht zutrifft, konnten wir dadurch erbringen, daß wir mittelst Ureterenkatheterismus in vier einschlägigen Fällen stets klaren bakterienfreien Harn bekamen. Die Zufuhr der Bakterien mußte somit in den daraufhin untersuchten Fällen direkt zur Blase geschehen sein, weil der von der Niere sezernierte Harn klar und bakterienfrei war.

In anderem Sinne war bei einem mindestens fünf Jahre in ganz gleicher Intensität fortbestehenden Bakteriuriefall das Ergebnis des Ureterenkatheterismus von großer Bedeutung; in der Richtung nämlich, daß trotz des mit Millionen von Bakterien beladenen Blasenarnes der von der Niere abgesonderte Harn bei mehrfacher Untersuchung des Nierensekretes einer jeden Seite ganz klar und keimfrei gefunden wurde. Es muß dies als Beweis dafür gelten, daß trotz jahrelangen Bestehens der Blasenbakteriurie ein Aszendieren gegen das Nierenbecken, resp. gegen die Niere nicht zustande kommen braucht. Wir haben demnach, wie wir nebst diesem Falle aus der systematischen Beobachtung der meisten andern Kranken sicherstellen konnten, unbedingt daran festzuhalten, daß die reine genuine Bakteriurie ein pathologischer Zustand ist, der, wenn keine Komplikationen hinzutreten, auf die Blase allein beschränkt bleibt und im Gegensatze zu entzündlichen Affektionen keine Tendenz besitzt, gegen die höhergelegenen Abschnitte des uropoëtischen Apparates fortzuschreiten. Dies charakterisiert die Bakteriurie gegenüber der Colicystitis, von der TRUMPP (l. c.) aus seinen Beobachtungen folgernd den Satz ausspricht, daß dieselbe „unter Umständen zu schweren Allgemeinerscheinungen und durch Fortschreiten nach den Nieren zu einer tödlichen Nephritis Veranlassung geben kann“. Dies trifft dagegen für reine Bakteriurie niemals zu. Wir werden noch an späterer Stelle gelegentlich der Erörterung der im Gefolge der echten Bakteriurie auftretenden Allgemeinerscheinungen darauf zu sprechen kommen, daß bei der Genese dieser Symptome niemals Pyelitis oder Nephritis im Spiele ist. Solche anatomische Läsionen finden sich wohl mitunter in Fällen, wo die Bakterienwanderung von der Blutbahn aus in die Nieren oder in das Nierenbecken erfolgte; so beschrieb ROVSING⁴⁷⁾ zwei Fälle von Nephrolithiasis mit Bakteriurie. Dies sind jedoch Formen, welche von den reinen Blasenbakteriurien zu sondern sind.

Für die Ätiologie der reinen genuinen Bakteriurie ist das Problem der Quelle für die Einwanderung der Bakterien in die Blase heute trotz aller bereits an früherer Stelle erörterten experimentellen Studien noch immer ein strittiges. Insbesondere die Frage der direkten Überwanderung von Darmbakterien durch die Gewebe in die Blase wird von mancher Seite mit aller Hartnäckigkeit geleugnet. Nach unserem Urteil, das sich auf eine ansehnliche Reihe exakter Beobachtungen, nicht bloß an chronischen, sondern auch an transitorischen Fällen von Colibakteriurie stützt, kann wohl über die Tatsache der Invasion per contiguitatem kein Zweifel mehr obwalten. Es drängt sich uns dieser Gedanke aus der Krankenbeobachtung so unmittelbar auf, daß es den objektiven Tatsachen Gewalt antun hieße, fernliegende Erklärungsweisen heranzuziehen. Wenn in einem Falle nach einmaliger, viel-

⁴⁷⁾ ROVSING: „Krankheiten der Nieren und der Ureteren.“ Kopenhagen 1895, pag. 117 (dänisch).

leicht etwas zu energisch oder in zu langer Sitzung ausgeführter Massage der Prostata nach 1—2 Tagen ein früher stets völlig klarer Harn bei frischer Entleerung trüb erscheint, diese Trübung bei exakter Analyse sich durch Bakterien bedingt erweist, dann sind wir wohl zweifellos genötigt, als die Quelle der Bakterieninvasion die Prostata anzusehen; wir übersehen dabei keineswegs, daß in jenen Fällen, wo neben oder nach der Prostata Massage ein Instrument per urethram in die Blase eingeführt wurde, der Infektionsweg durch die Harnröhre der gewöhnliche ist.

Es sind uns aus eigener Erfahrung auch jene gewiß nicht häufigen Fälle nicht fremd, bei denen es bei sozusagen „harngesunden“ Individuen, die auch nie zuvor gonorrhöisch infiziert waren, urplötzlich auf enterogenem Wege zu einer Bakteriurie mit einem von großen Massen von *B. coli* getrüben Harn kommt. Die exakteste Untersuchung vermag keinerlei Anhaltspunkte für eine andere Quelle der Bakterieninvasion, namentlich aus einem Abschnitte des Harnapparates selbst oder aus einem Nachbarorgane, zu erweisen. Wir begegnen derartigen Fällen von enterogener Bakteriurie auch bei Kindern, selbst bei Säuglingen, und wissen namentlich, daß gerade diese Fälle die Tendenz besitzen, sich mit Störungen des Allgemeinbefindens (Fieber, Erbrechen, allgemeiner Apathie, Diarrhöen, meningealen Reizerscheinungen u. a.) zu vergesellschaften, so zwar, daß die Diagnose dieser Symptomenreihe sehr leicht in ganz irrige Bahnen gelenkt wird und die Therapie sich von der Befolgung der kausalen Indikation sehr weit entfernt.

In naher Verwandtschaft zu diesen Fällen stehen jene klinischen Formen von Bakteriurie, deren Entstehung auf dem Wege der Blutbahn zustande kommen mag. Es sind bekanntlich Fälle beschrieben, in denen die Darmbakterien durch die Blutgefäße dem Harnapparate zugeführt und zu meist durch die Nieren ausgeschieden, im Harn erscheinen. Die Richtigkeit dieser Ätiologie darf nach der Zuverlässigkeit der Beobachter wohl kaum in Zweifel gezogen werden, obwohl ein exakter Befund nicht vorliegt, demgemäß bei Ureterenkatheterismus von den Nieren ein mit den charakteristischen Merkmalen des Bakteriurieharnes ausgestattetes Sekret gewonnen wurde. Inwieweit für diese Genese, sowie für die Einwanderung von Bakterien durch die Blutbahn in die Blase ohne den Umweg durch die Nieren, in mehr minder intensiven Läsionen des Darmes die geeigneten Bedingungen gegeben sind, entzieht sich mangels ausreichender klinischer Beobachtungen derzeit noch unserer Beurteilung. An der Tatsache haben wir wohl festzuhalten, daß durch die ganz normale Darmwand keine Resorption von Bakterien stattfindet (M. NEISSER, G. SINGER l. c.). Bis zu welchem Grade andererseits die beim Tierexperiment gesetzten Schädigungen für den Menschen zutreffen, welche Epithelläsionen oder tiefergreifenden Gewebsveränderungen selbst eine entsprechend lange dauernde Koprostase allein schon in den unteren Darmabschnitten setzen kann, um eine Einwanderung von Darmbakterien in die Blut- oder Lymphbahnen zu ermöglichen, kann noch nicht als sichergestellt angesehen werden.

Bezüglich der von uns im Auge gehaltenen Fälle von Blasenbakteriurie sprechen jedoch nicht zu übersehende Momente durchaus zugunsten eines anderen Einwanderungsmodus der Bakterien als jenes durch die Blutbahn. Zunächst läßt sich in einer Anzahl von Fällen der Weg, den die infektiösen Keime nehmen, etappenweise verfolgen. Bei Nachbarerkrankungen, Entzündungs- und Eiterherden (Adnex, Perimetritis, Gravidität) oder bei mechanischen Raumbegrenzungen und Anlagerung an die Blasenwand (Myom, Darmadhäsionen u. a.) bieten die geänderten Zirkulationsverhältnisse durch Hyperämie und Stauung in der Blase sehr günstige Bedingungen für die Invasion der Bakterien. RAYMONDS cystoskopische Befunde, welche hyperämische Zonen an der Blasen Schleimhaut, genau entsprechend dem von außen her angelagerten Nach-

bargebilde, feststellten, sprechen für diesen direkten Weg der Einwanderung. Wir verfügen über einen einschlägigen Beleg, nämlich über einen Fall, der eine Frau betraf, welche in den vorgeschrittenen Stadien von drei in 4—5jährigen Intervallen stattgehabten Graviditäten stets eine Blasenbakteriurie darbot. In den Zeiten vor und zwischen den Schwangerschaften war der Harn bakterienfrei und kehrte auch im Wochenbette nach ganz kurzdauernder Lokalbehandlung zur Norm zurück.

In analoger Weise sprechen die meisten Fälle von genuiner Bakteriurie im Verlaufe von chronisch-blennorrhöischen Affektionen der Prostata oder selbst nach jahrelangem Ablauf derselben für diesen Übertritt der Darmbakterien per contiguitatem. Die Schwankungen in dem Grade der Bakterienüberschwemmung, welche auf lokale Momente, Füllungszustand von Blase und Mastdarm, Digestionsstörungen u. a. eintreten, sind für uns wiederholt Anhaltspunkte zugunsten des kurzen Weges gewesen. Es wäre ja auch sonderbar, anzunehmen, die Darmbakterien hätten, ehe sie in die Blase gelangen, den weiten schwierigen Weg durch die gesamte Blutbahn zu durchmessen und betätigten ihre besondere Vorliebe für die Blase, indem sie sich in dieser, also in unmittelbarer Nachbarschaft des Ortes, von dem ihre Reise ausging, ansiedeln. So komplizierte Bahnen scheint — so teleologisch dies auch gedacht sein mag — die Natur nicht zu beschreiten, um pathologische Endziele zu erreichen. Nach allem, was uns die Praxis der Urologie lehrt, müssen wir im Gegenteile sogar die Meinung verfechten, der Übertritt der Bakterien durch die zwischen Mastdarm- und Blasenwand gelegenen Gewebe sei durchaus kein ungewöhnlicher Weg, sondern sogar gegenüber den sonstigen Modalitäten der Einwanderung der häufigere. Wir dürften auch mit der Vermutung kaum fehlgehen, wenn wir annehmen, die genuine Blasenbakteriurie sei durchaus nicht die seltene Affektion, für die man sie nach der relativ geringen Kenntnis, derer sie sich erfreut, anzusehen geneigt wäre. Bei sorgfältigerer Beachtung der trüben Harnes müßte sich diese Frage unserem Ermessen nach klären und gewiß auch das eine hervorkommen, daß so mancher Harn, der für pyelitischen Charakters gehalten wird, in Wahrheit ein bakteriurischer sei.

An dieser Stelle wollen wir auch die Beobachtung kurz einfügen, daß in Fällen von schwerer chronischer Bakteriurie mitunter wurmförmige, gelbliche Konglomerate aus der Blase entleert werden, die sich als durch Schleimmassen zusammengebackene immense Massen von *B. coli* erweisen. Die Ähnlichkeit dieser Gebilde mit den wurstartigen Gerinnungen und Ausgüssen der Ureteren läßt in solchen Fällen fälschlich den Gedanken an eine bestehende Pyelitis oder Nephritis noch leichter plausibel erscheinen, obwohl tatsächlich bloß eine Blasenbakteriurie vorliegt.

So wenig bis heute die Genese der Bakteriurie überhaupt erkannt ist, so unklar es auch sein mag, weshalb in dem einen Falle, bei ganz analogen pathologischen Antezedentien bezüglich des Harnapparates der Symptomenkomplex der Bakteriurie mit Störungen des Gesamtorganismus kombiniert auftritt, in einem Dutzend anderer Fälle aber ausbleibt, so müssen wir nach unseren Erfahrungen doch einige Momente der Pathologie als belangreich heranziehen. Vor allem ist es gewiß, daß für die Überwanderung von Darmbakterien gewisse histologische Gewebsveränderungen in der Prostata und im periprostatischen Zellgewebe sehr günstige, vielleicht unerläßliche Bedingungen schaffen. Darum ist es naheliegend, daß in der Mehrzahl, unserer Meinung nach sogar in sämtlichen Fällen von Blasenbakteriurie eine zumindest vorübergehende, vielleicht in ihren Symptomen gar nicht kenntliche Affektion der Vorsteherdrüse oder der Samenblasen, zu meist wohl gonorrhöischer Natur, vorausgegangen sein müsse, ehe es zu bakteriurischen Harnveränderungen kommt. Es fällt dabei das gewichtige Moment in die Wagschale, daß die negativen Angaben bezüglich einer vorausgegangenen Blen-

norrhöe, wie sie sich anamnestisch bei einzelnen unserer Kranken und in den Literaturbelegen finden, für unsere Beurteilung nicht stichhaltig erscheinen. Denn an eine in den ersten Jünglingsjahren überstandene, anscheinend kurzdauernde Gonorrhöe denkt mancher nach Jahren kaum mehr, andererseits werden schleichende Harnröhrenkatarrhe mit unscheinbaren oder gänzlich fehlenden subjektiven Symptomen selbst ganz übersehen. Bei der Häufigkeit der Blennorrhöe der Sexualorgane überhaupt, die wohl 80—90% der Männer oder darüber befällt, wäre es verwunderlich, wenn gerade bei den relativ doch nicht häufigen Fällen der Blasenbakteriurie die sonst so frequente Gonorrhöe in den Antezedentien fehlen sollte. Nach den Ergebnissen der neueren Studien ist es uns andererseits auch bekannt, daß die Mitbeteiligung der Vorsteherdrüse, ihres drüsigen und bindegewebigen Anteiles oder auch der Samenblasen an der Harnröhrenkrankung nicht nur keine Ausnahme bildet, sondern im Gegenteile die Regel darstellt. Ja nach unseren nunmehr 10jährigen Erfahrungen wagen wir den Satz auszusprechen, ein völliges Verschontbleiben der Prostata von katarrhalisch entzündlichen Veränderungen, die mitunter erst spät nach dem vermuteten Ablaufe der Urethralblennorrhöe zutage treten, sei zu den Ausnahmen zu rechnen. Gewiß bleibt die Prostataaffektion in sehr vielen Fällen während des floriden oder des subakuten Stadiums, trotz darauf gerichteter Aufmerksamkeit, unerkant, indem ihre Manifestationen durch die Symptome von Seite der Harnröhrenentzündung verborgen bleiben; andererseits lehren uns die Erfahrungen, daß Prostataaffektionen ungemein schleichend einsetzen und ganz allmählich bis an die Schwelle der manifesten Symptome gelangen können, ja daß sie in ihrer Existenz wohl zu einem Zeitpunkte in die Erscheinung treten, wo an die vorausgegangene Urethralblennorrhöe kaum mehr gedacht wird. Solche Formen der chronischen Prostatitis, welche jahrelang, ja vielleicht 10—20 Jahre persistierende Veränderungen in der gesamten Drüse und in ihrer Nachbarschaft setzen, erachten wir als direkt häufig. Veränderungen in Größe, Gestalt und Konsistenz, in der Struktur, Festigkeit und Sukkalenz der Drüse selbst, schließlich in der Weite und Anordnung der Saftspalten, der Lymph- und Blutbahnen werden vermutlich das Resultat solcher langdauernden chronischen Entzündungen sein. Wir wissen, daß auch manifeste Reste solcher Prostatitiden sich sehr lange erhalten und durch gewisse subjektive Störungen (Stiche in der Prostata, leichte Schmerzen bei schwerem Stuhlgange), ferner durch zeitweise Vermehrung des Prostatasekretes kundgeben, welches bei mikroskopischer Prüfung stark vermehrten Leukozytengehalt aufweist. Bekanntlich vergesellschaftet sich mit schleppenden Erkrankungen der Sexualorgane zudem aus den verschiedensten anderen äußeren Ursachen sehr oft eine mehr minder hartnäckige oder schwankende Obstipation, deren Rückwirkungen auf die Epithel- resp. Zirkulationsverhältnisse in den unteren Darmabschnitten unausbleiblich sein dürften.

Aus all diesen Momenten leiten wir die bislang wohl nur als Wahrscheinlichkeit geltende Schlußfolgerung ab, daß in den zwischen Blase und Mastdarm gelegenen Geweben, im Epithel und in den Blut- und Lymphbahnen dieser Abdominalorgane im Gefolge einer Blennorrhöe Veränderungen sich stabilisieren, welche den Mikroorganismen die unter normalen Verhältnissen nicht stattfindende Überwanderung ermöglichen.

Sind wir hier bis zu einem gewissen Grade nur auf Vermutungen und Wahrscheinlichkeitsschlüsse angewiesen, so dürfen wir doch mit einiger Berechtigung auf das Zutreffende der obigen Behauptungen bauen. Eingehende pathologisch-histologische, experimentelle und bakteriologische Studien, welche wir der ganzen Frage zuwenden, werden hoffentlich weitere Klarheit schaffen.

(Schluß folgt.)

Neue Instrumente und Apparate.

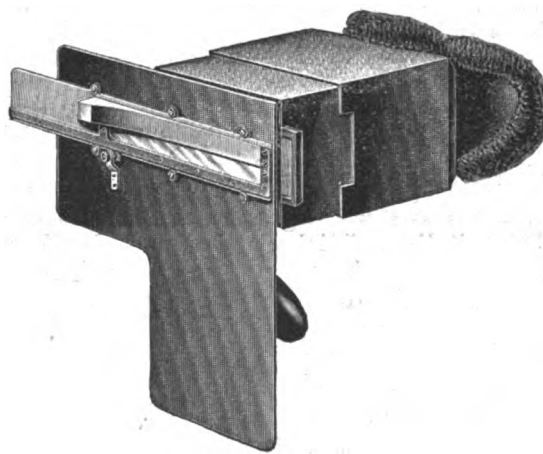
Eine Benoistsche Härteskala in verbesserter Form nach Dr. Wehnelt.

Diese neue Präzisions-Härteskala beruht wie die Original-BENOISTSche Härteskala und die verbesserte Skala nach Dr. WALTER¹⁾ auf dem Prinzip der ungleichen Absorption von Röntgenstrahlen durch zwei verschiedene Metalle, von denen eines, Silber, mit einem Atomgewicht von 108 bekanntlich die Eigenschaft hat, verschieden harten Röntgenstrahlen gegenüber seine Absorption nur wenig zu ändern, während das zweite Metall, Aluminium, sich in seiner Transparenz unter den gleichen Verhältnissen sehr stark ändert.

Die Nachteile der BENOISTSchen Härteskala bestehen 1. darin, daß der Beobachter sämtliche Stufen des Aluminiums in verschiedenen Helligkeitsgraden auf dem Bariumplatincyanürschirm sieht, so daß das Auge irritiert wird, die Bestimmung des Härtegrades also erschwert wird, 2. darin, daß das Aluminium abgestuft ist, so daß die Qualität von Röntgenstrahlen, welche gerade zwischen zwei Stufen des Aluminiums liegt, nicht bestimmt werden kann.

Der weitere Nachteil der BENOISTSchen Skala, die ungleiche Empfindlichkeit gegenüber verschieden harten Röhren, ist bei dem WEHNELTSchen Instrumente durch Abstufung des Aluminiums in einer arithmetischen Reihe höherer Ordnung beseitigt.

Bei der neuen Präzisions-Härteskala nach Dr. WEHNELT sind die unter 1 und 2 aufgeführten Nachteile des BENOISTSchen Instru-



mentes vermieden und die WALTERSche Konstruktion der Abstufung in arithmetischer Reihe höherer Ordnung ist nutzbar gemacht.

Die neue Härteskala besteht aus einem durch Zahn und Trieb bewegten Metallschieber, auf dem neben einem dünnen Silberstreifen ein nach dem Absorptionsgesetz $i = I \cdot e^{-\alpha \cdot d}$ keilförmig ansteigender Aluminiumstreifen befestigt ist. Hierin bedeutet i die Intensität der durch den Keil hindurchgehenden, I die der auftretenden Strahlen, e die Basis der natürlichen Logarithmen, α den Absorptions-Coeffizienten für eine bestimmte Stärke und d die Dicke des Keiles an dieser Stelle. Ist der Keil nach dieser logarithmischen Funktion, die eine ähnliche Kurve darstellt, wie eine arithmetische Progression zweiter Ordnung, hergestellt, so nimmt die Intensität i bei der Verschiebung in geradem Verhältnis zu bzw. ab, d. h. die Empfindlichkeit des Instrumentes ist für jede Röhrenhärte dieselbe.

Der Schieber ist auf einer Messingplatte, die zugleich als Schutzschild für die Hände dient, angeordnet. Ein schmaler Spalt, der in der Verlängerung der Achse des auf die Messingplatte aufgesetzten Kryptoskopes in dieser und einer dahinterliegenden, für Röntgenstrahlen undurchlässigen Platte angebracht ist, und dessen Höhe gleich der Breite beider nebeneinander liegenden Metallstreifen des Schiebers ist, gestattet den Röntgenstrahlen an dieser Stelle den Durchgang zum hinter der Platte, d. h. auf der dem Auge des Beobachters zugekehrten Seite verschiebbar angeordneten kleinen Bariumplatincyanürschirm. Eine am Schieber

¹⁾ Dr. B. WALTER, Zwei Härteskalen für Röntgenröhren. F. a. d. G. d. R., Bd. 6, H. 2, pag. 68—74.

angebrachte Skala und ein an der Schutzplatte markierter Index gestatten die Ablesung der jeweiligen Stellung des Schiebers, d. h. die Ablesung der Durchdringungskraft der Röntgenstrahlen. Das auf die Präzisions-Härteskala aufgesetzte Kryptoskop dient nur dazu, Messungen auch im beleuchteten Zimmer vornehmen zu können. Damit ferner auch Kurzsichtige mit genügender Genauigkeit messen können, ist das Kryptoskop teleskopartig zusammenschiebbar ausgeführt. Ein hinter der Schutzplatte angebrachter Handgriff und ein zur Bewegung des Schiebers dienender Knopf vervollständigen das Instrument, welches nebenstehende Abbildung zeigt.

Zum Gebrauch wird das Kryptoradiometer mit der Seite des Schiebers in das Strahlenfeld einer Röhre gebracht, und dreht der Beobachter so lange an dem an der Schutzplatte befindlichen Knopf, bis das an der Stelle des Spaltes auf dem Leuchtschirm erscheinende Schattenbild des Aluminiumstreifens in seiner Fluoreszenzhelligkeit gleich der des abgrenzenden Bildes des Silberstreifens ist. Die Ablesung an der am Schieber angebrachten Skala gibt dann direkt den Härtegrad der zu messenden Röntgenröhre an.

Der Konstruktion des von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Wien hergestellten Instrumentes liegt also, wie aus Vorstehendem ersichtlich, das Prinzip des Absorptions-Photometers bzw. des Polarisationsapparates zugrunde, und bedarf es wohl kaum der Erwähnung, daß die Messung des Härtegrades in der Tat eine sehr genaue ist.

Die Bestimmung des Härtegrades mit der Hand ist viel zu gefährlich, als daß man ihr das Wort reden könnte und außerdem hat diese Methode nur für Geübte einen gewissen Wert.

Bei therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen ist die Benützung einer guten Härteskala sogar selbst für geübte Röntgenologen unentbehrlich, da die Schätzung am Schatten der Handknochen zu wenig genau ist. Verbindet man bei genannter Anwendung der Röntgenstrahlen mit der Präzisions-Härteskala ein empfindliches Milliampèremeter zur Messung des durch die Röhre gehenden, hochgespannten Stromes, so kann sowohl Qualität als auch Quantität der Strahlen genau gemessen werden. Die beiden Bestimmungsstücke für die gesamte Intensität der Röntgenstrahlen sind dadurch gegeben, und bedarf es nur noch der Aufstellung einer Tabelle, in der die gesamten Expositionszeiten für verschiedene Körperteile und verschiedene Alter der Individuen angegeben sind, um Hautverbrennungen mit großer Sicherheit auszuschließen.

Referate.

SOBERNHEIM (Halle a. d. S.): Über Milzbrandserum und seine praktische Anwendung.

Ein wirksames Serum wird nur dann erzielt, wenn die aktive Immunität der Tiere erreicht ist. Bei wenig vorbehandelten Tieren erhalten wir kein wirksames Serum, auch nicht nach Spontanerkrankung der Tiere, ebensowenig bei Menschen, die sich nach der Milzbranderkrankung in der Rekonvaleszenz befinden. Die Prüfung der Wirksamkeit ist mehrfach zu wiederholen; an Kaninchen und Mäusen angestellt, ist sie aber, wie aus Vorhergehendem sich ergibt, nicht von hinreichender Sicherheit; es sind daher für diesen Zweck Schafe, Rinder und Pferde zu benutzen. S. hält Schafe für besonders geeignet zur Bildung des Serums, SCLAVO verwendet mit Vorliebe Esel („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 23).

Bestimmte Anhaltspunkte für den Charakter des Serums liegen nicht vor; es ist aber anzunehmen, daß es antibakteriell wirkt, da der Milzbrand eine Septikämie ist.

Die Haltbarkeit der Antikörper ist sehr groß. Das Serum ist unempfindlich gegen hohe Temperaturen von 60 oder 70°. Dagegen wirkt niedrige Temperatur, besonders Gefrieren, schädlich.

Infolge der günstigen Anwendung des Serums beim Tierversuch wendeten SCLAVO und MENDES es auch beim menschlichen Milzbrand an und erzielten gute Erfolge. Diese Erfolge sind auch von anderen Forschern in einer großen Reihe von Fällen erzielt worden. Derzeit hat die chemische Fabrik von Merck in Darmstadt die Herstellung des Serums im großen übernommen. Das Serum wird unter gewissen Kautelen auf ein positives Resultat für

praktische Dosierung geprüft, und zwar an 5 oder 6 Kaninchen in steigender Folge intravenös. Nach einer Stunde werden die Tiere virulent geimpft, und bleiben dann einige Tiere am Leben, so genügt das Serum den Anforderungen der Praxis. Dann wird es noch an Schafen geprüft. In Ställen, in denen Fälle von Milzbrand vorgekommen, werden den anderen Tieren 20—25 cm³ zum Schutze eingespritzt und man hat dadurch erreicht, daß in einer Reihe von Beständen der Milzbrand völlig aufhörte. Aber nicht allein zu Schutz-, sondern auch zu Heilzwecken ist das Serum bei Tieren zur Anwendung gekommen. Es sind Tiere, die nach der Ansicht der Sachverständigen verloren waren, gerettet worden. Bei schweren Allgemeinerscheinungen haben Injektionen von 50 bis 100 bis 150 cm³ das Leben erhalten. Die praktische Bedeutung der Heilwirkung ist aber nicht sehr erheblich, weil der Milzbrand in der Regel so rasch verläuft, der sogenannte apoplektische Milzbrand, daß ein therapeutischer Versuch überhaupt nicht möglich ist.

Votr. hat jetzt nach dem Vorgange von KOLLE bei der Rinderpest ein neues Verfahren in Anwendung gebracht, eine Kombination von Serum und Kultur. Zu gleicher Zeit wird eine Dosis Serum und an einer anderen Stelle eine Milzbrandkultur injiziert, die nicht hochgradig virulent ist, sondern aus einem Stamm besteht, dessen Virulenz durch Züchtung so weit herabgesetzt ist, daß es für Kaninchen noch etwas pathogene Wirksamkeit besitzt. Bei Rindern genügen 5 cm³, bei Kälbern 0.5 cm³, bei Pferden ebenfalls 5 cm, bei Schafen eine geringere Dosis. Das Verfahren vermag auch gegen die Infektion durch Fütterung mit Milzbrandsporen zu schützen. Über diese Methode, die Krankheit zum Stillstand zu bringen oder ihr Auftreten zu verhüten, hat Votr. schon vor einigen Jahren Mitteilung gemacht. Vorzügliche Resultate sind in Argentinien erzielt worden. Vor der Impfung herrschte der Milzbrand auf einer Estancia mit 16.000 Rindern sehr stark und ist nach Einführung der Impfung fast ganz verschwunden. Die früher geübte PASTEURSche Methode der Immunisierung mit mehrfachen Impfungen hat nicht so gute Resultate ergeben. G.

WALTER CHRISTEN (Olten): Ein Fall von Polymyositis acuta.

Die Polymyositis hat eine junge Geschichte — sie wurde zum ersten Male von E. WAGNER im Jahre 1887 beschrieben — und gehört zu den seltensten Krankheiten („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte“, 1903, Nr. 24).

Verf. beschreibt einen von ihm mit Erfolg behandelten Fall, der in typischer Reihenfolge die charakteristischen Symptome der Polymyositis (auch Dermatomyositis) zeigt, und bemerkt zum Schlusse: „Diese Erkrankung, die 5 Wochen dauerte, gehört zu den akuten Fällen, im Gegensatz zu den chronischen, die sich über viele Wochen und Monate hinziehen können. Die Prognose sowohl der akuten wie der chronischen Fälle ist ungünstig, die große Mehrzahl führt zum Tode, meist durch Respirationsstörungen.“ . . . „Die anatomische Untersuchung der Muskeln hat in den bisher beobachteten Fällen echte akute Entzündung der Muskeln ergeben. Die Therapie der Polymyositis ist eine symptomatische: Salizylpräparate, Massage, Elektrizität. H. OPPENHEIM empfiehlt an der Hand gemachter Erfahrung energische Diaphorese durch Zuleitung heißer Luft, Darreichung von heißen Getränken und Aspirin, in der zweiten Periode Behandlung mit Massage, Gymnastik und Elektrizität; er hat damit gute Resultate erzielt. Die Behandlung im Falle des Verf. bestand in warmen Einwicklungen und Darreichung von Aspirin.“ L.

LUDWIG SEITZ (München): Über intrauterine Totenstarre und die Totenstarre immaturer Früchte.

Beim Neugeborenen ist die Ausbildung der Totenstarre eine geringere, was mit dem kleineren Querschnitt der Muskeln zusammenhängt; auch die Dauer der Starre ist eine kürzere. Die Angabe aber, daß die Totenstarre bei Föten unter 7 Monaten nicht eintrete, erklärt S. („Samml. klin. Votr.“, Nr. 343) für entschieden falsch, obwohl sie in allen Lehrbüchern der Physiologie und ge-

richtlichen Medizin zu finden ist. Dafür, daß auch Früchte innerhalb der Gebärmutter der Totenstarre verfallen, liegen 20 Fälle vor, die der Autor um einen weiteren vermehrt, der sich dadurch auszeichnet, daß bei schon eingetretener Starre noch Herzschlag zu konstatieren war. Bei der bekannten Unabhängigkeit des fötalen Herzens von den anderen Organen, insbesondere vom Zentralnervensystem, braucht es aber nicht Wunder zu nehmen, wenn einmal bei ungewöhnlich rascher Erstarrung der übrigen Muskeln das Herz noch sterbend zu einigen Kontraktionen ausholt.

Unter den mitgeteilten Fällen von intrauteriner Totenstarre liefert die Eklampsie einen hohen Prozentsatz (19%) und es ist wahrscheinlich, daß intrauterin ausgelöste Krämpfe zu einer rascheren Erstarrung des Muskeleiweißes führen. Auch Chloroformeinwirkung sub partu kann zu einer Beschleunigung im Eintritt der Totenstarre führen, ebenso erhöhte Temperatur der Mutter.

A priori ist kein Grund anzunehmen, daß die Gesetze, die für den gebornen toten Fötus gelten, für den noch im Uterus befindlichen keine Geltung haben sollten, ja man müßte, da die Temperatur immer eine höhere ist als in der Außenwelt, sogar einen rascheren Eintritt der Totenstarre erwarten. Wenn nun die Beobachtungen über das Vorkommen intrauteriner Starre so spärlich fließen, so liegt der Hauptgrund darin, daß die Früchte gewöhnlich erst dann geboren werden, wenn sich die Totenstarre schon wieder gelöst hat; hierher gehören fast alle schon vor Beginn der Geburt abgestorbenen Früchte und ausnahmslos alle stärker mazerierten Föten. Stirbt die Frucht erst intra partum ab, so werden aber die vorhandenen Zeichen der beginnenden Starre sehr häufig übersehen.

Von forensischer Wichtigkeit ist die Kenntnis der Erscheinungen der Totenstarre darum, weil man — wie es sich tatsächlich ereignet hat — nicht aus dem Bestehen derselben auf ein extrauterin stattgehabtes Leben der Frucht schließen darf.

FISCHER.

SENATOR und FRANKENHÄUSER (Berlin): **Wirkung von Kohlensäure- und anderen gashaltigen Bädern.**

Die Verff. führen die spezifische Wirkung der gas-, insbesondere der kohlensäurehaltigen Bäder auf einen ganz eigenartigen thermischen Reiz zurück („Therapie d. Gegenw.“, 1904, Nr. 1):

Für Wasser liegt der Indifferenzpunkt, unterhalb dessen Kältegefühle und Kältereaktionen, oberhalb dessen Wärmegefühle und Wärmereaktionen ausgelöst werden, zwischen 34.8—36.4°C (ein Wannenbad von 28°C erscheint dem normalen Menschen bekanntlich ausgesprochen kühl), für atmosphärische Luft zwischen 20—25°C, für Kohlensäure noch tiefer. Wenn man also ein kohlensäurehaltiges Bad von 28°C besteigt, so erhält man zunächst von dem unter seinen Indifferenzpunkt temperierten Wasser einen Kältereiz; die Stellen, welche sich dann mit Kohlensäurebläschen bedecken und durch diese vom Wasser abgetrennt werden, erhalten hingegen von dem über seinen Indifferenzpunkt temperierten Kohlensäuregas einen Wärmereiz. So findet im kohlensäurehaltigen Bade nicht nur ein häufiger Wechsel zwischen Kälte- und Wärmereizen statt, sondern es bestehen auch Kältereize und Wärmereize gleichzeitig an zahlreichen Stellen der Haut dicht nebeneinander, so daß es zu ganz ausgeprägten thermischen Kontrastwirkungen kommt, wie sie keinem anderen balneotherapeutischen und hydrotherapeutischen Mittel für sich allein eigen sind und welche dementsprechend auch eine kräftige und eigenartige Reaktion herbeiführen müssen. Die praktische Erfahrung hat auch schon lange erkannt, daß die Wirksamkeit des kohlensäuren Bades an seine (niedrige) Temperatur, die gerade zwischen dem Indifferenzpunkte des Wassers und dem der Luft, bzw. der Kohlensäure, gelegen sein muß, geknüpft ist.

BR.

GOUGET (Paris): **Über Leberaffektionen bei Nierenkrankungen.**

Während man schon geraume Zeit die Schädigungen, welche Lebererkrankungen an den Nieren verursachen, kennt, ist der Einfluß von Nierenaffektionen auf die Leber noch wenig bekannt („La

Presse médicale“, 1902, Nr. 40). In der Regel wird das gleichzeitige Bestehen einer Leberzirrhose bei Morbus Brightii als ein zufälliges Zusammentreffen aufgefaßt. Doch kommt diese Koinzidenz so häufig zur Beobachtung, daß der aufmerksame Beobachter die Zufälligkeit beweifeln darf. Auch kann man experimentell ausgesprochene Schädigungen des Lebergewebes erzielen, wenn man bei Kaninchen die Ureteren unterbindet. Verf. erzielte auch dadurch schwere degenerative Veränderungen des Lebergewebes, daß er den Versuchstieren große Mengen von Harnsäure in steigender Dosis injizierte. Es scheint also der Schluß gerechtfertigt, daß die Harnsäure derjenige Anteil des Urins ist, welcher bei diesen Leberaffektionen als ätiologischer Faktor in Betracht kommt.

J. ST.

STUERTZ (Berlin): **Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie.**

Der Fall des Verf. betraf einen 27jährigen Mann („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 5 u. 6) aus Australien, der seit 7 Jahren über die weiße Farbe seines Urins und Urinbeschwerden, welche zeitweise auftraten, klagte. Der Harn war milchig gefärbt, enthielt Fett, Lecithin, Cholestearin, Fibrin und gallertartige Gerinnung, welche letztere aus Fibrin, Rundzellen und geringen Blutmengen bestanden. Beim Cystoskopieren fand man einen undeutlichen, etwa taubeneigroßen, weißlichen, rötlichen und undeutlich konturierten Fremdkörper am Blasenboden, der sich schwimmend bewegte. Aus den Ureteren träufelte rechts fast klarer Urin, links dickweißer Urin mit Blut ab. Nach vielfachen erfolglosen Untersuchungen wurde schließlich im Harnsedimente ein Ei von *Eustrongylus gigas* aufgefunden. Dieser Wurm scheint in Nordamerika, Brasilien, Paraguay häufig vorzukommen, selten ist er in Holland, Norddeutschland, Skandinavien, Frankreich und Italien. Im erwachsenen, geschlechtsreifen Zustande lebt der Wurm einzeln oder nur in wenigen Exemplaren beisammen, meist im Nierenbecken, dasselbe cystenförmig auftreibend. Bei Tieren ist er gelegentlich noch in Lunge, Leber und Darm gefunden worden. Er ist ein das Leben hochgradig gefährdender Parasit; oft führen plötzliche, von ihm verursachte Eiterungen den Tod herbei. In der Niere lebend, zerstört er deren Parenchym; die im oben beschriebenen Falle vorhandene Chylurie ist ein zugehöriges Symptom. Beim Menschen kommt der Wurm nur äußerst selten vor.

BR.

A. LANDAU (Warschau): **Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck des Blutes.**

Ein Gesetz über einen gleichartigen Einfluß des fieberhaften Zustandes auf den osmotischen Blutdruck ist schwer zu geben. In gewissen Fällen (Pneumonia crouposa, Rheumatismus articularum, Phthisis pulmonum) bleibt der osmotische Blutdruck während des Fiebers normal, in anderen dagegen (Typhus abdominalis — während des konstanten Fiebers) ruft das Fieber ein Sinken des osmotischen Blutdruckes hervor; mitunter aber (Phthisis pulmonum, Typhus abdominalis während der Periode großer Temperaturschwankungen) zeigt das Blut des fiebernden Patienten eine Steigerung des osmotischen Druckes. Die Veränderungen des osmotischen Blutdruckes bei Fieber sind wahrscheinlich dem pathologischen Stoffwechsel infolge der Steigerung der Körpertemperatur und der Wirkung der spezifischen Noxe zuzuschreiben. Man darf annehmen, daß die Nieren in Fällen von Steigerung des osmotischen Druckes nicht unbeeinflusst bleiben, da die pathologischen Veränderungen derselben (parenchymatöse Trübung und Fettdegeneration der Epithelzellen) die Abschwächung der Nierentätigkeit hervorzurufen, imstande sind. Welcher Anteil an den Veränderungen des osmotischen Blutdruckes dem pathologischen Stoffwechsel und welcher der veränderten Nierentätigkeit zuzuschreiben ist, diese Frage ist durch die kryoskopische Untersuchung des Blutes nicht zu lösen. — Die Steigerung des osmotischen Druckes bei M. Brightii deutet auf das Zurückhalten von nicht entfernten Blutprodukten — Niereninsuffizienz — hin. Das Maß der Insuffizienz ist die Verminderung des Stickstoffgehaltes. Die Untersuchungen L.s („Deutsches Arch. f.

klin. Med.“, Bd. 73, H. 5 u. 6) über den osmotischen Druck bei Herzinsuffizienz sind unzureichend. Bei Blut- und Stoffwechsellkrankheiten fand Verf. ein variables Verhalten. B.

THELEMANN (Marburg): Über die Entkapslung der Niere.

Auf Grund eingehender Untersuchungen („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 15) kommt Verf. zu dem Schluß, daß die neue Kapsel in relativ kurzer Zeit von den bei der Operation zurückgebliebenen Resten der alten Kapsel und den in das Nierenparenchym einstrahlenden Septen einerseits und der Fettkapsel andererseits gebildet wird. Ob die Vaskularisation der neugebildeten Kapsel reichlicher ist als die der alten, vermag er mit Sicherheit nicht zu sagen, da die hierzu nötigen Injektionsversuche zu einem Ziele bisher nicht geführt haben. Auf das Nierenparenchym übt die Entkapslung einen nennenswert schädigenden Einfluß jedenfalls nicht aus. Es bliebe noch die Frage zu erörtern, ob die Operation das klinische Krankheitsbild günstig beeinflußt. Eine vorübergehende Besserung, die in der momentanen Entspannung der Niere besteht, ist jedenfalls wohl denkbar. Da aber nach den bisherigen Versuchen am Hunde eine Vermehrung der Gefäße in der neuen Kapsel nicht nachgewiesen worden ist und schon nach 14 Tagen sich die früheren anatomischen Verhältnisse wieder hergestellt haben, ist es doch sehr fraglich, ob bei dem Menschen eine Dauerheilung erzielt werden kann. Die bisherigen klinischen Resultate sind durchaus nicht einwandfrei. Die schweren, von EDEBOHLS operierten Fälle sind gestorben, die leichteren sind gebessert, zum Teil genesen. Die Frage ist jedenfalls zulässig, ob die leichten Fälle nicht auch ohne Operation geheilt wären. Zu bedenken ist schließlich noch die Schädigung durch eine Chloroformnarkose. L.

G. LANG (St. Petersburg): Über den Einfluß des Wassers, der Eiweißstoffe, Kohlehydrate und Fette auf die Magensaftsekretion des Menschen.

Verf. fand in ausgedehnten Untersuchungsreihen, daß Stärke in geringen Quantitäten, was ihren Einfluß auf die Sekretion und Motilität des Magens betrifft, ein vollkommen indifferentes Stoff ist („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“ Bd. XXXVIII, Hft. 3 u. 4); wenn man Fett mit Wasser in den Magen preßt, dann verläßt das Wasser den Magen verhältnismäßig schnell, während das Fett länger zurückbleibt. Nach Einführung von Butter war die Gesamtazidität sehr hoch. Die Eiweißsubstanzen sind unter allen von L. untersuchten Nahrungstoffen beim Menschen als die einzigen Erreger der Magensaftabscheidung anzusehen. Es besteht ein Unterschied im Einfluß des Wassers und des Eiereiweißes auf die Magensaftsekretion beim Hunde einerseits, beim Menschen andererseits. Bei ersterem wirkt Wasser sekretionsanregend, Eiereiweiß dagegen, obgleich es viel Wasser enthält, nicht. Umgekehrt beim Menschen: hier regt das Wasser die Sekretion kaum an, Eiereiweiß jedoch in beträchtlichem Grade. B.

H. GUDDEN (München): Über eine Entwicklungshemmung der Nase (ein bisher nicht beobachtetes Degenerationszeichen).

Die Anomalie („Neurol. Zentralbl.“, 1904, Nr. 1), nicht seltener als die analogen rudimentären Kiemengangsfisteln, besteht darin, daß das Nasenloch an seinem vorderen Rande in eine schlitzförmige Spalte ausmündet. Sie ist als eine aus derjenigen Fötalperiode stammende Entwicklungshemmung aufzufassen, in welcher sich die anfangs voneinander getrennten inneren und äußeren Nasenfortsätze vereinigen; die inneren bilden den Nasenrücken, die äußeren die Nasenflügel; die Schließung geschieht erst nach dem zweiten Embryonalmonate; ist sie unvollständig, so kommt jene Anomalie zustande. INFELD.

W. HEINICKE (Hubertusburg): Zur Kasuistik des Verhaltens der Haare bei Geisteskranken.

Verf. berichtet von einem an Dementia praecox leidenden Mädchen, bei welchem mit jedem (zum Krankheitsbilde gehörenden)

Erregungszustande ein bestimmtes Haarbüschel weiß wurde; die Entfärbung trat 1—2 Stunden vor der Erregung auf und verschwand rapid einige Stunden nach dem Abklingen der letzteren. Kein Haarausfall, keine Änderung in der Haarrichtung; bemerkenswert ist der Umstand, daß zur Zeit der Erregung der betreffende Teil der Kopfhaut hyperalgetisch war; die Pupillen waren dabei erweitert. Mikroskopisch zeigte es sich, daß die Haare während der Erregung mehr Luft enthielten wie im normalen Zustande; kein Pigmentschwund. Einleitend zitiert Verf. („Neurol. Zentralbl.“, 1904, Nr. 4) aus der Literatur zwei analoge Vorkommnisse bei Supraorbitalneuralgie, bzw. nervösen Kopfschmerzen und eines bei psychischen Erregungszuständen, die regelmäßig mit Stupor abwechselten. INFELD.

KOLESNIKOW: Sublimat gegen Pediculi pubis.

Statt der grauen Quecksilbersalbe, die zwar sicher wirkt, aber doch gewisse Unannehmlichkeiten für den Patienten bedingt, empfiehlt Verf. („Feldscher“, Organ der russischen Unterärzte, herausgegeben von Dr. OKS, Petersburg, 1904, Nr. 19), eine Sublimatlösung von 1:200 zur Vernichtung der Pediculi pubis anzuwenden. Mit dieser Lösung werden zur Nacht die Unterbeinkleider reichlich benetzt, worauf sich der Patient mit der Decke möglichst abschließend zudeckt. Zweimal genügt, um die Pediculi pubis zu vernichten. Nach der Behandlung bleibt eine leichte Hyperämie der Haut zurück, die aber bald verschwindet. Dieses Verfahren soll besonders für vernachlässigte Fälle geeignet sein, in denen die Pediculi von den Genitalien auf das Abdomen und auf die unteren Extremitäten übergegangen sind. L—y.

VANYSEK (Prag): Auffallende Expirationsretardation des Pulses bei manchen Neurasthenikern.

Bei manchen nervösen Leuten existiert eine pathologisch erhöhte Erregbarkeit der Zentren für die Regulation der Herzbewegungen, die sich durch auffallende Steigerung der physiologischen Expirationsretardation des Pulses kundgibt („Sbornik klinicky“, Bd. 5, H. 1). Dieser Erscheinung kann ein gewisser diagnostischer Wert beigelegt werden. Ihre Anwesenheit unterstützt die Diagnose der Neurasthenie ähnlich wie das Symptom von ERBEN und manche vasomotorische Veränderung. Bei Herzrhythmen ohne alle anderen objektiven Anzeichen am Herzen ist auch diese während der Expiration erhöhte Pulsretardation in Betracht zu ziehen. STOCK.

B. JESERSKI: Über einen Fall von Extraktion von Würmern aus dem äußeren Gehörgang.

Es handelt sich um einen 7jährigen Knaben („Feldscher“, Organ d. russ. Unterärzte, herausgegeben von Dr. OKS, Petersburg 1903, Nr. 18), der an so heftigen Ohrenscherzen litt, daß er höchst unruhig und sogar schlaflos war. Aus dem rechten Ohre entleerte sich eine übelriechende seröse Flüssigkeit, die Ohrmuschel war entzündet und leicht geschwollen. Als Verf. das Ohr von außen und innen mit einer warmen 2%igen Borsäurelösung wusch, bemerkte er, daß der Gehörgang mit weißen Würmern vollgepfropft war, welche unter der Einwirkung der Dusche gleichsam eine sich bewegende Masse darstellten. Mittelst Pinzette wurden 7 Würmer, von denen jeder 2 cm lang war, extrahiert. Hierauf Einträufelung von 2 $\frac{1}{2}$ %igem Karbolöl. Am folgenden Tage wiederum Extraktion von 5 Würmern. Nachbehandlung mit Einträufelung von 2 $\frac{1}{2}$ %igem Karbolöl. Vollständige Genesung. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die Fremdkörper des Ösophagus und ihre chirurgische Behandlung erörtert POPESKU („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 10). Jeder Fremdkörper des Ösophagus muß mit möglichster Beschleunigung entfernt werden; sind die unblutigen Methoden resultatlos geblieben, so soll die Ösophagotomie vorgenommen werden, und zwar bis zum Ende des 2. Tages. Ein seit einigen Tagen stecken-

gebliebener Fremdkörper muß unverzüglich durch Ösophagotomie entfernt werden, falls ein einziger Extraktionsversuch resultatlos geblieben ist. Ebenso muß vorgegangen werden, falls durch die Natur des Fremdkörpers eine Extraktion auf natürlichem Wege oder Propulsion kontraindiziert erscheint. Bei bestehender Infiltration des Halses oder bei Auftreten von Blutungen aus der Speiseröhre muß sofort die Eröffnung derselben vorgenommen werden. Die zervikale Ösophagotomie ist bei Erwachsenen jedesmal angezeigt, falls der Fremdkörper unter der aortischen Verengung stecken geblieben ist; beim Aufenthalte desselben zwischen 4. und 7. Brustwirbel und Unmöglichkeit einer unblutigen Entfernung erscheint als einziger Ausweg die intrathorakische Ösophagotomie, während bei Aufenthalt des Fremdkörpers im diaphragmatischen oder abdominalen Teile der Speiseröhre die Gastrotomie zum Ziele führt.

— Aus Versuchen von RANSOHOFF („Psych.-neur. Wschr.“, 1904, Nr. 2) über die **Behandlung der Schlaflosigkeit** mit Isopral geht hervor: Isopral wirkt bei motorischer Unruhe, auch bei starker Intensität, mit großer Sicherheit in Tagesgaben von 2mal 1.0 g; bei leichteren Fällen von Schlaflosigkeit, speziell auch bei depressiven Zuständen, sind 0.5—0.75 g meist von ausreichender Wirkung; bei heftigen Affekten, wie bei Schlafmittelsüchtigen, ist die Wirkung hingegen unsicher; man kann vielleicht auch bei schmerzhaften Leiden einen Erfolg erwarten. Nebenwirkungen sind bisher nicht beobachtet. Theoretische Erwägungen, wie das Tierexperiment, fordern jedoch zur Vorsicht bei Erkrankungen der Zirkulationsorgane auf.

— Auf eine **elgenartige Wirkung der Radiumstrahlen** macht G. SCHWARZ aufmerksam („PFLÜGERS Arch.“, Bd. 100). Er ließ die Strahlen auf eine umschriebene Stelle eines Hühnereies wirken, indem er eine Kapsel mit 2 cg Radiumbromid mittelst Heftpflasterstreifen 144 Stunden auf dem Ei befestigte. Nach dieser Zeit war von auffälligen Veränderungen eine leichte Bräunung der Kalkschale, Eindickung und Häutchenbildung am Weißei und als besonders auffällig eine grünlichgraue Verfärbung des Dotters in einem Umkreise von 4 mm Durchmesser zu konstatieren. Die dieser Stelle entsprechende Partie des Dotters ließ sich leicht vom übrigen Dotter trennen und hatte Geschmack nach Trimethylamin. Die Bräunung der Eischale führt SCH. auf eine Verfärbung ihrer organischen Substanz, auf eine Art trockener Destillation, zurück, die Verfärbung des Dotters auf Zersetzung des Luteins, die sonstige Umwandlung der betreffenden Stelle auf Zersetzung des Lecithins, denn er konnte nachweisen, daß nach Einwirkung von Radiumstrahlen auf isoliertes Lecithin derselbe Geschmack nach Trimethylamin auftritt. Daß es sich hierbei nicht um Fäulnisprozesse handelt, ist sicher, weil Radiumstrahlen die Fäulnisbakterien abtöten. Da nun Lecithin, besonders auch in Geschwülsten (Lupösen und Karzinomatösen), reichlich zu finden ist, so wird die günstige Beeinflussung dieser Geschwülste durch Radiumstrahlen auf Zerstörung des für die Entwicklung der Geschwülste notwendigen Lecithins zurückgeführt.

— Ein wertvolles **Antiepilepticum** nennt THUMEN („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 21) das Bromipin. Dasselbe vermindert die Anfälle zum mindesten an Zahl und an Stärke; bei nervösen Zuständen, besonders bei nervösem Herzklopfen, wirkt es prompt beruhigend und schränkt die Schwindelanfälle der Neurastheniker ein. Bemerkenswert ist fernerhin, daß das Mittel den lästigen Juckreiz bei Frostschäden der Haut zu beseitigen imstande ist. Berücksichtigt man sodann die wesentlichen Vorzüge, die das Bromipin insofern vor anderen Brompräparaten besitzt, als es keinerlei Magen- und Darmstörungen und keine Hauteruptionen bewirkt, so erscheint seine Anwendung überall da angezeigt, wo die Darreichung von Brom erforderlich ist, besonders aber auch in den Fällen, in denen eine frühere Brommedikation wegen des Auftretens von Bromismus abgebrochen werden muß.

— Die **Behandlung tuberkulöser Abszesse mit Methylenblau** erörtert NANVERTS („Journ. d. Pratic.“, 1904, Nr. 13). Unter dem Einflusse dieser Therapie legen sich die Abszeßwände rasch aneinander und vernarben mit einer sonst nicht beobachteten Raschheit. Um die unerwünschte färbende Wirkung möglichst zu vermeiden, wurden die Abszeßhöhlen mit einer in Methylenblau 5:1000

getränkten Gaze ausgestopft, welche getrocknet und sterilisiert nicht an den Händen des Operateurs abfärbt, falls diese trocken sind. Die nicht allzusehr eingelegte Gaze wird je nach der Reichlichkeit der Sekretion alle 2—3 Tage erneuert. Alle tuberkulösen Prozesse, sowohl mit Fistelbildung als auch frisch operierte, scheinen für diese Behandlung geeignet, womit außerdem Curettement der Höhlen und erkrankten Knochen, Abtragung von zerfallenem Gewebe und Sequestern am Platze ist. Vielleicht kann das Methylenblau auch zur Behandlung geschlossener tuberkulöser Abszesse an Stelle des Jodoformäthers und Naphtholkamphers Verwendung finden.

— Über seine zweijährigen Erfahrungen mit **Protargol** bei den verschiedensten **Augenkrankheiten** berichtet Mc CILLIVRAY („Scott. med. and surg. Journ.“, Nov. 1903). Im allgemeinen bedient er sich, um Reizerscheinungen auszuschließen, nur schwacher, meist 1%iger Lösungen. Dieselben werden stets frisch bereitet und mehrmals täglich eingeträufelt, abends aber stets einige Stunden vor dem Zubettegehen, damit die Sekretion im geschlossenen Auge nicht klebrig wird und unter den Augenlidern alsdann während der Nachtzeit als Fremdkörper wirkt. Bei starker Absonderung der Konjunktiva läßt er ferner die Augenlider mit etwas Vaseline einstreichen.

— Über die **Ausscheidung von Quecksilber mit dem Menstrualblute bei Hg-Kuren** berichtet NIKOLSKY („Wratschebn. Gaz.“, 1904). Er fand: 1. Die Sättigung des menstruellen Blutes mit Quecksilber kann sehr erheblich sein (bis zu 1:14500). 2. Der Prozentgehalt hängt von der eingeführten Menge ab. Derselbe steigt nach den ersten Injektionen sehr rapide (von 1:383000 auf 1:40000), während bei den weiteren die Zunahme wenig ausgesprochen ist. 3. Der Hg-Gehalt ist im menstruellen Blute viel bedeutender als der, welchen man sonst im Blute und der Lymphe des Individuums vermuten kann. Hieraus folgt, daß der Uterus während der Menstruation erhebliche Quecksilbermengen an sich zu ziehen vermag. 4. Im menstruellen Blute findet man mindestens 6mal (in einem Falle sogar 75mal) soviel Hg als im Harn. 5. Die Gesamtmenge des mit dem menstruellen Blute ausgeschiedenen Quecksilbers kann ziemlich erheblich sein. 6. Unter gleichen Bedingungen (hinsichtlich des Körpergewichts, der Blutbeschaffenheit usw.) kann man Frauen während der Menstruation etwas größere Mengen von Hg zu therapeutischen Zwecken zuführen als Männern.

— Am Moskauer Kinderspital hat M. K. PREISS („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1904, Nr. 8) über den therapeutischen **Wert der neueren Tanninpräparate** bei Darmkrankheiten der Säuglinge Versuche angestellt. Die Resultate werden in 7 ausführlichen Tabellen wiedergegeben. Bei reiner Darmdyspepsie wirkte nur Tannalbin und auch dann nur, wenn vorher ein Laxans (Ol. Ricini) gegeben worden war. Bessere Resultate hatte PREISS bei Enteritis acuta und chronica. Hier bewährte sich wiederum Tannalbin sehr gut; Tannoforn leistete nur bei älteren Kindern gute Dienste. Bei Dickdarmkatarrh, sowie bei Sepsis versagten alle Mittel. Auch bei Cholera infantum gab Tannalbin in Kombination mit Kalomel gute Resultate, Tannoforn half bei älteren Kindern. Bei tuberkulösen Durchfällen wurde mit Tannalbin in allen Fällen Besserung erzielt, Tannoforn erwies sich auch hier nur bei älteren Kindern nützlich.

— Die **Ernährung des Erwachsenen mit Kuh- und Frauenmilch** besprechen SCHLOSSMANN und MORO („Ztschr. f. Biol.“, Bd. 45). Die Nahrung bestand in der 1. Periode aus 2½ l roher Kuhmilch, der 300 g Sahne aus Kuhmilch und 120 g Milchzucker zugesetzt waren, um die wesentlichen Bestandteile in beiden Milcharten möglichst gleich zu machen. Die Kuhmilchperiode dauerte 48, die Frauenmilchperiode 60 Stunden. Was die Ausnützung der Trockensubstanz betrifft, so ergab sich, daß diese trotz großer Gaben und einer Verdauungstörung nach Genuß der Frauenmilch für beide Milcharten eine sehr gute war, indem bei Kuhmilchernährung nur 3.42%, bei Ernährung mit Frauenmilch 4.62% der aufgenommenen Trockensubstanz im Kote zu finden waren. Bezüglich der Stickstoffbilanz ergab sich, daß die Ausnützung des N bei der Ernährung mit Frauenmilch nicht nur keine bessere, sondern sogar eine schlechtere, als bei Kuhmilch war. Merkwürdig ist nun, daß auf einen Teil ausgeschiedenen Harnsäure-N in der Kuhmilchperiode

8:32 Teile Harnstoff-N, in der Frauenmilchperiode 2:98 Teile Harnstoff-N kamen. Sehr gut wurde Fett ausgenutzt. Trotz der beträchtlichen Aufnahme von Zucker in beiden Fällen konnte eine alimentäre Glykosurie nicht nachgewiesen werden. Große Verschiedenheiten zeigte der Ca- und P-Stoffwechsel in den beiden Perioden. Von 100 in der Kuhmilchperiode aufgenommenen Kalorien wurden 3:02 im Kot und 3:12 im Urin ausgeschieden, in der Frauenmilchperiode 3:99 im Kot und 3:08 im Urin, der physiologische Nutzeffekt war also für Kuhmilch größer.

— In einer Reihe lange fortgesetzter Untersuchungen kommt ST. v. ELJASZ-RADZIKOWSKI („Wr. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 10) zum Schlusse, daß das Typhusdiagnostikum wirklich eine virulente Kultur von Typhusbazillen bei der WIDALSchen Reaktion vertreten kann, daß die Typhusdiagnostikum-Probe immer zuverlässige Resultate gibt, viel einfacher als die originelle WIDALSche Reaktion in der Handhabung ist, weniger Zeit in Anspruch nimmt und in gleichen Verhältnissen gleiche Ergebnisse zeigt. Die Typhusdiagnostikum-Probe bildet also eine wahre Bereicherung unserer diagnostischen Mittel, gestattet jedem Arzt, der kein bakteriologisches Laboratorium besitzt, sich derselben zu bedienen und schafft auch für die klinische Untersuchung wegen der besseren Vergleichbarkeit der Resultate eine gute, bewährte Methode.

— Über den alimentären Einfluß des Fettes auf die renale Ammoniakausscheidung berichtet STRINITZ („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1904, Nr. 3). Verf. stellte seine Versuche an älteren Kindern an, die auf eine Milch- bzw. Sahnediät gesetzt wurden. Dabei wurde zugleich auf das Verhalten der fixen Alkalien geachtet. — St. fand, daß durch reichliche Fettzufuhr eine Steigerung der Ammoniakausscheidung zustande kommt. Dabei ist die Entziehung des fixen Alkalis durch den Darm sehr gering; wenn trotzdem die auf ungenügenden Vorrat fixen Alkalien hinweisende Ammoniaksteigerung zustande kommt, so beruht dies nach Verf. auf einem Festhalten von Alkalien im intermediären Stoffwechsel. Zufuhr von Alkali hält eine Steigerung der Ammoniakausscheidung hintan. — Der Säugling verhält sich anders als ältere Kinder, indem bei ihm eine stärkere Alkaliausfuhr aus dem Darm bei Fettnahrung eintritt. Auch die Phosphorsäure wird bei ihm in vermehrter Menge mit dem Darm entleert, was bei älteren Kindern auch nicht geschieht.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Röntgenlehre. Von H. Gocht. 2., umgearbeitete und vermehrte Auflage, mit 104 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1903, F. Enke.

In der vorliegenden 2. Auflage des Handbuches der Röntgenlehre von GOCHT, welches eines der ersten und besten Werke in dieser jungen Wissenschaft darstellte, finden wir die Summe aller Kenntnisse über Röntgenuntersuchung für den praktischen Arzt und Studierenden zusammengefaßt. Die bedeutende und rasche Entwicklung dieses Spezialfaches, welche ganz besonders dem Autor als Forscher und Techniker im Röntgenverfahren sehr vieles verdankt, hat eine umfassende Änderung und Vermehrung des Inhaltes dieses Handbuches zur Folge gehabt; der erste Teil, die Technik umfassend, gibt eine vollständige, in theoretischer und praktischer Beziehung durchgearbeitete Beschreibung der Apparate, Unterbrecher, Röntgenröhren mit Beziehungen zu den jeweilig zur Verfügung stehenden Stromquellen. Die in Kapitel IV gemachten kritischen Betrachtungen der verschiedenen Röntgeneinrichtungen sind für Radiologen von hohem praktischen Interesse. In dem speziellen Teile finden sich die Apparate für diaskopische und röntgenographische Untersuchungen und Aufnahmen in eingehendster Weise beschrieben.

Nicht nur die normalen Verhältnisse der Knochen und Viscera des menschlichen Körpers, sondern auch das wichtige Gebiet der Fremdkörper, der Erkrankungen und Verletzungen des Knochen-systems, wie sie sich im Röntgenbilde darstellen, sind mit trefflichen, größtenteils der eigenen Praxis entnommenen und mit guten Abbildungen versehenen typischen Beispielen beleuchtet. Relativ kurz finden sich die physiologischen, pathologischen und therapeutischen Wirkungen der Röntgenstrahlen abgehandelt, was damit zu erklären

ist, daß GOCHT, selbst Chirurg und Orthopäde, seine eigene Erfahrung und Tätigkeit hauptsächlich auf diesen Spezialzweig gerichtet hat. Mehr noch als in der ersten Auflage kommt diesem vorzüglichen Werke die große eigene Erfahrung in Bezug auf Technik, sowie das den Chirurgen offenbarende Streben nach möglichst phantasie-loser, nüchternen Auffassung der durch das neue Verfahren der praktischen Medizin gelieferten diagnostischen und therapeutischen Behelfe zugute. Ein ausführliches Literaturverzeichnis und Sachregister kommen dem in jeder Beziehung munifizenter ausgestatteten Werke sehr vorteilhaft zustatten. K. ULLMANN.

Die Recto-Romanoskopie auf anatomisch-physiologischer Grundlage. Von Prof. Dr. Julius Schreiber, Direktor der königl. medizinischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg. Mit 3 Tafeln und Abbildungen im Text. Berlin 1903, August Hirschwald.

Während man früher der Ansicht war, daß durch die Digital-exploration bessere Resultate für die Beurteilung pathologischer Zustände des Mastdarmes gewonnen werden, als durch die Inspektion, hat Verf., nachdem er sich einige Zeit mit der Rektoskopie beschäftigt hatte, gefunden, daß man vermittelst geeigneter Instrumente und bei geeigneter Lage des Patienten leicht Erkrankungen des Mastdarmes und sogar des S romanum erkennen kann.

Im vorliegenden Buche schildert Verf. den ganzen rektoskopischen Apparat, die Methodik der Untersuchungen und die „klinischen Ergebnisse“, die an 100 Personen gewonnen wurden. Eine große Anzahl nach der Natur gemalter rektoskopischer Bilder gibt naturgetreu sowohl physiologische als auch pathologische Befunde wieder. ERDHEIM.

Die otitische Hirnsinusthrombose. Nach den in der Ohrenklinik der Charité in den Jahren 1899—1901 gesammelten Beobachtungen. Von Dr. med. P. Stenger, Privatdozent an der Universität Königsberg i. Pr. Königsberg i. Pr. 1903, Hartung'sche Verlagsdruckerei.

Die Hirnsinusthrombose, vor noch nicht gar so langer Zeit der ärztlichen Behandlung anscheinend ganz unzugänglich, hat gegenwärtig, dank der genialen Initiative ZAUFAIS, ihre Schrecken zum großen Teile eingebüßt, und das kundige Messer des Otiaters ringt ihr so manches Opfer ab. An der Hand eines reichhaltigen Materials, welches ST. an der Ohrenklinik TRAUTMANN'S während der Jahre 1899—1901 zu studieren Gelegenheit hatte, verbreitet er sich über Symptome und Verlauf dieser lebensgefährlichen Komplikation auch der akuten, viel häufiger allerdings der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung. Und wie das Material, welches das Substrat der vorliegenden Arbeit bildet, aus der Berliner Charité stammt, so sind es auch die daselbst geübten Verfahren zunächst, welche der Verf. eingehend bespricht. TRAUTMANN, dessen Manen die gediegene Monographie gewidmet ist, war ein ausgezeichnete otiatrischer Operateur, der gerade auf dem angezogenen Gebiete ein gewichtiges Wort mitzureden hatte. Es offenbart sich daher in der Verkündigung der Ansichten des verewigten Meisters nicht allein ein Akt der Pietät gegen denselben, sondern sie bedeutet auch eine dauernde Bereicherung des ohrenärztlichen Heilschatzes. Und darin insbesondere liegt das große Verdienst desjenigen, der diesen Schatz gehoben. EITELBERG.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

STUERTZ (Berlin): Die Sputumvirulenz im Verlauf der genuinen kroupösen Pneumonie und ihre prognostische Verwertung.

Zwei gleich starke, mittelkräftige, weiße Mäuse, geimpft mit je 1 cm³ desselben pneumonischen Sputums, sterben in der Regel zu ziemlich gleichmäßigen Sterbeterminen, so daß die weiße Maus mit ziemlicher

Genauigkeit einen gewissen Virulenzgrad des pneumonischen Sputums anzugeben scheint. Da Tierversuch und Schwere des klinischen Verlaufs beim Menschen auffallend übereinstimmen, gewinnt die Beobachtung insofern praktische Bedeutung, als die Maus als annähernder Maßstab bei der Virulenzprüfung des menschlichen pneumonischen Prozesses angesehen werden kann. Schwere oder letal verlaufende Fälle von Pneumonie kennzeichnen sich durch sehr hohe Virulenzwirkung des Sputums, Diese Beobachtung ist prognostisch verwertbar. Pneumonienachschübe, bzw. Exazerbationen sind begleitet von Virulenzexazerbationen. Letztere treten ohne Exazerbationen des pneumonischen Prozesses, bzw. ohne Nachschübe nicht auf. Die Virulenzexazerbationen sind in der Regel früher nachweisbar als die pneumonischen Nachschübe an der Lunge. Dieser Umstand hat ebenfalls prognostischen Wert, zumal die physikalischen Methoden oft im Stich lassen.

V. TAPPEINER (München): Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe.
(Mit Demonstrationen.)

Fluoreszierende Substanzen wirken in starker Verdünnung und bei Sonnenlicht derart stark auf Amöben, Flagellaten und auch auf Fische ein, daß die Tiere in einigen Tagen zugrunde gehen. Auf Frösche wirken die fluoreszierenden Substanzen indes 3—4mal geringer, als z. B. auf *Paramecium caudatum*. Höhere Tiere sind entschieden viel weniger empfindlich für photodynamische Substanzen als niedere.

Auch die Enzyme, wie Trypsin, Diastase, verlieren ihre Wirksamkeit, nachdem sie einige Stunden mit einer fluoreszierenden Substanz dem Tageslicht ausgesetzt waren. Diese Wirkung der photodynamischen Substanzen zeigt sich noch in einer Verdünnung von 1:1 Million. Die fluoreszierenden Stoffe sind weiterhin imstande, die giftige Wirkung des Rizins und vor allem des Diphtherie- und Tetanustoxins aufzuheben. Die mit der mehrfach tödlichen Dosis der Toxine, die mit einer fluoreszierenden Substanz dem Lichte ausgesetzt waren, injizierten Meerschweinchen blieben am Leben, während die Kontrolltiere starben, wenn die mit der fluoreszierenden Substanz versetzten Toxine nicht dem Lichte ausgesetzt wurden. Bei der Auswahl des fluoreszierenden Stoffes verdient der den Vorzug, der Lichtstrahlen von geringerer Brechbarkeit absorbiert; denn diese dringen tiefer ins Gewebe ein. Die Wirkung der photodynamischen Substanzen ist eine Absorptionswirkung; schaltet man z. B. bei einem Versuche eine Eosinlösung derart ein, daß das Licht sie passieren muß, bevor es zu dem mit dem fluoreszierenden Stoffe versehenen Toxine gelangt, so bleibt die vorhin erwähnte Wirkung der photodynamischen Substanz aus.

Aber es handelt sich dabei nicht um einen einfachen Absorptionsvorgang; die Wirkung der Substanzen muß an die Fluoreszenz selbst geknüpft sein. Die Wirkung der photodynamischen Stoffe wächst mit der Abnahme der Intensität des fluoreszierenden Prozesses.

Therapeutisch entfalten die fluoreszierenden Substanzen eine Heilwirkung auf verschiedene Hautkrankheiten. So wurden durch Behandlung mit Eosinlösung und Belichtung 4mal oberflächliche karzinomatöse Neubildungen zur Heilung gebracht; besonders empfehlenswert ist die Bepinselung mit einfacher Eosinlösung bei Lippen- und Nasenkarzinomen; über die Wirkung auf Mamma- und Vulvakarzinome etc. ist noch kein abschließendes Urteil zu fällen.

Lupus wurde durch eine derartige Behandlung gebessert; geheilte Lupusfälle sind noch nicht anzuführen. Die Intensität der sekundären Symptome bei Lues ist nach einer solchen Behandlung ebenfalls geringer. Vielleicht ist auch die Wirkung des Chinins bei Malaria eine stärkere, wenn wir Gift und Licht wirken lassen, also die Patienten möglichst viel dem Tageslichte aussetzen. (Bilder von Patienten vor und nach der Behandlung werden demonstriert.)

Seifert (Würzburg) hat völlige Heilung kleiner Lupusknoten nach 6—8wöchentlicher Eosinbehandlung gesehen; denselben guten Erfolg hat die Eosinbepinselung bei der Sykosis non parasitaria.

BRANDENBURG (Berlin): Zur Herzmuskelwirkung der Digitalis.

Digitalis hat die eigentümliche Eigenschaft, den Herzmuskel gegen äußere Reize abzustumpfen. Spritzt man einem Frosch Digitalis ein, so kann durch den elektrischen Reiz, der sonst eine Extrasystole hervorruft, keine Extrasystole ausgelöst werden. Vortr. erweist dies durch Demonstrationen am Frosche. So besteht die klinische Bedeutung der Digitalis darin, den Pulsschlag zu regularisieren.

Straub (Leipzig) macht darauf aufmerksam, daß er die von BRANDENBURG beschriebene Wirkung der Digitalis bereits vor 4 Jahren publiziert habe.

STRAUSS (Berlin): Zur hepatogenen Lävulose.

Nach einer mehr als 100 Fälle umfassenden Statistik ist in etwa 80% aller Fälle von Lebererkrankung alimentäre Lävulose zu erzeugen, während dies bei Lebergesunden in noch nicht 20% der Fälle gelingt. Schon SACHS hatte unter Leitung des Vortr. gezeigt, daß die Muskeln aus Lävulose kein Glykogen prägen können im Gegensatz zur Dextrose.

Nach Versuchen, die SEHRT unter Leitung von STRAUSS ausgeführt hat, vermag eine Mischung von Pankreas-Muskelsubstanz Lävulose nicht zu zerlegen, während sie hierzu der Dextrose gegenüber befähigt ist. Es fehlt also auch hier eine Synergetik der Muskeln bei der Verarbeitung der Lävulose. Die Behauptung von W. SCHLESINGER, daß der Hund Lävulose an sich schon leichter ausscheidet als Dextrose, läßt sich mit den zahlreichen am Menschen gemachten Beobachtungen nicht vereinigen.

REITTER und v. SCHRÖTTER jun. (Wien): Über den Einfluß der Veränderungen der Zirkulation auf die Harnabscheidung in der Niere beim Menschen.

Vortr. (REITTER) berichtet über eine Reihe von Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit v. SCHRÖTTER in der III. Wiener medizinischen Klinik angestellt hat. Ausgehend von der Möglichkeit, die Funktion einer Niere durch Katheterisierung ihres Ureters gleichsam sub oculo zu beobachten, sowohl was die Qualität, als auch die innerhalb bestimmter Zeit ausgeschiedene Quantität betrifft, wurden zwei Personen die Ureteren katheterisiert, gleichzeitig Puls, Respiration, Blutdruck registriert, eine vollständige Untersuchung des Gaswechsels vorgenommen und der ausgeschiedene Harn nach seiner Menge, seinem spezifischen Gewicht, Säuregrad, Gefrierpunkt, Harnstoff- und Chloridgehalt genau gemessen.

Um den Einfluß der Zirkulationsveränderungen zu gleicher Zeit auf alle diese Faktoren kennen zu lernen, wurden Blutdrucks- und Blutströmungsänderungen herbeigeführt, durch Arbeitleistungen, wie Heben von Gewichten, dann durch plötzliche Abkühlung, durch Aortenkompression, durch subkutane Adrenalininjektion und durch Erzeugung von Dyspnoe. Es sind dies die ersten Untersuchungen, die in diesem Sinne und dieser Ausführung beim Menschen vorgenommen wurden.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

LANZ (Amsterdam): Progenitur Thyreopraver.

Bericht über Tierexperimente an Hunden, Katzen, Hühnern, Ziegen, die die Fortpflanzungsunfähigkeit nach Fortnahme der Schilddrüse konstatierten. Auch am Menschen hat er zwei Beobachtungen aufzuweisen. Bei einem männlichen Individuum, welches nach vollständiger Fortnahme der Schilddrüse absolut keine geschlechtlichen Funktionen zeigte, traten diese sofort nach Darreichung von Schilddrüse auf; bei einem weiblichen traten die Menses, welche bis dahin sistiert hatten, als einziges Symptom wiedererwachenden Geschlechtslebens ein.

v. EISELSBERG (Wien) berichtet über einen Fall von Amyloidkropf, den er exstirpiert hat mit Zurücklassung eines walnußgroßen Stückes, wobei sich die auffallende Erscheinung zeigte, daß aus der Schnittfläche der Geschwulst nicht ein Tropfen Blut kam.

KAUSCH (Breslau): Kleine Beiträge zu den plastischen Operationen.

Ersatz der abgerissenen Strecksehne des Fingers durch Faszie und Periost, der abgequetschten Fingerkuppe, des abgerissenen Skrotums aus beiden Oberschenkeln, der abgestreiften Penishaut durch THIERSCHSche Transplantationen, einer Nasenscheidewand durch eine Zehe, die erst an die Hand, von da in die Nase eingeheilt wurde. Demonstration der Photographien und der Patienten.

GLUCK (Berlin) demonstriert an Tafeln und Moulagen sein Verfahren zur totalen Entfernung des Larynx und Pharynx und des Halsteiles vom Ösophagus, welches er an 11 Fällen mit 10 Heilungen ausgeführt hat. G. zeigt dann noch die Prothese, welche die Patienten im Ösophagus tragen und mit der sie alles schlucken und essen, auch laut sprechen können.

GRASER (Erlangen): Zur Behandlung der Luxatio patellae inveterata. (Mit Demonstration.)

G. hat in verschiedenen Fällen gefunden, daß die Relaxation der Patella durch eine nach außen gerichtete schiefe Ebene der Kondylen des Oberschenkels bedingt war. Er hat deshalb in einem Falle, der allerdings zugleich mit Genu valgum kompliziert war, eine Drehung der Kondylen nach innen mit keilförmiger Osteotomie vorgenommen und so der Patella ein festes Lager geschaffen. Wenn er auch weit entfernt ist, dieses Vorgehen für alle Fälle von habitueller oder inveterierter Patellarluxation zu empfehlen, so glaubt er doch, daß es bei gleichzeitigem Genu valgum mit Erfolg angewendet werden kann.

BOCKENHEIMER (Berlin): Betrachtungen über die Totalexstirpation der Skapula in Bezug auf die spätere Funktion.

B. stellt zwei einschlägige Fälle vor, zwei Knaben, bei denen einmal wegen akuter, das andere Mal wegen chronischer Osteomyelitis operiert wurde. Beide Fälle, in denen die ganze Skapula in exakter Weise subperiostal mit Schonung sämtlicher Muskeln und Nervenstämmen entfernt wurde, zeigen gute Regenerierung der Skapula und hervorragend gute Funktion des Armes und der Schulter.

IMMELMANN (Berlin) stellt einige Fälle und die Röntgenbilder von traumatischem Ödem des Handrücken vor.

Es handelt sich um die Neubildung eines sehr dichten, gefäßarmen Bindegewebes in subkutanen Zellengewebe. Prognose infaust; Therapie versagt vollständig, sogar Massagebehandlung etc. ist ungeeignet. Mäßige Ruhigstellung ist die einzige eventuell angebrachte Therapie.

WILMS (Leipzig): Über Amputationsstümpfe mit Sehnedeckung.

W. hat an 14 Fällen mit gutem Resultate versucht, den Amputationsstumpf des Femur mit der Sehne des Quadrizeps, der Tibia mit der Achillessehne zu decken. Demonstration der Patienten.

KÖNIG (Altona): Knochennaht bei subkutanen Frakturen.

Bei den Frakturen, in denen ein abgesprengtes Knochenstück sich umdreht und wie bei Ellbogengelenkfraktur im Gelenk liegt, wie bei Fraktur des Oberarmkopfes mit der Bruchfläche nach irgend einer Seite sich gedreht hat, sieht K. die einzige Möglichkeit exakter Adaption und guter funktioneller Heilung in der Knochennaht. Ebenso bei mehrfachen Frakturen an demselben Knochen, sowie bei gewissen Formen von Schenkelhalsfrakturen, bei denen man an einer knöchernen Vereinigung berechnete Zweifel hegen kann, den sogenannten medialen Frakturen, soll man sofortige Knochennaht machen. In diesen Fällen muß, um das Resultat besser zu gestalten, auch eine exakte Naht der Kapsel und der Weichteile gemacht werden. K. hat eine solche Schenkelhalsfraktur bei einem 71jährigen Manne mit guten Resultaten geheilt.

Nötzel (Frankfurt a. M.) teilt den Standpunkt **REHNS** in der Frage der Knochennaht, die nur dann gemacht wird, wenn man mit anderen Resultaten nicht zum Ziele kommt. Die Resultate sind immer gute gewesen.

BARDENHEUER (Köln) steht prinzipiell auf dem Standpunkte, die Frakturen nicht freizulegen, man kann immer mit guter Extension auskommen. In einem Falle von Oberschenkelfraktur mit Dislokation von 10 cm hat er eine Verkürzung von nur 1 cm gehabt. Selbstverständlich braucht man große Gewichte, 30–40 Pfund, und noch seitliche Extension. Auch bei den Patellarfrakturen kommt er mit Extension des unteren Fragmentes nach oben, des oberen nach unten gut aus und erzielt stets knöcherne Heilung. An Röntgenbildern zeigt B., daß er mit dem Extensionsverfahren auch bei den intrakapsulären Frakturen des Humeruskopfes, des Ellbogengelenks etc. gute Resultate erzielt.

Geisler (Hannover) demonstriert eine Methode der Extension.

Bier (Bonn) macht auf die Rolle aufmerksam, die der Bluterguß bei der Heilung der Frakturen, der Kallusbildung, spielt. Nach seinen guten Erfahrungen mit der **BARDENHEUER**schen Extension kann er dieselbe aufs Wärmste empfehlen.

Zur Frage der Deckung der Amputationsstümpfe mit Sehnen transplantation spricht noch **Bunge** (Königsberg). Er hält die Sehnedeckung für überflüssig. Seine Methode der zirkulären Abtrennung des Periosts oberhalb der Sägefläche und Ausräumung des Marks auf 2–3 mm Länge leistet dasselbe.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie de Médecine.

PONCET: Die menschliche Aktinomykose in Frankreich und im Ausland während der letzten 5 Jahre.

Während dieses Zeitraumes wurden in Frankreich 86 Fälle von menschlicher Aktinomykose beobachtet: 67 waren in der Hals- oder Gesichtregion lokalisiert, 9 im Abdomen, 4 am Thorax, 4 in der Lunge und 2 endlich auf der Haut der Extremitäten.

In Rußland wurden während der gleichen Zeit 189, in Nordamerika 102, in Deutschland 101, in Österreich 79 Fälle publiziert. Wenn man die Ausdehnung dieser Länder und die Dichte ihrer Bevölkerung in Rechnung zieht, so findet man, daß die Verhältnisse ungefähr dieselben sind wie in Frankreich. Weit schwächer tritt die menschliche Aktinomykose in England, Italien, Schweiz, Türkei, Holland, Rumänien, Schweden und Griechenland auf. Als die wichtigste Infektionsquelle für Menschen und Tiere sind die Pflanzen zu betrachten. In den reich angebauten Tälern des Rheins und der Mosel, im Elsaß

ist die Aktinomykose viermal häufiger als in den Gebirgsgegenden, obgleich in den letzteren Viehzucht in größerem Maßstabe betrieben wird.

Das viehreiche Norddeutschland ist von der Aktinomykose fünfmal stärker betroffen als Süddeutschland, doch ist auch der Ernährungszustand der norddeutschen Bauern ein viel schlechterer.

Würde die Infektion hauptsächlich durch Tiere vermittelt werden, so müßte sie vorwiegend an solchen Stellen lokalisiert sein, die besonders oft mit Tieren in Berührung kommen, was tatsächlich nicht zutrifft. Die Prognose richtet sich besonders nach der Lokalisation. Von 181 Patienten mit Aktinomykose der Hals- und Gesichtregion wurden 168 geheilt, 3 gebessert und 10 starben. Bei der Aktinomykose der Brust- oder Bauchwand kommt auf 4 Heilungen 1 Todesfall. Bei der pleuro-pulmonalen Aktinomykose haben wir unter 71 Fällen 25 Todesfälle, 4 Heilungen und 42 Fälle mit unbekanntem Ausgang. Bei der viszeralen Form entfallen auf 84 Fälle 16 Heilungen, 17 Todesfälle und 51 unbekannte Ausgänge. Neben der Lokalisation sind für die Prognose auch Konstitution, Tiefe und Alter der Läsionen, die Virulenz der Parasiten und Sekundärinfektionen von Belang.

Nocard weist auf die Untersuchungen von **LIGNAZES** und **SPITZ** hin, welche in Argentinien eine der Aktinomykose sehr ähnliche, durch einen spezifischen Bazillus, den Aktinobazillus verursachte Erkrankung beschrieben haben. N. selbst hat 9 Fälle von Aktinobazillose an der Ochsenzunge beobachtet.

DARIER: Über die schmerzstillende Wirkung des Radium.

D. erinnert zunächst an eine frühere Mitteilung über gute Erfolge der Radiumstrahlen bei einem malignen Tumor des oberen Augenlids. Die schmerzstillende Wirkung der Radiumstrahlen erprobte er bei einem Fall von Epitheliom der Orbita, bei einer Orbitalneuralgie, die 6 Monate hindurch jeder anderen analgetischen Therapie Widerstand geleistet hatte, in 3 Fällen von traumatischer, überaus schmerzhafter Iridozyklitis, bei akuter Iritis und bei verschiedenen andern schmerzhaften Affektionen, wie z. B. Cystitis, Gicht, Panaritien etc.

DIEULAFOY: Über das gleichzeitige Vorkommen von Cholecystitis und Perityphlitis.

D. beobachtete zwei Kranke, eine 78jährige Frau und einen 30jährigen Mann, bei welchen gleichzeitig eine eitrige Cholecystitis und eine akute Appendizitis konstatiert wurde.

Durch die Operation wurde in beiden Fällen die doppelte Infektion nachgewiesen. Es handelt sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen, denn **BECKER** hat 39 ähnliche Fälle zusammengestellt, zu denen noch eine analoge Beobachtung **QUENUS** hinzukommt. Diese gleichzeitige Erkrankung ist das Resultat einer absteigenden Infektion, bei welcher zuerst die Gallenblase und konsekutiv der Appendix ergriffen werden. Sobald der Wurmfortsatz erkrankt ist, beherrscht das klinische Bild der Appendizitis die Situation.

Die Symptome der Cholecystitis treten so wenig hervor, daß diese Erkrankung zuweilen erst bei der Operation entdeckt wird. Für die Praxis ergibt sich jedenfalls die Notwendigkeit, bei Patienten mit Appendizitis darnach zu forschen, ob sie nicht insbesondere früher Zeichen von Cholecystitis dargeboten haben. Der Chirurg aber wird bei der Operation auf eine eventuelle Mitbeteiligung der Gallenblase in Fällen von Perityphlitis denken müssen.

Société médicale des Hôpitaux.

LEREBoullet: Über die Psychologie der Cholämie und den biliären Ursprung der Melancholie und Neurasthenie.

L. hat gemeinsam mit **GILBERT** gefunden, daß die Cholämie oft eine erregende Wirkung auf das Gehirn hervorbringt. Bei andern Patienten bestand aber dagegen trotz der großen Wahrscheinlichkeit der Genesung eine Neigung zur Traurigkeit, welche die Kranken hinderte, mit der Gegenwart zufrieden zu sein und für die Zukunft zu hoffen. Bei vielen Patienten mit Cholämie trat anfangs ein kurzes Exzitationsstadium auf, dem bald die Symptome einer nervösen Depression folgten. Bald besteht eine Neigung zur Traurigkeit, die bis zum Lebensüberdruß, ja selbst bis zu Selbstmordversuchen ausartet, bald täuschen die Patienten sich schwere Erkrankungen vor und leiden unter deren Qualen. Zu dieser melancholischen Veranlagung kommen Veränderungen des Willens, der unsicher und schwankend wird. Der Charakter wird schwach und apathisch. Wenn die zerebralen Depressionserscheinungen akzentuierter hervortreten, können sie das ganze Krankheitsbild beherrschen und ihm den Charakter einer Melancholie oder Neurasthenie biliären Ursprungs verleihen. L. hat in vielen Fällen den biliären Ursprung der Melancholie festgestellt. Er fand bei zahlreichen Patienten sowie in deren unmittelbarer Verwandtschaft biliäre und nervöse Antezedentien. Die klinische Untersuchung fand gleichzeitig mit den Symptomen der Melancholie viele auf Cholämie zurückführbare Manifesta-

tionen: gelbliche Hautfarbe, Pigmentationen, dyspeptische Erscheinungen, Obstipation, Hämorrhoiden, Bradykardie, Urobilinurie etc. etc. Die Untersuchung der Bauchorgane ergab in der Regel Vergrößerungen von Milz und Leber. Die Bekämpfung der Melancholie muß in diesen Fällen natürlich zunächst gegen die biliären Affektionen gerichtet sein. Selbst dann, wenn das Grundleiden nicht geheilt, sondern nur gebessert wird, verschwinden die meisten Symptome der Melancholie.

Notizen.

Wien, 4. Juni 1904.

Die Schularztfrage in Wien.

Die eigentümliche Stellung, welche das Physikat unserer Stadt dem Magistratsgremium gegenüber einnimmt, bringt es mit sich, daß wichtige sanitäre Angelegenheiten — und zu diesen ist die Frage der Einführung von Schularzten zweifellos zu zählen — ohne sonderliche Berücksichtigung der Anschauungen dieser Stelle der Entscheidung zugeführt werden. Wenn nicht alle Anzeichen trügen, dürfte dies auch in der Schularztfrage geschehen, welcher man trotz der Abneigung der leitenden kommunalen Kreise gegen die Einführung von Schularzten nunmehr näher zu treten nicht umhin kann. Die glänzenden Resultate, welche diese Institution in anderen Städten aufweist, die Ergebnisse des jüngsten Kongresses für Schulhygiene zu Nürnberg drängen unaufhaltsam zu einer Entscheidung.

Mit jener Halbheit, die gerade in sanitären Fragen die Beschlüsse unserer Verwaltungskörper charakterisiert, scheint man im Rathause auch an die Lösung dieser Frage heranzutreten. Wie aus mehrfachen Äußerungen des Bürgermeisters in der Öffentlichkeit hervorgeht, besteht die Absicht, von der Ernennung eigener Schularzte abzusehen und die Agenden derselben den städtischen Amtsärzten bei gleichzeitiger Vermehrung derselben zu übertragen.

Wer den Pflichtenkreis eines Schularztes kennt, wer da weiß, wie viel Sachkenntnis, Zeit, Mühe und Geduld die zahlreichen Untersuchungen, der Überwachungs- und Beobachtungsdienst eines Schularztes, wie er sein soll, erfordern, wird baß erstaunt sein über die ahnungslose Leichtigkeit, mit welcher an die Lösung der Schularztfrage seitens unserer kommunalen Machthaber herangetreten wird. Man wird die städtischen Amtsärzte erheblich mehr belasten, ihnen neue, bisher unbekannte, sorgfältige Vorstudien erheischende Agenden „zu anderen Lasten“ übertragen und diese Mehranspruchnahme durch Verkleinerung des Amtsrayons, bzw. Vermehrung der amtsärztlichen Stellen wettzumachen suchen. Dieser Modus kann auf die Zustimmung Jener keinen Anspruch erheben, welche den berechtigten Wunsch hegen, es möge in der objektiv und subjektiv so wichtigen Schularztfrage Wien hinter anderen, kleineren Städten nicht zurückbleiben.

Die Schularztfrage kann einzig und allein durch die Anstellung einer genügenden Anzahl entsprechend vorgebildeter Schularzte gelöst werden. Jeder Versuch, dem dringenden Bedürfnisse nach hygienischer Überwachung der Schulen und Schulkinder der Großstadt auf andere Weise abzuwehren, ist eine Umgehung dieser so überaus wichtigen Frage. Hier sollte mit dem Prinzip der Halbheit gebrochen werden, denn für unsere Kinder ist das Beste eben gut genug. B.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. v. ABERLE ein 17jähr. Mädchen mit hochgradigem doppelseitigen Genu valgum, bei welchem der Außenwinkel zwischen Ober- und Unterschenkel fast ein rechter ist und die Knöcheldistanz 69 cm beträgt. Die Therapie wird in doppelter linearer Osteotomie bestehen. In der Diskussion meinte Hofr. v. EISELSBERG, daß vielleicht auch die einfache Osteotomie zum Ziele führen könnte. — Hierauf stellte Prim. BÜDINGER 2 Fälle von geheilter Patellarfraktur vor, welche er mittelst sofortiger prä- und parapatellarer Naht, nach einigen Tagen mit passiven und dann aktiven Bewegungen behandelt hat, wodurch funktionelle Heilung in zirka 2 Monaten erzielt

wurde. Hofr. v. EISELSBERG bemerkte dazu, daß die frühzeitig geübte mobilisierende Behandlung die Heilungsdauer jedenfalls bedeutend abkürze. — Prof. RIEHL führte ein Mädchen mit ausgebreiteter Teleangiektasie nach Röntgenbestrahlung vor, ferner einen Mann mit Sarkomatosis cutis, deren Herde unter Röntgenbestrahlung verschwinden. Zum ersten Falle bemerkte Doz. L. FREUND, daß die Bildung von Teleangiektasien durch vorsichtige Bestrahlung zu vermeiden sei, und Professor SPIEGLER führte als eine von ihm beobachtete Schädigung durch Röntgenbestrahlung eine entstellende Blaufärbung des Kinnes an. — Dr. K. HELLY erstattete eine vorläufige Mitteilung, betreffend experimentelle Untersuchungen über Lenkozyten und Exsudatzellen. Die Versuche ergaben, daß sich um Fremdkörper, besonders um Bakterien, welche in den Körper eingedrungen sind, binnen 24 Stunden zuerst Leukozyten und dann Lymphozyten ablagern, welche als Phagozyten den Fremdkörper aufnehmen. Beide Zellarten sind spezifisch verschieden. Derzeit ist es nicht möglich, aus dem Zellcharakter eines Exsudates auf die Art der Infektion einen bindenden Schluß zu ziehen. — Schließlich hielt Dr. FERD. KORNFELD den angekündigten Vortrag: Zur Symptomatologie der Urosepsis. Vortr. stellt als Krankheitstypen im Bilde der Harninfektion auf: den fieberhaften, septischen, akuten und subakuten, den Typus der Digestionsstörungen, des rekurrierenden Harnfiebers und einen schleichenden marantischen Typus mit langwierigem Verlaufe. In manchen Fällen tritt akute Niereninfektion ein, in anderen herrschen kardiale Symptome, angioneurotische Erscheinungen, nervöse, meningeale oder zerebrale Symptome vor. Auch durch Kombination von Harnsepsis mit den Symptomen anderer anatomischer Veränderungen kommen schwer zu deutende Krankheitsbilder zustande. In der Diskussion bemerkte Dr. BLUM, daß viele Fälle von Tetanie bei Urosepsis möglicherweise auf den Ausfall der inneren Sekretion der Prostata zu beziehen seien, welcher Meinung Vortr. widersprach.

(Universitäts-Nachrichten.) Aus Berlin schreibt man uns: Die neuerbaute chirurgische Klinik FRANZ KÖNIGS an der königlichen Charité ist am 16. Mai in feierlicher Weise eröffnet worden. — Einige Tage vorher ist eine Gedenktafel für CHRISTIAN WILHELM HUFELAND an dessen ehemaligem Wohnhause angebracht worden. — Der berühmte Gynäkologe Geh. Rat Prof. Dr. ALFRED HEGAR in Freiburg i. B. tritt im Laufe dieses Jahres in den Ruhestand; er hat aus diesem Anlasse den Titel eines wirklichen Geheimen Rates mit dem Prädikate Exzellenz erhalten. — Professor Dr. OBERSTEINER in Wien hat von der Oxforder Universität den Grad eines Doktors der Philosophie erhalten. — Der Direktor der Universitätsklinik in Turin Commendatore CAMILLO BOZZOLO hat am 22. Mai sein 25jähriges Professoren-Jubiläum gefeiert.

(Militärärztliches.) Der Abteilungschef der Medizinalabteilung im Preussischen Kriegsministerium Generalarzt Doktor SCHJERNING hat den Rang als Generalmajor erhalten.

(Anwendung der Diphtherie-Heilserum-Therapie.) Die Bukowinaer Landesregierung hat an die ihr unterstehenden politischen Behörden einen Erlaß gerichtet, in welchem sie auf Grund der Statistik der Diphtheriefälle in den Jahren 1901 bis 1903 die möglichst ausgedehnte Anwendung der Diphtherie-Heilserum-Therapie empfiehlt. Gemeinde- und Gutsgebiete sollen u. a. durch die Schulleitungen und Seelsorger auf die ganz besondere Heilwirkung des Serums aufmerksam gemacht werden. Gleichzeitig ist anzuordnen, daß Fälle von Diphtherie und auch verdächtige Fälle sofort anzumelden sind und daß bei dieser Erkrankung unbedingt ein Arzt beizuziehen ist. Die Gemeindeärzte, welche zu einem auf Diphtherie verdächtigen Falle berufen werden, haben stets einen angemessenen Vorrat hochwertiger Serums zu therapeutischen und eines nicht ganz hochwertiger Serums zu Immunsierungszwecken mitzunehmen.

(Arzt und Krankenkasse.) Ein bemerkenswerter Fall, der auf das Verhalten mancher Kasse gegen ihren Arzt ein grelles Licht wirft, hat sich jüngst in Bergstadt (Mähren) ereignet. Die dortige „Allgemeine Arbeiterkrankenkasse“ hatte nämlich beabsichtigt, mit ihrem Arzte eine Bestimmung zu vereinbaren, nach

welcher der letztere für ins Spital abgegebene Kranke die Verpflegungskosten durch 4 Wochen hätte bestreiten müssen, wofür er von der Kasse großmütig die Krankenunterstützung des kranken Kassenmitgliedes erhalten haben würde. Der betreffende Arzt wurde von der zuständigen Ärztekammer aufgefordert, diesen monströsen Vertrag abzuändern und der Kammer zur Approbation vorzulegen.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) Der Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten übernimmt, wie alljährlich, auch heuer die Vermittlung von ärztlichen Vertretungen. Die einen Vertreter wünschenden Herren Kollegen werden ersucht, ihre Zuschriften an den Obmann Dr. HEINRICH LOEWENSTEIN, IX., Alserstraße 4, rechtzeitig richten zu wollen.

(Die vierte ärztliche Studienreise) beginnt am Morgen des 7. September in Görlitz und endet in Breslau am 17., resp. 18. September. Der Besuch wird sich auf folgende Kurorte erstrecken: Flinsberg, Warmbrunn, Johannisdorf Cudowa, Reinerz, Landeck, Charlottenbrunn und Salzbrunn. Gemäß den vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen gegebenen Anregungen hat bereits in diesem Jahre das Programm eine weitgehende Ausgestaltung in der Weise erfahren, daß neben den Bade- und Kurorten auch die sozial hygienischen Einrichtungen Berücksichtigung finden. So werden die Erholungsheime Hohenwiese und Schmiedeberg, sowie die Lungenheilstätten Görbersdorf besucht und der Waldenburgische Hüttenbezirk mit seinen sozial-gewerbe-hygienischen Einrichtungen einer eingehenden Demonstration und Besichtigung unterzogen. Zum Schlusse der Reise wird das hygienische Institut der königlichen Universität Breslau unter liebenswürdiger Leitung und Demonstration des Geheimrats Professor Dr. FLÜGGE in Angenehm genommen werden. Der Gesamtpreis für die 11 $\frac{1}{2}$ tägige Reise (freie Fahrt per Eisenbahn und Wagen, 30 kg Freigepäck, freies Quartier und volle Verpflegung inklusive Getränke) einschließlich des vom Komitee herausgegebenen offiziellen Reiseberichts beträgt 135 Mk. Auskunft über alle Einzelheiten erteilt der Generalsekretär Hofrat Dr. W. H. GILBERT in Baden-Baden.

(24. Jahresbericht des Karolinen-Kinderospitals in Wien.) Aus dem Berichte des genannten Spitals für das Jahr 1903 geht hervor, daß in demselben 21.725 Kindern ärztliche Hilfe geleistet worden ist. Ambulatorisch behandelt wurden 20.572, geimpft 414, im Spital verpflegt 1039. Von den letzteren wurden geheilt entlassen 658, gebessert 141, ungeheilt oder auf Verlangen 56, gestorben sind 148.

(Publizistisches.) Im Verlage von J. F. Bergmann in Wiesbaden ist soeben „Praktischer Leitfaden der qualitativen und quantitativen Harnanalyse (nebst Analyse des Magensaftes) für Ärzte, Apotheker und Chemiker“ von Doz. Dr. SIGMUND FRÄNKEL in Wien und das „Kochbuch für Zuckerkranken und Fettleibige“ von F. v. WINCKLER, letzteres in fünfter Auflage, im Verlage von Franz Deuticke, Leipzig und Wien, der 14. Jahrgang des Therapeutischen Jahrbuchs von NITZELNADEL erschienen.

(Statistik.) Vom 22. bis inklusive 28. Mai 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7327 Personen behandelt. Hiervon wurden 1609 entlassen, 192 sind gestorben (10.6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 87, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 69, Scharlach 32, Masern 870, Keuchhusten 43, Rotlauf 37, Wochenbettfieber 2, Röteln 1, Mumps 49, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 687 Personen gestorben (+ 43 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Liezen der Gemeindefeldarzt Dr. ZERZER an den Folgen einer Leicheninfektion; in Remscheid der Assistenzarzt Dr. MAILLARD, gleichfalls als Opfer seines Berufes, im 28. Lebensjahre; in Merseburg der Geh. Med.-Rat Dr. PENKERT, 60 Jahre alt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- R. Matzenauer, Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. I. Teil. Wien 1904.
 J. Schwalbe, Grundriß der praktischen Medizin. 3. Aufl. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 8.—
 H. Kehr, Berichte über 137 Gallensteinlaparotomien. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 5.—
 E. Ehrnrooth, Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung. Berlin 1904, August Hirschwald.
 K. Kolb, Der Einfluß von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 4.—

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 9. Juni 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NOTHNAGEL.

I. Demonstrationen. (angemeldet: Dr. H. v. SCHRÖTTER: Zur Therapie des Pneumothorax; Dr. VOLLBRACHT). — II. Dr. FEDERN: Über partielle Darmatonie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt des Medizinischen Verlages von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien über die soeben erscheinende 6., umgearbeitete Auflage des „Handbuches der Speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten“ von Prof. Dr. Hermann Eichhorst in Zürich und der Firma Hauser & Sobotka in Stadlau bei Wien über die „Diastasin-Präparate in Verbindung mit Medikamenten“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
 Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar, — keine Intoleranz, — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

à 1/10 MILLIGR. CRISTALL.

STROPHANTINE

HERETONICUM NICHT DIURETISCH

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gefl. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS Goldene Medaille auf der Pariser Weltausstellung 1900.

GENERAL-VERTRERUNG F. OESTERRICH-UNGARN: Dr. E. Bloch, BASEL (Schweiz)

IN WIEN: G. & R. Fritz, verkauft nur an Apotheken.
 ADLER-APOTHEKE, I., Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, I., Stephansplatz.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natrium-dikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme. Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos. Telephone 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephone 7967.

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 Redaktion 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz. Von Doz. Dr. ARTHUR KLEIN. — Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus. Von Primararzt Dr. L. WICK in Badgastein. II. — Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Von Dr. FERDINAND KORNFIELD in Wien. — Referate. HESSE (Dresden): Die Bedeutung des Auswurfs als Nährboden für den Tuberkelbazillus. — E. MEYER (Berlin): Ein Fall von Wanderleber beim Mann. — v. KETLY und v. TORDAY (Budapest): Über die Verwertung des kryoskopischen Verfahrens bei der Beurteilung der Resorption chronischer Brustfellaxsudate etc. — HANS LOHRISCH (Dresden): Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation im Lichte systematischer Ausnutzungsversuche. — F. v. NEUGEBAUER (Warschau): 97 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schere, Schwamm, Gazetupfer, Mullkompressen usw. in der Bauchhöhle samt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem. — MOURIQUAND (Lyon): Der infantile, tuberkulöse Rheumatismus. — DEVAUX (Paris): Über Nutzen und Schaden des Alkoholgenusses. — FINCKH (Tübingen): Über aktinomykotische fibrinöse Bronchitis, ein neues Symptom der Lungenaktinomykose. — MORSCHAN: Über Veränderungen der Leber bei Kindern bei einigen akuten infektiösen Erkrankungen (Diphtherie, Scharlach, Masern) und bei Gastroenteritiden. — SILBERSCHMIDT (Zürich): Le bacillus subtilis comme cause de la panophtalmie chez l'homme. — F. BLUMENTHAL (Berlin): Über das glykolytische Ferment. — KELLING (Dresden): Über Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Kardie. — **Kleine Mitteilungen.** Einfluß von Fett auf die Magensekretion bei Hyperazidität. — Einreibungen bei gynäkologischen Affektionen. — Methylenblau bei Enteritis. — Guajakolpräparate. — Prophylaxe der puerperalen Infektionen. — Citarin. — Diuretikum. — Therapiedes akuten Gelenkrheumatismus. — Hyperemesis gravidarum. — Glykosal. — **Literarische Anzeigen.** Beiträge zur Frage der Volksheilstätten. VIII. Mitteilungen aus Dr. WEICKERS Volksanatorium „Krankenheim“, Görbersdorf, Schlesien. Von Dr. med. HANS WEICKER. — Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Von Dr. RAECKE. — Die Verhütung der Harninfektion. Handhabung der Asepsis und Antiseptis bei der Behandlung der Harnkrankheiten. Von Dr. BERTHOLD GOLDBERG in Wildungen. — **Feuilleton.** Budapester Briefe. (Orig.-Korresp.) III. — Zum Kapitel „Kurfuschertum“. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.–21. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz.

Von Doz. Dr. Arthur Klein. *)

I.

M. H.! Unsere Kenntnisse über das Wesen der Immunität haben in den allerletzten Jahren dank der immensen Arbeitsleistung der einschlägigen Forschung einen ungeahnten Aufschwung genommen. Es ist dem Zusammenwirken der Forscher aller wissenschaftlich arbeitenden Nationen gelungen, kräftige Lichtstrahlen in die Tiefe des dunkeln Rätsels der Immunität zu senden, eines Rätsels, das ebenso alt ist, als die Beobachtung der Krankheiten, bei denen sie in Erscheinung tritt. Der hohe Standpunkt unserer theoretischen Erkenntnis über den Begriff der Immunität hat bereits außerordentlich segensreiche Folgen für die Heilbestrebungen der praktischen Medizin gezeitigt: die Serumtherapie. Wir stehen damit sicherlich nur an der Schwelle einer ganz neuen Richtung der Therapie, deren zukünftige Leistungen wir heute kaum zu ahnen vermögen. In jedem Falle handelt es sich hierbei um ein neues Heilverfahren, bei dem wir auf den feinsten und kompliziertesten Wegen, auf denen die Natur die Heilung von Krankheiten vollzieht, sie in genialster Weise nachahmend wandeln, also um ein „Naturheilverfahren“ im reinsten Sinne des Wortes, dessen Kenntnis wir gerade den höchsten Leistungen der wissenschaftlichen Medizin verdanken.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 14. März 1904.

Mit Rücksicht auf die enorme Ausdehnung des Themas, dessen Literatur heute kaum mehr zu überblicken ist, halte ich es — bei der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit — für meine Aufgabe, den vorliegenden Gegenstand nur in seinen äußersten Konturen zu skizzieren.

* * *

Seit altersgrauen Zeiten bildete die Erscheinung der Immunität eines der dunkelsten, interessantesten und aktuellsten Rätsel. Die wahnsinnige Angst, welche sich in früheren Jahrhunderten bei der pandemischen Ausbreitung der schwersten Seuchen (Pest, Pocken, Cholera) der ganzen Welt bemächtigte, die Erfahrung, wie vernichtend ein Schlangenbiß oder die vielen, nunmehr als Infektionskrankheiten erkannten Prozesse auf den Organismus wirken, mußte das Interesse für diese schrecklichen Erscheinungen in allen Menschen mit Macht hervorrufen. Um so tieferen Eindruck mußte die alltägliche Beobachtung machen, daß einzelne Individuen von diesen Krankheiten überhaupt verschont blieben, daß andere, welche nur in leichterem Grade ergriffen, eine solche Erkrankung glücklich überstanden hatten, gerade von dieser Krankheit absolut nicht mehr befallen wurden, oder daß für manche Tiere der sonst so gefürchtete Schlangenbiß ganz ohne alle üblen Folgen blieb. Das in so vielgestaltigen Erscheinungsformen auftretende Rätsel der Immunität hat auch naturgemäß die Geister auf das lebhafteste beschäftigt.

Es ist selbstverständlich, daß die Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz innig verknüpft sind mit den Vorstellungen über die Krankheitsursachen und daß erstere — dem jeweiligen Stande der Wissenschaft entsprechend — die letzteren hervorriefen. Dementsprechend

sehen wir auch erst mit dem Beginne einer nach unseren Begriffen wissenschaftlichen Erforschung der Ursachen der Infektionskrankheiten — vor allem der Bakteriologie und der physiologischen Chemie — eine strengen, wissenschaftlichen Anforderungen entsprechende Lösung des Immunitätsproblems ihren Anfang nehmen.

* * *

Definition und Einteilung.

Schon in diesen einleitenden Worten begegneten wir zwei verschiedenen Erscheinungsformen von Immunität, welche wir strenge auseinanderhalten müssen: der erworbenen Immunität und der angeborenen Immunität, welche man in neuerer Zeit besser als natürliche Resistenz (BUCHNER) bezeichnet. Wir verstehen dabei unter Immunität die Erscheinung, daß sich gewisse Individuen oder ganze Tierklassen unter genau denselben Bedingungen einer Infektion, resp. gewissen Vergiftungen gegenüber, widerstandsfähig zeigen, welche für andere verderblich sind. Als „erworbene Immunität“ sehen wir diese Erscheinung bei einem vorher nichtimmunen Individuum auftreten als Folge einer natürlich aufgetretenen Erkrankung oder eines von uns künstlich hervorgerufenen Prozesses, der künstlichen Immunisierung, während bei der „natürlichen Resistenz“ diese Erscheinung als Folge einer angeborenen Eigenschaft auftritt, welche einer ganzen Tierklasse oder einer bestimmten Rasse oder auch einem einzelnen Individuum eigentümlich ist.

Natürliche Resistenz.

a) Natürliche Resistenz ganzer Tierklassen.

In dem Verhalten gegenüber verschiedenen Infektionskrankheiten unterscheidet sich schon der Mensch gegenüber allen Tieren. Es gibt „rein menschliche“ Erkrankungen gegenüber „rein tierischen“. So sind Erkrankung an Lepra, Scharlach, Syphilis ausschließlich beim Menschen zu beobachten, andererseits zeigt der Mensch eine angeborene Resistenz gegenüber der Infektion mit Rinderpest, Druse der Pferde, Schweinerotlauf, Hühnercholera u. a. KOCH vertritt die Anschauung, daß der Mensch gegen die Infektion durch Rindertuberkulose immun sei, wodurch eine der wichtigsten Fragen, die Tuberkuloseprophylaxe (Milchsterilisierung etc.), in bedeutungsvollster Weise berührt wird.

Während Infektionen mit Bac. pneum. für Hund, Maus und Meerschweinchen verhängnisvoll sind, verhält sich das Kaninchen dagegen refraktär. Dem Diplococcus pneum. gegenüber sind hingegen Maus und Kaninchen in gleicher Weise am empfindlichsten unter den Laboratoriumstieren. Der Igel ist immun gegen Schlangengift, Reptilien, Vögel (Huhn) gegen die für Mäuse, Pferde etc. so verhängnisvolle Infektion mit Tetanus, die Ratte gegen Diphtherie, und solche Beispiele gibt es noch zahlreiche.

b) Natürliche Resistenz der Rassen.

1. Beim Menschen.

Aus dem kolossalen Material, welches A. HIRSCH in seinem Handbuch der historisch-geographischen Pathologie gesammelt hat, möchte ich hier nur auf einige wenige Beobachtungen hinweisen.

Obwohl sich der Cholera gegenüber gar keine Rasse immun zeigte, konnte durch übereinstimmende Beobachtungen festgestellt werden, daß die Neger am empfindlichsten sind. Auch gegenüber Tuberkulose und Pneumonie ist die Negerrasse die empfindlichste. Glücklicher ist ihr Verhältnis zum Gelbfieber, bei welchem der Satz Geltung hat: Je rassenreiner der Neger, um so kräftiger die Immunität.

Während beim Typhus in tropischen und subtropischen Klimaten die frisch zugereisten Fremden zumeist betroffen werden und die Eingebornen sich refraktär verhalten, soll das Verhältnis bei der Influenza ein gerade umge-

kehrtes sein: Es erkranken zumeist die Eingebornen und die frisch Eingewanderten bleiben gesund.

Wiewohl die bei Malaria beobachtete Resistenz hauptsächlich eingeborner Rassen zumeist in das Kapitel der erworbenen Immunität gehört, scheint doch die Disposition zu dieser Erkrankung bei der äthiopischen Rasse relativ gering zu sein, während die kaukasische Rasse in hervorragender Weise disponiert ist.

Besonders interessant sind diese Verhältnisse bei der Syphilis: „Hier ist durch übereinstimmende Angaben von Reisenden bei verschiedenen, weit auseinander wohnenden Rassen eine teilweise vollständige Immunität nachgewiesen. Auf Madagaskar ist die Krankheit fast nur auf die malaischen Hovas beschränkt, während die negritischen Malgaschen fast vollkommen immun sind. Im Kapland und in Südafrika überhaupt ist die Syphilis schon bei den Hottentotten selten, noch seltener bei den Betschuanen und vollständig unbekannt und nie vorkommend bei den unvermischten Negerstämmen im zentralen Südafrika. Dies ist um so auffälliger, weil sonst überall in West-, Ost- und Nordafrika inklusive Ägypten die Syphilis stark verbreitet ist. Eine nahezu vollständige Immunität trotz fortwährender Einschleppung durch infizierte Matrosen herrscht auf Island, Grönland und Miqueton in Neufundland.“ (HOFF, Immunität und Immunisierung.)

2. Bei Tieren.

Auch bezüglich der natürlichen Resistenz einzelner Tierrassen möchte ich hier nur auf ein paar Beispiele hinweisen:

Während die weiße und die Hausmaus gegenüber der Infektion mit Rotz (Malleus) empfänglich sind, verhält sich die Feldmaus gegen dieselbe refraktär.

Die algerischen Schafe sind gegen Milzbrand und Pocken weniger empfindlich als die Schafassen unseres Kontinents.

Yorkshire-Schweine sind gegen Rotlauf resistenter als andere Schweinerassen.

Gegenüber der Giftwirkung sowohl von Bienen- als auch Wespenstichen ist der Teichfrosch (Rana esculenta) empfindlich; der Grasfrosch (Rana temporaria) ist empfindlich gegen Wespen-, nicht aber gegen Bienenstich, während die Erdkröte (Phryne vulgaris) gegen beide Arten immun ist.

c) Natürliche Resistenz einzelner Individuen.

Sowohl bei großen Epidemien als auch bei endemisch auftretenden Infektionskrankheiten kann man stets beobachten, daß einzelne Individuen, unter denselben Bedingungen stehend wie die Befallenen, doch nicht infiziert werden. Es erkranken niemals alle Bewohner einer Stadt oder eines Landes. Einzelne Individuen scheinen entschieden gegen Lues immun zu sein.

Eine Reihe von Momenten verringern oder erhöhen die Disposition zur Erkrankung des einzelnen Individuums. Das jugendliche Alter ist mehr gefährdet als das vorgeschrittenere. So ist z. B. BEHRING der Ansicht, daß Infektionen mit Tuberkulose fast nur während der ersten Lebensmonate erfolgen. Als schwächende, die Disposition erhöhende resp. die Resistenz herabsetzende Momente sind noch anzuführen: Hunger, Kälte, Rekonvaleszenz, psychische Depressionszustände, Störungen der Salzsäuresekretion des Magens (bei Cholera) u. a.

Kranke Schweine sind für Rotz empfänglich (CADÉAC), geschwächte Kaninchen für Rauschbrand (GÄRTNER).

Tauben werden für Milzbrand empfänglich, wenn man sie nach der Einimpfung hungern läßt (CANALIS und MORPURGO). Blutverluste machen das Kaninchen empfänglicher für Staphylokokken (GÄRTNER).

Läßt man Ratten sich überanstrengen, indem man sie lange in einem drehbaren Zylinder, wie sie z. B. für Eichhörnchen oft verwendet werden, laufen läßt, so werden sie empfäng-

licher für Milzbrand und Rauschbrand (CHARRIN und ROGER). In ähnlichem Sinne wirkt auch Abkühlung (Erkältung): Hühner werden für Milzbrand empfänglich, wenn man sie in kaltes Wasser setzt (PASTEUR) oder mit antithermischen Mitteln behandelt (WAGNER). Die Viper wird bei 26 bis 28°, die Eidechse bei 21 bis 26° pestempfindlich (NUTTALL). Durch Phloridzin erzeugter künstlicher Diabetes erhöht die Empfänglichkeit der weißen Maus gegenüber Rotz (LEO). Chloroformierte Tauben, alkoholisierte Hunde sterben an Milzbrand (PLATANIA). (Vgl. NICOLLE, Grundzüge der allgemeinen Mikrobiologie.)

Überhaupt ist die natürliche Resistenz des Individuums nur eine relative und kann dieselbe durch außerordentlich hohe Dosen des infizierenden Materials oder durch eine besonders gewählte Infektionsart (z. B. subdurale Infektion von Tauben mit Tetanus) im einzelnen Falle überwunden werden.

Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus.

Von Primararzt **Dr. L. Wick** in Badgastein.

II.

Gestatten Sie mir kurz zusammenzufassen, was ich in meinem Material bezüglich dieser Knötchen und Knoten beobachtet habe, wobei ich bemerke, daß ich natürlich von jenen entzündlichen Infiltraten an den Sehnen oder Sehnencheiden, insbesondere an deren Ansätzen, welche auch manchmal derart umschrieben und begrenzt sind, daß sie eine knotige Verdichtung darstellen, absehe. Ich habe also nur jene kugligen oder halbkugligen, von ihrer Umgebung leicht differenzierbaren Gebilde im Auge, welche mehr weniger beweglich den Sehnen oder Sehnencheiden aufsitzen oder in das Unterhautzellgewebe oder in tiefer gelegene fibröse Schichten eingebettet sind. Sie ersehen aus dieser Begriffsbestimmung, daß unter Umständen die Tastempfindung uns in Zweifel lassen kann, indem die Grenzen sich verwischen, doch betrifft das nur wenige Fälle; es ist übrigens ein Übergang nicht ausgeschlossen, denn ich habe einen Fall beobachtet, wo ich durch mehrere Jahre nur Exsudat an einer Sehne nachweisen konnte, dann aber später einen deutlichen Knoten fand. Ich beobachtete also 1. ganz kleine, stecknadelkopf- bis linsengroße Knoten an den Sehnen, die also den früher erwähnten miliaren entsprechen dürften. Eine 38jährige Person (A. E.) war ein Jahr zuvor an Anschwellung mehrerer Gelenke unter Fieber schwer erkrankt, wurde darauf besser, erlitt aber zeitweise Rezidiven. Bei der Untersuchung erwiesen sich beiderseits die Handwurzel- und Fingergelenke versteift, die Sprunggelenke noch etwas verdickt, schwerer beweglich, die Person sehr herabgekommen, blutleer. An den Beugesehnen der Unterarme finden sich symmetrisch fast rosenkranzartig angeordnet Knötchen stecknadelkopf- bis linsengroß von nicht sehr harter Konsistenz, welche besonders bei Spannung der Sehnen durch die darüber befindliche normale Haut schön durchschimmern. Vereinzelt fanden sich solche Knötchen auch den Unterarm hinauf längs der Ulnarkante und eines auch an der Vorderfläche des Unterschenkels. Die Patientin sagt aus, daß diese Knötchen meist entstehen, wenn sie Gliederschmerzen bekommt, daß sie auch am Hals, Unterkieferrand und Fußrücken auftreten — daß sie aber auch wieder vergehen. Die Knötchen selbst waren nicht druckempfindlich, wohl aber etwas der ganze Unterarm. Es ist dies der einzige Fall dieser Art, den ich beobachtet habe. 2. Eine zweite Form der Sehnenknoten, die sich von den miliaren durch größere Massigkeit und auch Derbheit unterscheiden, habe ich fast nur beim chronischen Gelenksrheumatismus beobachtet. Sie sind linsen- bis bohnen groß und kommen meist vor an den Strecksehnen der Finger über den Interphalangeal- und Metakarpophalangealgelenken, an der Achillessehne,

aber auch an Beugesehnen. Ich hatte nie Gelegenheit zur Extirpation, kann mich daher über ihre Beziehungen zur Sehne oder Sehnen Scheide nicht weiter aussprechen.

Als dritte Form beobachtete ich endlich die Knoten in der Haut, im Unterhautzellgewebe oder tiefer gelegen im aponeurotischen Gewebe, in manchem Fall gerade über dem Periost, ohne in Verbindung mit einer Sehne zu stehen. Ich fand sie in verschiedener Größe, linsen- bis haselnuß groß, meist von derber Konsistenz, schmerzlos, oft symmetrisch beiderseits, mehr weniger unter der unveränderten Haut auf ihrer Unterlage verschieblich. Ihre Prädilektionsstellen waren in meinen Fällen die obere Hälfte des Unterarms, insbesondere die Gegend des Olekranons, vereinzelt die Streckseite der Finger, die Wadengegend. In ein paar Fällen machte es mir den Eindruck, daß die Knötchen direkt der oberflächlichen Faszie oder einer Muskelscheide aufsaßen.

Ich sah diese Gebilde teils allein, teils zugleich mit den Sehnenknoten vorkommend, und fanden sich öfters noch an derselben Person einfach entzündliche Infiltrate an den Sehnencheiden oder Hygrome. Ich sah sie ferner bei allen Formen des chronischen Gelenksrheumatismus, in allen Lebensaltern und bei beiden Geschlechtern, überwiegend jedoch beim weiblichen (4 M., 13 W.), was überhaupt der Tatsache des häufigeren Vorkommens des chronischen Gelenksrheumatismus entspricht. Die sie begleitenden Gelenksveränderungen waren zum Teil gering, zum Teil hochgradig; ich hebe insbesondere hervor, daß die Knoten entfernt von ihnen an der scheinbar gesunden Extremität sitzen können. Die Zeit ihres Auftretens, die sich nur selten genau feststellen ließ, war eine verschiedene, manchmal frühzeitig, manchmal erst nach Jahren; möglicherweise können sie den Gelenksveränderungen vorausgehen, wie ich später noch erwähnen werde.

So viel im allgemeinen darüber; ich habe Ihnen nun zu zeigen, daß die Fälle, in denen ich diese Knoten fand, wirklich chronischer Gelenksrheumatismus waren und daß ihre histologische Beschaffenheit dieselbe ist wie in dem früher beschriebenen Fall von akutem Gelenksrheumatismus.

II. Frau Therese U., 60 Jahre alt, Näherin aus Klagenfurt, war in den zwanziger Jahren bleichsüchtig, öfters mit geringem Fluor behaftet und hatte im 46. Jahre angeblich Typhus überstanden. Sie war dann gesund, aber im 48. Lebensjahre begann ohne bekannte Ursache, ohne daß eine andere Krankheit vorausging oder gleichzeitig vorhanden war, nachdem sie 2 Jahre früher die Regeln ohne Störung verloren hatte, ihr jetziges Leiden, dessen Anfang sie übrigens kaum beachtete. Es trat nach und nach Schwellung des rechten Handgelenks mit nachfolgender Versteifung ohne wesentlichen Schmerz ein, so daß sie fortarbeitete. Später wurde die andere Hand, dann die Zehen und Sprunggelenke und einige Jahre später die Fingergelenke beiderseits ergriffen. 4 Jahre später soll sie eine Rippenfellentzündung gehabt haben. Als sie nach 8jährigem Bestand des Leidens zum erstenmal nach Gastein in die Anstalt kam, war der Stat. praesens: Beide Handgelenke passiv und aktiv unbeweglich, die Metakarpophalangealgelenke beiderseits etwas geschwellt, in Ulnarstellung, die ersten Interphalangealgelenke geschwellt in leichter Streckstellung, diese Gelenke noch ziemlich beweglich, hie und da mit knarrendem Geräusch. Ellbogengelenke nicht geschwellt, aber die volle Streckung nicht möglich, in den Schultergelenken nur manchmal Schmerz, sonst keine Abnormität. Linkes Kniegelenk deutlich geschwellt, das rechte weniger, die Bewegungen unter etwas Knarren möglich, etwas schmerzhaft. Linkes Sprunggelenk gänzlich versteift, das rechte beweglich, aber etwas eingeschränkt. Zehengrundgelenke etwas geschwellt, druckempfindlich, an ihrer Sohlenfläche die Haut verdickt. Die Frau ist mager, etwas blaß, sonst aber gesund, verrichtet ihre Arbeit. Wir haben also hier das charakteristische Bild der Arthritis nodosa vor uns und noch mehr vermag Ihnen das dieses Röntgenbild zu zeigen, an welchem Sie zugleich Ihre Aufmerksamkeit auf zwei Befunde lenken wollen, welche sich bei der Arthritis nodosa sonst nicht sobald zeigen. Sie sehen nämlich beiderseits vom Radiusende eine breite Knochenspanne quer

über die Handwurzelknochen zum Erbsenbein hinstreichen, außerdem bemerken Sie die kleinen Knochenexostosen, die wir, wenn sie sich in der Endphalange vorfinden, als HEBERDENSche Knoten bezeichnen, im ersten Interphalangealgelenk.

Diese Frau kam nun 4 Jahre hintereinander zur Badekur in die Anstalt und erfuhr eine ganz wesentliche allgemeine und lokale Besserung, wenn selbstverständlich an ihren Ankylosen auch nichts mehr zu ändern war. Im vorigen Jahre hatte ich nun Gelegenheit, ein subkutanes erbsengroßes Knötchen am Olekranon, das aber teilweise mit der Haut verwachsen war, zu exstirpieren. Über die Herkunft desselben wußte sie mir keine nähere Auskunft zu geben, doch konnte es noch nicht von langer Dauer sein.

Die histologische Untersuchung seitens Prof. WEICHELBAUMS ergibt nun Folgendes: „Der Knoten besteht wie im Falle GASSNER aus einem mäßig zellen- und gefäßreichen Bindegewebe, und zwar haben die Zellen meist spindelige, mitunter auch zackige oder in

Analysieren wir diesen Fall, so haben wir demnach eine Arthr. nodosa vor uns, in welcher wir bereits derartige Veränderungen an den Knochen vor uns haben, daß wir den Fall auch in die Arthr. def. (Osteoarthritis) einreihen könnten; er ist gewissermaßen eine Übergangs- oder Mischform, ein Beweis, daß, wie ich früher anführte, diese verschiedenen Gruppen nicht unüberbrückt sind. Da nun aber das histologische Bild des Knotens und zum Teil auch das makroskopische sich von dem Knoten beim akuten Gelenksrheumatismus nicht unterscheidet, so ist damit ein starker Hinweis gegeben, daß auch vielleicht die Arthr. nodosa und die Osteoarthritis nichts anderes sind als die chronische Form des akuten Gelenksrheumatismus.

Der Knoten war in diesem Fall ganz isoliert und ohne daß zugleich eine Änderung im Befinden stattgefunden hätte aufgetreten und könnte daher als zufälliges Gebilde erscheinen;



Fig. 2.

Teilung begriffene Kerne. Außerdem findet sich in dem Knoten ein großer unregelmäßiger Herd, welcher im Zentrum an vielen Stellen durch Hämatoxylinalaun intensiv blaurot gefärbt, also offenbar verkalkt ist, was dadurch bewiesen wird, daß an ungefärbten Schnitten an diesen Stellen eine dunkle staubartige Körnung wahrzunehmen ist, welche bei Zusatz von Salzsäure sich aufhellt. Die Peripherie des erwähnten Herdes hat sich durch Eosin rötlich gefärbt. Was die Struktur des kernlosen Gewebes betrifft, so erscheint sie teils feinkörnig, teils kann man breite, fast homogene Balken, welche sklerotischen Bindegewebsbündeln gleichen, erkennen.

Der ganze Herd ist, wie schon erwähnt, kernlos, nur an einzelnen Stellen findet man zackige Kerne, die von einem hellen Hofe umgeben sind und an Knochenkörperchen erinnern. In der nächsten Umgebung des Herdes ist das Gewebe des Knotens etwas zellenreicher als an anderen Stellen, wobei die Zellen meist spindelige Kerne aufweisen; doch fanden sich auch Zellen mit auffallend großem runden, ungleichmäßigem oder in Teilung begriffenem Kern oder Zellen, die in einer Höhle liegen und hierdurch an Knorpelzellen erinnern. Außer dem eben beschriebenen großen Herde finden sich im Knoten noch mehrere viel kleinere, aber ähnlich beschaffene Herde.

ich bin jedoch in der Lage, Ihnen noch einen anderen Fall derselben Kategorie vorzuführen, welcher seine Bedeutung besser ins Licht zu stellen vermag.

III. Marie P., 50 Jahre alt, Tagelöhnerin aus Bozen, überstand im 9. Lebensjahre einen Scharlach mit Herz- und Nierenleiden, blieb seither schwächlich und mit Kopfschmerz behaftet. Ein Jahr darauf hatte sie über Schmerzen in beiden Schultern zu klagen, welche die Bewegungen beeinträchtigten, nach einiger Zeit aber aufhörten. Im 15. Lebensjahre bekam sie nach einer anstrengenden Feldarbeit eine Schwellung der linken Hand, wodurch die Finger eingezogen wurden, 5—6 Wochen später das gleiche an der rechten Hand. Im 16. Lebensjahre traten die ersten Regeln ein, welchen Schmerzen in Händen und Füßen vorangingen. Im 17. Lebensjahre begannen dann auch Schwellungen in den Füßen aufzutreten. Fast jährlich kamen Perioden mit Schmerzanfällen in den erkrankten Gelenken, welche mit Frösteln und Hitzegefühl verbunden waren und kam sie dadurch manchmal zum Bettliegen, während sie in der Zwischenzeit doch einigermaßen arbeitsfähig war. Im 30. Lebensjahre entstanden Anschwellungen über den Kniescheiben, die seither nicht wieder verschwanden, und seit dem 40. Lebensjahre, also seit 10 Jahren, bemerkt sie die Knoten-

bildung an den Ellbogen, die ihr übrigens niemals Beschwerden verursachten.

Die Behandlung bestand in öfteren Badekuren an verschiedenen Orten, denen sie stets eine Verringerung der Schmerzen verdankt. Das letztmal war sie vor 10 Jahren im Badespital.

Stat. pr.: An beiden Händen bestehen Subluxationen an den Metakarpophalangealgelenken, Flexionsstellung an den Interphalangealgelenken. An der Konvexität der in Beugstellung befindlichen Fingerknöchel ist die Haut zu kleinen, flachen, weichen, schmerzlosen Geschwülstchen aufgetrieben, eine gerötete rundliche Hautverdickung besteht über einem Interphalangealgelenk. Der kleine Finger der linken Hand ist gegenüber dem rechten stark verkürzt durch Schwund der 1. und 2. Phalange, die Bewegungen in deren Gelenken knarren.

Beide Handgelenke sind versteift, das rechte gänzlich, die Muskeln des Vorderarms abgemagert. Beiderseits finden sich am Olekranon unter der sonst normalen Haut verschiebliche erbsen-

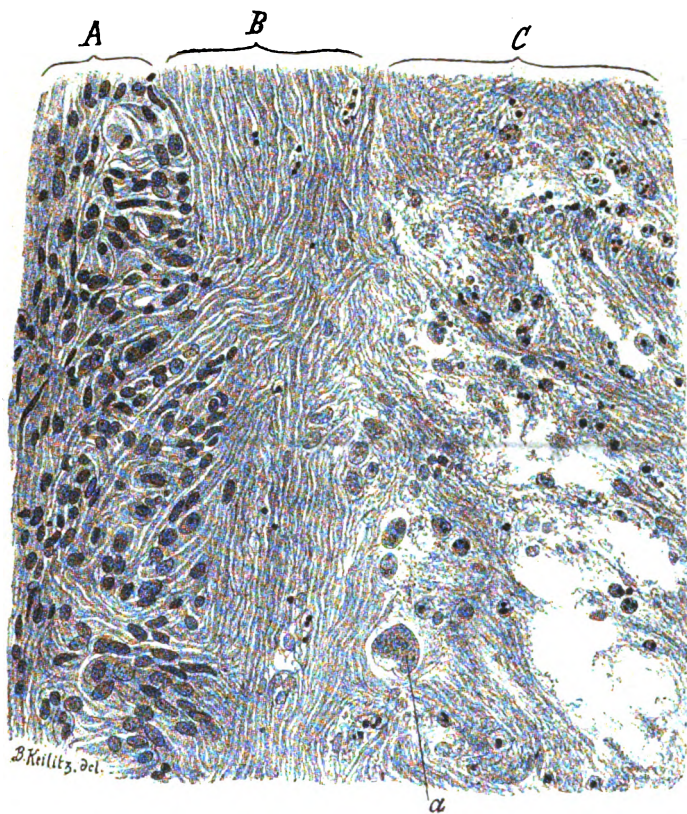


Fig. 3. (Aus einem Herde im Knoten von PRACKWIESER.) ZEISS' Apochromat 4.0 mm. Kompens.-Okul. 4.

A = äußerste Schicht des Herdes, aus einem sehr zellenreichen Bindegewebe bestehend. B = zweite Schicht, aus nekrotischem Gewebe bestehend, mit sehr spärlichen, polynuklearen Leukozyten. C = dritte Schicht mit Zerfall und Auflösung des nekrotischen, zum Teile von polynuklearen Leukozyten durchsetzten Gewebes. a = eine große, nekrotische Zelle (Knorpelzelle?).

bis haselnußgroße Knoten von mittlerer Härte. Das Ellbogengelenk, dessen Umgebung manchmal geschwellt gewesen sein soll, weist gegenwärtig keine Abnormität auf. Über beiden Kniescheiben findet sich eine elastische halbkugelige oder längliche Geschwulst unter der sonst normalen verschieblichen Haut (die rechtsseitige hat eine Länge von 13 cm, die Breite von 6 cm), die ihr aber keine Beschwerde bereitet. Unterhalb derselben besteht rechts unter der Haut ein haselnußgroßer Knoten von gleicher Beschaffenheit wie die am Ellbogen. Die Zehen sind teils versteift, teils in abnormen Stellungen, überlegt, die große Zehe im Grundgelenk stark nach außen luxiert. In den Knie- und Hüftgelenken besteht nur manchmal Schmerz, aber keine Abnormität, das gleiche im Rückgrat und in der Knochenknorpelvereinigung der zweiten Rippe.

Die Person ist klein, schwächlich, hat schlechte Zähne, leidet manchmal an Eingenommenheit des Kopfes, Schmerz an der Stirne

und Gefühl des Brennens an der Wange. Die inneren Organe lassen keine Abnormität erkennen. Sie verdient sich ihren Lebensunterhalt, indem sie für andere Wallfahrten unternimmt.

Ich exstirpierte nun zwei dieser Knoten am Olekranon, von denen Sie einen noch in Spiritus sehen und die ganz homogene Schnittfläche beobachten können. Der andere wurde von Dr. BARTEL bearbeitet und äußert sich Hofrat WEICHSELBAUM darüber folgendermaßen:

„Der Knoten besteht in seiner Hauptmasse aus einem mäßig zellen- und gefäßreichen Bindegewebe, wobei namentlich in der Umgebung der Blutgefäße ganz schmale Infiltrate von Rundzellen vorkommen. Außerdem finden sich mehrere verschieden große rundliche oder unregelmäßige Herde, die aus mehreren Schichten bestehen. Die äußerste Schicht setzt sich aus dicht gelagerten Zellen zusammen, von denen viele spindelig enden, dann parallel liegen und ihre Schmalseite gegen das Zentrum des Herdes richten, wodurch sie eine palisadenförmige Anordnung erhalten. Andere Zellen sind nicht nur auffallend groß, sondern haben auch große, zum Teil in Teilung begriffene Kerne, also Zellen, welche man als epitheloide Zellen bezeichnen kann. Manche von ihnen liegen in Höhlen, und zwar mitunter mehrere in einer gemeinschaftlichen Höhle, und erinnern dadurch an Knorpelzellen.

Auch polynukleare Leukozyten kommen in der eben beschriebenen Gewebsschicht vor. Die darauffolgende Schicht ist zumiest ganz oder nahezu ganz kernlos und durch Eosin mehr rotgefärbt. Sie hebt sich von der vorigen Schicht scharf ab; ihre Grundsubstanz ist teils unbedeutend faserig oder wie aus homogenen Faserbündeln zusammengesetzt. Stellenweise stellt sie ein durch Eosin besonders stark rotgefärbtes engmaschiges Balkenwerk dar. Wie schon erwähnt, finden sich in dieser Schicht nur sehr wenig Zellen, und zwar sind es dann polynukleare Leukozyten oder Kerntümmer.

Die folgende Schicht zeigt namentlich in größeren Herden eine etwas variable Beschaffenheit. Sie ist an vielen Stellen durch Hämatoxylineosin intensiv blauviolett gefärbt, also kalkhaltig, besonders im Übergang in die früher beschriebene Schicht. Ferner ist ihre Grundsubstanz teils faserig, teils auch aus homogenen Bündeln bestehend oder feinkörnig oder in Zerfall und Auflösung begriffen. An den Stellen der Auflösung sieht man teils ein ziemlich regelmäßiges grobmaschiges Fachwerk oder unregelmäßige Höhlen oder einen feinkörnigen Detritus oder ein an Fibrin erinnerndes Netzwerk, wobei aber die Fibrinfärbung kein unzweifelhaftes Resultat ergibt. Was die Zellen der zuletzt erwähnten Schicht betrifft, so finden wir teils auffallend große Zellen mit einem großen Kern, die einzeln oder zu zweien oder selbst mehreren in Höhlen liegen und ganz das Aussehen von Knorpelzellen haben; teils sind sie gut erhaltene oder in Zerfall begriffene polynukleare Leukozyten, welche auch in Höhlen zum Teil neben den früher erwähnten Knorpelzellen oder im Innern der letzteren liegen.

Wir haben also hier einen Fall vor uns, der das äußere Gepräge der Arthr. nodosa an sich trägt und in ganz chronischer Weise entstanden ist. Die Beschaffenheit der Kleinfingergelenke, der betreffenden Phalangen, ferner der Zehengelenke, die Ankylose der Handgelenke zeigen uns an, daß es sich nicht mehr bloß um Veränderungen der Gelenkkapsel und -Knorpel handelt, sondern auch der Knochen in Mitleidenschaft gezogen ist. Da indessen auch Haut- und Bindegewebsknoten, große Hygrome vorhanden sind, die Versteifung eine vollkommene ist, so trägt dieser Fall die Merkmale verschiedener Formen der chronischen Arthritis an sich. Das histologische Bild der Knoten ist nun aber das nämliche wie in den vorausgegangenen Fällen, auch die makroskopische Beschaffenheit und die Begleitumstände bei allerdings viel längerem Bestand der Knoten — und somit ist uns auch hier nahegelegt, den Fall als wahren chronischen Gelenksrheumatismus zu erklären.

Zur Ätiologie und Klinik der Bakteriurie.

Von **Dr. Ferdinand Kornfeld** in Wien.

(Schluß.)

Die Rolle, welche die Bakterien bei der Bakteriurie spielen, ist ein bisher gleichfalls noch keineswegs befriedigend gelöstes Problem. Die Colibazillen, welche sonst bekanntlich zu den häufigsten Cystitisserregern gehören, verhalten sich bei der Bakteriurie nur als Saprophyten. Unter welchen Bedingungen nun das *B. coli* in der Blase eine Entzündung hervorruft, im anderen Falle aber dieselbe ausbleibt, ist heute noch nicht geklärt; mit der Annahme verschiedener Virulenzgrade ist die merkwürdige Tatsache unserem Verständnis nicht näher gerückt. Für die Vermutung, daß die vom untersten Darmabschnitte überwandernden Colibazillen ihre pyogenen Eigenschaften schon zuvor eingebüßt haben und in der Blase infolgedessen keine Entzündung anregen, liegen noch keinerlei Beweise vor.

Einer kurzen Erörterung bedarf bezüglich der Ätiologie der Bakteriurie noch die weitere Frage, wo denn die Bakterien im Harnapparate, nachdem sie einmal in den Harn gelangt sind, sich aufhalten und vermehren. Auch diese Frage gilt in den bisherigen Mitteilungen (BARLOW) als ungelöst. Obwohl uns nun direkte Beweise für unsere Annahme nicht zu Gebote stehen, so scheint es doch plausibel, für den Umstand, daß sich selbst bei sehr kurzen Intervallen der Blasenentleerungen stets dichte Harntrübung durch Millionen von Bakterien findet, die folgende Möglichkeit gelten zu lassen. Es ist, wie uns scheint, nicht unerlässlich, daß diese zahllosen Bakterien im Miktionsintervall von der Prostata her einwandern oder, wie andere durchaus wollen, unbedingt nur durch die Blutbahn zugeführt werden; sondern uns liegt die Erklärung nahe, daß durch das ständige, tropfenweise Zufließen klaren normalen Harnes von beiden Nieren her für die in den Schleimhautfalten und am Grunde der Blase zurückgebliebenen Bakterien die denkbar günstigsten Nährboden- und Vermehrungsverhältnisse geschaffen werden. Dieser Frage wollen wir von solchen Gesichtspunkten aus gleichfalls experimentell näherzutreten.

Von ganz besonderer Wichtigkeit sind in klinischer Beziehung die im Verein mit der Bakteriurie auftretenden subjektiven Beschwerden und die Allgemeinsymptome von Seite des Gesamtorganismus.

In der Minderzahl der Fälle verursacht die beständige, auf einen langen Zeitraum ausgedehnte Bakterienausscheidung mit dem Harn keinerlei Beschwerden, so daß der Bakterienharn bloß gelegentlich aus Anlaß einer Harnuntersuchung als solcher erkannt wird. Manche Kranke führt der insbesondere am Morgenharn besonders auffällige unangenehme, fade, häufig faulige Geruch des Harnes dahin, eine Abnormität der Blase oder der Harnorgane anzunehmen und den Arzt darüber zu befragen. Mit diesem akzessorischen Moment sind aber bei der Mehrzahl unserer Kranken noch gewisse leichte oder erheblichere Beschwerden subjektiver Natur verknüpft. Prickelnde Sensationen in der Harnröhre, Stechen bei der Harnentleerung, zeitweises Druckgefühl in der Blasengegend oder in der Region der Prostata treten abwechselnd mit heftigeren, selten aber schmerzhaften Sensationen, hie und da auch kombiniert mit ausstrahlenden Schmerzen gegen die Hoden in die Kreuzgegend und nach den Oberschenkeln zu auf. Diese Momente, vereint mit dem trüben Aussehen und dem Geruch des Harnes, führen den Arzt in der Regel auf die Natur des Leidens hin.

Viel bedeutungsvoller als diese lokalen Beschwerden und Symptome sind die Erscheinungen von Seite der ferner liegenden Organe und des Gesamtorganismus. Wir haben bereits einleitend darauf hingewiesen, daß in der Mehrzahl der schweren, äußerst chronisch verlaufenden Fälle von Blasenbakteriurie die wechselvollen und vielgestaltigen Symptome allgemeiner Natur zu den verschiedenartigsten irrigen Den-

tungen des gesamten Krankheitsbildes Veranlassung geben und zumeist an alles andere eher denken lassen als an die Bakteriurie als Quelle des ganzen Leidens. Die Symptome der Invasion des Organismus mit dem Bakterientoxin, um die es sich dabei handelt, bekunden sich durch anfallsweise auftretende Erscheinungen von Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit, Müdigkeit der Beine, Ziehen im Kreuze. Diese stets kurzdauernden, fast nie mehr als 12—24 Stunden umfassenden Symptome steigern sich mitunter zu besonderer Höhe unter Auftreten von Schüttelfrösten, quälendem Kältegefühl, heftigem Erbrechen; dazu gesellen sich zuweilen heftige Kolikschmerzen, Gefühl von Vollsein im Unterleibe, stechende Schmerzen in der Blasengegend und im Mastdarm, nebst starker Prostration unter Schweißausbruch. Schließlich kommt gegen Ende der Fieberattacke einmalige oder wiederholte Diarrhöe zum Ausbruche, wodurch die gesamten Erscheinungen rasch beendet zu werden pflegen. Der Gesamteindruck, den die betreffenden Kranken während der urplötzlich, meist ohne irgendwelche Vorboten, selten auf irgend eine Indigestion oder einen Alkoholexzeß, resp. Koitus einsetzenden Fieberattacke bieten, ist der einer schweren Erkrankung. Namentlich gilt dies für die Allgemeinsymptome der echten Bakteriurie im Säuglings- und Kindesalter, wo die Symptome der meningealen Reizung (Unruhe, heftiges Schreien, leichte Benommenheit, wiederholtes Erbrechen unter Nahrungsverweigerung) den Verdacht einer ernsten Erkrankung erwecken, während stets binnen 10—24 Stunden das ganze unter schweren Symptomen einsetzende Krankheitsbild wieder gewichen ist.

Diese 1—2mal monatlich oder in größeren Intervallen auftretenden Fieberattacken, welche bei Erwachsenen mit echter Blasenbakteriurie vorkommen und mit Symptomen von Seite innerer Organe verknüpft sind, in anderen Fällen bloß larvierten Charakter an sich tragen oder isolierte Symptome betonen, müssen wir als verursacht durch die Bakteriurie als solche betrachten, u. zw. ätiologisch begründet durch die Toxinresorption von der Blase aus. Wir können uns denken, daß zu einem Zeitpunkte, wo die in der Blase als Lebensprodukte des *B. coli* abgeschiedenen Toxine bis zu einer bestimmten Schwelle angestiegen sind, ein Einbruch in die Blutbahn von der unter den gegebenen Verhältnissen resorbierenden Blase statthat und das Krankheitsbild auslöst. Eine Einwanderung des *B. coli* selbst in die Blutbahn ist nicht erwiesen, denn sichergestellte positive Blutbefunde im Fieberanfall liegen nicht vor (TRUMPP, ESCHERICH, SAVOR, PFAUNDLER).

Der an Malaria erinnernde Typus oder die Analogie mit Infektionskrankheiten anderer Art gestaltet die konsekutiven Allgemeinsymptome der Bakteriurie ungemein leicht zu einem Objekte irriger Diagnosenstellung. Dies um so eher, u. zw. in der verschiedensten Richtung der Fehldiagnosen, als die Mehrzahl der chronischen, jahrelang bestehenden Bakteriurien auch in den anfallfreien Intervallen gewisse leichter oder stärker betonte oder vage Symptome von Seite einzelner innerer Organe darbieten. So begegnen wir anämischen Zuständen, Übelbefinden vom Magen aus, ferner mit gelegentlichen Diarrhöen einhergehender Obstipation, Flatulenz, abendlichem Frösteln und Appetenzmangel, Neigung zu Kältegefühl, Gasauftreibung des Unterleibes unter Kolikschmerz, belegter Zunge, Kopfschmerz u. dgl. als Begleitsymptome der genuinen Bakteriurie.

Auf Grund dieser auf den Digestionstrakt hinweisenden Symptome pflegt vom untersuchenden Arzte zunächst nahezu jedesmal an eine Affektion des Magens und Darmes gedacht zu werden und die üblichen Diagnosen pflegen auf: Magenkatarrh, Enteroptose, chronischen Darmkatarrh, „Stauungen in den Unterleibsorganen“, mitunter bei stärker betonten Koliken selbst auf chronische Intoxikationen (Blei, Quecksilber, Alkaloide, Absinth) oder auf kryptogenetische Septikopyämie zu lauten. Die Harnanalyse wird leider häufig ganz unterlassen oder schlecht und ohne Resultat durchgeführt, so daß der Kranke lange Zeit, oft Jahre ziellos therapeutische Medikationen, Bade- und Trinkkuren (Karlsbad, Vichy), Diätikuren

durchmachen muß, ohne zu einem Ziele zu gelangen, bis eventuell durch die glückliche Hand eines anderen Untersuchers die Quelle des ganzen Übels, als durch die erwiesene Bakteriurie bedingt, erwiesen wird.

In einer zweiten Gruppe von Fällen, in denen die subjektiven Beschwerden oder die direkten Hinweise der Kranken, anderenfalls auch das exaktere Krankenexamen den Arzt auf eine Affektion des Harntraktes hinlenkt, wird die Diagnose in der Regel auf eine chronische Cystitis, auf Cystopyelitis, auf Pyelonephritis, Pyelitis oder Nephritis gestellt. Die Kranken werden dementsprechend verschiedenartigen medikamentösen, diätetischen oder physikalischen Heilverfahren unterworfen, auf weite Reisen in warme Klimata etc. gesendet und Jahre verstreichen, bis nach richtigem Erkennen des Übels das einzige geeignete Heilverfahren unter lokaler Therapie, die leider stets vorher unterblieb, eingeleitet wird.

Die hier geschilderten abenteuerlichen Irrfahrten der diagnostischen Betätigung nicht eines einzelnen, sondern naturgemäß oft mehrerer Untersucher bei einem jeden einschlägigen Krankheitsfalle sind durchaus keine Phantasmagorien, sondern sie entspringen der mehrjährigen und wiederholt durchgemachten persönlichen Erfahrung, welche gewiß andere sehr gewiegte Beobachter gleichfalls an ihrem Krankenmateriale gewonnen haben.

Ehe wir nun berechtigt sind, die von uns geschilderten Allgemeinsymptome der genuinen Bakteriurie als ausschließlich abhängig von dieser zu statuieren, haben wir uns mit einigen differentialdiagnostischen Momenten zu befassen. Gegenüber der Tatsache, daß Fieber, Schüttelfröste, Magen-Darmsymptome durch den Bakteriengehalt des Harnes verursacht seien, wird von den früheren und von den neuesten Beobachtern und Autoren mancherlei geltend gemacht. Um nochmals Irrtümern von vornherein zu beugen, haben wir festzustellen, daß bisher in der Literatur und in mündlichen Berichten die Colicystitis im Kindes- und Erwachsenenalter mit der reinen, genuinen Blasenbakteriurie verwechselt resp. zusammengetan wird. Es entspringt aus dieser Konfundierung auch die Folge, daß Allgemeinsymptome, d. h. Krankheitsbilder, die auf eine Infektionsausbreitung, Metastasierung oder auf ein bloßes Aszendieren oder Deszendieren des lokalen Prozesses im Harnapparate zustande kommen, für die beiden Affektionen: Colicystitis und Bakteriurie in ganz gleicher Weise geltend gemacht zu werden pflegen. Für die Colicystitis ist das Aszendieren, das Hinzutreten einer Pyelitis, einer Nephritis oder einer Pyämie durch die Arbeiten von ESCHERICH⁴⁸⁾, PFAUNDLER⁴⁹⁾, TRUMPP, BAGINSKY⁵⁰⁾, SAVOR⁵¹⁾, v. WUNSCHHEIM⁵²⁾, FINKELSTEIN⁵³⁾, SCHMIDT und ASCHOFF⁵⁴⁾, SCHNITZLER⁵⁵⁾ und andere unzweifelhaft festgestellt. Bei der reinen Bakteriurie wirkt aber das B. coli ganz im Gegensatze zu der eitrigen Colicystitis niemals pyogen und es kommt niemals zu einem Aszendieren des Prozesses, noch auch zu einer Metastasierung auf dem Wege der Blutbahn, zur Pyämie.

⁴⁸⁾ L. c. und: „Zur Kenntnis der Darmcolibazillen unter physiologischen und pathol. Verhältnissen.“ Verh. d. Kongr. f. innere Med. in Karlsbad 1899.

⁴⁹⁾ TH. ESCHERICH und M. PFAUNDLER: „Bacterium coli“ in KOLLE und WASSERMANN'S Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, Jena 1903, Bd. 2, pag. 442 ff.

⁵⁰⁾ BAGINSKY: „Über Cholera infantum.“ Arch. f. Kinderheilkunde, 1891; „Zur Pathologie der Durchfallkrankh. d. Kinder.“ Berl. klin. Wschr. u. Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 22, 1897.

⁵¹⁾ SAVOR: „Über den Keimgehalt der weiblichen Harnröhre.“ Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk., 1899. — Derselbe: „Zur Ätiologie der akuten Pyelonephritis.“ Wiener klin. Wschr., 1894.

⁵²⁾ v. WUNSCHHEIM: „Zur Ätiologie der Nephritis suppurativa.“ Zeitschr. f. Heilk., Bd. 15, 1894.

⁵³⁾ FINKELSTEIN: „Über Cystitis im Säuglingsalter.“ Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. 43, 1896. — Derselbe: „Zur Ätiologie der follikulären Darm-entzündungen der Kinder.“ Deutsche med. Wschr., 1896, Nr. 38 u. 39.

⁵⁴⁾ SCHMIDT und ASCHOFF: „Die Pyelonephritis in anat. u. bakteriolog. Beziehung und die ursächliche Bedeutung des B. coli commune für die Erkrankungen der Harnwege.“ Jena 1893.

⁵⁵⁾ SCHNITZLER: „Zur Ätiologie der Cystitis“, Wien 1892 und „Pyonephrose, das B. coli enthaltend“. Internat. klin. Rundschau, 1893.

Demgemäß sind die unvermittelt, meist inmitten absoluten Wohlbefindens auftretenden Fieberanfälle und die damit verbundenen Störungen im Bereiche der Digestionsorgane keineswegs mit einer Erkrankung der höheren Abschnitte des Harnapparates (Nierenbecken und Niere) in Zusammenhang zu bringen resp. durch diese verursacht. Spricht schon der Charakter der Attacken, die auf eine Allgemeinerkrankung zu beziehen sind, deren kurze höchstens 1—2tägige Dauer mit zwei- bis mehrwöchentlichen Intervallen dagegen, so erbringt die exakte Harnanalyse den untrüglichen Beweis, daß eine Nieren- oder Nierenbeckenerkrankung nicht vorliegt. Denn während des Anfalles und unmittelbar nach demselben wiederholt vorgenommene exakte Harnanalysen ergeben in reinen, von Beginn an unkomplizierten Fällen das Fehlen von Albumin und absoluten Mangel von Formelementen der Niere und des Nierenbeckens (granulierte Zylinder oder pyelitische Leukocytenpfropfe).

Wir sind in der Lage, diese Tatsachen durch die Befunde an vier eigenen, sehr exakt beobachteten und verzeichneten Fällen zu belegen, deren Krankengeschichten im Detail hier wiederzugeben zu weit führen würde; bei künftiger Gelegenheit soll dies nachgetragen werden.

Ein Moment aus diesen Beobachtungen bedarf noch der kurzen Ausführung. In zweien unserer Fälle von besonders chronischem Charakter bestanden noch Residuen einer Jahre zurückliegenden chronischen Prostatitis. Während der in dem einen Falle in Pausen von 2—4 Wochen zustande kommenden Allgemeinerscheinungen mit Fieber war eine transitorische Anschwellung der Vorsteherdrüse nachweisbar und nach Ablauf des Fiebers ließ sich durch vorsichtige, sanfte Massage des Organes gestaut, krümliges Sekret auspressen, das sonst spontan oder unter Druck nicht abging. Die Vermutung, daß dieses reichlich Eiterzellen und B. coli führende Sekret Anlaß zu Resorptionsfieber gegeben habe, lag nahe, wurde aber durch die Effekte der Therapie, wie wir gleich sehen werden, zerstreut. In beiden angeführten Fällen war es eine interessante Beobachtung, daß die Fieberattacken stets dann am raschesten beendet waren, wenn frühzeitig während des Anfalles spontan eintretende diarrhoische Entleerungen oder kopiöse Klysmen den Darm freimachten. Ein gewisser Zusammenhang zwischen der Wegschaffung reichlicher Bakterien aus dem Darm und einer Beseitigung infektiöser Materialen, dem die Gelegenheit zur Überwanderung in die Blase entzogen wird, und dem Schwinden des Fiebers liegt hier nahe.

Eine erhebliche Bedeutung sowohl für die Genese der Allgemeinsymptome wie für die Erkenntnis der lokalen Ursachen des gesamten typischen Krankheitsbildes haben wir in den therapeutischen Maßnahmen und deren Effekten zu erblicken. Bekannt ist, daß bei leichten oder bei sehr passageren Bakteriurien exogener Ursache (Einschleppung der Keime mit Instrumenten oder durch Verunreinigung von der Vulva aus) interne Mittel: Salol, Naphthalin (ESCHERICH), Urotropin, Helmitol, Hetralin und Blasenpflügelungen mit Höllensteinlösung, Kreolin, Lysol, namentlich mit Salizyllösungen leicht zu vorübergehenden Erfolgen führen, die jedoch sehr oft Rückfällen Platz machen. Für die chronischen, auf Jahre sich erstreckenden Fälle besitzen diese Mittel wenig oder keinen Erfolg; höchstens etwa den, daß auf die kräftigeren innerlichen Harnantiseptika leichter Klärung des Harnes einzutreten pflegt, wenn auch nicht in jedem Falle und zu jeder Zeit der Verabreichung.

Von eminentem Werte hat sich uns aber gegen chronische schwere Bakteriurien die systematische Behandlung mit Sublimatlösungen erwiesen. Diese Methode, welche von den Franzosen (GUYON, ALBARRAN, JANET u. a.) ursprünglich zur lokalen Behandlung der Blasen- und Prostatatuberkulose angegeben wurde, üben wir in der Weise, daß ein als Blasenbakteriurie erkannter Krankheitsfall der systematischen Instillationsbehandlung unterworfen wird; u. zw. erhält der Kranke anfangs täglich unmittelbar nach gänzlicher Entleerung der Blase 2—4 g einer Sublimatlösung 1:5000, langsam

im Laufe von 2—4 Wochen auf Lösungen von 1:4000 und 1:3000 ansteigend. Der Effekt dieser Therapie, neben der andere Mittel ganz entbehrlich sind und am besten ganz beiseite gelassen werden, war in unseren so behandelten Fällen stets ein eklatanter. Am allerdeutlichsten in einem einen 4-jährigen Knaben betreffenden Falle, bei dem nur Instillationen von Sublimat (1:8000) angewendet wurden. Nach 20 Instillationen war der Harn nur wenig getrübt und hellgelb, während er zuvor opak und bierbraun gewesen war.

Von ganz besonderer Bedeutung ist nach unserem Urteil der Einfluß, den die Sublimattherapie auf das Zustandekommen der Allgemeinerkrankung im Gefolge der Blasenbakteriurie ausübt. Es ist eine durch unsere Fälle erwiesene Tatsache, daß die lokale Behandlung der Blase binnen kurzer Zeit das Zustandekommen der Fieberanfalle und der mit diesen einhergehenden Störungen subjektiver Natur sowie der objektiven Symptome hemmt und dauernd beseitigt. Durch diesen Umstand erscheint die unmittelbare Abhängigkeit der Organsymptome von der Harnanomalie, der Bakteriurie, ex juvantibus schlagend erwiesen. Ja mehr noch, wir sind völlig überzeugt, daß die sachgemäß ausgeführte, systematische Sublimattherapie in 4- bis 6wöchentlich kontinuierlicher Dauer und späterhin mit zeitweisen Einzelinstillationen in größeren Intervallen (nach Bedarf je eine Instillation in 1—4 Wochen) einen Dauererfolg zeitigt, indem die Anfalle, die vor dieser Behandlungsmethode mindestens einmal monatlich vorkamen, dauernd ausblieben, wenn auch eine völlige und dauernde Beseitigung der Bakteriurie an sich fast niemals gelingt. Ein stringenter Beweis ist dieser Effekt der topischen Behandlung dafür, daß die Attacken von Fieber etc. gewiß nur von der Blase und sicher nicht von den Nieren ihren Ausgang nehmen.

Wir haben es uns in den obigen Ausführungen zur Aufgabe gemacht, in nicht allzu ausgedehntem Rahmen ein Bild von dem gegenwärtigen Stande der Frage der Bakteriurie in dem derzeit geltenden Sinne der Urologen zu geben. Damit waren einige wichtige Hinweise zu verbinden, welche vermöge der die Bakteriurie häufig begleitenden Störungen des Gesamtorganismus ein wichtiges Interesse für den Pathologen und Kliniker bieten. Ausführlich und erschöpfend konnte dieses Bild nicht sein; allein die näheren Details bezüglich einiger der wichtigsten Punkte dürften das Verständnis dieses in mannigfacher Hinsicht noch der Klärung bedürftigen Problems der Pathologie einigermaßen fördern helfen. Gewiß ist das Thema, das derzeit in neueren Handbüchern der Pathologie und der Urologie⁵⁶⁾ entweder nur flüchtig berührt oder noch nicht ausreichend abgehandelt erscheint, einer exakten Durcharbeitung in anatomischer, experimenteller, bakteriologischer und klinischer Beziehung bedürftig. Die Ergebnisse dieser eigenen Studien sollen zu geeignetem Zeitpunkte in aller Ausführlichkeit erfolgen. Den einschlägigen, mehrjährigen Beobachtungen an unseren 24 Krankheitsfällen und den Arbeiten der Autoren entnehmen wir einige bereits jetzt feststehende Tatsachen:

1. Die genuine Bakteriurie ist eine Affektion sui generis und von anderen Bakterienausscheidungen mit dem Harn, namentlich von der Colicystitis, zu trennen. Die echte Bakteriurie geht niemals in Cystitis über, ist somit kein Vorstadium derselben, sie besitzt auch durchaus keine Tendenz zum Aszendieren gegen die höher gelegenen Abschnitte des Harnapparates (Harnleiter, Nierenbecken und Nieren).

2. Der Weg der Einwanderung des *Bact. coli* in die Harnwege vom Mastdarm her durch die Gewebe (Prostata) und durch die Lymphbahnen

⁵⁶⁾ C. POSNER: „Diagnostik der Harnkrankheiten“, Berlin 1902. — L. CASPER: „Lehrbuch der Urologie“, Berlin 1903. — O. ZUCKERKANDL: „Die lokalen Blasenkrankungen“ in NOTENAGELS Spez. Pathologie und Therapie, Wien 1900. — Derselbe: Abschnitt Allgem. Symptomatologie in A. v. FRISCH und O. ZUCKERKANDL: „Handbuch der Urologie“, Bd. 1, Wien 1904.

direkt in die Blase scheint für die Bakteriurie im Sinne der Urologen der typische zu sein.

3. Die im Gefolge schwerer chronischer Bakteriurien zustande kommenden Allgemeinerscheinungen sind vermutlich durch Toxinwirkung bedingt und von der Bakteriurie als solcher direkt abhängig. Eine Cystopyelitis oder Nephritis ist hierbei in reinen, von vornherein unkomplizierten Fällen von Blasenbakteriurie nicht im Spiele.

4. Therapeutisch ist die Lokalbehandlung mittelst Sublimatinstillationen resp. Waschungen sowohl für die Bakteriurie wie auch für die Störungen allgemeinen Charakters von besonderem Werte.

Die internen Harnantiseptika, namentlich Urotropin, Hetralin und Helmitol und eventuell auch das Salol und Naphthalin sind wertvolle Unterstützungsmittel, besonders für transitorische Bakteriurieformen.

Die Richtigkeit dieser Sätze und die Erweiterung derselben können nur exakte methodische Studien auf allen für das Problem der Bakteriurie in Betracht kommenden Teilgebieten der Pathologie festlegen.

Referate.

HESSE (Dresden): Die Bedeutung des Auswurfs als Nährboden für den Tuberkelbazillus.

Die dem Tuberkelbazillenwachstum günstigen Nährstoffe sind teilweise im Auswurfe enthalten. Wasser-Agar-Agar und Glycerin-Wasser-Agar-Agar sind vortreffliche elektive Nährböden für die im menschlichen Auswurfe enthaltenen Tuberkelbazillen. Vorbedingung ist starkes Erhitzen des Nährbodens.

Im allgemeinen muß der verwendete Nährboden alkalisch sein und gibt es für jeden Auswurf einen bestimmten optimalen Alkaleszenzgrad. Derjenige Alkaleszenzgrad des Nährbodens ist der günstigste, der dem des zu prüfenden Auswurfs gleichkommt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, 1903, Bd. 77, H. 5 u. 6).

Im optimalen Nährboden läßt sich das Wachstum der Tuberkelbazillen nach 1—3 Tagen mittelst Klatschpräparaten, nach 1—2 Wochen mittelst starker Vergrößerung, später häufig schon mit bloßem Auge deutlich erkennen. Der Nachweis der Tuberkelbazillen gelingt im Auswurf mit Hilfe des neuen Nährbodens sicherer als mit der mikroskopischen Untersuchung des Schleimes, weil eine größere Menge des Auswurfs zur Untersuchung kommt und es leichter ist, Kolonien als Einzelbazillen nachzuweisen. Das Tierexperiment zum Zwecke des Nachweises lebender Tuberkelbazillen im Auswurf ist auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen der Nachweis der Tuberkelbazillen mit dem neuen Verfahren nicht gelingt. Die im Auswurf enthaltenen Tuberkelbazillen sind entweder sämtlich oder doch nahezu sämtlich lebend und vermehrungsfähig. Wie es im optimalen Nährboden zu schneller Entwicklung von Tuberkelbazillenkolonien im Auswurf kommt, wird dies auch im menschlichen Körper stattfinden können, namentlich wenn tuberkelbazillenhaltige Auswurfsflöckchen sich in stockendem Bronchialschleim Gesunder einnisten und der Bronchialschleim dieselbe oder nahezu dieselbe Alkaleszenz besitzt wie der Auswurf, dem das infizierende Tröpfchen oder Stäubchen entstammte. Hieraus erklärt sich zum Teil die sogenannte Disposition.

Hieraus erklärt es sich auch mindestens zum Teil, warum die Lungentuberkulose so häufig dort beginnt, wo es naturgemäß am ehesten zur Verhaltung von Bronchialschleim kommt.

Die von BIRCH-HIRSCHFELD und von SCHMOBL beschriebenen primären Luftröhrenschleimhauttuberkulosen sind mindestens zum Teil sekundäre Erscheinungen, entstanden durch Übergreifen der im Luftröhrenschleim zur Entwicklung gekommenen Tuberkelbazillenkolonien auf die Schleimhaut.

Der Wert des Luftröhrenschleims als Nährboden für den Tuberkelbazillus ist sehr verschieden. Schleim mit zahlreichen

Bazillen, Bazillenhaufen und -Kolonien (Zöpfen) und schwach alkalischer Schleim enthalten meist reichlichen Nährstoff für den Tuberkelbazillus. Aus der Menge des vorhandenen Nährstoffes erklärt sich zum Teil auch der Bazillenreichtum gewisser Auswürfe. Tröpfchen solchen Auswurfs sind als besonders virulent anzusehen. Warum es in dem einen Falle von Infektion mit Tuberkelbazillen nur zu lokalen, der Heilung zugängigen Herden, im anderen Falle zur Generalisierung der Tuberkulose mit tödlichem Ausgange kommt, erklärt sich zum Teil daraus, daß im ersten Falle das eingeatmete Tröpfchen oder Stäubchen auf Schleim gelangte, dessen Reaktion von der des infizierenden Tröpfchens oder Stäubchens erheblich abwich, und daß bei dem langsamen Wachstum der Tuberkelbazillen der Körper Zeit hatte, Schutzvorkehrungen zu treffen, die die Generalisierung der Tuberkulose verhinderten. Hierauf dürfte es auch zurückzuführen sein, daß vom Menschen stammende Tuberkelbazillen im Rinde nur lokale tuberkulöse Herde erzeugen und umgekehrt. Jedenfalls ist der Bronchialschleim und der Inhalt von Kavernen und tuberkulösen Drüsen beim Rinde bei weitem alkalischer als beim Menschen. B.

E. MEYER (Berlin): Ein Fall von Wanderleber beim Mann.

Es handelt sich („Berl. klin. Wschr.“, 1901, Nr. 16) um einen wohlgenährten Mann im Gewicht von 157 Pfund, der frisch und gesund aussieht. Herz, Lungen und Nervensystem sowie Urin ohne besonderen Befund. Bei der Palpation und Perkussion des Bauches, die zuerst im Liegen vorgenommen wurden, fand Verf. ebenfalls nichts Besonderes. Als er dann den Leib des aufrechtstehenden Patienten palpierete, fühlte er plötzlich in der Gegend, wo angeblich ein Druckgefühl sein sollte, einen großen Tumor. Die obere Grenze desselben war 9 cm unterhalb des Processus ensiformis, der Höhendurchmesser betrug ca. 16 cm und der Breitendurchmesser ca. 24 cm. Der Tumor selbst fühlte sich hart an, war glatt und ließ sich leicht gegen die Bauchwand verschieben. Zuerst dachte Verf. auch, daß es sich vielleicht um ein Neoplasma einer sehr beweglichen Niere handelte. Als er aber dann bei dem stehenden Patienten in der Region unterhalb des rechten Rippenbogens, wo vorher Dämpfung bestanden, plötzlich beim Perkutieren lauten tympanitischen Schall erhielt, wurde ihm sofort klar, daß es sich hier vielleicht um einen jener äußerst seltenen Fälle von Wanderleber beim Manne handle. Er versuchte dann das Organ in die normale Lage der Leber zu bringen, was auch ohne jede Mühe gelang. Der Lebertrand überragte allerdings in dieser Lage den Rippenrand um 3 cm. Auch die Anteflexion, bzw. Anteversion der Leber, auf welche LANDAU sehr großes Gewicht legt, fand sich bei diesem Patienten vor. Die Röntgenuntersuchung bestätigte diesen Befund. B.

V. KETLY und v. TORDAY (Budapest): Über die Verwertung des kryoskopischen Verfahrens bei der Beurteilung der Resorption chronischer Brustfell-exsudate etc.

Resorption kann bei chronischen Pleuraexsudaten in jenen Fällen erwartet werden, wo die Gefrierpunktabnahme des bei der Probepunktion gewonnenen Serums niedriger ist, als jene des Blutsersums, oder wenigstens demselben nahe steht. Dieser Befund betrifft aber nur jene Fälle, wo Fieber oder ein anderes, Entzündung der Pleuralblätter andeutendes Symptom nicht besteht. Denn so lange als die Entzündung des Brustfelles anhält, ist immer weitere Produktion des Exsudats zu erwarten („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 4 u. 5).

Bei infolge von Nephritis entstandenen Brusthöhlenflüssigkeitsansammlungen muß die Gefrierpunktserniedrigung des Blutsersums auch bestimmt werden. Bei diesen Fällen kann auf Grund des kryoskopischen Befundes nur dann eine Meinung abgegeben werden, wenn die Nierenfunktion genügend ist. Die Resorption der tuberkulösen Bauchfellentzündungen ist von den gleichen Momenten abhängig, wie man sie für die chronischen Pleuraexsudate bereits kennt. Bei Bauchhöhlentranssudaten kann auf Grund des Resultates der kryoskopischen Untersuchung nur in jenen Fällen

ein Urteil abgegeben werden, wo die Ansammlung der Flüssigkeit durch mechanische Hindernisse nicht vereitelt wird. Ein entscheidender Faktor ist bei den Transsudaten der Bauch- und Brusthöhle auch die Herztätigkeit; neben dem Resultate der kryoskopischen Untersuchung muß also auch der Zustand des Herzens in Betracht gezogen werden. Da auf Grund der Bestimmung des spezifischen Gewichtes und Eiweißgehaltes eine sichere Grenze zwischen Ex- und Transsudat nicht gezogen werden kann, versuchten v. K. und v. T. die kryoskopische Methode zu diesem Zwecke zu gebrauchen, die Resultate zeigten aber, daß mittelst dieses Hilfsmittels die entzündlichen Flüssigkeitsansammlungen von jenen transsudativen Ursprunges nicht unterschieden werden können. B.

HANS LOHRISCH (Dresden): Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation im Lichte systematischer Ausnutzungsversuche.

Verf. fand Folgendes („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 5 u. 6):

In manchen Fällen von chronischer habitueller Obstipation findet man eine auffallend geringe Menge von Trockensubstanz. Diese Verminderung der Trockensubstanzmenge ist bedingt durch eine außerordentlich ausgiebige Resorption der eingeführten Nahrungsstoffe, durch eine im Vergleich zum Normalkot zu gute Ausnutzung der Nahrung. Der an Nährstoffen arme Kot bildet für die Darmbakterien einen ungünstigen Nährboden zur Entfaltung zersetzender Tätigkeit. Mit dem dadurch bedingten Wegfall reichlicher Gärungs- und Fäulnisprodukte geht auch ein wichtiger Reiz der Darmperistaltik verloren und es kommt so zu einer Verlangsamung der Darmbewegung und damit zur habituelleren Obstipation. Für die Therapie ergibt sich aus diesen Versuchen, daß in solchen Fällen nicht die motorischen Apparate des Darms als Angriffspunkte derselben zu gelten haben werden. B.

F. v. NEUGEBAUER (Warschau): 97 neue Beobachtungen von zufälliger Zurücklassung eines sub operatione benutzten Fremdkörpers (Arterienklemme, Schere, Schwamm, Gazetupfer, Mullkompressen usw.) in der Bauchhöhle samt einigen anderen unvorhergesehenen Zufällen intra operationem.

108 bereits vor einigen Jahren zusammengestellten Fällen fügt N. 87 neue ein. Wir können an dieser Stelle nur die allgemeinen Erwägungen mitteilen, die der Autor bei dieser Gelegenheit („Zentralblatt für Gynäkologie“, 1904, Nr. 3) anstellt. Als Vorbeugungsmaßregel gegen die zufällige Zurücklassung von Fremdkörpern ist die Zahlung von Tupfern, Servietten, Instrumenten durch ein zuverlässiges Personale bekannt; als Hilfsmittel hierfür hat man eigene Stellungen für die gebrauchten Sachen, Glas-kugeln an den Servietten u. a. angegeben. Die Hauptursache für die in Rede stehenden Zufälle ist eine schlechte Narkose, bei der, z. B. durch Asphyxie, eine Unterbrechung der Operation gerade oft im ungeeignetsten Momente hervorgerufen wird, ferner eine ungenügende Narkose, bei der alle Augenblicke Brechbewegungen erfolgen. Zu weiteren Ursachen wird oft eine ungenügende Einstellung des Operationsfeldes, der Mangel einer entsprechenden Beleuchtung desselben, Fehlen eines geschulten Assistenzpersonales und die Verwendung allzu vieler Instrumente beim Operieren. Praktisch ist es, an Stelle kurzer Arterienklemmen nur langgestielte zu verwenden, die natürlich weniger leicht übersehen werden können. N. läßt dieselben stets in einem Henkelglase stehen, wo sie übersichtlicher, leichter zu zählen sind, als wenn sie mit anderen Instrumenten gemischt in einer Kuvette liegen. Der Autor empfiehlt ferner zum Schutze wenigstens vor Zivilansprüchen, welchen Erpressungen zugrunde liegen, die Ausstellung von Reversen, welche das Einverständnis mit der Operation, sowie die Verzichtleistung auf jegliche Ansprüche im Falle des Vorkommens unvorhergesehener Komplikationen während oder nach der Operation festlegen sollen. FISCHER.

MOURIQUAND (Lyon): Der infantile, tuberkulöse Rheumatismus.

Die Erkrankung betraf einen 10jährigen, hereditär nicht belasteten Knaben und erstreckte sich auf Sehnen, Gelenke und Knochen. Sie begann vor 2 Jahren unmerklich mit Schwellung in der Gegend des Sprunggelenkes beiderseits und Gangstörungen. Bald hernach erkrankten die Gelenke an den oberen Extremitäten, einige Zeit später die Kniegelenke. Es bestanden keinerlei Schmerzen. Stets war die Affektion bilateral und symmetrisch. Der Allgemeinzustand war ein ziemlich guter. Die linke Lungenspitze war leicht affiziert. Auch bestand Schwellung der zervikalen Lymphdrüsen. PONCET und MAILLAND schließen aus der Symmetrie und Bilateralität auf eine primäre, bazilläre Infektion des zentralen oder peripheren Nervensystems, ähnlich wie bei einer Intoxikation durch Alkohol. PONCET hat in allen Fällen von chirurgischer Tuberkulose lokale und allgemeine Heliotherapie empfohlen. M. hat dieses Verfahren auch in diesem Falle versucht und schon nach wenigen Tagen wesentliche Besserung (Abnahme der Ergüsse und Zunahme des Gehvermögens) erzielt. J. S.

DEVAUX (Paris): Über Nutzen und Schaden des Alkoholgenußes.

D. ist der Ansicht, daß der Alkohol bei jenen Kranken, bei denen der osmotische Druck relativ niedrig, der osmotische Stoffwechsel langsam und die Mineralisation gering ist, als kräftiges Tonikum wirken könne. Dies gilt insbesondere von der Skrofulose. Dagegen soll der Alkohol bei Arthritikern mit gesteigertem osmotischen Druck und starker Mineralisation verboten werden („Le Bulletin médical“, 1904, Nr. 6). Aber Verbot und Angewöhnung müssen sehr langsam erfolgen. J. St.

FINCKH (Tübingen): Über aktinomykotische fibrinöse Bronchitis, ein neues Symptom der Lungenaktinomykose.

In einem Falle von primärer Aktinomykose der Lunge mit Ausbreitung auf die Thoraxwand und Durchbruch nach außen fand Verf. im Sputum baumförmig verzweigte Bronchialausgüsse bis zu 12 cm Länge; die Ausgüsse waren im zentralen Teile fibrinös, in den feineren Verzweigungen mazinös; vorwiegend an den Teilungsstellen der größeren Äste; außerordentlich zahlreich in den Schleimfäden saßen die charakteristischen Aktinomyceskörner.

Verf. ist der Ansicht („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 11, H. 3), daß diesem Befunde eine wichtige diagnostische Bedeutung zukommt, und daß dieser Befund nicht so selten ist, da die Gebilde bis nun im Auswurf häufig übersehen wurden. ERDHEIM.

MOTSCHAN: Über Veränderungen der Leber bei Kindern bei einigen akuten infektiösen Erkrankungen (Diphtherie, Scharlach, Masern) und bei Gastroenteritiden.

Verf. hat im ganzen 40 Fälle untersucht (Dissert. St. Petersburg, „Wratschebnaja Gaz.“, 1903, Nr. 34), darunter 15 Fälle von reiner Diphtherie, 5 Fälle von Scharlach, 3 Fälle von Masern, 4 Fälle von Diphtherie mit gleichzeitigem Scharlach, 1 Fall von Masern mit Scharlach, 2 Fälle von Masern mit Diphtherie, 1 Fall von Scharlach mit Diphtherie, 1 Fall von Masern mit Scharlach, 1 Fall von Masern mit Keuchhusten und 8 Fälle von akuter Gastroenteritis. In der Leber fanden sich folgende Veränderungen: Zunächst degenerative Veränderungen in Form von trüber Schwellung, parenchymatöser und fettiger Degeneration des Protoplasmas und entzündliche Veränderungen in Form von Erweiterungen und Blutüberfüllung der Gefäße, zirkumskripte Ansammlungen von lymphoiden Elementen und Neubildung von jungem Bindegewebe in der Umgebung der Lobuli mit häufigem Untergang der Zellelemente. In denjenigen Fällen, in denen die interstitiellen Veränderungen stark ausgesprochen waren, bot sich das Bild des Initialstadiums von Leberzirrhose. Die am stärksten ausgesprochenen Veränderungen

wies die Leber bei Scharlach und bei gemischten Infektionen auf, während bei akuten Gastroenteritiden stark ausgesprochene Überfüllung der Kapillaren und Infiltration mit lymphoiden Elementen beobachtet wurden. Die vom Verf. festgestellte Analogie zwischen Veränderungen der Leber bei Infektionskrankheiten und Gastroenteritiden läßt nach seiner Meinung annehmen, daß auch letzteren Erkrankungen in der Ätiologie der infantilen Zirrhose ein Platz eingeräumt werden müsse. L—y.

SILBERSCHMIDT (Zürich): Le bacillus subtilis comme cause de la panophthalmie chez l'homme.

Verf. fand bei der bakteriologischen Untersuchung des Glaskörpers in 2 Fällen von Panophthalmie einen Bazillus in Reinkultur, den er auf Grund seines morphologischen und kulturellen Verhaltens in die Gruppe des Bacillus subtilis stellt; im Tierversuche gelang es, durch Injektion von Reinkulturen dieses Bazillus in das Auge von Kaninchen eine Panophthalmie zu erzeugen (Annales de l'institut PASTEUR, Bd. 17, pag. 268). Verf. kommt daher zu dem Schlusse, daß verschiedene Repräsentanten der Subtilisgruppe eine Panophthalmie beim Menschen erzeugen können, falls sie in den Glaskörper gelangen. Seine weiteren Untersuchungen beschäftigten sich mit der Reaktion des Glaskörpers nach einer experimentellen Infektion und mit der Wirkungsweise des B. subtilis im Tierkörper. Dr. S.

F. BLUMENTHAL (Berlin): Über das glykolytische Ferment.

Beim Zuckerabbau im Organismus handelt es sich um ein spezifisches, in den Zellen verschiedener Gewebe, vielleicht aller Gewebe vorhandenes Ferment, das den Zucker zerstört unter Bildung von Kohlensäure, Fettsäuren und geringen Mengen von Alkohol.

Das Pankreas hat die Fähigkeit, in einer allerdings noch nicht aufgeklärten Weise dieses Ferment in anderen Organen zur Wirkung zu bringen (COHNHEIM, R. HIRSCH, ARNHEIM und ROSENBAUM).

Bei schwerem Diabetes ist bisher das glykolytische Ferment in der Leber vermißt worden. L.

KELLING (Dresden): Über Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Kardia.

Es gibt Fälle von Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose, deren Ursache in einer Atrophie der Längsmuskulatur zu suchen ist („Arch. f. Verdauungskr.“, Bd. IX, H. 5).

Dieser Prozeß beruht auf Degeneration von Vagusfasern und kommt nach Diphtherie vor, vielleicht auch nach anderen Infektions- und Stoffwechselerkrankungen, welche zur Degeneration von Nerven führen. Der Schwund der Salzsäure im Magen wird durch den gleichen Prozeß verursacht und hat symptomatische Bedeutung.

Am Hiatus des Zwerchfelles besteht ein Torsionsverschluß. Das Leiden ist unheilbar, und für die Schluckbeschwerden ist das rationellste Mittel das Einlegen einer Prothese. G.

Kleine Mitteilungen.

— Den Einfluß von Fett auf die Magensekretion bei Hyperazidität hat WÄLKE studiert. („Ztschr. f. Hkde.“, 24, 142.) Öl vermag die Salzsäure-Ausscheidung des Magens nicht nur zu verzögern, sondern auch zu vermindern, wobei zu bemerken ist, daß größere Mengen Öl nicht proportional ein stärkeres Sinken bewirken, so daß also in praxi mit relativ kleinen Mengen schon der gewünschte Effekt erzielt werden kann. Ferner bewirkt das Öl, ebenfalls unabhängig von seiner Menge, eine Verzögerung des Übertrittes von Mageninhalt in das Duodenum, ein Moment, das die Fettdarreichung bei Hyperazidität um so wirkungsvoller erscheinen läßt, als mit letzterer ja gewöhnlich Hypermotilität des Magens verbunden ist. Die Wirkung der Fette, resp. des Olivenöles, auf die Verdauung äußerte sich in einer vermehrten Ausscheidung von fettspaltendem Fermente im Magen, einer Verzögerung der Proteolyse, die jedoch nicht zu einer mangelhaften Verdauung führt, und in einer För-

derung der Amylyolyse. All dies und eine günstige Beeinflussung des Stuhlganges sind weitere Faktoren, welche die tägliche Verabreichung von 100—200g Olivenöl, das nebenbei noch als Nahrungsmittel wirkt, bei Hyperazidität angezeigt erscheinen lassen. Die klinischen Beobachtungen über die Wirkung des Öles, das in Form feinsten Emulsion, anfangs in der Menge von 50 cm³, später 100 bis 200 cm³ pro die, verabreicht wurde, zeigen günstige Resultate bei einfacher Hyperazidität, bei mit Magendilatation kombinierter Hyperazidität und endlich auch in einem Falle von Incontinentia pylori. Die Diät soll unter gleichzeitiger Verabreichung von leichtverdaulichen Fetten (Milchfett, Butter, Knochenmark, Ölemulsion) stets individuell bestimmt werden, da Versuche mit vorwiegender Fleischdiät oder vegetabilischer Diät zeigten, daß bald die eine, bald die andere Form besser vertragen wird. Es läßt sich demnach keine bestimmte Regel aufstellen, sondern es muß hier das subjektive Befinden bei der einen oder der andern eingeschlagenen Diätform entscheiden.

— Zu Einreibungen in die Unterbauchgegend bei gynäkologischen Affektionen benutzt SPINELLI folgende Salbe („Arch. ital. d. gin.“, 1904, Nr. 1):

Rp. Thigenol	3·0
Ung. benzoic.	10·0
Vaselin., Lanolin.	aa. 20·0

In 3 Fällen von akuter Blennorrhöe der Genitalien wurde eine 3%ige Lösung von Thigenol in sterilisiertem Wasser gebraucht, um die heftigen Schmerzen und das Brennen zu lindern. In denselben Fällen wurden Irrigationen mit 0·25%iger Lösung von Kaliumpermanganat nicht vertragen. Schon nach 1 bzw. 2 Tagen ließen die Reizerscheinungen nach, so daß zu einer energischen Behandlung übergegangen werden konnte. Auch in 2 Fällen von Phlegmasia alba dolens waren Einreibungen von Thigenolsalbe, namentlich gegen den Schmerz, von ausgezeichneter Wirkung.

— Das Methylenblau bei Enteritis gibt RENON („Soc. de thérap.“, 1904), u. zw. namentlich bei der tuberkulösen Form. Er reicht dasselbe per os in Dosen von 0·15—0·20 täglich und empfiehlt die Verschreibung in Pulvern von folgender Form:

Rp. Methylenblau	0·15
Sacch. lactis	0·60

oder

Rp. Methylenblau	0·20
Sacch. lactis	0·80

oder 3—4mal täglich in folgenden Pulvern:

Rp. Methylenblau	0·05
Sacch. lactis	0·20

— Die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse einiger Guajakolpräparate (Guajakolkarbonat, Guajakolzimtsäureäther, Guajakolsulfosäure, Guajakolglyzerinäther haben KNAPP und SUTER experimentell geprüft („Arch. f. exp. Path. u. Pharm.“, Bd. 50). Da der Wert eines Guajakolpräparats sich nach seiner Fähigkeit, im Organismus Guajakol zu regenerieren, richtet, so haben die Autoren diesen Punkt besonders ins Auge gefaßt. Das Guajakol wurde aus der Zunahme der Ätherschwefelsäuren berechnet. Guajakolsulfosaures Kalium (Thiokol) scheint im Organismus nicht gespalten zu werden. Der Guajakolglyzerinäther wird nur spärlich im Körper gespalten. Besser wirkt das Karbonat, wovon zirka 50% im Urin als Ätherschwefelsäure ausgeschieden werden. Weitens die besten Resultate ergab der Guajakolzimtsäureäther (Styrakol), der sich noch leichter im Körper abspaltete als Guajakolkarbonat (Duotal) und zudem noch besser resorbiert wurde. Von dem als Zimtsäureäther eingegebenen Guajakol wurden 85·94% abgespalten. Es entspricht also das Styrakol den Anforderungen, die man an ein Guajakolpräparat stellen soll, in hervorragendem Maße, da es trotz seiner Wasserunlöslichkeit (es ist geschmacklos) mehr Guajakol regeneriert als alle anderen, nicht ätzenden und geschmackfreien Guajakolpräparate.

— Die Prophylaxe der puerperalen Infektionen erörtert TOFF („Rom. med. si Pressa med. rom.“, 1904, Nr. 8). Er schlägt vor, den Hebammen das Tragen von Gummihandschuhen bei der Untersuchung Schwangerer und während der Assistenz bei der Ge-

burt obligatorisch vorzuschreiben. Das Tuschieren soll auf das minimalste beschränkt werden und die Diagnose intra partum mehr durch äußere Handgriffe, Palpation, Beckenmessung und Auskultation gestellt werden. Der Unfug, die Gebärende unzählige Male ohne Zweck und Nutzen vaginal zu untersuchen, soll aufhören. Für jede Wöchnerin sollen die Hebammen einen Temperatur- und Pulsbogen anlegen mit der Verpflichtung, allsogleich ärztliche Hilfe zu verlangen, wenn die Temperatur das Normale übersteigt oder, was ebenso wichtig ist, der Puls frequent wird und 90 übersteigt. Durch rechtzeitiges Eingreifen kann oft schweren Infektionen vorgebeugt werden. Auch eine genaue Untersuchung der Nachgeburt gehört zu den wichtigen prophylaktischen Maßnahmen, da in den meisten Fällen von Puerperalinfektion Plazentarreste im Gebärmutterkavum gefunden werden. Endlich sollen die Hebammen mit der Bereitung steriler Lösungen und mit der Benutzung der Antiseptika viel mehr vertraut gemacht werden, als es bis nun der Fall gewesen ist. Behufs Vornahme von Vaginalwaschungen soll jede Wöchnerin ihre eigene Glaskantile haben.

— Aus den Beobachtungen von LEIBHOLZ („Berl. kl. Wschr.“, 1904, Nr. 7) über das Citarin geht Folgendes hervor: Citarin ist in der Dosis von 4mal 2g, später 3mal 2g pro die imstande, rechtzeitig genommen, akute Gichtanfalle zu kupieren. Es wirkt bei chronischer Gicht langsamer, kann aber, ohne Schaden anzurichten, längere Zeit hindurch genommen werden. Es ist imstande, Ablagerungen von Harnsäure in Gichtknoten zu lösen und es wirkt als harnsäurelösendes Mittel bei Uraturie.

— Als Diuretikum und nierensteinlösendes Mittel empfiehlt JAENICKE („Kl.-th. Wschr.“, 1904, Nr. 20) eine Abkochung von Birkenblättern. Man nimmt einen Kaffeelöffel voll feinst pulverisierter Birkenblätter, überschüttet dieselben mit 250g kochenden Wassers, läßt 5 Minuten infundieren, kocht dann 5 Minuten hindurch und filtriert. Der Kranke erhält von diesem Aufguß je eine Tasse am Morgen bei nüchternem Magen und um 5 Uhr abends. Diese Darreichung wird durch 6 Monate fortgesetzt. Nach einmonatlicher Pause neuerliche Kur einen Monat hindurch, dann mehrmals in gleicher Weise. Die Resultate waren sehr günstig; es konnte sogar das Verschwinden von Nierensteinen unter dieser Behandlung radiographisch konstatiert werden.

— Für die Therapie des akuten Gelenkerheumatismus hat sich BRUGSCH („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 2) folgende Art der Salizylverabreichung als empfehlenswerteste herausgestellt: Zur Zeit des Anfalls über den Tag verteilte große Salizyldosis, 5—6—8g Natr. salizyl. oder Aspirin, in stündlichen Gaben von 0·5g, am nächsten Tag Übergehen zu kleinen Dosen von 3g und diese dann lange Zeit beibehalten, indem man allmählich bis auf 2, dann 1g heruntergeht. Man erreicht auf diese Weise den verhältnismäßig größten Effekt und schon außerordentlich die Nieren, weit mehr, als wenn man etwa 4 Tage lang 5g-Dosen gibt. Um diese Schädlichkeit des Salizyls herabzusetzen, steigere man durch trockene Wärme — Heißluft — die Diaphoresis.

— Gegen die Hyperemesis gravidarum gibt ÖHLSCHLAGER („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5) Natrium bicarbonicum und Tinctura Nucis vomicae in folgender Verordnung:

Rp. Tinct. Nucis vomicae	3·0
Natrii bicarbonici	8·0
Aq. destillatae	150·0
Sirupi Cinnamomi	30·0
M. D. S. 2—3stündl. 1 Eßlöffel voll zu nehmen.	

— Das Glykosal (Glycerinum salicylicum) ist ein Mono-Salizylsäureglyzerinester. Es entspricht der Zusammensetzung C₆H₄OH·COO·C₃H₅(OH)₂ und bildet ein weißes, bei 76° C schmelzendes Kristallpulver, das sich zu etwa 1% in kaltem Wasser, sehr leicht dagegen in heißem Wasser und Alkohol, weniger leicht in Äther und Chloroform löst. Mit Glycerin ist es mischbar. Glykosal besitzt die antirheumatischen Eigenschaften der Salizylsäure in hervorragendem Maße. Vor allem ist es sowohl bei interner wie auch bei externer Anwendung frei von jeglichen schädlichen Nebenwirkungen.

Literarische Anzeigen.

Beiträge zur Frage der Volkshelilstätten. VIII. Mitteilungen aus Dr. WEICKERS Volkssanatorium „Krankenheim“, Görbersdorf, Schlesien. Von Dr. med. Hans Weicker. Leipzig 1903, F. Leineweber.

Der I. Teil dieses Buches enthält den Bericht über die im Jahre 1902 erzielten Heilerfolge, welche von denen des Vorjahres nur wenig abweichen.

Ein höheres Interesse beansprucht der II. Teil dieses Buches, in welchem W. eine zusammenfassende Übersicht über die seit 6 Jahren an einem Krankenmaterial von 3299 Personen erzielten Dauererfolge gibt. Von der Gesamtheit der innerhalb 6 Jahren entlassenen Kranken waren 50·9% arbeitsfähig, die Mortalität betrug 31·1%. Die Frauen wiesen bessere Dauererfolge auf als die Männer, die Versicherten bessere Erfolge als die Selbstzahlenden. Von den mit Erfolg, d. h. arbeitsfähig, entlassenen Kranken hatten 64·6% Dauererfolg.

Die besten Dauererfolge haben sich nach einer 12 bis 16 Wochen dauernden Behandlung ergeben. Die tuberkulöse Belastung erwies sich ebensowenig von ungünstigem Einfluß auf den Dauererfolg als die BREHMERSche Belastung, d. h. die angeblich erhöhte Gefährdung der jüngsten Sprößlinge einer zahlreichen Familie.

Wir zweifeln nicht, daß das vorliegende Buch, das eine Fülle von wertvollen Beobachtungen enthält, nicht nur unter den Hygienikern und Heilstättenärzten, sondern auch bei der gesamten Ärzteswelt viele Leser finden wird.

A.

Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Von Dr. Raecke. Halle a. S. 1903, Karl Marhold.

Sehr eingehende klinische Studie. Ein gesetzmäßiger kausaler Zusammenhang zwischen den Krampfanfällen und den psychischen Störungen besteht nicht. Bei Epileptikern können jederzeit akute psychische Störungen auftreten, die dann ebenso wie die Krampfanfälle als direkter Ausfluß der bestehenden Hirnerkrankung anzusehen sind, in diesem Sinne „Äquivalente“; es ist aber eine irrierte Lehre, daß diese sich von anderen akuten Psychosen dadurch unterscheiden, daß ihr Verlauf dem eines Krampfanfalles

gleiche. Die akuten psychischen Störungen der Epileptiker lassen sich schematisch in folgender Weise gruppieren: 1. Großer Krampfanfall; 2. Rudimentäre und atypische Anfälle; 3. Petit mal; 4. Verwirrtheit (Stupor und Delirien); 5. Paranoide Zustände; 6. Traumhafte Dämmerzustände mit zwangsartigen Impulsen; 7. Traurige resp. heitere Verstimmung. Die Einzelheiten der sehr lesenswerten Arbeit müssen hier übergangen werden.

Nach ihrer Besprechung kämen für die Diagnose des epileptischen Irreseins zwei Momente in Betracht: 1. Es muß konstatiert werden, daß die betreffende Geistesstörung klinisch den Charakter einer epileptischen trägt. 2. Es muß das Bestehen einer genuinen Epilepsie nachgewiesen sein.“ Der erste Satz ist aber nach den eingehenden Ausführungen des Verf.s selbst streng genommen nicht durchführbar und der zweite ist, wenn er auch einem praktischen Bedürfnis bis zu einem gewissen Grade entgegenzukommen mag, dem eingangs angeführten Satze zufolge begrifflich unrichtig. — Trotz dieses Widerspruches sei dieses Werk eines eingehenden Studiums ausdrücklich der Lektüre empfohlen.

INFELD.

Die Verhütung der Harninfektion. Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei der Behandlung der Harnkrankheiten. Von Dr. Berthold Goldberg in Wildungen. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann.

Der hier verwirklichte Gedanke des Autors, die Methoden der Asepsis und Antisepsis in der Urologie zusammenfassend zu behandeln, muß als ein sehr glücklicher bezeichnet werden, denn es ist für den Praktiker von großer Wichtigkeit, den modernen Stand aller dieser Fragen kennen zu lernen. Es werden zunächst Erreger, Arten und Wege der Harninfektion besprochen, des weiteren die Desinfektion des Terrains, des Operateurs, der Objekte. Im anschließenden speziellen Teile werden die häufigsten urologischen Eingriffe — wieder unter dem besonderen Gesichtswinkel der Asepsis — erörtert. Überall spricht die reiche persönliche Erfahrung des Verfassers entscheidend mit, die Darstellung ist klar, übersichtlich, durch eine Anzahl von Abbildungen trefflich gefördert. Wir können das bei aller Anspruchslosigkeit wertvolle Buch bestens empfehlen.

GROSZ.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

III.

Die Gesetzgebung wird sich in nächster Zeit mit zwei wichtigen Gesetzentwürfen zu befassen haben, die für die öffentliche Sanitätspflege von großer Wichtigkeit sind. In erster Reihe steht der Investitionsgesetzentwurf, der wohl hinter dem von der frühern Regierung eingereichten weit zurücksteht, aber noch immer soviel bietet, daß er mit Freuden begrüßt werden kann. Es werden nämlich für die Errichtung einer auf Grund des Kolonialsystems einzurichtenden staatlichen Irrenanstalt 2 Millionen Kronen verlangt, für die Erweiterung des Preßburger staatlichen Spitals 300.000 und zur Deckung des Darlehens an das Sanatorium für arme Lungenkranke eine halbe Million Kronen; für den Bau eines neben der medizinischen Fakultät der Budapester Universität zu errichtenden allgemeinen Krankenhauses sollen dem Ministerium für Kultus und Unterricht 5 Millionen, zur Erweiterung der Klausenburger Klinik 300.000 Kronen zur Verfügung gestellt werden. Daß die Erweiterung der Irrenanstalten in Nagy-Kálló und Nagy-Szeben, die Errichtung staatlicher Kindersanatorien, eines Spitals für Lungenkranke in Budapest, der Umbau des Spitals in Maros-Vásárhely fallen gelassen worden sind, wird damit begründet, daß diese Investitionen nach und nach aus anderen Fonds errichtet werden können. Im Interesse des öffentlichen Sanitätswesens wäre es zu wünschen, daß auch letztere Investitionen recht bald durchgeführt werden.

Der zweite Gesetzentwurf, mit dem sich die Legislative zu befassen hat, betrifft die Gehaltsregulierung der behördlichen Ärzte. Wie vorauszusehen war, findet der Entwurf, der die Lage der behördlichen Ärzte wohl verbessert, aber nicht saniert, keinen Anklang. Die Ärzteliga, der Kongreß der Spitals- und Komitatsärzte usw. versuchten wohl, die Regierung zu gewissen Amendements zu veranlassen, aber diese verharret hartnäckig auf ihrem Standpunkt, den behördlichen Ärzten wenig und den Gemeinde- und Kreisärzten gar nichts zu bieten.

Mit großem Interesse erwartete man den Jahresbericht der Budapester Bezirkskrankenkasse, die etwa 60.000 Mitglieder zählt. Man hoffte allgemein, daß sich die Direktion auf die Höhe ihrer Aufgabe schwingen und den berechtigten Wünschen der Mehrheit der Mitglieder Rechnung tragen werde. Für alldies finden wir in dem langatmigen Bericht keinen Anhaltspunkt, aber dagegen eine widerliche Polemik gegen jedermann, der sich für die freie Ärzteswahl einsetzte. Angesichts des Umstandes aber, daß heute an der Spitze des Handelsministeriums Karl Hieronymi steht, ist es zu erwarten, daß für die Krankenkassen die freie Ärzteswahl eingeführt wird.

Die Gemeinde- und Kreisärzte Ungarns, deren Standesangelegenheit von der Ärzteliga nicht mit gehörigem Nachdruck behandelt worden sind, versammelten sich zu einem Kongresse und sprachen die Bildung des Landesverbandes der Gemeinde- und Kreisärzte aus. Der Kongreß schrieb die Verstaatlichung des Sanitätswesens auf seine Fahne. Bis zu der Zeit, in welcher diese Reform durchgeführt sein wird, wären den Gemeinde- und Kreisärzten die nachstehenden Begünstigungen gesetzlich zu sichern: Ein Minimalgehalt von jährlich 1600 und eine Quinquennalzulage von 200 Kronen, die durch die betreffenden Steuerämter flüssig

gemacht werden soll. Naturalwohnung oder entsprechendes Quartiergeld, Regelung des Pensionswesens, der Gebühren für ärztliche Visiten und des Fuhrwerkspauschales. Zur Propagierung dieser berechtigten Forderungen ist die Zusammenschließung aller Kräfte unerlässlich und es steht zu erwarten, daß es gelingen wird, das ganze Korps der Landärzte für die Sache zu gewinnen.

In einer ganz eigentümlichen Angelegenheit werden die Behörden in nächster Zeit zu entscheiden haben. Die Kurgäste des oberungarischen Kurortes Korytnicza erheben dagegen Klage, daß ihnen die Heilfaktoren des Kurortes, namentlich die Wasserheilanstalt, nicht zur Verfügung gestellt werden, wenn sie sich der Behandlung eines dort ansässigen Privatärztes unterziehen, die Indolenz der Lokalbehörden führte so weit, daß sich das interessierte Badepublikum mit einer Beschwerde an das Ministerium wendete. Da das Ministerium nur im Sinne des Gesetzes eine Entscheidung treffen kann, ist es nun leicht möglich, daß die Kurgäste einer Wasserbehandlung mit behördlicher Assistenz teilhaftig werden.

Die Augenärzte Ungarns gründeten nach dem Muster der Heidelberger Gesellschaft einen Verein zur wissenschaftlichen Pflege der Augenheilkunde. Bis zur endgültigen Konstituierung leitet ein Komitee die Vorarbeiten. BL.

Zum Kapitel „Kurpfuschertum“.

Aus Czernowitz (Bukowina) schreibt uns ein dortiger Arzt: Der in Nr. 22 l. J. unter den „Notizen“ mitgeteilte Kurpfuschereierlaß der n.-ö. Statthalterei bringt eine Episode in Erinnerung, die sich vor eben jetzt 2 Jahren in der Landeshauptstadt der Bukowina, in Czernowitz, abspielte.

Im Januar 1902 erkrankte ganz unerwartet und plötzlich auf einer Tanzunterhaltung unter den Erscheinungen eines apoplektischen Anfalles der zweithöchste Beamte der hiesigen Landesregierung. Im Beginne der Erkrankung schwankten die behandelnden Ärzte in der Stellung der Diagnose, bis sich des weiteren bestimmen ließ, daß es sich um ein Neoplasma im Gehirne handle.

Bei der unter diesen Umständen absolut ungünstig gestellten Prognose vermochte begreiflicherweise die Therapie keine gewünschten Erfolge zu erzielen.

In Suczawa, der östlichsten Stadt Österreichs, der ehemaligen Hauptstadt der Moldau, befindet sich eine griechisch-orientalische Kirche, die die Gebeine des heiligen Johann v. Novi birgt, ein Wallfahrtsort, der alljährlich im Sommer, am Namensfeste dieses Heiligen, Tausende von Pilgern aus der Bukowina und Rumänien heranzieht. Den Dienst in der Kirche und an den heiligen Gebeinen besorgen die Mönche des mit dieser Kirche verbundenen Klosters.

Entgegen den Einrichtungen in der katholischen Kirche können in der griechisch-orientalischen die Mönche die Priesterwürde auch ohne die entsprechende Vorbildung, ohne vorausgegangenes Gymnasial- und Universitätsstudium erreichen, im Gegensatz zu den Weltgeistlichen, die sich einem regelrechten Studium der Theologie unterziehen müssen, ausgenommen den Klostersvorstand, der ein studierter, geprüfter Theologe sein muß.

Infolge dieser Verhältnisse stehen diese Mönche, die sich aus ehemaligen Soldaten, Finanzwachorganen, verunglückten Studenten u. dgl. m. rekrutieren, auf einer ziemlich niedrigen Kulturstufe.

Unter diesen Mönchen in Suczawa nun ragt einer, ein ehemaliger Finanzwachmann, als einer der gefeiertsten und gesuchtesten Ärzte der Stadt und deren Umgebung hervor. Er betreibt nicht nur den Baunscheidtismus, sondern ordiniert gar fleißig die schärfsten Medikamente, wie namentlich mit Vorliebe Digitalis und Morphinum. Um seiner Behandlung mehr Breite zu geben und sie gleichzeitig erfolgreicher zu gestalten, verbindet er sie mit gesprochenen Gebeten. Direkt verlangt er wohl für seine segensreiche Wirksamkeit keine Honorierung, doch weiß er es stets so einzurichten, daß ihm diese nie entgeht.

Als sich, wie dies zu erwarten stand, das Befinden des oben erwähnten Hofrates, dessen Gattin die Schwester eines bekannten Czernowitzer Arztes und Mitgliedes des Landessanitätsrates ist, verschlimmerte, wurde dieser wundertätige Klosterbruder zur Be-

handlung des Kranken berufen und den bisherigen behandelnden Ärzten der Abschied gegeben.

Der wundertätige Klosterbruder baunscheidtisierte den Kranken, wobei er gleichzeitig fleißig betete. Infolge Suggestion befand sich der Kranke in den ersten Tagen dieser neuen Behandlung bedeutend besser, und wurde dies im Publikum zu Ungunsten der Ärzte weidlich ausgebeutet. Wie zu erwarten, hielt diese Besserung nicht lange an. Nach 10—12 Tagen war der Zustand des Kranken der gleiche wie früher, d. h. ein ungünstiger.

Schließlich wurde der Klosterbruder trotz seiner Wunderfähigkeit, die ihn diesmal verlassen, heimgeschickt und ein Berliner Spezialist berufen. Dieser konnte nur die bereits ursprünglich gestellte Diagnose sowie die ungünstige Prognose bestätigen. Nicht lange, nachdem er den Kranken gesehen, ging letzterer zugrunde.

Wenn der Leser dieser Mitteilung meinen sollte, es sei dem frommen Klosterbruder, der sein Unwesen bereits seit Jahren treibt, seitens der Behörden das Handwerk gelegt worden, so ist er in starkem Irrtume. Die Suczawaer Ärzte wandten sich bereits mehrmals an den dortigen Bezirksarzt mit dem Verlangen, dieser Kurpfuscherei doch einmal ein Ende zu machen. Vergebens.

Vielleicht wird der jetzige Landespräsident, Prinz Konrad Hohenlohe, diesem Treiben ein Ende machen; der frühere, Baron Bourguignon, drückte beide Augen zu. Jedenfalls ist es für unsere Verhältnisse charakteristisch, daß zur Behandlung des erkrankten zweithöchsten politischen Beamten eines Kronlandes ein Kurpfuscher herufen wird, wo doch die politische Behörde es sein soll, die dem Kurpfuschertum am energischsten an den Leib zu rücken hat. Daß der Leser unwillkürlich fragen wird: „Wie verhielt sich denn in dieser Angelegenheit die Ärztekammer?“ ist wohl sicher anzunehmen. Die Antwort auf diese Frage kann sich der Leser selbst geben.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

WIESEL (Wien): Anatomische Befunde am Gefäßsysteme und am Herzen bei Typhus abdominalis.

Es handelt sich nach den Untersuchungen des Vortr. um eine Erkrankung in der Tunica media. Dieselbe äußert sich in einer Vermehrung des intramuskulären Bindegewebes, Atrophie der glatten Muskelfasern, Veränderung in dem elastischen Gewebe. Auf der Höhe des Typhus können die Arterien des ganzen Körpers erkranken.

Der Prozeß ist als Mesarteriitis obliterans acuta regressiva zu bezeichnen. Der Prozeß in der Elastica ähnelt dem von ROMBERG bei der Myokarditis nach Infektionskrankheiten beschriebenen.

ORTNER (Wien): Über das Verhalten der Kreislauforgane bei akuten Infektionskrankheiten, insbesondere bei Typhus abdominalis.

O. untersuchte 38 Fälle von Typhus und fand in 29 derselben ein Überwiegen des II. Aortentones über den II. Pulmonalton oft bis zur deutlichen Akzentuation des ersteren während einer bestimmten Krankheitsphase. Da sich alle anderen Gründe für diese Betonung des II. Aortentones ausschließen lassen, sieht er den wahren Grund hierfür in der konkomitierenden Erschlaffung der peripheren oberflächlichen und tiefen Kreislauforgane, welche sich, soweit die oberflächliche arteriokapillare Blutbahn in Betracht kommt, durch die in diesen Fällen gleichzeitig konstaterbare Dikrotie, Pseudozelerität, die große Exkursionsweite der Arterien, Pulsation der kleinen Arterien, Dikrotie des Kapillarpulses klinisch ausdrückt. Da diese Erschlaffung der peripheren, oberflächlichen Blutgefäßbahn an sich zur Erniedrigung des Blutdrucks Anlaß geben muß, O. aber konstant normalen Blutdruck fand, so muß eine Kompensation durch gleichzeitige Kontraktion der tiefen (Splanchnikus) Gefäße angenommen werden: die 9 Fälle der ersten Gruppe ohne Betonung des II. Aortentones. Für die 29 Fälle mit Betonung des II. Aortentones nimmt O. eine Erschlaffung der oberflächlichen und der tiefen arteriokapillaren Blutbahn ein, welche, da in diesen konstant normaler Blutdruck gefunden wurde, durch eine

Mehrleistung des Herzens kompensiert wird. Der klinische Ausdruck für diese Mehrleistung ist die in eben diesen Fällen gefundene Betonung des II. Aortentones. Hierfür spricht nach O. auch die gleichzeitig in manchen dieser Fälle gefundene Resistenzzunahme des Herzspitzenstoßes.

Der Tod erfolgt nach O. bei Typhus durch Parese der Vasomotoren und anatomische Läsion des Herzmuskels, wie aus seinen klinischen Beobachtungen und den histologischen Untersuchungen ROMBERGS und WIESELS hervorgeht.

O. beschreibt als bisher unbekannte Erscheinung das Symptom der Dikrotie des Kapillarpulses and führt als weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung einen Krankheitsfall an, welcher einen Pat. mit Typhus abdominalis und inkompletter Aorteninsuffizienz betraf. Ähnliche Verhältnisse wie bei Typhus fand O. bei Influenza, Miliartuberkulose, Pyämie und Lues secundaria febrilis.

AUG. HOFFMANN (Düsseldorf) berichtet über Untersuchungen, die er an einem Patienten, welcher eine weitgehende Thorakoplastik erfahren hatte, anstellen konnte. Bei dem Patienten lag die linke Herzhälfte frei, nur von Haut bedeckt. Durch eine Modifikation der ENGELMANN'Schen Suspensionsmethode konnte Vortr. genaue Studien über die Herztätigkeit machen. Vor allen Dingen gelang ihm der Nachweis, daß auch beim Menschen durch starke Stromschläge, und zwar nur des galvanischen Stromes, typische Extrasystolen auszulösen sind. Auch sonstige Veränderungen der Rhythmik wurden künstlich erzeugt und wie die analysierten Kurven ergeben, erfolgt die Störung der Rhythmik, wie sie experimentell beim Frosch und beim Warmblüter bereits festgestellt wurde, vorzugsweise durch ino- und chronotrope Wirkungen.

PAUL KRAUSE (Breslau): **Über ein bisher nicht beobachtetes Augensymptom beim Coma diabeticum.**

Es handelt sich um eine hochgradige Hypotonie beider Bulbi, die bislang in 3 Fällen von Coma diabeticum zur Beobachtung gekommen; es trat etwa 15—32 Stunden ante exitum auf und scheidet nur beim Diabetes vorzukommen, da es in 4 Fällen von komatösen Zuständen anderer Genese (Morbus Basedowii, Addisonii, Urämie, fieberhafte Erkrankung unklaren Ursprungs) nicht vorhanden war; vielleicht kommt dem Symptom deshalb eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung zu. Eine Erklärung für das Zustandekommen der Hypotonie ist noch nicht zu geben; bei 80 Leichen, bei 18 lebenden Diabetikern war es nicht vorhanden; weder starke Erniedrigung des Blutdruckes, noch Wasserverarmung bringt es hervor. Tierversuche, in welchen Azeton, Azetessigsäureester, β -Oxybuttersäure, Phloridzin Hunden und Kaninchen teils per os, teils subkutan in großen Mengen beigebracht wurde, führten zu keinem positiven Resultate; ein Hund, welcher nach Pankreasextirpation an Diabetes zugrunde ging, zeigte das Symptom nicht. Die anatomische Untersuchung der Bulbi ergab normale Verhältnisse.

STARCK (Heidelberg): **Experimentelles über die motorische Vagusfunktion.**

Als Ursache der diffusen Speiseröhrenverengung sah man im allgemeinen drei Momente an: 1. Kardiospasmus, 2. Paralyse der Ösophagusmuskulatur, 3. Vagusatrophie. Vortr. versuchte durch Vagusresektionen am Halse, innerhalb der Brusthöhle ober- und unterhalb des Lungenhilus, oberhalb der Kardie experimentell bei Hunden Dilatationen der Speiseröhre zu erzeugen. Die Ergebnisse sind folgende:

Der durch Vagusdurchschneidung wegfallende Hemmungsimpuls der Kardie hat nicht eine dauernde Kontraktion der Kardie zur Folge und ist an sich höchstens unterstützend bei der Entstehung einer Erweiterung beteiligt. Durch Resektion (resp. Erkrankung) des Vagus am Halse und oberhalb des Lungenhilus ist hauptsächlich infolge der Lähmung der Speiseröhrenmuskulatur die Entstehung einer Dilatation möglich. Vagusatrophie dürfte nur dann als Ursache der Dilatation angenommen werden, wenn bei der Sektion keine Hypertrophie der Muskulatur gefunden wird, da die gelähmte Muskulatur nicht hypertrophieren kann. Da fast stets bei der Sektion Hypertrophie vorhanden ist, wird Degeneration des Vagus nur selten den Anlaß zu Dilatationen geben.

Nach Resektionen (resp. bei Erkrankung) des Vagus unterhalb des Lungenhilus treten keine Dilatationen ein, da die motorisch wichtigen Fasern oberhalb des Hilus in die Speiseröhre eintreten und der Wegfall der Erschlaffung der Kardie beim Schluckakt kein wesentliches und dauerndes Hindernis für die Speisenbeförderung bietet.

CLEMENS (Freiburg i. B.): **Zur Chemie der EHRlich'schen Diazo-reaktion.**

Der einzige bisher publizierte Versuch einer Reindarstellung der die Reaktion bedingenden Substanz (von EHRlich und BRIEGER) hat

nicht zu einigermaßen reinen Substanzen geführt. Der Vortragende hat aus dem basischen Bleiniederschlag durch Schwefelsäure und Baryumkarbonat die Baryumsalze der organischen Säuren des Harns dargestellt — im alkoholunlöslichen Anteil fand sich die fragliche Substanz. Dieselbe ist jetzt frei von anorganischen Säuren, Harnstoff, Harnsäure, Oxysäuren. Darin enthaltene Xanthinbasen werden mit ammoniakalischer Silberlösung entfernt. Farbstoffe und einige unbekannte Substanzen bleiben beigemischt und lassen sich bisher nicht völlig entfernen. Die fragliche Substanz, ein gelblichweißes, nicht kristallisiertes, nur ganz wenig hygroskopisches Pulver wird durch Quecksilberoxydnitrat und durch Phosphorwolframsäure völlig gefällt. Sie enthält Schwefel und Stickstoff — es ist jedoch keine gepaarte Schwefelsäure darin enthalten. Der Schwefelgehalt ist recht schwankend (0.5—1.4%) — er ist vermutlich auf eine Verunreinigung zurückzuführen. Der Stickstoffgehalt schwankt bedeutend weniger (4.2—5.4%); doch ist, bei seiner Größe, zumal die meisten stickstoffhaltigen Substanzen des Harns sicher entfernt sind, anzunehmen, daß unsere Substanz N-haltig ist. Die Fällbarkeit mit Phosphorwolframsäure, sowie der um die Hälfte geringere Stickstoffgehalt beweisen, daß nicht Oxyproteinsäure vorliegt.

WOLFF (Reiboldsgrün): **Die neueren Tuberkuloseforschungen und ihre klinische Bedeutung.**

Die neueren Publikationen über Tuberkulose, meist von bakteriologischer Seite ausgehend, beweisen, daß das Wesen der Tuberkulose durchaus unaufgeklärt ist. Mit vielen Sätzen BEHRING'Scher Lehren — Häufigkeit der Infektion im Kindesalter, langdauernde Inkubation, Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht usf. — kann man sich nach klinischer Erfahrung einverstanden erklären, — die Frage einer zweiten Infektion des einmal Infizierten bleibt ungelöst. Ein Vergleich mit anderen Infektionskrankheiten, besonders mit der Syphilis, läßt, ohne dadurch mit klinischen Erfahrungen und bakteriologischen Forschungen zu kollidieren, die Auffassung zu, daß die Tuberkulose sich der Syphilis ähnlich verhält: lange Inkubation, hämatogene Verbreitung, Schutz vor Wiederinfektion durch einmalige Infektion. — Bezüglich der Wege der Infektion läßt sich im Hinblick auf ihre Häufigkeit nur vermuten, daß dieselben ungemein mannigfaltig sind und nicht auf einem Wege (Milchernährung) möglich sein werden.

WINTERNITZ (Halle): **Über den Ursprung des Fettes im Harn bei nephritischen Prozessen.**

Bei nephritischen, namentlich chronisch parenchymatösen Prozessen beobachtet man im Harn feinste Fetttröpfchen in verschiedener Anordnung und Verteilung. Dieses Fett rührt nach der bisherigen Annahme von fettig degenerierten Zellen her. Es läßt sich nun aber zeigen, daß ein Teil des Fettes unmittelbar aus dem Blute, bzw. dem Nahrungsfett, stammt. Während die Niere unter normalen Verhältnissen fett dicht ist, wird sie bei entzündlichen und namentlich bei chronisch entzündlichen Zuständen fett durchlässig. Dieser Fettverlust durch den Harn kann relativ hohe Grade erreichen.

Notizen.

Wien, 11. Juni 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. BÜDINGER einen auf operativem Wege gewonnenen faustgroßen Lungensequester, der nach Aspiration einer Kornähre durch dissezierende Abszedierung zustande gekommen war. — Hierauf stellte Dr. HABERER aus der Klinik v. EISELSBERG einen Mann vor, bei welchem eine durch ein Trauma herbeigeführte Blutung aus dem Sinus transversus mit Tamponade erfolgreich behandelt worden ist. — Sodann führte Dr. LICHTENSTERN einen durch perineale Prostataktomie vollständig von seinen Beschwerden befreiten Fall von Prostatahypertrophie vor. — Dr. ART. FOGES zeigte einen nach einer Idee GERSUNYS konstruierten Apparat zur Inspektion der Vagina und der Portio; das Prinzip desselben beruht auf der pneumatischen Entfaltung der vaginalen Wände durch ein Gebläse. — Reg.-R. v. FRISCH erörterte an der Hand von anatomischen Präparaten die funktionelle Nierendiagnostik und besprach die Fehlerquellen derselben eingehend. — Schließlich hielt Dr. KAPSAMMER den angekündigten Vortrag über Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik, in welchem er auf der Grundlage einer reichen klinischen und experimentellen Erfahrung den Wert der Kryoskopie, der Phloridzinprobe, der

Methylenblaureaktion usw., sowie den Einfluß der reflektorischen Polyurie auf den Ausfall der genannten Reaktionen diskutierte und dieselben in Bezug auf ihre Bedeutung gegeneinander abwog.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 4. d. M. referierte zunächst Hofrat v. VOGL über das Auftreten und die Verbreitung der epidemischen Krankheiten im In- und Auslande. Sodann wurde der Bericht v. WAGNERS über die Ergebnisse der bisherigen Behandlung von kretinösen Kindern mit Schilddrüsenpräparaten zur Kenntnis genommen, die Publikation derselben im Fachblatte „Das österreichische Sanitätswesen“ beschlossen und mit Rücksicht auf den günstigen Erfolg dieser Behandlung die Fortsetzung dieser Aktion zur Bekämpfung des Kretinismus durch rechtzeitige kurative Behandlung in erweiterem Ausmaße empfohlen. Hofr. EXNER erstattete Bericht über den in Nürnberg stattgehabten Kongreß für Schulhygiene. Hierauf gelangten nachstehende Gegenstände zur Beratung und Schlußfassung: Hygienische Begutachtung eines Verordnungsentwurfes betreffend die Einrichtungen in Volks- und Bürgerschulen in Nieder-Österreich mit Ausnahme von Wien. Gutachtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigte Stelle eines Landessanitäts-Inspektors und die eventuell zu besetzende Stelle eines Oberbezirksarztes in Nieder-Österreich. Initiativantrag über weitere Maßnahmen zur Hintanhaltung des Auftretens und der Verbreitung von Typhuserkrankungen in der Landeshauptstadt Prag durch das Moldauwasser, in welchem virulente Typhusbazillen durch Prof. v. JAKSCH mit positivem Erfolge bakteriologisch nachgewiesen worden sind.

(Auszeichnungen.) Hofr. Prof. Dr. AUGUST Ritter VOGL v. FERNHEIM in Wien hat aus Anlaß seines bevorstehenden Übertrittes in den Ruhestand den Stern zum Komturkreuze des Franz-Josef-Ordens erhalten. — Der a. o. Professor der Chirurgie an der Universität in Bonn und Generalinspektor der kaiserl. türkischen Medizinschulen, sowie Direktor des Krankenhauses Gülhane in Stambul, Geh. Med.-Rat Dr. ROBERT RIEDER in Konstantinopel, hat anlässlich seines Rücktrittes den Osmanie-Orden II. Kl. und die Imitiazmedaille in Silber und Gold erhalten. — Die Akademie de Médecine in Paris hat den Bakteriologen NETTER zu ihrem Mitgliede gewählt. — Die Gemeinde Aspang a. W. hat ihren Gemeindearzt Dr. LISCHKARZ in Anerkennung seines verdienstvollen Wirkens zu ihrem Ehrenbürger ernannt.

(Ferialkurse.) Die diesjährigen Ferialkurse werden gleich denen im Vorjahre in zwei Zyklen gelesen; der 1. Zyklus beginnt am 1. August, der 2. am 1. September. Jeder Zyklus dauert 4 Wochen. Die Inskription erfolgt bei den betreffenden Dozenten selbst, und ist das Honorar an dieselben direkt im Vorhinein zu entrichten. Das Programm der Kurse ist bei den Portieren des allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik für 20 Heller verkäuflich; dasselbe kann ferner auch per Post vom Dekanate der medizinischen Fakultät gegen Einsendung von 25 Hellern in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte über die Ferialkurse werden im medizinischen Dekanate erteilt. August-Zyklus: Pathologische Anatomie und Bakteriologie (GHON, KRETZ, LANDSTEINER, C. STERNBERG); Pharmakognosie (HOCKAUF); Gerichtliche Medizin (HABERDA); Med. Chemie (S. FRÄNKEL); Interne Medizin (L. BRAUN, v. CZYHLARZ, KATZ, A. SCHIFF, REITTER); Kinderkrankheiten (ZAPPERT, v. PIRQUET); Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, ERBEN, INFELD, RAIMANN, STRANSKY); Chirurgie (FÖDERL, LOTHEISSEN, v. ABERLE, ALBRECHT); Augenheilkunde (SACHS, WINTERSTEINER, BERGMESTER, HANKE); Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, RÉTHI, KAHLER); Ohrenheilkunde (BING, ALEXANDER, HAMMERSCHLAG, NEUMANN); Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, v. ZEISSL, NOBL, ULLMANN, OPPENHEIM); Geburtshilfe und Gynäkologie (KEITLER, BACURA, CRISTOFOLETTI). September-Zyklus: Anatomie und Histologie (SCHACHERL, A. ALBRECHT); Pathologische Anatomie (GHON, STORCK, SCHACHERL); Pharmakognosie (PASCHKIS, HOCKAUF, MITLACHER); Med. Chemie (S. FRÄNKEL); Interne Medizin (PINELES, SCHIFF, SCHMIDT, DONATH, WECHSBERG, WEINBERGER); Kinderkrankheiten (FRÜHWALD, MOSER); Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, v. HALBAN, PFUNGEN, PILCZ, FUCHS, INFELD, RAIMANN); Chirurgie (FÖDERL, LOTHEISSEN, PUPOVAC, SCHNITZLER, CLAIRMONT,

REINER); Augenheilkunde (ELSCHNIG, KUNN, SACHS, LAUBE); Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, HARMER, RÉTHI); Ohrenheilkunde (ALEXANDER, ALT, HAMMERSCHLAG, NEUMANN); Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, v. ZEISSL, ULLMANN, BRANDWEINER, PICK); Geburtshilfe und Gynäkologie (HALBAN, NEUMANN, BURGER, PEHAM); Zahnheilkunde (SPITZER).

(Zur Frage der ärztlichen Zeugnisse.) Die schlesische Ärztekammer beabsichtigt, Schritte zur Aufhebung eines Landesschulraterlasses zu unternehmen, demzufolge zur Erteilung von Dispensen für Schulkinder von dem Unterrichte in Gesang, Zeichnen und den weiblichen Handarbeiten, dann an Knabenschulen im Turnen, die Bezirksschulräte allein berechtigt sind, was am flachen Lande oftmals große Schwierigkeiten herbeiführt. Durch Gleichstellung der Gemeinde- und Bezirksärzte mit den Amtsärzten in Bezug auf die Ausstellung solcher Zeugnisse würde diesen Schwierigkeiten nicht allzuschwer abzuweichen sein.

(Verantwortlichkeit des Redakteurs für Kurpfuscherinserate.) Das Landgericht Breslau hat — wie das „Öst. Ärzte-Kammer-Bl.“ meldet — den Inseratenredakteur des „Breslauer Generalanzeiger“ zu einer Geldstrafe von 3000 Mk. verurteilt, weil er mehrere Inserate durchgelassen hatte, in denen sich ein „Heilkundiger“ zur Heilung aller Unterleibs- und Geschlechtsleiden ohne Berufsstörung und Diagnose erbot und schnelle Heilung in Aussicht stellte. Die von dem Verklagten eingelegte Revision ist vom Reichsgerichte verworfen worden.

(Portofreiheit von ärztlichen Anzeigen.) Laut Erlaß des Handelsministeriums sind die Anzeigen von Ärzten über die Erfolge der Scharlachserumtherapie portofrei, wenn sie den Vermerk tragen: „Über amtliche Aufforderung portofrei“, und wenn sie an das staatliche serotherapeutische Institut in Wien gerichtet sind. In gleicher Weise besteht die Portofreiheit für ärztliche Meldungen über den therapeutischen Erfolg des aus dem serotherapeutischen Institute bezogenen Diphtherieheilserums schon seit dem Jahre 1895.

(Die Internationale Tuberkulosekonferenz) hat am 27. und 28. Mai d. J. in Kopenhagen stattgefunden. Dieselbe hat sich für die Einführung des hygienischen Unterrichtes in den Schulen, für ein Examen in Elementarhygiene beim Abschlusse der Schulzeit, sowie für Examina in Hygiene an den Universitäten ausgesprochen. Außerdem wurden folgende Beschlüsse gefaßt: Die Anzeigepflicht bei allen Fällen von Tuberkulose ist die Vorbedingung zur Bekämpfung derselben. Es müssen Maßnahmen zur hygienischen Gewöhnung des Publikums getroffen, eine einheitliche Statistik aller Bäder eingerichtet werden, ferner soll eine Regelung der internationalen Tuberkulosekongresse erfolgen, deren nächster im Oktober 1905 in Paris stattzufinden hätte. Schließlich wurde eine Vervollständigung der Statuten, wonach die zentralen Tuberkulose-Gesellschaften aller Kulturländer nach dem Vorbilde des Kartells der Akademien sich zusammenschließen sollen, ferner die Stiftung einer goldenen und mehrerer silbernen Medaillen, welche durch die internationale Tuberkulosekonferenz an Persönlichkeiten verliehen werden sollen, die sich um die Bekämpfung der Tuberkulose verdient gemacht haben, beschlossen.

(Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen der k. u. k. Militärärzte in Wien) hatte am 14. Mai 1904 seine diesjährige (38.) Generalversammlung. Aus dem Rechenschaftsberichte ist zu entnehmen, daß die Einnahmen sich auf 70.945 K 15 h beziffern. Die Angaben belaufen sich auf 59.190 K 06 h. In dem Genusse von regelmäßigen Jahresbezügen standen 187 Witwen und die elternlosen Waisen von 4 verstorbenen wirklichen Mitgliedern, während 27 Witwen und eine Waise von Militärärzten mit zeitlichen Unterstützungen beteiligt wurden. Das Vereinsvermögen besteht mit Schluß des abgelaufenen 38. Verwaltungsjahres aus Wertpapieren im Gesamtnominalwerte von 550.800 K und von 11.755 K 09 h in barem Gelde. Bei den hierauf vorgenommenen Neuwahlen wurde der frühere Ausschuß wiedergewählt.

(Ärzte und Krankenkassen.) Dem Deutschen Ärztetage werden von dem ärztlichen Verein München zwei Anträge über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen

vorgelegt werden. Dicselben enthalten — wie uns gemeldet wird — die Bestimmung, daß sich die Ärzte verpflichten, alle Verträge mit den Kassen durch die Vertragskommissionen der Standesvertretung abzuschließen, ferner den Vorschlag, daß alle verheirateten Personen mit Jahreseinkommen bis zu 3000 Mk. versicherungsberechtigt sein sollen. — Der zweite Antrag kommt den Wünschen der Krankenkassen wohl allzuweit entgegen.

(Die schlesische Ärztekammer) hat in ihrer Sitzung vom 6. d. M. beschlossen, die unentgeltliche Vornahme der für die Gendarmeriemannschaft verfügten monatlichen Untersuchung des Gesundheitszustandes derselben seitens solcher Ärzte, welche hierzu nicht von amtswegen verpflichtet sind, für standeswidrig zu erklären. — Wir haben über diese Angelegenheit in Nr. 19 unseres Blattes einleitend berichtet. — In der nämlichen Sitzung hat die genannte Kammer beschlossen, über die Frage der Stempelfreiheit der Quittungen der Ärzte über Gebühren im Strafverfahren eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes zu provozieren, da dieser Gegenstand bisher noch niemals Gegenstand einer solchen Entscheidung gewesen ist.

(Preisausschreibung.) Das „Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna“ schreibt einen Preis von 3500 Lire für das beste Werk oder die beste Erfindung auf orthopädischem Gebiete aus. Ausländer sind bei der Bewerbung zugelassen. Der Anmeldetermin läuft mit 31. Dezember d. J. ab.

(Die diesjährige ärztliche Studienreise) wird von Görlitz ausgehend folgende Bade- und Kurorte einbezogen: Flinsberg, Warmbrunn, Johannisbad, Cudowa, Reinerz, Landeck, Charlottenbrunn, Salzbrunn. Außerdem werden das Erholungsheim Hohenwiese und die Lungenheilstätten Görbersdorf besucht und der Waldenburgische Hüttenbezirk mit seinen hygienischen Einrichtungen einer eingehenden Demonstration und Besichtigung unterzogen. Die Reise endet in Breslau, dem Ort der diesjährigen Naturforscherversammlung.

(Statistik.) Vom 29. Mai bis inklusive 4. Juni 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7863 Personen behandelt. Hiervon wurden 1731 entlassen, 193 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 1, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 67, Scharlach 35, Masern 687, Keuchhusten 21, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 4, Röteln —, Mumps 43, Influenza 1, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 694 Personen gestorben (+ 7 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag der erste Assistent der deutschen Augenklinik Dr. OTTOKAR NICKERL, 30 Jahre alt; in Berlin Dr. KARL SPENER, bekannt durch seine Bemühungen für die rationelle Kleidung der Frauen, im 41. Lebensjahre; in Stuttgart der Psychiater Dr. DIETZ; in Paris der praktische Arzt und Mitglied des Munizipalrates Dr. DUBOIS, im Alter von 51 Jahren.

Mattonis Gießhübler Sauerbrunn wurde auf der Ausstellung des hygienischen Kongresses in Buenos-Aires mit der ersten Preismedaille ausgezeichnet.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- C. Mermagen, Die Wasserkur. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 2.8.
- E. v. Behring, Tuberkuloseentstehung, Tuberkulosebekämpfung und Säuglingsernährung. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- N. Marckwald, Über Becquerelstrahlen. Berlin 1904, Leonhard Simion Nf. — M. 1.—
- P. Spies, Die Erzeugung und die physikalischen Eigenschaften der Röntgenstrahlen. Berlin 1904, Leonhard Simion Nf. — M. 1.—
- H. Magnus, Kritik der medizinischen Erkenntnis. Breslau 1903, J. U. Kern. — M. 5.—
- C. Hopf, Die Anfänge der Anatomie. Breslau 1904, J. U. Kern. — M. 4.—
- F. Stolze, Optik für Photographen. Halle a. S. 1904, W. Knapp. — M. 4.—
- E. Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Teil. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. — M. 8.—

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion).

Sitzung Donnerstag den 16. Juni 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

- I. Demonstrationen (angemeldet: Doz. Dr. MOSER, Dr. SCHWONER). —
- II. Dr. B. SCHICK: Urotropin und Scharlachnephritis.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Isopral“, ein neues Hypnotikum. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Aussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“ für Nerven- und Magenleidende, rheumatische Reconvalescenten. (Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.) Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER. (Steiermark) (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

Gicht Hausstrinkkur mit Bad-Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen zu jeder Jahreszeit und ohne Berufsstörung. Zahlreiche ärztliche Berichte über Heilerfolge bei Rheumatismus, Gicht, Steinleiden und gegen Stoffwechselstörungen durch die Versendung für Oesterreich-Ungarn der Filialen des Krondorfer Sauerbrunn, Wien, IX. Kolinergasse Nr. 4 und Prag, Potič. „Hotel Kaiser v. Oesterreich.“

Heilstätte für Gicht und Rheumatismen. Dr. WEISZ' Medicomechanisches Institut (Abheilung Herz und Zander) im Schwefelschlammbad PISTYAN, Oberungarn. Elektr. Beleuchtung, Modern. Comfort, Wasserleitung. Zimmer pro Woche von 20 Kronen aufwärts. Jede Auskunft durch: Dr. EDUARD WEISZ.

Citarin
harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.
Dos.: 2 g 3—4mal tägl. (am ersten Tage 5mal).



Helmitol
neues verbessertes Blasenantiseptikum. Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie. Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoeotherapie.
Dos.: 1 g 3—4 mal täglich.

Aristochin

Cannigen

Crional

Hedonal

Heroinhydrochlor.

Mesotan
neuer Sallzylester zur lokalen Behandlung von rheumatisch. Affektionen. — Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzupinseln.
Mesotan äußerlich, Aspirin, 1 resp. Salophen innerlich.

Veronal
neues Hypnoticum. Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen. Geruchlos, fast ohne Geschmack. Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g in heißen Flüssigkeiten gelöst z. n.

Vertreter 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, almonatlich 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originallen und klinische Vorlesungen. Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien. Ein Beitrag zur Behandlung chlorotischer und anämischer Zustände. Von Dr. JOSEF WINTERBERG, emer. Assistent obiger Abteilung. — Vorstellungen über Immunität und Krankheitschutz. Von Doz. Dr. ARTHUR KLEIN. — Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus. Von Primararzt Dr. L. WICK in Badgastein. — Referate. S. J. MELTZER (New-York): Bemerkungen über Gastralgie, Magenkolik und Kolik im allgemeinen. — BRUNS (Tübingen): Über Kropfgeschwülste im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre und ihre Entfernung. — JULIUS WEISS (Wien): Über klinische Befunde beim chronischen Rheumatismus. — LINSER und SCHMID (Breslau): Über den Stoffwechsel bei Hyperthermie. — MAURICE CAZIN (Paris): Die chirurgische Behandlung der Darmperforationen bei Typhus abdominalis. — GUSTAV ARNDT (Posen): Das Eserin in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse. — E. MARZINOWSKI (St. Petersburg): Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der akuten Endokarditis. — KRÖNIG (Jena): Über doppelseitige Uretereinpflanzung in die Blase. — THIEM und HENNING (Kottbus): Über elektro-magnetische Bestrahlung mit dem von TRÜB angegebenen Apparat (Radiator). — KREBS (Moskau): Beitrag zur Behandlung der sogenannten kalkulösen Anurie und zur Pathologie der reflektorischen Anurie. — **Kleine Mitteilungen.** Einwirkung sauerstoffreicher Luft auf die Atmung dyspnoischer Tiere. — Gefahren der Mundinfektion durch das Sprechen bei Operationen. — Quelle der Blutung beim Uterusmyom. — Behandlung der Fußgeschwulst. — Behandlung der Kurzsichtigkeit. — Anästhesierung bei Zahnextraktionen. — Laxantia. — Yersins Serum. — Chronische Dysenterie. — Chlorentziehungskur bei der chronischen Nephritis. — **Literarische Anzeigen.** — Therapie der Ohrenkrankheiten. Von Dr. VIKTOR HAMMERSCHLAG, Dozent der Ohrenheilkunde an der Universität Wien. — Die chemische Pathologie der Tuberkulose. Herausgegeben von Dr. A. ORT. — Die Gicht und ihre Behandlung. Von E. APERT. — Das Trachom als Volks- und Heereskrankheit. Von Dr. J. BOLDT, Oberstabsarzt und Regimentsarzt des 9. Westpreussischen Infanterie-Regiments Nr. 176. — **Feuilleton.** — Zum Kapitel „Kupfuschertum“. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 33. *Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) VIII. — *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.* (Orig.-Ber.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.** — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originallen und klinische Vorlesungen.

Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Ein Beitrag zur Behandlung chlorotischer und anämischer Zustände.

Von Dr. Josef Winterberg, emer. Assistent obiger Abteilung.

Gelegentlich einer Arbeit „über die Resorption des Sanatogens beim Typhus abdominalis“ erklärt Prof. EWALD hinsichtlich der sogenannten künstlichen Nährpräparate, die durch neue Erzeugnisse einer rührigen Industrie fortwährend vermehrt werden, daß es durchaus kein Schade sei, wenn nachgerade ein embarras de richesse auf diesem Gebiete besteht, wobei es sehr auf Geschmack und Bekömmlichkeit der Präparate ankommt; da nun diese für die einzelnen Individuen und für die einzelnen Präparate gewöhnlich bald zu wechseln, resp. sich abzustumpfen oder zu verschlechtern pflegen, so ist es von Wert, möglichst viele derartige Präparate zur Verfügung zu haben, damit man auch die entsprechende Abwechslung in der Medikation erzielen kann.

Von diesem Gesichtspunkte ließ ich mich leiten, als ich eine größere Reihe von Präparaten, die als blutbildende und blutverbessernde Mittel in gewiß nicht zu geringer Menge erzeugt und in den Handel gebracht werden, der klinischen Versuchsreihe unterzog. Gleich von Anbeginn dieser Untersuchungen nahm ich mir vor, nur jene Präparate der Publikation zu übergeben, die in rein objektiver Weise geprüft, dieser Prüfung auch standhalten konnten, während Mittel und Präparate, die gleich bei den ersten Versuchen schlechte Resultate

oder unangenehme Neben- oder Nachwirkungen veranlaßten, sofort fallen gelassen und nicht weiter beachtet wurden.

Unter der Menge der ersteren wählte ich für diese Publikation den von der Kölner Firma „Krewel & Ko.“ erzeugten Liquor sanguinalis Krewel aus.

Sowie es in den angegebenen Worten EWALDS ausgedrückt erscheint, daß wir eine große Anzahl von Nährmitteln haben müssen, um abwechseln zu können, so ist es in vielleicht noch höherem Maße der Fall hinsichtlich jener Präparate, die wir bei Blutarmut und ähnlichen Zuständen zu therapeutischen Zwecken verwenden, denn auch hier kommt es auf die Geschmacksempfindung sowohl als insbesondere auf die Resorptionsverhältnisse der einzelnen Kranken um so mehr an, als wir alle einschlägigen Präparate mindestens durch einige Wochen reichen müssen, um einen Erfolg unserer Therapie zu sehen.

Bei jedem neuen derartigen Versuche taucht immer wieder der Gedanke an jene Gegner auf, die jede Eisentherapie verdammen mit der Motivierung, daß das Eisen nicht resorptionsfähig sei. Wie die Eisenpräparate wirken, war auch bis zu den grundlegenden Untersuchungen BUNGE'S ganz unklar, da die vorher vorgenommenen Untersuchungen festgestellt hatten, daß Eisensalze vom Darne aus überhaupt nur in sehr geringer, fast nicht in Betracht kommender Menge aufgenommen werden, und da andererseits der Bedarf des menschlichen Organsystems ein kleiner ist, so müßte dafür schon das in unseren gewöhnlichen Nahrungsmitteln enthaltene Eisen vollkommen genügend sein. BUNGE ist nun der Beweis gelungen, daß das Eisen in unseren Nahrungsmitteln in organischer Bindung als nukleinartige Verbindung „Hämatogen“ vorhanden ist; deshalb könnten nun die in Form anorganischer Salze eingeführten Eisenpräparate bei intakter Magen-Darmschleimhaut

gar nicht oder nur in minimalster Weise zur Resorption kommen und für die Blutbildung gar nicht verwertet werden, da die oben erwähnten organischen Eisenverbindungen gleichsam die Vorstufe unseres Blutfarbstoffes, des Hämoglobins, bilden. Da sich nun dieser Ansicht BUNZGS die Mehrzahl der Pharmakologen angeschlossen hat, so machte sich immer mehr das Bestreben geltend, an Stelle der alten bewährten Eisenmittel resorbierbare organische Eisenverbindungen zu setzen, und diesem Bestreben entspricht auch die Entstehung der diese Publikation veranlassenden Krewelschen Sanguinalflüssigkeit. Der Gebrauch des Eisens datiert weit zurück und hat sich derselbe eine dominierende Stellung bei der Behandlung anämischer Zustände zu sichern gewußt, seitdem wir durch ganz exakte Untersuchungen feststellen konnten, daß unter dem fortgesetzten Gebrauch eines Eisenpräparates der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen stetig zunahm, bis beide nahezu oder ganz normale Werte erreicht hatten. Wenn wir auch zugeben müssen, daß nicht jeder Fall von Anämie oder Chlorose in günstiger heilender Weise beeinflußt wird, so müssen wir andererseits gestehen, daß wir immerhin genug Fälle beobachten können, bei welchen unter vollkommen gleichbleibenden anderweitigen Lebensbedingungen oder wo geradezu die hygienischen und Nahrungsverhältnisse recht viel zu wünschen übrig lassen, einzig und allein durch die Eisentherapie recht gute Erfolge erzielt werden. Daß natürlich die Erfolge um so rascher eintreten und um so günstigere sind, wenn neben der Eisenbehandlung auch noch die anderen Vorschriften bezüglich des hygienischen Verhaltens und der Ernährung eingehalten werden können. Ganz besonders gilt dies bezüglich der Wirksamkeit des Eisens bei Chlorose, wo auch die Einstimmigkeit der Autoren für die wirkliche Brauchbarkeit des Eisens spricht. Ist nun das zur Verwendung kommende Präparat gut resorbierbar, und wird es von den Kranken gut vertragen und gern genommen, so stellt es für die medikamentöse Behandlung der Chlorose geradezu ein ideales Mittel dar; dies trifft bis zu einem sehr annähernden Grade für den „Liquor sanguinalis Krewel“ zu. Die Idee, bei Anämie und Chlorose statt der üblichen Eisensalze Blut in verschiedener Form dem Organismus zuzuführen, ist erst seit 1874 aufgetaucht, um welche Zeit von PANUM nachgewiesen wurde, daß durch Verfütterung von Blutmehl der Hämoglobingehalt des Blutes stieg; das zu diesen Zwecken erforderliche Präparat wurde dadurch gewonnen, daß man defibriertes Ochsenblut 4—5 Stunden lang der Hitze des Dampfapparates aussetzte und dann in strömender warmer Luft eintrocknete. Es wurden nun Pastillen dargestellt, deren Wirkung von MARAGLIANO und CASTALINO gerühmt wird. Auf diese in einfachster Weise erzeugten Blutpräparate folgten nun rasch andere nach, wie das von KOBAT erzeugte Hämol und Hämogallol, das Hämatogen HOMMELS sowie das von SCHMIEDEBERG aus Schweinsleber erzeugte Ferratin, welches letzteres sehr günstige Resorptionsverhältnisse zeigt, indem die resorbierte Eisenmenge oft 5—20 mg betrug. In diese Gruppe gehören nun auch die von Krewel erzeugten Pilulae sanguinalis und der diesen Versuchen zugrunde gelegte Liquor sanguinalis Krewel.

Der Liquor sanguinalis Krewel bildet eine dunkelbraune, süßlich, angenehm schmeckende Flüssigkeit, die unbegrenzt haltbar ist und im Gegensatz zu vielen anderen Eisenpräparaten kein Glycerin enthält, auf welchen äußerst vorteilhaften Umstand ich noch im weiteren Verlaufe besonders zurückzukommen gedenke. Der Liquor sanguinalis besteht aus 95% flüssigem Hämoglobin, 2,5% natürlichen Blutsalzen, 2,5% peptonisiertem Muskelalbumin und einer Spur Mangan. Die Zusammensetzung ist also der der Pilulae Krewel identisch, die bereits eine ganze Literatur hervorgerufen haben, von denen ich nur ganz andeutungsweise die aus der Abteilung des Doz. Dr. SCHWARZ im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien hervorgegangene Publikation über „Sanguinal Krewel bei Chlorose“ („Wiener klinische Rundschau“, 1901, Nr. 50),

wo 30 Fälle von Chlorose mit anerkanntem Erfolg behandelt worden waren, ferner die Publikation von Dr. HEERLEIN in der „Berliner klinischen Wochenschrift“, 1897, Nr. 18, die Arbeit GERBERS („Wiener klinische Wochenschrift“, 1900) sowie die im „Mediz.-chirurg. Zentralblatte“, 1900, Nr. 5 erschienene Veröffentlichung von A. KRUG über die medikamentöse Behandlung der verschiedenen klinischen Formen der Anämie anführe.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, wenn ich auf die in diesen und vielen anderen Arbeiten niedergelegten Resultate über die Wirkungsweise der Krewelschen Pillen näher eingehen wollte, das Ergebnis der Untersuchungen war meist ein zufriedenstellendes.

Die von mir ausgeführten Versuche datieren bereits aus einer längeren Zeit und wurden nur neuerdings vervollständigt. Die Zahl der untersuchten Fälle beträgt im ganzen ungefähr 42 Fälle, die sich auf mehrere Gruppen von Erkrankungen verteilen: Chlorosen, sekundäre Anämien bei Ulcus ventriculi, bei Neurasthenie, bei Rekonvaleszenz nach schweren Infektionskrankheiten, bei beginnender Spitzentuberkulose, bei Nephritis, bei Skrofulose und rachitischen Kindern, Malariakachexie und allgemeiner Blutarmut und Kräfteabnahme ohne nachweisbaren organischen Grund.

Aus dieser Reihe von Krankengeschichten möchte ich nun einige herausheben, die uns über die Wirkung des Liquor sanguinalis am besten Aufschluß geben können.

I. Fall. A. F., 18 Jahre alte Hilfsarbeiterin; Chlorose von schwererem Grade; aufgenommen 12. November. Die Kranke leidet seit 3 Monaten an Appetitlosigkeit, Schwindel, der speziell des Abends sich bemerkbar macht, heftigem Nasenbluten, Ekel vor Fleisch, Kopfschmerzen, hochgradiger Mattigkeit und großem Schlafbedürfnis.

Menstruation seit dem 13. Lebensjahre, regelmäßig, aber sehr stark und von langer Dauer.

Die Kranke überstand mit 7 Jahren Skarlatina, mit 11 Jahren Parotitis. In den letzten Tagen Zunahme der Beschwerden.

Status praesens: Schwächlich gebautes, äußerst graziles Mädchen. Die allgemeinen Hautdecken äußerst blaß gefärbt mit einem Stich ins Grünliche, die Schleimhäute fast farblos, besonders schön ist diese Färbung am Zahnfleisch ausgeprägt, so daß man kaum die Grenze zwischen Zahnschleimhaut und Zahnfleisch zu erkennen vermag. Am Herzen ein weiches, leises, systolisches Geräusch, Nonnensausen, starkes Ödem der Knöchelgegend bis zur Mitte der Unterschenkel reichend; im Harne Spuren von Eiweiß, im Sedimente einzelne hyaline Zylinder.

Die Blutuntersuchung ergibt: Hämoglobin nach FLEISCHL 35%; rote Blutkörperchen 3,137.000, weiße Blutkörperchen 6000; Körpergewicht = 48 kg.

Die roten Blutkörperchen weisen geringe Größenunterschiede auf, die Geldrollenbildung überall gering, die weißen Blutzellen meist polynukleär mit neutrophilen Granulationen, vereinzelte eosinophile Zellen und Lymphozyten.

Es bestand also in diesem Falle der typische Befund einer mittelschweren Chlorose, welche die oben angeführten Beschwerden der Kranken zur Genüge erklärte.

Mit Rücksicht auf die Ödeme und das hochgradige Mattigkeitsgefühl wurde zunächst absolute Bettruhe angeordnet.

Als Medikament erhielt die Kranke ausschließlich den Liquor sanguinalis Krewel in der Dosis von 2 Eßlöffeln täglich.

20. November. Patientin leidet noch immer an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, auch das Nasenbluten hat nicht nachgelassen. Ödem unverändert. Blutbefund genau derselbe wie am ersten Untersuchungstage, nur ein Erfolg war bereits zu verzeichnen, der darin bestand, daß der bis zum Beginne der Behandlung vollständig darniederliegende Appetit sich allmählich gehoben hatte und nunmehr so gut war, daß die Kranke fortwährend nach Nahrung verlangte.

2. Dezember. Seit einigen Tagen sind die subjektiven Beschwerden bedeutend geringer, das Nasenbluten hat sich seit einer Woche nicht mehr wiederholt, die Mattigkeit und Schlafsucht

größtenteils gewichen. Das Ödem ist bis auf das Knöchelödem geschwunden, ebenso ist der Harn frei von Albumen und den früher in dem Sedimente enthaltenen hyalinen Zylindern. Appetit und Nahrungsaufnahme andauernd gut. Blutbefund bedeutend gebessert (nähere Daten siehe unten in der Tabelle).

Die Kranke nimmt das Präparat recht gern und verträgt es sehr gut.

24. Dezember. Weiteres Fortschreiten im subjektiven und objektiven Bilde; die Blässe und grüne Färbung der allgemeinen Hautdecken hat einer mehr gesunden Färbung Platz gemacht, ebenso ist das Zahnfleisch und die Konjunktiven gut gefärbt; das systolische Geräusch am Herzen, das Ödem, das Nonnensausen nicht mehr vorhanden, so daß auch mit Rücksicht auf den nunmehrigen Blutbefund die Kranke als in voller Rekonvaleszenz befindlich betrachtet werden kann.

Das mikroskopische Bild des Blutes ergab zu dieser Zeit: normale Geldrollenbildung, Lymphozyten fast vollständig verschwunden, die übrigen Leukozyten auf die normale Zahl reduziert, die roten Blutkörperchen gleich groß und von guter Färbung.

Die Patientin wurde nunmehr aus der Behandlung entlassen, erhielt jedoch vom Präparate, das sie die ganze Zeit ohne jede Beschwerde vertragen hatte, noch nach Hause mit. Nach 20 Tagen stellte sich dieselbe wieder vor und konnte dieselbe als vollkommen gesund und geheilt betrachtet werden.

Datum	Hämoglobin nach FLEISCHL	Zahl der roten Blutkörperchen	Weißer Blutkörperchen	Körpergewicht kg
12. November . .	35%	3.137.000	6000	48
20. "	35%	3.200.000	6100	48 20
2. Dezember . . .	40%	3.700.000	5800	48 60
14. "	40%	3.800.000	5800	49
20. "	45%	4.000.000	5800	50
2. Januar	55%	4.500.000	5400	51 50
12. "	60%	4.800.000	5400	53

Zu diesem Falle möchte ich mir folgende Erklärungen erlauben: Sowie bei dieser Chlorose, so konnten wir auch in den anderen mit Liquor sanguinalis behandelten Fällen von Chlorose und Chloranämie eine günstige Wirkung des Präparates erkennen; stets heilten die Fälle nach einigen Wochen ganz zu unserer und der Kranken Zufriedenheit aus.

Was uns aber speziell bei diesen Krankengeschichten ebenso wie in den vorgeführten am meisten auffällt, ist, daß als erstes Zeichen der Besserung und mithin der Wirksamkeit des Präparates der bei Chlorosen meist sehr darniederliegende Appetit bald nach dem Beginne dieser Medikation sich zu regen beginnt.

Während wir in dem vorgeführten Falle am 20. November noch keinerlei Besserung im Blutbefunde oder in den übrigen Symptomen finden können, läßt sich an diesem Tage bereits Eblust konstatieren. Da nun dieses Symptom auch bei den übrigen mit Liquor sanguinalis behandelten Fällen eintritt als erstes konstantes Zeichen der Besserung, so müssen wir diesem Bluteisenpräparate eine appetitregende tonisierende Wirkung zuschreiben, die jedenfalls nicht übersehen werden darf, da mit dem Eintritt der reichlicheren Nahrungsaufnahme auch die Bedingungen für die Heilung des Grundleidens bessere werden.

Schon F. v. NIRMAYER und ebenso IMMERMANN in seinem Werke über Chlorose machen darauf aufmerksam, daß beim Eisengebrauch eine günstige Nebenwirkung auf den Magen-Darmkanal stattfindet, die sich in gebessertem Appetit kundgibt; deshalb erklärt es sich auch, weshalb, trotzdem nur geringe Mengen Eisen zur wirklichen Resorption gelangen, große Dosen günstiger wirken als kleinere. Der erstere trat mit seiner ganzen Autorität für die alleinige Eisentherapie der Chlorose ohne jede weitere Vorschrift ein.

KOBERT und BUCHHEIM neigen der Ansicht zu, daß die Eisenpräparate eine Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut der Chlorotischen hervorrufen, dadurch Anregung zum Appetit und bessere Verdauungsverhältnisse schaffen und auf diese Weise zur Blutverbesserung führen.

Andrerseits haben uns andere Autoren durch ihre Versuche an Tieren sowie auch zahlreiche klinische Untersuchungen und Versuchsreihen am Krankenbette gezeigt, daß zur Regeneration des Hämoglobins die Darreichung von Eisen durchaus notwendig sei; so konnte durch Darreichung eisenarmer Nahrung das Blut von Tieren in Blut von rein chlorotischer Beschaffenheit verwandelt werden, während also umgekehrt durch entsprechende Mengen von eingeführtem Eisen das hämoglobinarmer Blut in normales verwandelt werden kann. Wird nun das Eisen in ähnlicher Form, wie es in den Nahrungsmitteln oder im Blutfarbstoff enthalten ist, bei Chlorotischen in den Organismus eingeführt, so ist dadurch die günstige Bedingung für die Resorption und mithin für die Heilung der Chlorose gegeben.

Aus der Gruppe der mit Liquor sanguinalis Krewel behandelten Fälle von Ulkus will ich ebenfalls eine Krankengeschichte herausheben.

Ich will gleich hier bemerken, daß ich das Präparat nur in jenen Ulkusfällen schon während der floriden Erkrankung angewendet habe, die mit einer Chlorose kombiniert waren; in anderen Fällen von Ulkus wurde der Liquor sanguinalis nur zur Nachkur zur Hebung der Ernährung angeordnet. Selbstverständlich wurden diese Fälle genau beobachtet und bei unangenehmer Reaktion das Präparat sofort ausgesetzt.

RIEDEL und T. GEMPT haben in diesen letzteren Fällen günstige Erfolge mit Liquor ferri album. Drees gesehen, während EWALD Liquor ferri sesquichlorati in 2—3%iger Lösung zu geben pflegt. RIEDEL selbst betont, man möge das Eisen, wenn irgend möglich, in flüssiger Form geben, welchem Postulat der gut und leicht resorbierbare Liquor sanguinalis Krewel vollkommen entspricht. Andere Autoren verwerfen überhaupt bei jeder Form und in jedem Stadium des Ulkus den Gebrauch des Eisens mit der Motivierung, daß dadurch Magenstörungen entstehen. Daß dies tatsächlich der Fall ist, muß ohne weiteres zugegeben werden, doch kommt es da gewiß sehr auf die Wahl des Präparates an, und je leichter das gereichte Eisenpräparat zur Resorption gelangt, desto geringer sind auch die Aussichten, daß bei seiner Darreichung üble Nebenwirkungen auftreten können.

Der Fall, den ich nun beschreiben möchte, bezieht sich auf einen solchen, wo Ulkus mit deutlicher chlorotischer Blutbeschaffenheit kombiniert war.

II. Fall. C. J., 25 Jahre alte Fabrikarbeiterin, aufgenommen am 11. Dezember; keine hereditäre Belastung, in der Kindheit überstand die Kranke Masern, Scharlach und Mumps; vor 2 Jahren Lungenentzündung; vor 10 Monaten zum ersten Male Blutbrechen, weshalb die Patientin schon damals durch 8 Wochen im Krankenhaus lag; vor dieser plötzlichen Erkrankung wurde bereits von der Umgebung der Kranken eine auffallende Blässe derselben bemerkt, während die Patientin schon durch mehrere Wochen vorher appetitlos wurde und außerdem nach jeder noch so geringen Menge fester Nahrung heftigen Druck in der Magengegend, der sich manchmal bis zu krampfartigen Schmerzen steigerte, verspürte. Auch nach der Kur waren die Schmerzanfälle nicht ganz beseitigt und auch die Blässe hatte nicht nachgelassen, ganz im Gegenteil waren noch andere Erscheinungen hinzugetreten, wie Herzklopfen, Erbrechen von Schleim und mitunter von Speisen ohne Blutbeimengung, besonders nach Nahrungsaufnahme, Unregelmäßigkeiten der bis dahin ganz normalen Menstruation.

Alle diese Erscheinungen nun ängstigten die Kranke derart, daß sie abermals ärztlichen Rat in Anspruch nahm.

Status praesens: Mittelgroß, mäßig kräftig gebaut, Haut trocken, ebenso wie die Schleimhäute sehr blaß, an den Halsvenen lebhaftere Undulationen mit Nonnensausen. Lunge normal, die Herzdämpfung leicht verbreitert, nach rechts ungefähr bis zur Sternal-

mitte reichend, an der Spitze hört man an den ersten Ton anschließend ein kurzes, weiches systolisches Geräusch, das auch über der Aorta, deutlicher jedoch über der Pulmonalis gehört werden kann. Leber leicht vergrößert, die Milz normal, das Epigastrium leicht vorgewölbt, äußerst druckempfindlich, besonders nach rechts vom Sternum gegen die Leber hin; das ist nach Angabe der Kranken auch jenes Gebiet, welches spontan und besonders nach der Mahlzeit sehr schmerzhaft ist und schon vor dem ersten Anfall von Bluterbrechen die kranke Region war.

Die Blutuntersuchung ergibt den Befund einer gleichzeitig neben dem Ulkus bestehenden Chlorose: Hämoglobingehalt nach FLEISCHL 25%, rothe Blutkörperchen 3,900.000 und 9000 Leukozyten, Körpergewicht 50·50 kg.

Es besteht häufiges Aufstoßen mit und ohne Erbrechen, niemals jedoch können wir Blut im Erbrochenen nachweisen. Die chemische Untersuchung des Erbrochenen gibt eine annähernd normale Menge Salzsäure, jedoch keine Spur von Milchsäure.

Harn vollkommen frei von pathologischen Bestandteilen. Die Behandlung besteht zunächst in strengster Ulkusdiät, d. h. Bett-ruhe und nur Milch in kleinen Quantitäten. Da ich aber gleichzeitig gegen die Chlorose einschreiten wollte und in dem Liquor sanguinalis Krewel ein flüssiges, leicht assimilierbares Eisenpräparat zur Verfügung hatte, so erhielt die Patientin vom 4. Krankheitstage an zunächst in vorsichtigem Vorgehen 1 Eßlöffel des Blutpräparates, und da dasselbe durch 4 Tage ganz ohne Nachteil und ohne jede Beschwerde vertragen wurde, nunmehr vom 8. Tage der Behandlung an 2 Eßlöffel voll.

Die Veränderungen der Blutbeschaffenheit und des Körpergewichtes sind in der unten angefügten Tabelle ersichtlich und übersichtlich zu erkennen.

25. Dezember. Die Schmerzen im Magen nunmehr fast vollständig verschwunden, die Kranke erhält eine geringe Menge fester Nahrung, da jedoch darauf Erbrechen erfolgt, wird dieselbe sofort wieder ausgesetzt. Trotzdem ergibt die Blutuntersuchung und das Körpergewicht bereits einen deutlichen Fortschritt.

10. Januar. Die Appetitlosigkeit, die früher bestanden hatte, ist fast ganz weg, Magenschmerzen und Aufstoßen verschwunden, der heute vorgenommene Versuch von geringer Menge fester Nahrung fällt recht gut aus, weder Magendrücken, noch Erbrechen erfolgt, so daß die flüssige Nahrung nunmehr allmählich in feste verwandelt werden kann.

Die Blässe der Haut und Schleimhäute viel weniger ausgesprochen.

24. Januar. Befinden recht gut, das Präparat wird die ganze Zeit über anstandslos vertragen und gern genommen; von Seite des Magens keine Beschwerden mehr; die Patientin verläßt heute zum ersten Male das Bett, fühlt sich noch recht schwach, trotzdem Appetit gut, die Nahrungsaufnahme genügend und auch das Aussehen ein verhältnismäßig gutes ist.

7. Februar. Die heute vorgenommene mikroskopische Untersuchung des Blutes ergibt: die roten Blutkörperchen, die im Beginne der Behandlung alle möglichen Größenunterschiede aufwiesen, alle ganz gleich, von den weißen sind die früher in großer Menge vorhanden gewesenen kleinen Lymphozyten und vereinzelte kernhaltige rote ganz verschwunden, Geldrollenbildung deutlich ausgeprägt.

Am 21. Februar wird die Kranke vollständig geheilt entlassen, nachdem nochmals ein genauer Status und Blutbefund aufgenommen worden war, der ganz normale Verhältnisse ergab.

D a t u m	FLEISCHL Hämoglobin	Zahl der roten Blutkörperchen	Weißer Blutzellen	Körper- gewicht
11. Dezember .	25%	3,900.000	9000	50·50
25. " . . .	30%	3,900.000	9000	51·50
10. Januar . .	35%	3,900.000	8500	53
24. " . . .	45%	4,000.000	8000	53·50
7. Februar . .	50%	4,000.000	7500	54·50
21. " . . .	55%	4,200.000	6400	55·20

In ähnlicher Weise wie in diesem Falle war auch in den übrigen Fällen von Chlorose, Ulkus oder Kombinationen beider Erkrankungen der Erfolg unserer Therapie, so daß der Liquor sanguinalis Krewel gewiß zu jenen Eisenpräparaten gezählt werden kann, die sich für die Eisentherapie ganz gut eignen.

In 2 Fällen allerdings ließ uns die Wirkung teilweise im Stiche, im ersten Falle handelte es sich um ein reines Ulkus, im zweiten um eine Kombination von Ulcus ventriculi mit schwerer Anämie und Chlorose. Bemerken will ich zu diesen beiden Fällen gleich hier, daß in denselben schon vor der gegenwärtigen Erkrankung Magenbeschwerden bestanden.

Es kann uns dieses Verhalten auch gar nicht wundernehmen, da es Fälle von Chlorose gibt, die überhaupt durch Eisen gar nicht oder schlecht beeinflusst werden, in denen der Gebrauch des Eisens auch kontraindiziert erscheint; dazu gehören zunächst Fälle, wo neben dem chlorotischen Zustand ein wirklicher Magenkatarrh besteht, ebenso Fälle, wo es sich um ein frisches Ulcus ventriculi handelt, allerdings kommt es auch auf die Art des Eisenpräparates an, das zur Anwendung gelangt, und da scheint gerade der in Rede stehende Liquor sanguinalis die wenigsten Kontraindikationen zu bedingen. In allen diesen Fällen sucht man zunächst den Begleitzustand zu beseitigen, um dann das Eisenpräparat zu reichen.

Nun wende ich mich einer anderen Gruppe von Versuchsfällen zu, bei denen es sich größtenteils um anämische Zustände, meist sekundärer Natur und um Schwächezustände handelt, die ebenfalls mit dem Krewelschen Liquor sanguinalis behandelt wurden.

Zunächst möchte ich den Fall einer sekundären, nach einer Geburtsblutung aufgetretenen Anämie ausführlicher berichten.

III. Fall. G. J., 24jährige Verkäuferin, aufgenommen am 12. Oktober; ohne hereditäre Belastung, keine Kinderkrankheiten, stets gesund gewesen; vor sechs Wochen Partus, dabei ziemlich starker Blutverlust, von dem sich die Patientin nicht recht erholen konnte. Seit dieser Zeit matt und abgeschlagen, Neigung zu Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, Ohnmachtsneigung, auffallende Blässe; Anschwellen der Füße bis zum Kniegelenk hinauf.

Status praesens: Mittelgroße, grazil gebaute Person, mit ziemlich gut entwickeltem Panniculus adiposus. Haut und Schleimhäute sehr blaß, fast blutleer. Temperatur abends leicht erhöht, bis auf 38° aufsteigend; Ödem der Knöchelgegend und der Unterschenkel bis zur Mitte. Lungen und Herzbefund nicht von der Norm abweichend, Leber und Milz etwas vergrößert und auf Druck empfindlich, Magengegend und Darm normal. Im Harn Spuren von Albumen, im Sediment keine pathologischen Bestandteile.

Die Blutuntersuchung ergibt Hämoglobin nach FLEISCHL 55, rote Blutkörperchen 3,000.000, weiße 15.000, Körpergewicht 56 kg.

Im mikroskopischen Bilde sieht man vereinzelte kernhaltige rote Blutkörperchen unter den weißen, zahlreiche sehr große einkernige Leukozyten sowie mehrkernige neutrophile Blutkörperchen.

Die Kranke erhält gleich vom Beginne an Liquor sanguinalis Krewel in der Dosis von zwei Eßlöffeln täglich, die sie gut verträgt und gern nimmt.

22. Oktober. Mit Ausnahme des sich nunmehr regenden Appetits und der etwas weniger häufig auftretenden Kopfschmerzen das objektive und subjektive Bild gleich geblieben.

1. November. Heute, nach fast 3wöchentlichem Gebrauch des Liquor sanguinalis kann man schon einzelne Erscheinungen bemerken, die auf die Eisenwirkung bezogen werden können. Kopfschmerzen und Schwindelgefühl bedeutend geringer und weniger häufig als früher auftretend, die Ödeme nur mehr in der Knöchelgegend erscheinend, die Gesichtsfarbe etwas besser und der Blutbefund von günstiger Beschaffenheit.

21. November. Die früher matte und wenig regsame Kranke ist jetzt viel lebhafter und lustiger, nimmt mehr regen Anteil an ihrer Umgebung; die Temperatur nunmehr normal, das Ödem fast gänzlich verschwunden, doch besteht noch immer krankhaftes

blasses Aussehen, im Harn noch immer Spuren von Eiweiß. Der Blutbefund zeigt wohl ebenfalls ein Fortschreiten der Besserung, so daß erst am 21. Dezember vollkommene Heilung eintritt. Mikroskopisch ist nunmehr auch der Blutbefund der Norm entsprechend. Die kernhaltigen roten Blutkörperchen gänzlich verschwunden, von den Leukozyten hauptsächlich nur mehr die polynuklearen vorhanden.

Im Verlaufe von zehn Wochen war dieser Fall fast gänzlich von einer schweren Anämie, wie sich dieselbe durch das Vorhandensein von kernhaltigen roten Blutkörperchen und von Mastzellen charakterisiert hatte, geheilt. Auch bei diesem Falle war als erstes Symptom der Wirkung und Besserung der Eintritt von Appetit zu verzeichnen.

Datum	Hämoglobin nach FLEISCHL	Zahl der roten	Zahl der weißen	Körpergewicht kg
		Blutkörperchen		
12. Oktober . . .	55%	3,000.000	15.000	56
22. " . . .	55%	3,000.000	13.500	56:50
1. November . . .	55%	3,200.000	13.000	56:80
11. " . . .	60%	3,500.000	12.000	57:50
21. " . . .	60%	3,400.000	12.000	57:90
1. Dezember . . .	65%	3,900.000	10.000	58
11. " . . .	65%	4,000.000	8.000	58:20
21. " . . .	65%	4,600.000	7.500	58:50

Als vierten ausführlicher beschriebenen Fall möchte ich noch den eines 23jährigen Handlungsgehilfen erwähnen, wo es sich um eine auf anämischer Grundlage entstandene Neurasthenie handelte, wobei die Anämie nach Überstehen einer schweren Influenza aufgetreten war. Der Kranke selbst hatte in der Kindheit Diphtheritis und Keuchhusten sowie auch Masern durchgemacht, vor drei Jahren eine Bronchitis; vor vier Monaten war derselbe neuerlich ziemlich plötzlich mit hochgradigem Kältegefühl, jedoch keinem Schüttelfrost erkrankt, dabei traten sofort starke Prostration mit Schmerzen im Kreuz und in den Augenhöhlen ein und ein Katarrh der ganzen Respirationsschleimhaut der Nase, des Kehlkopfs, der Luftröhre und der Bronchien, dazu trat am zweiten Krankheitstage eine kleine Lungenentzündung mit Steigerung der Temperatur auf 39.5° und leicht rötlich gefärbtem Auswurf. Die Krankheitsdauer betrug nach Angabe des Kranken höchstens 4—5 Tage, alle Beschwerden waren vorbei, nur eine hochgradige Mattigkeit und Abgeschlagenheit wollte lange Zeit nicht weichen und findet sich zum Teile noch jetzt vor, dagegen stellten sich andere unangenehme Erscheinungen ein, wie leichtes Aufgeregtsein und Ungeduld sowie Furcht vor neuerlicher Erkrankung, Appetitlosigkeit, schlechte Nahrungsaufnahme und Unregelmäßigkeiten in der Stuhlentleerung, so daß sich der Kranke seit dem Influenzaanfall nicht mehr wohl befindet.

Der Status praesens ergibt denn auch ein über mittelgroßes, mittelstarkes Individuum mit leicht rachitischem Knochenbau. Haut und Schleimhäute sehr blaß, besonders die Konjunktiven und das Zahnfleisch fast farblos; die Untersuchung der inneren Organe ergibt vollständig normale Verhältnisse, von den in der Anamnese angegebenen katarrhalischen Erkrankungen keine Spur mehr vorhanden. Harn frei von pathologischen Bestandteilen. Der Kranke ist stark herabgekommen und macht den Eindruck eines unterernährten, sehr leicht aufregbaren Menschen, der an Angstzuständen zu leiden scheint.

Die Blutuntersuchung ergibt den Befund einer ganz gewöhnlichen sekundären Anämie: FLEISCHL = 50%, rote Blutkörperchen 2,950.000, weiße = 15.000, Körpergewicht 50 $\frac{1}{2}$ kg.

Der Kranke erhält Liquor sanguinalis Krewel, und zwar zunächst zwei Eßlöffel täglich, und da er das Medikament gut verträgt, nach 14 Tagen je drei Eßlöffel pro die.

Schon nach 14 Tagen leichte Besserung; als erstes günstiges Zeichen war auch hier die Anregung der Eblust aufgetreten und mit der besseren Ernährungsweise gingen allmählich auch die anderen Erscheinungen zurück, so daß nach weiteren 14 Tagen sich auch die Blutbeschaffenheit bereits gebessert hatte. Allmählich konnte man auch ein Ruhigerwerden des Kranken beobachten.

Nach zehn Wochen der Behandlung zeigte die Blutuntersuchung folgenden Befund: FLEISCHL 65%, rote Blutkörperchen 4,500.000, weiße = 6500; also ein vollständiger Erfolg, der sich auch in dem Aussehen und der Beruhigung des Kranken äußerte.

Auch in dieser zweiten Hauptgruppe unserer Untersuchungsreihe hatten wir einen Mißerfolg zu verzeichnen, wobei es sich um ein kränkliches anämisches Mädchen handelte, das schon seit Kindheit an schweren Magenstörungen litt; diese Patientin vertrug kein Eisenpräparat, auch den Liquor sanguinalis Krewel nicht; wir mußten den Versuch, dieser Kranken das Präparat zu reichen, aufgeben, da sie sofort auch nach kleinen Gaben Magendrücken und Brechreiz bekam.

Wir konnten also bei den von uns ziemlich genau und präzise durchgeführten Versuchen erkennen, daß der Liquor sanguinalis Krewel zu jenen Bluteisenpräparaten gehört, die bei chlorotischen und anämischen Zuständen in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle von sehr guter Wirkung sind. Ein ganz besonderer Vorteil jedoch muß diesem Präparate nachgerühmt werden, es ist eines der wenigen Blutpräparate, die in flüssiger Form dargereicht werden können, und von seinen Artgenossen zeichnet sich der Liquor sanguinalis vor allem dadurch aus, daß ihm Glycerin als Lösungsmittel fehlt. Es ist dies deshalb hervorzuheben, da das Glycerin in vielen Fällen an Magenstörungen bei flüssigen Eisenpräparaten die Schuld trägt.

Im allgemeinen zeigte sich auch bei der Verwendung dieses Präparates als erstes Symptom der eingetretenen Wirkung eine Anregung des Appetits; dieses Symptom darf durchaus nicht unterschätzt werden, denn dort, wo es gelingt, bei Chlorosen und Anämien, namentlich bei letzteren, wenn sie sekundärer Natur sind, die darniederliegende Ernährung zu heben, da ist damit auch das Besserwerden der Blutbeschaffenheit eingeleitet, und in der Tat, in den meisten von uns beobachteten Fällen war der Fortschritt zur Besserung ein solcher, daß nach Auftreten des Appetits erst dann auch die Blutbeschaffenheit eine bessere wurde.

Auch bei diesem Präparate konnte man die schon bei vielen anderen wirksamen Eisenmitteln gemachte Erfahrung bestätigt finden, daß zunächst ein Zeitraum verstrich, bevor sich eine auch nur kleinste Veränderung in der Blutbeschaffenheit bemerkbar machte, dann aber, gewöhnlich am Ende der dritten Woche, traten Änderungen auf, die nun rasch vorwärts schritten. Der Hämoglobingehalt stieg gewöhnlich bis zu 65 bis 70%, die Zahl der roten Blutkörperchen wuchs oft bis zu 5,000.000, während die weißen auf 6000—8000 sanken.

Auch die von mir mit dem GÄRTNERSchen Apparate durchgeführten Blutdruckuntersuchungen zeigten eine Änderung im Sinne eines konstanten Ansteigens um 30—50 mm; die Labilität des Blutdrucks bei Lageveränderungen verschwand fast gänzlich, die Pulsfrequenz sank meist sehr beträchtlich und das früher meist vorhandene, die Kranken meist sehr beängstigende Herzklopfen sistierte gänzlich.

Diesen Befunden gemäß muß das Präparat zu den verwendbaren und Erfolg verbürgenden Eisenpräparaten gerechnet werden.

Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz.

Von **Doz. Dr. Arthur Klein.**

II.

Historisches und Kulturgeschichtliches.

Auf welchem hohem Standpunkte unsere modernen Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz angelangt sind, wird uns erst recht vor Augen gerückt, wenn wir einen kurzen Rückblick werfen auf die geschichtliche resp. kulturgeschichtliche Entwicklung dieses Gegenstandes. Ich halte mich hierbei zum Teil wörtlich an die Darstellung, wie sie HOFF

in seiner vorzüglichen Monographie „Immunität und Immunisierung, eine medizinisch-historische Studie“ gibt. Wir begegnen dabei dem Bestreben, nicht nur gegen epidemisch auftretende Krankheiten, sondern auch gegen natürliche und verbrecherische Vergiftungen — die ja in früheren Jahrhunderten eine größere Verbreitung hatten — Schutzmittel zu finden. So kindlich uns heute manche dieser Bestrebungen anmuten, so finden wir doch vieles darunter, das von vorzüglicher Beobachtung der Natur zeugt und der wissenschaftlichen Begründung der Probleme um Jahrhunderte vorausseilt.

Schon aus dem Altertum stammen Berichte über Menschen, welche angeblich gegen Schlangenbiß immun waren. Über ein Volk, die *Psylli* in *Marmarika* (zwischen Ägypten und den Syrten), berichten *AELIANUS*, *CELSUS* und *PLINIUS* der Ältere. Sie gewannen ihre Immunität dadurch, daß sie Wasser aus Tümpeln tranken, in denen sich Giftschlangen aufhielten.

Als Schutzmittel gegen Vergiftungen erfreuten sich Amulette und Talismane einer besonderen Wertschätzung. Es waren zum Teil gewisse Steine: der Achat, Almendin, Dämonstein, Drachenstein, Bernstein u. a. (*KONRAD V. MEGENBERG*, Buch der Natur), welche bis in die Neuzeit als Schutzmittel galten, auch Gifte (Arsen und Quecksilber) oder giftige Tiere, Skorpione, Kröten, Spinnen, welche in getrocknetem Zustand am Körper getragen wurden. Auch eine lebende Kreuzspinne, in eine Walnuß eingeschlossen, wurde an einer Schnur um den Hals getragen.

Außer diesen „Alexiteria“ gab es auch „Alexipharmaka“, Schutzmittel gegen Vergiftungen, die innerlich genommen wurden.

König *MITHRIDATES VII.* (124—64 v. Chr.) ist der Erfinder eines nach ihm *Mithridaticum* genannten Universalmittels, welches von den Skythen entlehnt und aus einer Unmasse von pflanzlichen und tierischen Stoffen zusammengesetzt gewesen sein soll.

Noch größere Bedeutung erlangte ein zweites ähnliches Mittel: der *Theriak*, welcher außer 70 Pflanzenstoffen noch 2 Pfund italienischer Vipern enthielt.

Beide Mittel sind noch in der württembergischen Pharmakopöe vom Jahre 1798 angeführt. Sie gingen aus dem Bestreben hervor, gegen alle möglichen Gifte zugleich wirksam zu sein, da man ja nicht wissen konnte, gegen welches man gerade ein Gegenmittel werde brauchen müssen: ein Gedanke der Vielseitigkeit, wie er uns heute etwa bei der Herstellung sogenannter polyvalenter Sera leitet.

Als ein weiteres solches Wundermittel gegen Vergiftungen diene der *Bezoar* (*Lapis bezoardicus*, *Calculus Bezoar*). Es ist ein Konkrement aus dem Magen der *Bezoarziege* (*Capra aegagrus*), dem man wegen des seltsamen Fundortes und des seltenen Vorkommens wunderbare Wirkungen gegen Vergiftungen zuschrieb. Daber kommt es auch, daß man die antitoxischen Mittel überhaupt als „*Bezoardica*“ bezeichnete.

Es finden sich aber auch Angaben, welche ein immerhin zielbewußtes, auf Beobachtungen der Natur gestütztes Vorgehen erkennen lassen.

Schon *MITHRIDATES* soll Enten langsam mit Gift gefüttert haben, um sie zu immunisieren. Deren weitere Verwendung ist allerdings unbekannt geblieben.

In *MATHIOLUS'* Kräuterbuch vom Jahre 1590 finden sich Angaben über Verwendung von Mäusen, welche die Wurzeln von *Aconitum Napellus* benagt und gefressen haben, als „Hülff wider Napellum“. Auch große Fliegen oder „Hürnsen“, welche von „des Napelli Blumen“ ihre Nahrung genommen haben, werden empfohlen. „Derer hat er 24 genommen, terram sigillatam, Lorbeere, Mithridat, jedes zwey lot. Diese Stück alle hat er mit Honig un Baumöl eingemacht wie ein Latweg. Mit dieser Latweg hat er wunderbarlich Curen gethan; nicht allein wider Napellum, sondern auch wider allerley Gift.“

Von den Eingebornen Indiens sagt *GUILLIEMUS PISO* 1658: „*Ex ipsis viperis adversus vyperas conficit antidotum.*“

Dieser Vorstellung entspricht auch der allgemeine Volksgebrauch, giftige Gliedertiere unmittelbar nach dem Stich in die Wunden einzureiben.

BARTELS (Die Medizin der Naturvölker) gibt an, daß die *Buschneger* in *Surinam* mit Erfolg ein Präventivmittel gegen Schlangengift anwenden, das sie in seichte Hautschnitte hineinbringen. Das Verfahren müsse aber längstens nach 10 Jahren wiederholt werden, weil die Schutzkraft bis dahin erlösche.

Wie gegen Vergiftungen trachtete man auch Schutzmittel gegen Seuchen zu finden, die ja auch als Vergiftungen angesehen wurden. Man braucht sich nur daran zu erinnern, daß im Mittelalter Tausende von Juden dem Verdacht, die Brunnen vergiftet zu haben, zum Opfer fielen.

Bei den Naturvölkern finden wir beim Ausbruch einer Epidemie die Flucht als nächstliegenden Gedanken, um der Erkrankung zu entgehen. Die *Watubela-Insulaner* fliehen in die Wälder und verhalten sich mäusehenstill, um gewissermaßen bei der Seuche den Glauben zu erwecken, daß bereits alle Menschen gestorben seien.

Bei anderen Volksstämmen besteht der Brauch, drohende Idole, die hölzerne Figur eines Schutzgeistes auf den Wegen, die zu den Ortschaften führen, aufzustellen oder an den Bäumen puppen-, peitschen- oder flaggenartige Gegenstände anzubringen, welche nach *BARTELS* den Wert von Verbotsschildern haben, welche den Krankheitsdämon abhalten sollten, das betreffende Dorf zu betreten.

Auch durch Opfergaben von Speise und Trank, durch Überreden, Anerbieten von Entschädigungen trachtet man Epidemien zu vertreiben.

Wir finden bei vielen Naturvölkern aber auch ganz zweckmäßige Gebräuche, die häufig die Hygiene in rituelles Gewand kleiden.

Hütten Seuchenkranker werden niedergerissen; Schmutz und Unrat werden (auf *Eetar* und im *Seranglao-Archipel*) aus den Häusern und Straßen entfernt, zugleich mit Opfergaben (Ei, Reis, Pisang, Tabak) am Fuße eines Berges niedergelegt oder ins Meer versenkt; die ganze Gemeinde muß dann noch ein Reinigungsbad im Meer nehmen.

Im alten Rom wurden Räucherungen in großem Stile vorgenommen. *LIVIUS* berichtet von solchen Lustrationen.

* * *

Von diesen primitiven Vorstellungen über die Mittel, welche Immunität und Krankheitschutz verleihen sollten, ausgehend, sehen wir den Fortschritt parallel mit der Erforschung der Ursachen der Infektionskrankheiten ansteigen.

Ich kann hier diesen Entwicklungsgang nur in seinen wichtigsten Stufen skizzieren.

Wir wollen von der Hippokratischen Schule, welche ein Mißverhältnis der Kardinalsäfte als Ursache der Krankheiten annimmt, und von *GALENS* Fäulnistheorie mit einem Sprung ins 16. Jahrhundert eilen, in dem ein bedeutender Fortschritt der Anschauungen sich an den Namen *PARACELSUS* knüpft. Mit der Vorstellung, daß ebenso wie die Pflanzen Spezies bilden, man auch die einzelnen Krankheiten als solche unterscheiden müsse, kam die Einsicht, daß es keine Universalheilmittel geben könne. Man suchte nach der Ätiologie der einzelnen Krankheiten und nach einer spezifischen Therapie.

FRACASTORE (1548) stellte die Behauptung auf, daß eine Ansteckung von Person zu Person erfolge.

Lange wogte der Streit, ob das ätiologische Moment chemische Agenzien, Fermente oder kleinste Lebewesen seien. *LEEUWENHOEK* hatte in faulenden Flüssigkeiten solche kleinste Lebewesen entdeckt.

Mit dem Eintritt der *Chinarinde* in den Arzneischatz (empfohlen durch *SYDENHAM*) und ihrem Erfolge bei *Malaria* und anderen Infektionskrankheiten, Erfolgen, die namentlich von dem englischen Arzte *JOHN PRINGLE* (1750) einem in der

Chinarinde enthaltenen antiseptischen Stoffe zugeschrieben wurden, wurde bewirkt, daß sich in der 1. und 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts die Wage immer mehr zugunsten der Anhänger der „Pathologia animata“ entschied, unter denen wir die Namen der bedeutendsten Ärzte finden, denen sich auch Naturforscher wie RÉAUMUR und LINNÉ anschlossen.

LINNÉ führte die Entstehung der Infektionskrankheiten auf Milben zurück und erklärte den rhythmischen Verlauf der Infektionskrankheiten mit dem Lebensgang dieser Milben, ähnlich wie wir heute den zyklischen Verlauf der Malaria mit dem Entwicklungsgang der Malariaparasiten zu erklären wissen.

Der Wiener Arzt MARC ANTON PLENCIZ (1762) lehrte, alle die bewährten Mittel gegen die Infektionskrankheiten (die Chinarinde, das Quecksilber etc.) seien wegen ihrer tödlichen Wirkung auf die Contagia viva die einzigen wichtigen Alexipharmaka.

Der Arzt GOTTFRIED EISENMANN erklärte als Krankheitsursachen Parasiten, die er als Monalen (Protoorganismen) auffaßte, und bekämpfte dieselben mit seiner entgiftenden Heilmethode durch Desinfektionsmittel auf Grund der Studien, welche zeigten, daß es gelinge, die unter dem Mikroskop beobachteten Infusorien durch verschiedene Stoffe abzutöten.

Er fand nicht das richtige Verständnis für seine Ideen, mit denen er seinerzeit vorausgeeilt war. Ebensowenig wie IGNAZ SEMMELWEISS mit seinem Nachweise, daß das Puerperalfieber durch unreine Hände und Instrumente übertragen werde und durch Desinfektion zu vermeiden sei.

In Frankreich kämpfte BRÉTONEAU (1855) für diesen Gedankengang: „Ein spezifischer Krankheitskeim, und zwar für jede ansteckende Krankheit ein besonderer, ist die Ursache einer jeden kontagiösen Krankheit.“

Während wir in diesen Kämpfen das berechtigte Bestreben erkennen, durch die Sicherstellung des ätiologischen Faktors zu einer ätiologischen Therapie der Infektionskrankheiten zu gelangen, ohne daß dabei noch wesentliche Erfolge erzielt worden waren, ließen sich bereits bei einer der verheerendsten Seuchen schon hervorragende Leistungen in deren Bekämpfung konstatieren: bei den Pocken.

Ich kann hier die so außerordentlich interessante Geschichte der Blatternschutzimpfung nur ganz vorübergehend streifen, obwohl sie eines der instruktivsten Beispiele dafür ist, wie gegen die seit Jahrtausenden wütende Hauptplage der Menschheit, welche durch diese Seuche geradezu dezimiert wurde, menschlicher Geist und menschliche Beobachtungsgabe den Kampf siegreich bestand. Es ist zugleich eines der schönsten Beispiele für die Verwendung eines abgeschwächten Virus zu Immunisierungen. Ich möchte hier nur daran erinnern, daß der Farmer YESTI in Yetminster (Dorsetshire) der Erste war, als er 1774 gelegentlich einer Blatternepidemie seine Frau und seine Söhne mit Kuhpocken impfte. JENNERS Verdienst, dieses Verfahren nach 17 Jahren der Beobachtung der Allgemeinheit zugeführt zu haben, ist unvergänglich. In Wien wurde die Kuhpockenimpfung 1799 durch den Genfer Arzt PESCHIER eingeführt, von der Regierung aber verboten. Es ist vielleicht von Interesse, daran zu erinnern, daß vor 3000 Jahren bereits chinesische Ärzte durch Einbringung von Krankheitsprodukten der Blattern (Pustelinhalt, Krusten) in die Nase und die Atmungsorgane mit Erfolg immunisierten.

* * *

Die weiteren Fortschritte auf dem Gebiete der Immunitätsforschung knüpfen sich an das Entstehen und Aufblühen eines neuen Wissenszweiges, dem wir so unendlich viel bereits verdanken: der Bakteriologie.

Mit der Kenntnis der Erreger der Infektionskrankheiten, mit der Möglichkeit, sie in künstlichen Kulturen zu züchten, mit der Anwendung des Tierexperimentes stellten sich die Erfolge in ununterbrochener Reihenfolge ein. Die

unsterblichen Verdienste KOCHS sind zu bekannt, um auf sie hier näher einzugehen.

Die Entdeckung der natürlichen und künstlichen Abschwächung virulenter Kulturen (Vaccine), die Beobachtungen über den Schutz, den die so geimpften Tiere nach leichter Erkrankung gegen die vollvirulente Infektion erlangt hatten, knüpfen sich an die Namen: CHAUVEAU, TOUSSAINT, PASTEUR und seine Mitarbeiter CHAMBERLAND und ROUX. Die praktischen Erfolge (Schutzimpfungen) waren groß. Die theoretischen Vorstellungen sind heute längst überwunden: PASTEUR, welcher beobachtete, daß eine Nährlösung durch das Wachsen der Kultur in derselben so erschöpft wurde, daß eine neue Kultur darin nicht mehr sich zu entwickeln vermochte, stellte sich vor, daß ein gleicher Vorgang auch den tierischen Organismus vor einer neuerlichen Infektion bewahre (Erschöpfungstheorie). TOUSSAINT glaubte, daß eine Entzündung der Lymphwege und -drüsen stattfindet, so daß dieselben dann für die Bakterien undurchdringlich geworden sind.

Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus.

Von Primararzt **Dr. L. Wiok** in Badgastein.

III.

Ich komme nun zu einem Fall, bei dem man überhaupt schwanken könnte, ob man es dabei mit einem sekundären Rheumatismus oder mit einer chronischen Arthritis zu tun hat.

IV. Frau Anna S., 42 Jahre alt, Kanzlistengattin, war in der Jugend etwas bleichsüchtig, dann gesund, seit dem 25. Lebensjahre verheiratet. 2 Jahre später bekam sie ohne ihr bekannte Ursache stechende Schmerzen in den Füßen und allmählich ohne fieberhafte Zustände Schwellungen an den Händen, welcher Zustand bald schlechter, bald besser wurde. Später bekam sie angeblich zu diesen Schwellungen noch die Wassersucht, d. h. es schwellen auch die Füße und das Gesicht, aber ohne Herz- oder Nierenleiden, sondern nur infolge des Rheumatismus. Nach 6 Wochen Bettruhe wurde sie wieder besser und gebrauchte das Warmbad Villach, wo sie aber angeblich die Bäder schlecht vertrug. Ein Jahr darauf gebrauchte sie die heißen Bäder von Krapina-Töplitz, wo sie sich auch schröpfen ließ. Sie erfuhr darauf wohl eine Besserung, aber keine Heilung; ebensowenig halfen übrige Mittel. Im vergangenen Winter mußte sie wegen Anschwellung des linken Knies und des rechten Arms, angeblich auch des Genicks, welche die Kopfbewegung hinderte, 9 Wochen im Bette zubringen, konnte dann nur mehr mit Krücken gehen. Fieber soll auch diesmal gefehlt haben.

Als sie dann im Juli 1902 in die Anstalt kam, bot sie folgenden Status praesens: Kräftige, gut genährte Frau, in beiden Handgelenken vollständige Versteifung, in keiner Richtung auch nur die geringste Beweglichkeit vorhanden, links einige Interphalangeal- und Metakarpophalangealgelenke geschwellt, beide Ellbogengelenke, insbesondere das linke in der vollen Streckung behindert. Hüft- und Schultergelenke waren ergriffen, jetzt intakt. Das linke Knie zeigt eine unregelmäßige knollige, härtliche Anschwellung, ist in leichter Beugstellung, in allen Exkursionen aktiv und passiv stark beschränkt, die Patella kaum beweglich. Dabei schmerzt das Knie, so daß sie mit Krücken geht. Rechtes Knie nicht geschwellt, weist unter der Kniescheibe nur leises Knirschen auf.

Die beiden Sprunggelenke sind spontan und gegen Druck empfindlich, lassen die Plantarflexion nicht vollständig zu; um die Knöchel leichtes Ödem, Haut und Unterhautzellgewebe in der Umgebung etwas verdickt.

An der Ulnarkante unter dem rechten Olekranon befindet sich unter der unveränderten verschieblichen Haut ein haselnußgroßer, derber, kaum beweglicher, schmerzloser Knoten und neben diesem noch ein etwas kleinerer. Da sie selbe nicht beachtete, kann sie über deren Entstehung nichts aussagen.

Ich exstirpierte den größeren Knoten unter aseptischen Kautelen und zeigte er sich in das aponerotische Gewebe über der Beinbaut eingebettet.

Die Frau gebrauchte die Thermalbäder, wurde außerdem am Knie mit Heißluft und Massage, Einreibung einer Europenhalsbe behandelt. Darunter verschwand das Ödem, wurde die Beweglichkeit in den Sprunggelenken, in den Fingern und auch etwas im Knie ausgiebiger, wenn auch am letzteren die Schwellung kaum eine Abnahme erfuhr. Heuer kam sie wieder und berichtete, daß sie nachträglich noch eine viel bedeutendere Besserung bezüglich Gelenkigkeit und Geschwulst erfuhr, aber im Winter ohne Ursache unter Fieber eine Rezidive erlitt, worin das Knie wieder stark anschwell, schmerzhafter und steifer wie vor der Kur wurde. Erst nach 2 Monaten trat dann wieder ein Nachlaß ein. Die Untersuchung ergab denselben Befund wie oben; nur der kleinere Knoten war etwas weicher geworden. Ich exstirpierte nun auch diesen und konservierte ihn in Spiritus concentratus.

Hofrat WEICHSELBAUM spricht sich darüber nun folgenderweise aus: „Der Befund war in beiden Knoten annähernd derselbe und zugleich demjenigen ähnlich, welcher im Falle P. erhoben wurde. Die Knoten bestanden nämlich wieder der Hauptmasse nach aus einem mäßig zellen- und gefäßreichen Bindegewebe. Ein großer Teil des Knotens wird ferner von einem unregelmäßigen Herde eingenommen, der in seinem Zentrum eine spaltförmige Höhle aufweist, sonst aber mehrere Schichten erkennen läßt, die eine ähnliche Zusammensetzung zeigen wie die Schichten des Herds im vorigen Fall.

Die äußerste Schicht besteht also auch hier aus ziemlich dicht liegenden Zellen, die teils spindelig und palisadenartig angeordnet, teils unregelmäßig und verschieden groß sind und auch große Kerne besitzen, somit also als epitheloide Zellen bezeichnet werden können. Auch kommen Zellen vor, welche ganz und gar Knorpelzellen gleichen, wobei mitunter 2—3 solcher Zellen in einer gemeinschaftlichen Höhle liegen. An manchen Stellen ist die beschriebene Zellschicht ziemlich breit, da auch gefäßführend und von dem übrigen Gewebe weniger scharf abgegrenzt. Nach innen zu folgt an vielen Stellen eine kernarme oder kernlose, nur einzelne polynukleare Leukozyten enthaltende und durch Eosin rotgefärbte Schicht, welche also der zweiten Schicht des Herds im vorigen Fall gleicht. An anderen Stellen aber hat diese zweite Schicht die Beschaffenheit von Faser- oder hyalinem Knorpel, nur daß außer den Knorpelzellen auch polynukleare Leukozyten vorhanden sind. Die weiter folgende, den zentralen Gewebsspalt begrenzende Gewebsschicht zeigt die gleiche Beschaffenheit wie die innerste Schicht der größeren Herde im vorigen Fall. Wir sehen nämlich im allgemeinen auch hier teils Verkalkung, teils Zerfall und Auflösung bzw. Einschmelzung. Nur ist noch hinzuzufügen, daß das Gewebe stellenweise in seinem Aussehen sich mehr weniger einem Knochengewebe nähert, da die Grundsubstanz ganz homogen oder glasig wird, durch Eosin und Hämalaun sich fast gar nicht färbt und kleine, in Höhlen liegende, zackige Kerne enthält. Ferner konnten in den die zentrale Spalte begrenzenden Detritusmassen vereinzelt kleine Häufchen von runden Kernen vom Aussehen eines Staphylokokkus nachgewiesen werden.

Der in einem späteren Zeitraum exstirpierte Knoten war so gleich in konzentrierten Alkohol und nach seinem Einlangen in Wien in absoluten Alkohol eingelegt und gehärtet worden; um auf das etwaige Vorhandensein von harnsauren Salzen mit Sicherheit reagieren zu können, waren einige Schnitte von demselben teils ungefärbt, teils nach Behandlung mit alkoholischen Farblösungen, also unter sorgfältiger Vermeidung eines Zusatzes von Wasser oder wässrigen Lösungen untersucht worden; doch konnten nirgends Kristalle von harnsaurem Natron nachgewiesen werden.“

Analysieren wir diesen Fall vom klinischen Standpunkt, so fragt es sich zuerst, ob wir in ihm mit einem sekundären chronischen Gelenksrheumatismus oder mit einer Form der chronischen Arthritis zu tun haben. Will ich ihn einen sekundären nennen, und das Krankheitsbild würde dem nicht widersprechen, so müßte ich nachweisen, daß die Frau im Beginne der Krankheit, also vor 16 Jahren, einen akuten Gelenksrheuma-

tismus überstanden hat. Dagegen spricht aber obige, bestimmt abgegebene Aussage, wobei allerdings die Auffassung der angeblichen Wassersucht unentschieden bleiben muß. Fasse ich aber den Fall als chronische Arthritis auf, so entspricht das Krankheitsbild nicht dem der Arthr. nodosa oder deformans, sondern, wenn man von der Art der Schwellung des Kniegelenks ausgeht, der chronischen Synovitis nach SCHÜLLER, deren Endstadium, die Versteifung, an den Handgelenken bereits eingetreten ist. Ich teile daher diesen Fall in die Gruppe der Arthr. hyperplastica vel ankylopoetica ein.

Nehme ich nun aber Rücksicht auf das Vorhandensein von Knoten, wie sie sich auch bei der A. nodosa oder beim akuten Gelenksrheumatismus finden, so kann ich wieder diesen Fall als die chronische Form des akuten Gelenksrheumatismus annehmen, muß es aber vorläufig dahingestellt sein lassen, ob die vorgefundenen Staphylokokken nur die Erzeuger des Knotens oder auch zugleich der Krankheit selbst sind.

Ich komme nun zum letzten Fall, welcher durch seine Eigentümlichkeiten ein besonderes Interesse erregt, indem er von den früheren sowohl in klinischer Beziehung als auch in der Beschaffenheit des Knotens soweit abweicht, daß man sich besinnt, ob man ihn den vorigen Fällen anreihen soll.

V. Leopold B., 66 Jahre alt, früher Brunnenmacher, aus Niederösterreich, datiert den Beginn seines Leidens etwa auf das 56. Lebensjahr zurück und hält Erkältungen in diesem Geschäft für die Ursache. Es begann mit Schmerzen im Rücken, in den Hüften und von da in die Füße hinab ausstrahlend, zuerst nur bei der Arbeit, dann auch manchmal spontan; nach und nach fühlte er ein Steiferwerden in den Hüften, die Füße wurden schwächer, ohne jemals geschwellt gewesen zu sein. 6 Jahre später litt er durch einige Zeit an Schmerzen von der rechten Schulter gegen die Hand zu ohne ihm bekannte Ursache und seither bemerkte er die Entstehung eines kleinen Knotens am Ellbogen, der indessen selbst nie einen Schmerz verursachte, auch nie druckempfindlich war. Er stellt bestimmt in Abrede, jemals in dieser Gegend eine Verletzung erlitten zu haben. 2 Jahre später erlitt er eine starke Durchnässung des rechten Arms, worauf in der Nacht der gleiche Schmerz wieder, aber in verstärktem Maße auftrat, ohne daß eine Schwellung dazugetreten wäre; nach dreiwöchentlicher Behandlung verschwand dieser Schmerz. In jüngeren Jahren hatte er eine Hydrokelenoperation und diesen Winter die Radikaloperation einer Hernie überstanden.

Stat. pr.: In beiden Hüftgelenken ist die Beweglichkeit eingeschränkt, und zwar die Beugung bis zur Hälfte, in noch bedeutenderem Maße aber die Rollung und Abduktion. Dabei ist an den knöchernen Bestandteilen des Gelenks keinerlei Veränderung ersichtlich oder tastbar, bei den passiven Bewegungen kein Geräusch wahrnehmbar. Die umgebende Muskulatur ist etwas druckempfindlich, sonst nicht verändert, nirgends eine Schwellung vorhanden. In der Ruhe besteht kein Schmerz; wenn er aber eine längere Strecke geht, so bekommt er stechende Schmerzen in den Füßen, so daß er im Gehen innehalten muß. Im Präpatellarschleimbeutel, der übrigens nicht vergrößert erscheint, sind einzelne Reiskörperchen ähnliche Substanzen zu tasten. Am rechten Olekranon findet sich eine haselnußgroße, wenig verschiebliche, derb-elastische Geschwulst, das Ellbogengelenk normal. Der Mann ist sonst gesund, hat in der Unterbauchgegend eine längere, noch nicht sehr alte Operationsnarbe; rechts ist eine kleine Hydrokele vorhanden. Er gebrauchte die Badekur mit vorübergehendem Nutzen, das nächste Jahr ein Kneippkur in Wörishofen ohne anderen Erfolg und kommt heuer zum zweitenmal in die Anstalt. Ich exstirpierte nun die Geschwulst, welche sich als dem Periost des Olekranons aufsitzend erwies und sandte sie in sterilisierte Gaze eingehüllt an Hofrat WEICHSELBAUM. Die Untersuchung ergab nun folgendes:

„Der Knoten zeigte im Innern eine mit Eiter gefüllte Höhle und im Eiter ein kleines, vollständig sequestriertes Knochenstück. Im Eiter konnte mikroskopisch und durch Kultur Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen werden. Das Knochenstück hat unregelmäßig zackige Begrenzungen und zeigt sowohl an den

Rändern wie an der Oberfläche zahlreiche Lakunen, in welchen aber keine Zellen liegen. Auch Knochenzellen sind nicht sichtbar, sondern an ihrer Stelle finden sich bloß leere Hohlräume (Nekrose des Knochens).

In den HAVERSSchen Kanälen bemerkt man teils mononukleare Leukozyten mit noch gefärbtem Kern, teils eine gleichmäßige, durch Eosin rotgefärbte Masse, in welcher keine Kerne mehr erkennbar sind.

Der Knoten selbst besteht wieder aus einem mäßig viele Blutgefäße führenden Bindegewebe, wobei erstere von zelliger Infiltration umgeben sind, welche vorwiegend aus mononuklearen, ziemlich großen Zellen mit großen Kernen (epitheloide Zellen) sich zusammensetzen, zwischen denen nur hier und da einzelne polynukleare Leukozyten ausgestreut sind. In der zentralen Höhle des Knotens kann man in Schnittpräparaten noch Reste des eitrigen Inhalts nachweisen, nämlich mononukleare und polynukleare Leukozyten, aber nur mit teilweise erhaltener Kernfärbung. Zwischen ihnen sind noch hier und da kleine Inseln eines undeutlich faserigen oder selbst ganz homogenen Gewebes eingeschlossen, in welchem zum Teil noch zackige, in Höhlen liegende Kerne zu erkennen sind.

Die die Eiterhöhle des Knotens begrenzenden Partien zeigen teils ein kernloses und teils ein in Auffaserung begriffenes bzw. ödematöses Bindegewebe, wobei zwischen den Fasern polynukleare oder mononukleare Rundzellen liegen.

Durch die ödematöse Durchtränkung und Zerkleinerung erscheinen mitunter die kleinen Blutgefäße des betreffenden Gewebes von ihrer Umgebung ganz getrennt und ihre Wände zugleich aufgequollen und homogen.“

Es fragt sich nun, ob dieser Knoten in irgend einem Zusammenhang mit dem Hüftleiden steht und wie dieses selbst aufzufassen ist.

Was nun vorerst letztere Frage betrifft, so wird man bei einem 66jährigen Manne zunächst an das Mal. coxae senile denken und dem widerspricht auch nicht, daß der Beginn ins 56. Lebensjahr fällt. Diese Annahme, wobei der Hauptprozeß in einer Knochenatrophie bestehen würde, läßt einen Zusammenhang mit dem Knoten schwerlich konstruieren: dieser würde als eine mehr zufällige Sache erscheinen und denkt wohl jedermann zuerst an ein vom Kranken übersehenes oder vergessenes Trauma.

Da nun ein solches von dem ganz intelligenten Mann bestimmt in Abrede gestellt wird und in der Anamnese von spontanen schmerzhaften Zuständen am betreffenden Arm die Rede ist, so muß doch — vorläufig abgesehen vom histologischen Befund — eine andere Erklärung gesucht werden. Es ist doch sehr auffallend, daß der Knoten gerade an jener Stelle saß, wo wir die andern bisher beschriebenen Knoten bei chronischen rheumatischen Prozessen fanden.

An einen solchen können wir aber auch hier denken, indem der Mann angibt, daß er bei der Brunnenmacherei Erkältungen ausgesetzt war, da ferner sich genug Fälle vorfinden, in denen die gleiche Hüftgelenksversteifung sich bereits in jüngeren Jahren (30—40) eingestellt hat, in denen also von einer senilen Atrophie keine Rede sein kann. Die Stellung des Malum coxae senile ist überhaupt eine zweifelhafte und führt z. B. PRIBRAM dasselbe nicht mehr speziell an, sondern handelt es unter der Rubrik Osteoarthritis deformans ab. Gewöhnlich wird es dann, wie schon bemerkt, als die atrophische Form derselben aufgefaßt, wobei dann auch eine abnorm große Beweglichkeit im Hüftgelenk gefunden wird. In meinem Fall ist aber das Gegenteil vorhanden.

Wenn ich demnach das Moment des Lebensalters als Einteilungsgrund, womit dieser Affektion nahezu eine Ausnahmestellung in der Pathologie eingeräumt würde, fallen lasse, dann wird sich ein Zusammenhang finden lassen. Ich betrachte somit die Hüftgelenksaffektion als gar nicht verschieden von jener ganz gleichartigen bei jüngeren Individuen, wo sie mit großer Wahrscheinlichkeit als rheumatische oder sagen wir den chronisch-rheumatischen Prozessen zugehörige

angesprochen werden kann, und zwar könnte ich diesen Fall nur in meine Gruppe der Arthritis ankylopoetica einteilen, weil die Untersuchung kein Anzeichen einer deformierenden Knochenaffektion darbietet. Zu letzterem Moment muß ich nun allerdings bemerken, daß die gewöhnlichen Untersuchungsmittel oft nicht hinreichen, um eine sichere Überzeugung von der Beschaffenheit der knöchernen Gelenksbestandteile zu gewinnen. Ein Röntgenapparat steht aber nicht überall zur Verfügung und würde auch nur dann verlässliche Aufschlüsse geben, wenn die Durchleuchtung oder das Bild gut gelingt. Wenn daher andererseits der Fall in die Arthritis def. eingereiht würde, so könnte ich das nicht mit Sicherheit widerlegen, auch will ich bemerken, daß die früher betonte Abwesenheit einer Knochenaffektion bei der Arthr. ankylop. sich nur auf ein bestimmtes Stadium bezieht, denn im weiteren Verlauf kann sich der Knochen doch am Prozeß beteiligen und eine knöcherne Verwachsung resultieren, wenn auch ohne Deformierung.

Es besteht aber, um auf unsere Frage zurückzukommen, noch ein anderer Grund, jenen Zusammenhang in Abrede zu stellen, und dieser liegt in der abweichenden Beschaffenheit der Geschwulst, nämlich im Vorhandensein von Eiter und eines Knochenstückchens. In dieser Beziehung muß ich erinnern, daß auch in den anderen Knoten Anhäufungen von Eiterzellen zu finden sind, und steht nichts im Wege, zu denken, daß sie sich einmal auch in solcher Menge finden können, daß der Eiter makroskopisch zum Vorschein kommt.

Was das Knochenstückchen betrifft, so muß es nicht vom unterliegenden Ulnarknochen stammen, sondern wir wissen, daß gerade bei chronisch-rheumatischen Gelenkprozessen in den fibrösen Bestandteilen, Sehnen und Muskeln sich neugebildeter Knochen beobachten läßt, der an Ort und Stelle entstand. In ähnlichen Knoten wurde auch von MONEY und GRAWITZ Knorpelgewebe beobachtet, das später sich vielleicht in Knochengewebe umgewandelt hätte.

Ich brauche übrigens diese Möglichkeit nicht erst zu erörtern, da eine bestimmte Beantwortung der Frage in der Erklärung WEICHELBAUMS liegt. Sein Resümee über alle Knoten lautet:

„Der in allen 5 Knoten in ziemlich übereinstimmender Weise erhobene mikroskopische Befund läßt schließen, daß die Knoten das Produkt einer chronischen gewebsbildenden, aber von akuten Exazerbationen unterbrochenen Entzündung darstellen. Die Entzündung lieferte nämlich zum großen Teile Bindegewebe, das sich aber stellenweise in Knorpelgewebe umwandelte, welches weiterhin noch verkalkte. Auch kam es wenigstens in einem Falle zur Bildung eines evidenten Knochengewebes. Die Bildung des Knorpels resp. des Knochengewebes trat aber nicht diffus, sondern herdweise auf und in diesen Herden kam es später in fast allen Fällen einerseits zur Nekrose, andererseits zum Zerfall und Auflösung bzw. einer ganz manifesten Einschmelzung, wodurch im letzten Falle die vorher entstandene Knocheninsel vollständig sequestriert worden war.“

Die Nekrose, noch mehr das Auftreten von Eiterkörperchen und die eitrige Einschmelzung des Gewebes sind als Zeichen einer Exazerbation einer Entzündung anzusehen, welche wenigstens in den Fällen, in welchen Bakterien bzw. der Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen werden konnte, mit Wahrscheinlichkeit durch diesen verursacht worden war.“

Referate.

S. J. MELTZER (New-York): Bemerkungen über Gastralgie, Magenkolik und Kolik im allgemeinen.

Zur Ausführung einer zweckmäßigen, motorischen Funktion ist es erforderlich, daß mit der Bewegung des einen Teiles gleichzeitig eine Hemmung von hindernden oder unnötigen Bewegungen

anderer Teile eintritt. Das nennen wir das Gesetz der konträren Innervation. („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. IX, H. 5.)

Für die Fortbewegung in muskulösen Schläuchen ist es erforderlich, daß in zwei benachbarten Abschnitten der untere gehemmt wird, während der obere sich peristaltisch kontrahiert. Eine Störung dieser funktionellen Anordnung, welche dahin führt, daß eine heftige Peristaltik einen Inhalt vor sich treibt, während eine starke Kontraktion des unteren Abschnittes den Fortschritt behindert, bringt das Phänomen hervor, das unter dem Namen Kolik bekannt ist; so entstehen die Koliken des Darmes, der Nieren, der Gallengänge usw. Eine solche pathologische Störung am Magen besteht in einer gleichzeitigen Kontraktion des Pylorus und des Antrum pylori, oder des Sphinkter antri pylori und des Preantrum. Wenn dies in einem starken Grade geschieht, so haben wir das Bild einer Magenkolik. Beim Zustandekommen einer solchen Magenkolik können folgende Faktoren beteiligt sein: Abnorme Reize, welche den Magen treffen, ererbte oder erworbene erhöhte Erregbarkeit des Magens oder des Zentralnervensystems oder beider, endlich eine oder mehrere entfernt liegende Anomalien, die reflektorisch das Zustandekommen der Kolik befördern. Die Störung des Gesetzes der konträren Innervation ist vielleicht nicht ein unwesentlicher Faktor in der Pathologie der Ataxie und der Krisen der Tabes. B.

BRUNS (Tübingen): Über Kropfgeschwülste im Innern des Kehlkopfes und der Luftröhre und ihre Entfernung.

Verf., der 6 Fälle dieser, wie es scheint, nicht allzu seltenen Krankheit beobachtet hat, macht auf das Typische des Krankheitsbildes aufmerksam. Es handelt sich stets um Atembeschwerden, die in der ersten Jugend oder der Pubertätszeit entstanden sind und sich langsam entwickelt haben; die Schilddrüse ist dabei stets vergrößert; der laryngoskopische Befund ergibt unterhalb der Glottis einen flachen, walzenförmigen, glatten Tumor der Hinter- oder einer Seitenwand.

Die Prognose hängt von dem Sitz und der Ausbreitung des Prozesses ab. In therapeutischer Beziehung empfiehlt Verf. („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 41, H. 1) bei kleinen Strumen Darreichung von Schilddrüsenpräparaten; unter dieser Therapie sah er in einem Falle die Dyspnoe bedeutend abnehmen. Als radikales, zum Ziele sicher führendes Verfahren ist die Exstirpation der Geschwulst nach vorausgegangener Spaltung der Trachea und des Kehlkopfes zu empfehlen. Vor endolaryngealen und endotrachealen Operationsmethoden ist dringend zu warnen, weil es zu tödlichen Komplikationen kommen kann. ERDHEIM.

JULIUS WEISS (Wien): Über klinische Befunde beim chronischen Rheumatismus.

In vielen Fällen von chronischem Rheumatismus sind die Gelenke selbst gar nicht oder nur unbedeutend erkrankt, die pathologischen Veränderungen betreffen ausschließlich die Muskulatur, das Fettgewebe und das subkutane Bindegewebe. Bei diesen Patienten findet man daselbst teils mehr flächenhafte, teils umschriebene, auf Druck sehr schmerzhaft infiltrierte, welche sich mit Vorliebe an gewissen Stellen lokalisieren. Als solche Prädispositionsstellen bezeichnet der Verf. („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1904, Nr. 8) an den unteren Extremitäten namentlich die Gegend längs des Schienbeines, dann das unterste Drittel der medianen Muskelgruppe am Kniegelenke (Quadrizeps, Sartorius), seltener die Außenseite des Oberschenkels, den medialen Fußrand, den Fersenhöcker und Ansatz der Achillessehne. An den oberen Extremitäten sind es namentlich die median gelegenen Muskeln des Ellbogengelenkes, die Ansatzstellen des Deltoides und die Regio supraspinata. Auch an von Gelenken weiter entfernten Stellen sind solche schmerzhaft infiltrierte Partien abzutasten, so in den Nackenmuskeln und entlang den M. scaleni. Bei Frauen ist häufig die Kreuzbeingegend betroffen. Das einzige Symptom sind Schmerzen, die bald mehr diffus, bald nur auf die Stellen der zu palpierenden Infiltrate beschränkt angegeben werden. Über das pathologisch-anatomische

Substrat dieser Erkrankung spricht sich der Autor dahin aus, daß es sich um eine chronisch sich entwickelnde Veränderung des intramuskulären, subkutanen Bindegewebes und Bindegewebsergusses des Fettgewebes handeln dürfte. Über histologische Untersuchungsergebnisse verfügt er aber nicht. GRÜNBAUM.

LINSER und SCHMID (Breslau): Über den Stoffwechsel bei Hyperthermie.

Erhöhung der Eigenwärme durch äußere Wärmezufuhr hat beim Menschen auch bei mehrtägiger Dauer, wenn sie 39° nicht überschreitet, keinen Eiweißzerfall zur Folge. Dieses tritt erst bei Temperaturen von 40° und darüber ein. Bei fieberhaften Krankheiten, bei welchen die Körpertemperatur nicht diese Höhe erreicht, ist demnach anzunehmen, daß der regelmäßige N-Zerfall ausschließlich Folge der Infektion, bzw. Intoxikation ist, nicht — wie man bisher anzunehmen geneigt war — teilweise auch der Erhöhung der Eigentemperatur zuzuschreiben ist. („Deutsch. Arch. f. kl. Med.“, Bd. 79, H. 5 u. 6.)

Bei künstlicher Hyperthermie läßt sich durch Kohlenhydratzulage der N-Zerfall nicht im selben Maße (Prozentsatz) einschränken wie bei normaler Eigentemperatur. Mit der durch hohe Erhitzung bewirkten Erhöhung der N-Ausscheidung im Urin steigen auch die Werte für Purin-N, Ammoniak, Amidosäuren-N und Phosphorsäure parallel an. Im Urin lassen sich dabei Zucker, Aceton, Acetessigsäure, β -Oxybuttersäure Albumen, sowie morphologische Bestandteile nicht nachweisen. Der Respirationsstoffwechsel erfährt bei mäßiger Erhitzung des Körpers (auf 38°) eine Änderung dahin, daß neben einer geringen Zunahme der Atemvolumina der O-Verbrauch erheblich, bis zirka 100% steigt, während die CO₂-Produktion relativ nur wenig zunimmt (bis 40%). Es sinkt dabei der respiratorische Quotient. L.

MAURICE CAZIN (Paris): Die chirurgische Behandlung der Darmperforationen bei Typhus abdominalis.

Da die spontane Ausheilung einer typhösen Darmperforation zu den größten Raritäten gehört, wird mit Recht in den letzten Jahren der chirurgischen Therapie das Wort geredet. Nach amerikanischen Statistiken ist die Operation in 25% der Fälle von lebensrettender Bedeutung; die Symptome der Perforation sind recht deutlich: Plötzlicher, sehr intensiver Schmerz in der Ileozökalgegend, Erbrechen, Meteorismus, Kollaps. Die Leukozytenzählung ergibt keine diagnostisch bedeutsamen Anhaltspunkte für die Perforation („La Semaine médicale“, 6. Jänner 1904). Die Laparotomie selbst wird auch von geschwächten Kranken leicht vertragen. Je früher operiert wird, desto größer die Chance des Erfolges. Die Perforationsöffnung im Darm wird mit einfacher Darmnaht vernäht. Als Nahtmaterial ist Seide Catgut vorzuziehen. Bei großen Verlusten an Darmwand muß die Resektion der entsprechenden Darmpartie gemacht werden. Ausgiebige Irrigationen der Bauchhöhle mit warmen Kochsalzlösungen sollen nie unterlassen werden. Schließlich werde die Wunde breit drainiert. J. S.

GUSTAV ARNDT (Posen): Das Eserin in der Behandlung der postoperativen Darmparalyse.

Während eines Zeitraumes von 3 Jahren wurde das Eserin in Form subkutaner Injektionen in Anwendung gezogen und hat, ausgenommen in Fällen von echter akuter Mikroben-Peritonitis, nie versagt. Störungen von seiten des Allgemeinbefindens und des Zentralnervensystems sowie Intoxikationssymptome kamen nie zur Beobachtung. Das Eserin wurde („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 9) stets frisch bereitet in Form von subkutaner Injektion — 0 001 — benutzt. Nie war es nötig, mehr als 2 mg im Verlaufe von 24 Stunden zu injizieren. Bald nach der Applikation des Medikamentes traten in den meisten Fällen kolikartige Schmerzen und später Abgang von Flatus auf. In den Fällen, wo der Magen stark an der meteoristischen Blähung beteiligt war, wurden Magenausspflungen mit der Physostigminverabreichung kombiniert. FISCHER.

E. MARZINOWSKI (St. Petersburg): Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der akuten Endokarditis.

Die akute Endokarditis kann durch Infektion des Organismus mit den verschiedensten Bakterien auftreten; ein einziges, spezifisches Agens für diese Krankheit existiert nicht. („Med. Obsr.“, Nr. 21). In denjenigen Fällen, wo gleichzeitig einige Mikrobenarten konstatiert worden sind, kann man annehmen, daß eine von ihnen das primäre Agens war, die anderen traten erst sekundär auf. Die Bakterien lassen sich im Blute noch bei Lebzeiten der Kranken nachweisen. Zur Gewinnung von Kulturen muß man wenigstens 10 cm³ Blut dem Kranken entnehmen, da die Zahl der im Blute zirkulierenden Mikroben keine große ist. Es müssen die besten Nährmedien angewandt werden; auch soll man anaerobe Kulturen aufstellen. Ein negatives Resultat schließt die akute Endokarditis durchaus nicht aus, denn es ist höchst wahrscheinlich, daß die Bakterien nicht in jeder Blutportion zu finden sind, oder aber die Kulturen der betreffenden Mikroben lassen sich gar nicht anlegen. Die Abhängigkeit der akuten Endokarditis von anderen Infektionskrankheiten läßt sich nicht immer nachweisen; Autor gelang dies nur bei 2 Krankheiten: Streptokokkenendokarditis bei Erysipel und Diplokokkenendokarditis bei kruppöser Pneumonie. Was den Rheumatismus anlangt, so fand Autor die akute Endokarditis in der Hälfte aller Fälle, jedoch waren die Mikroben äußerst verschieden (der ACHELIN'sche Bazillus wurde nicht ein einziges Mal konstatiert), so daß Autor der Meinung ist, daß der akute Gelenkrheumatismus keine spezifischen Mikroben besitzt. Häufig wird die akute Endokarditis gefolgt von progressiver Anämie und Ikterus; im Urin findet man dann Urobilin, Eiweiß und Zylinder. Die zukünftige Behandlung der infektiösen Endokarditis wird nach M. entschieden eine serotherapeutische sein; zwecks Wahl des Serums wird eine frühzeitige und öftere bakteriologische Blutuntersuchung erforderlich sein. B.

KRÖNIG (Jena): Über doppelseitige Uretereinpflanzung in die Blase.

Der das Parametrium passierende Ureter wird oft so von karzinomatösem Gewebe umwallt, daß die Ausschälung desselben aus dem Parametrium nur mit Zurücklassung karzinomatösen Gewebes möglich ist. Will man dies vermeiden, dann muß der Ureter bei seinem Eintritt in das Parametrium reseziert und eine Uretero-cystanastomose geschaffen werden. Die Einpflanzung beider Ureteren wurde aber darum für undurchführbar angesehen, weil man das von STOECKEL beobachtete Wundödem an den Einpflanzungsstellen fürchtete und die bisherigen Operationsresultate an Menschen und Tieren wenig aufmunternd waren. K. teilt nun („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 11) einen Fall mit, bei dem die doppelseitige Einpflanzung des Ureters in die Blase anstandslos zur Heilung führte. FISCHER.

THIEM und HENNING (Kottbus): Über elektro-magnetische Bestrahlung mit dem von TRÜB angegebenen Apparat (Radiator).

Der verwendete Apparat (Radiator) besteht aus einem Elektromotor, welcher einen hufeisenförmigen, durch Gleichstrom beschickten Elektromagneten um seine symmetrische Achse bis zu 2200mal in der Minute dreht. In jedem Teil des magnetischen Feldes erscheint daher bald der Nordpol, bald der Südpol. Der Vorteil dieses TRÜBSchen Systems gegenüber den anderen elektromagnetischen Apparaten soll darin bestehen, daß der TRÜBSche Apparat an jede Gleichstromleitung angeschlossen werden kann, in dem geringen Stromverbrauche, in der nicht mehr als 6 Ampère erfordernden Stromstärke, endlich in der leichten und sicheren Dosierbarkeit der magnetischen Strahlen. Auf Grund ihrer Erfahrungen an 21 Patienten bestätigen die Verf. („Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen“, 1904, Nr. 4) die von anderen Autoren behaupteten therapeutischen Wirkungen. Es wurden teils mit merklicher Besserung, teils mit wirklichem Heilerfolge behandelt vor allem Nervenschmerzen, insbesondere Neuralgien und Neuritiden der Kopf- und

Gesichtsnerven, der Interkostalnerven, der Arm- und Hüftnerven, sowie Krampfzustände neuralgischer Art, Schreibkrämpfe und Wadenkrämpfe, ferner nervöse Erkrankungen innerer Organe, Herzneurosen, nervöse Magen- und Darmleiden, sodann zentrale Neurosen, Neurasthenie, Migräne, die Schmerzen bei Tabes, sowie die Schlaflosigkeit, von den 21 Patienten wurden 6 völlig geheilt, 7 wesentlich gebessert, 2 vorübergehend gebessert, 6 blieben ungeheilt. Verf. sprechen auf Grund dieser Erfahrungen der elektromagnetischen Behandlungsmethode eine ernst zu nehmende Bedeutung zu, da an ihrer Wirksamkeit zur Linderung gewisser Schmerzen, sowie an der völligen Schmerzlosigkeit, Ungefährlichkeit und der Bequemlichkeit ihrer Anwendungsweise nicht mehr gezweifelt werden könne. Die Wirkungsweise sei sicher keine rein suggestive. GRÜNBAUM.

KREBS (Moskau): Beitrag zur Behandlung der sogenannten kalkulösen Anurie und zur Pathologie der reflektorischen Anurie.

Verf. stellt folgende Thesen auf („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 18):

In sämtlichen Fällen von Anurie, in denen Verstopfung durch Steine vermutet wird, ist unverzüglich in den Harnleiter ein Katheter einzuführen und mit diesem der Stein nach dem Nierenbecken zu stoßen, um für den Harn die Bahn frei zu machen. Durch vorangehende Injektion von heißem Öl oder Glycerin in den Harnleiter wird diese Aufgabe bedeutend erleichtert. Hat man in dem Verdacht gezogenen Ureter keinen Stein gefunden, so muß man diesen im anderen Ureter suchen. Hat man im Ureter einen Stein gefunden und letzteren mit dem Katheter in das Nierenbecken hineingestoßen, ohne daß Harn zum Vorschein kommt, so muß man unverzüglich den zweiten Ureter sondieren, da erstens eine beiderseitige Verstopfung bestehen kann und es zweitens möglich ist, daß in dem einen Ureter seit längerer Zeit eine alte Verstopfung bestanden hat, welche bei der Entstehung keine Anurie hervorrief, wohl aber eine solche bedingt hat, sobald im zweiten Ureter ein Stein eingeklemmt worden ist. Wenn bei aus irgend einem Grunde vorgenommenem Ureterenkatheterismus zufällig an irgend einer Stelle des einen Ureters eine Strikturentdeckung wird, so muß man, sobald Verdacht auf Nierensteine vorliegt, rechtzeitig an die Erweiterung dieser Strikturentdeckung herangehen. Es ist ein Fall bekannt, in dem ein Stein in einer verengten Stelle des Ureters eingeklemmt wurde, von deren Existenz der behandelnde Arzt Kenntnis hatte; die Folge war Anurie mit tödlichem Ausgang. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die Einwirkung sauerstoffreicher Luft auf die Atmung dyspnoischer Tiere haben COWL und ROGOVIN untersucht („Arch. f. Anat. u. Phys.“, Phys. Abt., 1904). Gegenüber dem Einwand, daß außer bei Stenosen der Luftwege auch durch Zufuhr sauerstoffreicher Luft eine wesentliche Mehraufnahme von O in das Blut sich nicht erzwingen läßt, da sich dieses auch mit atmosphärischer Luft maximal sättigen kann, weisen C. und R. darauf hin, daß es sich weniger um eine Änderung des O-Bestandes als um eine solche der O- und CO₂-Bewegung unter dem Einfluß sauerstoffreicher Luft handelt; sie sehen den Beweis für die Wirkung sauerstoffreicher Luft in der Änderung des Atemmodus bei Tieren, die zum Teil durch Blutentziehungen, zum Teil durch Erschwerung der Luftzufuhr, zum Teil durch Behandeln mit Strychnin, Morphin, Anilinöl, dyspnoisch gemacht hatten. Es zeigte sich hierbei, daß beim Übergang von der Atmung atmosphärischer Luft zu sauerstoffreicher die Atemanstrengung und die Atemgröße der Tiere sich in der Tat verminderte.

— Die Gefahren der Mundinfektion durch das Sprechen bei Operationen erörtert MENDES DE LION („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 72, 1904). Verf. ließ in einen Kasten hineinsprechen, dessen Grundfläche, an Größe ungefähr einem Operationsfelde entsprechend, mit Agarplatten besetzt war, und bestimmte so die Zahl der

Tröpfchen (auf 60 cm² Fläche und 35 cm Entfernung vom Munde) nach 100—200 Worten, wie sie bei Laparotomien gebraucht werden, auf mindestens 60. Die Anzahl der Mikroorganismen in jedem Tröpfchen konnte M. auf mindestens 4375 berechnen. 4 Arten von Bakterien kamen dabei vorwiegend zur Entwicklung, nämlich hauptsächlich Streptokokken, ferner Diplokokken, Staphylokokken und Sarcine. Von den Streptokokken, die in den Tröpfchen prozentual viel reichlicher vertreten waren, als im Mundspeichel selbst, erwiesen sich viele Arten als virulent. M. DE L. rät auf Grund dieser Versuche, der Mundinfektion bei Operationen wieder mehr Beachtung zu schenken und empfiehlt das Tragen einer von ihm angegebenen Mundmaske.

— Die **Quelle der Blutung beim Uterusmyom** sehen THEILHABER und HOLLINGER („Arch. f. Gyn.“ Bd. 71) in Veränderungen im Mesometrium. Dasselbe ist bei Myomen stets verdickt. Bei nicht-blutenden myomatösen Uteris finden sich mikroskopisch große, breite Muskelfelder, das umgebende Bindegewebe dünn. Beim blutenden myomatösen Uterus dagegen sind die Muskelbündel kleiner, das sie umgebende Bindegewebe dicker. Es fand sich also eine Myofibrosis uteri. Diese bewirkt eine Insuffizienz der Zusammenziehungen des Uterus, damit eine Stauung in den Venen, ferner ungenügende Kontraktion und damit ungenügenden Verschluss der Gefäße während der Menses, damit Menorrhagien. Abhängig sind die Blutungen natürlich auch noch von allen Momenten, welche zu einer aktiven Hyperämie im Uterus führen, psychischen Momente, geschlechtlichen Erregungen, reizenden Speisen und Getränken usw.

— Zur **Behandlung der Fußgeschwulst** empfiehlt MOMBURG die künstliche Stauungshyperämie („D. militärärztl. Ztschr.“, 1904, Nr. 1). Man legt oberhalb des Fußgelenks um den Unterschenkel 2—3 Touren einer breiteren Flanell- oder Cambricebinde, hierüber 2—3 Touren der Gummibinde, so fest, daß nur der venöse Rückfluß verhindert wird. Der Puls in der A. tibialis postica oder der A. dorsalis pedis darf nicht verschwinden. Die Gummibinde bleibt 2—3 Stunden liegen. Nach 4—5 Tagen ist eine Abnahme der Schmerzen zu verzeichnen und das Ödem ist dann meist verschwunden. Wenn keine Schmerzen mehr bei kurzem Aufsein vorhanden sind, dürfen die Kranken dauernd aufstehen. Die Behandlungsdauer kürzt sich hierbei um 12 Tage ab gegenüber den früheren gewöhnlichen Verfahren.

— Die Grundsätze bei der **Behandlung der Kurzsichtigkeit** erörtert SATTLER („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 18). Er tritt entschieden für die dauernde Korrektur der Myopie durch die vollständig neutralisierenden Konkavgläser ein. Neben der Wiederherstellung eines der Emmetropie entsprechenden Zustandes muß die Einhaltung einer genügend großen Arbeitsdistanz von 35—40 cm beobachtet werden. Einen zweckmäßigen Gebrauch der Akkommodation hält Verfasser nicht für schädlich, wohl aber ist er überzeugt, daß komplizierte Muskelwirkungen der geraden und schiefen Augenmuskeln den intraokulären Druck steigern und die Bulbusachse verlängern können; dabei spielen auch individuelle anatomische Verhältnisse und insbesondere die Vererbung eine bedeutende Rolle. — Wird eine bestehende Insuffizienz der Konvergenz durch Vollkorrektur nicht zum Verschwinden gebracht, so empfiehlt Verfasser die vorsichtige Durchschneidung der (vorher angeschlungenen) Sehne eines Rectus lateralis. Für die höchsten Grade der Myopie kommt bei Kindern und jungen Individuen bis etwa zum 36. Lebensjahr die Extraktion der Linse in Betracht.

— Zur **Anästhesierung bei Zahnextraktionen** empfiehlt LAIREN („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 72) die Anwendung einer 1- oder 2prozentigen Kokainlösung, der 3 Tropfen Adrenalin auf den Kubikzentimeter zugesetzt sind. Hiervon wird 1 cm³ injiziert. Eine dünne Kanüle wird an der Außenseite des Zahnfleisches kurz vor der Übergangsfalte eingestoßen und unter Entleerung einiger Tropfen hart am Knochen etwa 1/5 cm weit vorgeschoben. Die Hauptinjektion soll in der Höhe der Wurzelspitze unter das Alveolarperiost erfolgen. Ist auf diese Weise 1/2 Spritze eingespritzt, so wird die Kanüle an der lingualen Seite des Alveolarfortsatzes etwa 5 mm vom Zahnfleischrand schräg gegen den Knochen eingeführt und etwa 1 cm vorgeschoben. In Wurzelhöhe wird die zweite Hälfte der Spritze unter das Alveolarperiost entleert. Bei freistehenden Zähnen em-

pfiehlt es sich, auch einige Tropfen in das Zahnfleisch vor und hinter den Zahn zu injizieren. Nach 5 Minuten ist das Zahnfleisch weiß und blutleer. Man überzeuge sich mit der Sonde, ob die Zahnfleisch- und Periostanästhesie eingetreten ist. Die Extraktion kann in der Regel um diese Zeit schmerzlos vorgenommen werden. Sie soll ruhig, möglichst unter Vermeidung starker seitlicher hebelnder Bewegungen, erfolgen. Eine Oberflächenanästhesie des Zahnfleisches für den ersten Einstich ist nur bei ängstlichen Personen nötig. Es genügt hierzu die Betupfung mit einer 3/10igen Kokain-Adrenalinlösung. Die Kokain-Adrenalinanästhesie ist bei Zahnextraktionen allen anderen Verfahren an Sicherheit überlegen. Der Wert des Adrenalinzusatzes beruht in der größeren Ausbreitung der Kokainanästhesie der Fläche und Tiefe nach, in der längeren Dauer derselben, in der intensiven Gewebsanämie und in der Herabsetzung der Kokaintoxizität. Die anämisierende Eigenschaft des Adrenalins gestattet der Kokain-Adrenalinanästhesie eine weitgehende Anwendbarkeit bei zahn- und alveolarperiostitischen Prozessen.

— Als **Laxantia** erscheinen u. a. folgende Mittel empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Therap.“, 1904, Nr. 4):

Rp. Cort. frangul.	25·0
Fruct. anis.	
Fruct. coriandr.	
Rad. petroselin.	aa. 15·0
Rad. zingib.	2·0
Infunde cum aq. ferv. ad colat.	150·0
Natr. sulfur.	20·0
Syr. mann.	30·0
D. S. Morgens und abends ein Eßlöffel voll zu nehmen.	

Rp. Sem. carv.,	
Sem. coriandr.	aa. 2·5
Fol. senn. sine resina	10·0
Fiat decoct. ad colat.	80·0
Magnes. sulfur.,	
Manna	aa. 20·0
Aq. cinnamom. spirituos.	15·0
D. S. Abends zwei Eßlöffel voll in warmem Tee zu nehmen.	

— Nach den Erfahrungen von L. CAIRNS („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 4) ist **Yersins Serum** ein Heilmittel von großem Wert bei der Behandlung der Bubonepest; seine Wirkungsweise ist sowohl bakterizid, wie aus der in den Bazillen hervorgerufenen Degeneration ersichtlich, als auch antitoxisch. Es steht ferner fest, daß diese doppelte Wirkungsweise des Serums am besten durch frühzeitige Anwendung, sowohl subkutan in das Lymphgefäß des Bubo wie intravenös, erreicht wird. In sehr leichten Fällen genügt vielleicht die subkutane Injektion allein; in schweren Fällen sollte jedoch die kombinierte Methode zur Anwendung kommen; für diese letztere kann die anfängliche Gesamtdosis vielleicht 150 bis 300 cm betragen, und zwar soll sich die intravenös gegebene Portion nach der relativen Schwere der Allgemeinerscheinungen richten.

— Bei **chronischer Dysenterie** verwendet RUTHERFORD das Olivenöl („Am. Med.“, 1904, Nr. 4). Die Dosis betrage anfangs 30 cm³ dreimal täglich durch die ersten drei Tage, dann 60 cm³ dreimal täglich bis zum sechsten Tage und hierauf dieselbe Menge viermal täglich. Während der ersten Hälfte der Behandlungsdauer wird dem Patienten bloße Milchdiät verordnet, später geschabtes Fleisch oder eine entsprechende Menge von Eiern. In einer weiteren Behandlungsperiode kann das Öl in größeren Quantitäten gegeben werden, nicht weniger als 90 cm³ dreimal täglich. In der letzten Periode kehrt der Patient allmählich zur vollen Diät zurück, die Ölmenge wird herabgesetzt. In den meisten Fällen ist es anfangs nötig, mit dem Öl gleiche Quantitäten heißer Milch zu verabreichen, bis sich die nötige Toleranz einstellt. Das Öl wird eine halbe Stunde lang vor der Mahlzeit, also nüchtern, gegeben und muß von tadelloser Qualität sein.

— Die Chlorurämie und **Chlorentziehungskur bei der chronischen Nephritis** besprechen WIDAL und JAVAL („Zentralbl. f. i. Med.“, 1904, Nr. 14). In vier Fällen von arteriosklerotischer Schrumpfnieren hatte W. durch Verminderung des Kochsalzes auf 10 g die Ödeme völlig unterdrücken können, dagegen genügte diese Reduktion bei parenchymatöser Nephritis häufig noch nicht. Bei dieser Form muß das Kochsalz möglichst vollständig verbannt werden. Die

wohlthuende Wirkung der Milch schreibt WIDAL ausschließlich ihrer Kochsalzarmut zu. Noch wirksamer auf Ödem und Eiweißausscheidung ist eine Diät, welche 400 g rotes Fleisch, 500 g nicht gesalzenes Brot, 1000 g Kartoffeln oder 2500 g Schleimsuppe, 80 g Butter und 100 g Zucker enthält. Dieselbe führt im ganzen nur zirka 2—3 g Kochsalz zu. Verf. sah bei einem Fall von parenchymatöser Nephritis, daß jedesmal, wenn die Kost mehr als 4—5 g Cl Na pro die enthielt, Kochsalz zurückbehalten wurde, die Ödeme sich wieder ansammelten und der Eiweißgehalt des Urins stieg, während in den Perioden der „Déchloruration“ das Umgekehrte eintrat. Sie haben dann bei einem anderen Kranken den Einfluß verschiedener Arzneimittel auf die Kochsalzausscheidung studiert und dabei Folgendes festgestellt: Scilla ist unwirksam, Digitalis ist wenig wirksam, Theobromin und Theocin dagegen sind außerordentlich wirksam. Kalium aceticum hatte gelegentlich ebenfalls eine Verbesserung der Kochsalzausscheidung zur Folge. Dieses Ergebnis ist deshalb besonders interessant, weil Digitalis bei Herzkranken nicht nur die Wasserausscheidung, sondern auch die Kochsalzausfuhr steigert. Bei Nierenkranken versagt sie, und man sollte deshalb hier auch die Digitalis nur dann geben, wenn Herzschwäche vorhanden ist.

Literarische Anzeigen.

Therapie der Ohrenkrankheiten. Von Dr. Viktor Hammer-schlag, Dozent der Ohrenheilkunde an der Universität Wien. Mit 29 Abbildungen. Wien und Leipzig 1903, Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

Ein kurzgefaßtes Handbuch, für den praktischen Arzt bestimmt, dem zu vertiefterem Studium es oft an der physischen Zeit gebricht, und nach dieser Richtung hin auch seinen Zweck vollkommen erfüllend. Der vielgeplagte Praktiker, welcher, zumal auf dem Lande, oft genötigt ist, sich auch in einem ihm sonst ferner liegenden Zweige der medizinischen Betätigung rasch zu orientieren, wird mit Freude einen Leitfaden begrüßen, der ihm hierbei die dankenswertesten Dienste zu leisten vermag. In bedrängten Augenblicken werden sich derart konzis gehaltene Werke stets bewähren, und auf diesem Umstande beruht ihre Existenzberechtigung. Die Ausstattung des Buches ist der bestrenommierten Verlagsbuchhandlung würdig.

EITELBERG.

Die chemische Pathologie der Tuberkulose. Herausgegeben von Dr. A. Ott. Berlin 1903, August Hirschwald.

Die eingehende Beschäftigung mit der Biologie des Tuberkelbazillus hat in den letzten Jahren das allgemeine Interesse an den chemischen Vorgängen bei den tuberkulösen Erkrankungen in den Hintergrund gedrängt. Die vorliegende kritische Bearbeitung des

in vielen Einzelarbeiten niedergelegten chemischen Materials zeigt aber, wieviel wichtige Aufschlüsse wir gerade von dieser Seite her erwarten dürfen; es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, daß uns die genauere Kenntnis der Stoffwechselveränderungen im Laufe der tuberkulösen Erkrankungen und das genauere Studium der Chemie der Tuberkelbazillen auf neue Wege der Forschung, und vielleicht auch der Therapie führen wird, und für jeden Arbeiter, der hier mittun will, wird das vorliegende Buch ein willkommener Führer sein.

FR.

Die Gicht und ihre Behandlung. Von E. Apert. Paris 1903, J. Baillière.

APERT vermeidet es, in dem vorliegenden, für den Praktiker bestimmten Büchlein den spekulativen Theorien allzugroßen Raum einzuräumen, da ja die klinischen Manifestationen in erster Linie für unser therapeutisches Handeln maßgebend sind. Die therapeutischen Agentia werden in übersichtlicher und ziemlich objektiver Darstellung dem Leser vorgeführt. Nur dem Colchicin weist Verf. nach unserer Meinung einen zu hervorragenden Platz zu, auch unterläßt er es, mit entsprechendem Nachdruck auf die üblen Zufälle bei seiner Anwendung aufmerksam zu machen, obgleich in jüngster Zeit, und zwar gerade aus der Heimat des Verf., Fälle von Vergiftungen selbst bei medizinischer Dosierung berichtet wurden. Dem Werkchen sind einige hübsche Radiographien beigelegt. J. S.

Das Trachom als Volks- und Heereskrankheit. Von Dr. J. Boldt, Oberstabsarzt und Regimentsarzt des 9. Westpreußischen Infanterie-Regiments Nr. 176. Berlin 1903, August Hirschwald.

Das vorliegende Werk stellt eine umfangreiche Monographie mit 240 Seiten Text über das Trachom dar. Mit einem wahren Bienenfleiß wurde die einschlägige Literatur vom Autor zusammengesucht und den verschiedenen Kapiteln des Werkes entsprechend gesichtet. Wenn auch Neues, so insbesondere über Ätiologie und Therapie des Trachoms in dieser ausführlichen Arbeit nicht mitgeteilt wird, so verdient dennoch die übersichtliche Darstellung und kritische Beleuchtung seitens des Autors volle Anerkennung. Die Arbeit selbst ist in folgende 8 Kapitel geteilt: 1. Geschichte und Epidemiologie, 2. Geographische Verbreitung, 3. Krankheitsbild und Verlauf, 4. Ätiologie, 5. Diagnose, 6. Prognose, 7. Behandlung, 8. Verhütung und Bekämpfung.

Ärzten, welche auf militärmedizinischem Wege tätig sind, sowie insbesondere den in Trachomgegenden praktizierenden Ärzten dürfte das vorliegende Werk sehr willkommen sein. Druck und Ausstattung sind tadellos.

BONDI-Iglau.

Feuilleton.

Zum Kapitel „Kurpfuschertum“.

Von Herrn Dr. MAX MAHORITSCH, Distriktsarzt in St. Ruprecht a. d. R., erhalten wir folgende Mitteilung:

In Nr. 24 der „Wiener Med. Presse“ lese ich soeben den Kurpfuschertumfall, der sich in Czernowitz abspielte. Nicht minder interessant und der Veröffentlichung würdig dürfte folgender Fall sein, der in unserem Bezirke vorkam:

In Birkfeld (Steiermark), wo ein sehr lebenswürdiger Kollege ansässig ist, betreibt ein Individuum seit langer Zeit die Kunst des Zahnarztes. Das Geschäft geht brillant. Vor zirka einem Jahre kam in die Ordination des dortigen Arztes ein Mann, dem der Zahnkünstler mittelst Schlüssels einen Zahn gezogen hatte. Der Arzt konstatierte Bruch des Alveolarfortsatzes, Infiltration der Unterkieferdrüsen etc., also das Bild einer Infektion. Er zeigte den Künstler an. Bei der gerichtlichen Verhandlung fragte der Vorsitzende den Arzt, worin die Gefahren beim Zahnziehen bestehen.

Der Kollege erklärte ihm, daß erstens schon der Schlüssel als gefährliches Instrument anzusehen sei, weswegen er verworfen ist, zweitens, daß ein Laie die Desinfektion der Instrumente nicht vornimmt, daher diese immer mehr oder weniger schmutzig sind und zu Infektionen Veranlassung geben. Das war dem Kurpfuschertum zu viel; er sprang auf und sagte dem Richter: Ich bitte in meine Wohnung zu kommen und sich selbst zu überzeugen, daß meine Instrumente mehr glänzen, als die eines jeden Arztes. Der Richter war überzeugt und sprach den Kurpfuschertum frei mit der Begründung, daß er als Laie die Gefahren einer Infektion nicht wissen konnte; außerdem betreibe er das Geschäft aus Menschenliebe, da er für seine Operationen kein Honorar verlange und die Patienten ihn nur aus freiem Willen beschenken.

Ein diplomierter Arzt würde in einem ähnlichen Falle wegen Kunstfehlers belangt werden. Solange das sinnlose Gesetz über Kurpfuscherei besteht, werden alle Erlässe ganz nutzlos sein. Nicht das Annehmen eines Honorars soll für die Kurpfuscherei maßgebend sein, sondern überhaupt das Betreiben der ärztlichen Kunst ohne Vorbildung. Das ist das, was wir den Herren Juristen sagen müssen, dann werden wir vielleicht gescheidtere Gesetze bekommen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

SAMTER (Königsberg): Zum plastischen Ersatz der ganzen Tibia-diaphyse.

Fall von Osteomyelitis. Nach Arthrodese der oberen Epiphyse mit dem Oberschenkel hat S. einen 12 cm langen Knochenperiostlappen vom Oberschenkel herabgeschlagen und so den Defekt der Tibia-diaphyse ersetzt. Um die Knochenneubildung anzuregen, war temporär ein 15 cm langer Kadaverknochen eingeheilt worden. Demonstration des Patienten.

V. MANGOLDT (Dresden) demonstriert zwei Knaben, denen er mit gutem Erfolge ungestielte Periostknochenlappen zur Heilung von Pseudarthrose resp. Knochenhöhlen der Tibia überpflanzt hat.

v. Bramann (Halle) berichtet über einige Fälle, bei denen er Pseudarthrosen durch Einheilung fremder Knochenstücke geheilt hat.

Franke (Braunschweig) hat in einem Falle von Defekt des Radius einen Span von Periostknochen aus der Tibia so eingeheilt, daß er denselben über die Pericostfläche geknickt hat, damit das vom Periost ausgehende Knochenwachstum nach außen strebe und so den Defekt vollkommen ausfüllte.

Ihren Standpunkte in dieser Frage legen noch dar: **Wagenknecht (Freiburg)** im Auftrage seines Chefs **Goldmann, Neuber (Kiel)**, der den Wert der Ausfüllung einer Knochenhöhle durch physiologisches Material besonders betont.

Glück (Berlin) hat 3 Fälle aufzuweisen, die manches Interessante bieten.

FRIEDRICH (Greifswald): Osteoplastische Versuche zum Ersatz ganzer Diaphysen langer Röhrenknochen.

Einpflanzung ganzer ausgekochter Röhrenknochen in Fällen, bei denen wegen bösartiger Geschwulstbildung die ganze Diaphyse entfernt werden mußte. Es ist F. gelungen, vollständigen Ersatz des Knochens zu erzielen. Seine interessanten Ausführungen sind ungefähr folgende:

Wenn bei einem jugendlichen Individuum wegen bösartiger Geschwulstbildung ein großer Knochendefekt gesetzt werden muß, so hat der Versuch des Defektersatzes in der Gegenwart mit folgenden drei fundamentalen Voraussetzungen zu rechnen: Erstens, daß das Wachstum des Knochens ausschließlich appositionell, nicht interstitiell sich vollzieht, daß das Längenwachstum ein Produkt des Epiphysenknorpels ist, daß nach Resektion einer Epiphyse die andere Epiphyse desselben Knochens mit vermehrtem Längenwachstum einsetzen kann; 2. daß bei Substanzverlusten des Knochens dem Periost der Hauptanteil an der Knochenregeneration zufällt, das spezifische Knochengewebe aber der Regeneration nicht fähig, und daß 3. (MARCHANT und seine Schule) jede Form implantierten Knochens nur als Grundlage zu neuer Knochenbildung dient, während dem implantierten Knochen die Rolle eines toten Fremdkörpers zufällt. Wir können von diesem letzteren histologischen Fundamente jedoch dann abstrahieren, wenn wir aus der Einheilung des eingepflanzten Knochenstückes, sei sie als eines toten und lebenden Fremdkörpers erfolgt, für unseren Kranken das erzielen, worauf sein und unser Verlangen gerichtet ist, funktionell und statisch ausreichenden und, wenn möglich, kosmetischen Ersatz für den durch Krankheit verlustig gegangenen Knochenabschnitt. Hierfür kommt in erster Linie Einpflanzung eines Periostknochenstückes, welches einem anderen Knochen desselben Individuums entnommen ist, in Betracht. Wenn jedoch der operativ gesetzte Defekt die ganze Diaphyse, z. B. des Femurs, einschließlich aller Periostteile umfaßt, dann ist die entsprechende Knochenentnahme an anderer Körperstelle an sich wieder ein so großer Verlust, daß sie kaum in Betracht gezogen werden kann. Vielmehr müssen wir uns da nach Mitteln und Wegen anderer Art umsehen. F. hat diesem Probleme schon längere Zeit experimentelle Studien gewidmet; er hat nach totaler querer Ablösung von Femur- und Radiusepiphysen bei jungen Tieren Silberplatten zwischen die Epiphyse und Diaphyse zwischengelagert und fand nach einem halben Jahre diese Platte in der Diaphyse, nach der Diaphysenmitte verschoben, quer oder schräg gestellt, wieder. Hieraus zog F. den Schluß, daß das epiphysäre Längenwachstum bei intakter Epiphyse trotz Fremdkörperinterposition voll erhalten bleibt. Um nun diesen Regenerationsprozeß nach totalen Diaphysendefekten noch nach Möglichkeit auszunutzen, kam es F. zunächst darauf an, in den Defekt einen statisch festen Hohlzylinder einzuheilen; dieses muß um so eher

gelingen, wenn dieser Hohlzylinder selbst porös ist. Da aber die Matrix, in die der zylindrische Fremdkörper zu verpflanzen ist, periostfrei, also ein höchst fraglicher Ausbildner neuer knöcherner Stützsubstanz ist, ist es doppelt erwünscht, wenn der Fremdkörper Knochensalze enthält. F. verwandte aus diesen Gründen entmarkte, gekochte Röhrenknochendiaphysen anderer Individuen und pflanzte sie unter direkter Entnahme derselben aus der sterilen physiologischen Kochsalzlösung in den Defekt ein. Die glatten, ganz aseptischen Einheilungsvorgänge, die bei den Kranken bisher erzielten funktionellen Erfolge veranlassen F. zur Empfehlung anderweitiger Nachprüfung der Methode. Einem 8jährigen Mädchen wurde die ganze Femurdiaphyse wegen myelogenen Sarkomes entfernt und ein entsprechendes totes Ersatzstück (Tibia eines 11jährigen tuberkulösen Knaben) implantiert. Heilung sine ulla reactione. Erster Verbandwechsel nach Ablauf von 6 Wochen. Röntogramme veranschaulichen das jetzige Verhalten des implantierten Knochens. Das Kind läuft mit Hülsenapparat am Stock schmerzlos und gewandt herum. Operation Oktober 1903. Einem 12jährigen Mädchen ward wegen malignen Tumors der Diaphysenmitte des linken Femurs 14 cm Diaphyse abgetragen, diese durch 17 cm gekochter Femurdiaphyse einer 65jährigen, an Magenkarzinom verstorbenen Patientin ersetzt. Einheilung sine ulla reactione. Erster Verbandwechsel nach Ablauf von 5 Wochen. Tadellose Einheilung des Implantatum. Über den funktionellen Ausgang dieses Falles kann Sicheres noch nicht gesagt werden.

Helferich (Kiel) mißt der Einpflanzung toten Materials großen Wert bei. Es muß nicht immer frischer Knochen sein.

BECHER (Berlin): Zur Pathologie des Kniegelenks.

An zahlreichen Fällen wurden in der HOFFASCHEN Klinik sogenannte „Gelenkneurosen“ nach Trauma operativ angegriffen und die dabei stets gefundenen subsynovialen Lipome genauerer Untersuchung unterzogen. An Tafeln macht Vortragender die makroskopischen und mikroskopischen Befunde klar und zeigt dann einige Patienten.

KÜMPELL (Hamburg): Die Frühoperation der Nierentuberkulose.

In den von ihm operierten 48 Fällen war meist der primäre Herd irgendwo im Körper zu entdecken. Bei der Blasen-tuberkulose handelt es sich immer um eine gleichzeitige Erkrankung der Niere, und durch Entfernung der letzteren heilt man am besten die Blasen-tuberkulose. Als Frühstadium möchte er das bezeichnen, wo weder objektiv, noch subjektiv besondere Erscheinungen nachzuweisen sind, keine Schmerzen, kein Tumor, höchstens leichteste Blasen-tuberkulose mit etwas trübem Urin. So konnte er in einigen Fällen operieren, in denen nur ganz zufällig trüber Urin gefunden, aber beim Ureterenkatheterismus die Nierentuberkulose konstatiert werden konnte. Er hält jeden Blasen-katarrh der Frau, der nicht sicher durch ein Trauma, Katheterismus erzeugt ist, für verdächtig auf Tuberkulose. Zur Erläuterung gibt K. einige Krankengeschichten. Von seinen 48 Fällen waren 33 Frauen und 15 Männer. Alle sind geheilt. Der Ureterenkatheterismus ist gerade hier unentbehrlich.

Die von VÖLKERS und JOSEPH neuerdings veröffentlichte Methode der Diagnostik mit Methylenblauinspritzung hält er für eine gute Bereicherung derselben, dagegen glaubt er sich energisch gegen die Schlußfolgerungen von VÖLKERS und JOSEPH wenden zu müssen, daß die modernen Methoden der funktionellen Diagnostik überflüssig und zu schwer zu erlernen sind. Um den Ureterstumpf zu veröden, hat er einen nach Art eines Katheters gebauten Kauter angewendet, den er demonstriert.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 9. Juni 1904.

H. v. SCHRÖTTER stellt einen geheilten Fall von Pneumothorax vor. Der junge Mann bekam plötzlich nach kurzer fieberhafter Erkrankung Stechen auf der Brust und Atemnot; an der Klinik wurde ein rechtsseitiger geschlossener Pneumothorax ohne Exsudat diagnostiziert. Im Röntgenbilde bewegte sich die retrahierte Lunge etwas nach aufwärts und zeigte eine Pulsation. Diese konnte von den großen Gefäßen mitgeteilt sein, es konnte sich auch um eine systolische Streckung der Lungengefäße handeln oder um eine wirkliche pulsatorische Erweiterung des luftleeren Organs. Um die Lunge zu entfallen, wurde einerseits eine Punctio thoracis ausgeführt, andererseits wurde die rechte Lunge durch eine in den rechten Bronchus eingeführte Kanüle mit Sauerstoff aufgeblasen, welcher zur Verhütung von Dyspnoe statt der Luft gewählt wurde. In der ersten Sitzung wurden auf diese Weise 2200 cm³

Luft aus dem Pneumothorax ausgetrieben, die Lunge zeigte eine wesentliche Vergrößerung, über derselben war vorübergehend vesikuläres Atmen zu hören und die Respirationsfrequenz sank von 30 auf 16. In einer zweiten Sitzung wurden neuerlich 500 cm³ Luft aus dem Pleura-raum ausgepreßt, von da an war dauernd vesikuläres Atmen zu hören und die Lunge war voll entfaltet, nur an der Basis und an der Spitze saßen noch kleine Luftblasen. Die Entfernung derselben gelang durch forzierte Sauerstoffrespiratoren. Gegenwärtig bestehen normale Verhältnisse.

F. VOLBRACHT demonstriert mikroskopische Präparate aus dem Stuhle bei Amöbenenteritis. Ein Pat. erkrankte an Darmbeschwerden, später waren die Fäzes immer mit Blut vermengt. In denselben fand sich Amöba coli. Es handelt sich um eine sporadische Form der Amöbenenteritis.

H. NEUMANN stellt einen Mann mit einem Pektoralisdefekt vor. Der rechte Pektoralis fehlt vollständig, vom linken fehlt die an den Deltoides angrenzende Partie. Der rechte Kukkularis ist schwächer ausgebildet als der linke, die Skapulae stehen normal. Rechts liegt die Mammilla um 3 cm näher der Sternallinie als links, das Akromialende der rechten Klavikula steht um 1 cm tiefer als das der linken. Pat. ist in seiner Arbeitsfähigkeit nicht gehindert.

F. VOLBRACHT führt einen zweiten Fall von Pektoralisdefekt vor. Bei dem Manne fehlt die untere Partie des linken Pektoralis, außerdem sind die untersten Zacken des Serratus anticus nicht ausgebildet.

K. RUDINGER demonstriert einen Fall von tabischer Osteoarthropathia vertebralis. Pat. zeigt die typischen Zeichen der Tabes, der 2. und 3. Lendenwirbel bilden einen Gibbus, bezüglich dessen eine traumatische Ätiologie nicht nachweisbar ist.

RUD. SCHMIDT demonstriert das anatomische Präparat von primärem Milzbrand des Magens. Pat. erkrankte akut an Magendarmerscheinungen, welche auf eine Gastritis phlegmonosa hindeuteten. Am Halse entstand eine Phlegmone, bei deren Inzision sich kein Eiter entleerte. Die Symptome des Leidens waren: Aufgetriebenes, etwas schmerzhaftes Abdomen, Singultus, Ödem an Sternum und längs des Rippenbogens, Gefühl, „wie wenn der Magen geschwürig wäre“, Anorexie, Obstipation, Fieber bis 38°. Unter stetiger Progredienz der Symptome starb Pat. plötzlich im Kollaps, aber bei vollem Bewußtsein. Die Autopsie ergab eine hämorrhagische Schwellung der Magenschleimhaut mit karbunkelartigen, im Zentrum nekrotischen Knoten. Im Darne fand sich nur ein einziger Karbunkel. In den Karbunkeln fanden sich Milzbrandbazillen, die Art der Ansteckung mit denselben ist nicht bekannt.

L. HOFBAUER stellt einen Fall von Peliosis rheumatica vor. Die Gelenkschmerzen waren im rechten Knie- und Sprunggelenk aufgetreten. Neben den Hautblutungen kam es zur Ausbildung eines großen subperiostalen Hämatoms über der rechten Tibia, um welches sich binnen einigen Tagen eine Knochenlade entwickelte.

Notizen.

Wien, 18. Juni 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der letzten in dieser Session, demonstrierte zunächst Dr. N. SWOBODA ein Kind mit Hermaphroditismus; es bestehen nebeneinander große Labien, rudimentärer hypospadiastischer Penis, gespaltenes Präputium, Andeutung von Nymphen, ringförmiges Hymen mit Foramen urogenitale, in den beiden Labien hodenähnliche Gebilde. Dr. A. FOGES knüpfte an diese Demonstration Bemerkungen über die soziale und rechtliche Stellung der Hermaphroditen. — Hierauf beschrieb Dr. SCHÜLLER eine Methode zur experimentellen Durtrennung der Pyramidenbahn am Halse beim Affen und zeigte einzelne von seinen Versuchen herstammende mikroskopische Präparate. — Sodann führte Prim. SCHNITZLER einen Knaben vor, bei dem nach einem Trauma (Hufschlag) eine Abreißung des Mesenteriums, sowie eine Darminvagination zustande gekommen sind. In der Diskussion erklärte Hofr. EXNER die Entstehung der traumatischen Invagination durch Inkoordination in der Funktion der Muskelschichten des Darmes und Prim. FRANK betonte die Häufigkeit von Darminvaginationen beim Erstickungstode. — Prof. EHRMANN demonstrierte einen Fall von Kombination eines akneförmigen

Tuberculids mit Erythema induratum, ferner 2 Fälle von idiopathischer Hautatrophie. Doz. K. STERNBERG hat bei der Sektion eines solchen Falles von atrophierender Dermatitis auffällige Anhäufung von Eisenpigment in der Haut und den inneren Organen nachgewiesen. — Dr. H. WAGNER zeigte einen Pat. mit einem traumatisch entstandenen Aneurysma cirsoideum arteriovenosum der Nase, welche durch diese Geschwulst eine grotesk rüsselförmige Gestalt angenommen hat. Der Fall soll einer kosmetisch operativen Therapie zugeführt werden. — Schließlich hielt Prof. WERTHEIM den angekündigten Vortrag: „Bericht über die mit der erweiterten Uteruskrebsoperation zu erwartenden Dauererfolge.“ Die einen Zeitraum von 6 Jahren umfassende Statistik des Vortr. zeigt in einwandfreier Weise die Überlegenheit seiner Methode über die vaginale Uterus-exstirpation. Seine besseren Erfolge führt W. nicht mehr, wie vor 4 Jahren, auf die Exstirpation der regionären Drüsen zurück, sondern auf die exakte präparatorische Exstirpation des Uterus und der infiltrierten Partien überhaupt, auf die Vermeidung von Impfmetastasen, schließlich auf die größere Operabilität. Vortr. erhofft von der Kombination einer möglichst frühzeitigen Diagnose des Uteruskarzinoms mit seiner Operationstechnik Dauererfolge, wie sich dieselben bisher nicht haben erzielen lassen. — Die Diskussion zu dem Vortrage W.s wird erst nach den Ferien erfolgen.

(Universitäts-Nachrichten.) Hofrat Prof. Dr. VIKTOR EBNER v. ROFENSTEIN ist für das Studienjahr 1904/5 zum Dekan der Wiener medizinischen Fakultät gewählt worden. — An derselben Fakultät hat sich Dr. ANTON BUM für Chirurgie habilitiert. — Die medizinische Fakultät Straßburg hat Prof. L. KREHL in Tübingen als Nachfolger NAUNYNS berufen. — Der Dermatologe Geh. Med.-Rat Prof. Dr. JOSEF DOUTRELEPONT in Bonn hat am 3. d. M. seinen 70. Geburtstag gefeiert.

(Personalien.) Geh. Rat v. LEYDEN ist zum Honorary Fellow der New-York Academy of Medicine ernannt worden. — EMIL ROUX ist zum Leiter, ELIAS METSCHNIKOFF zum Abteilungsvorsteher des Institut PASTEUR in Paris erwählt worden. — Sektionsrat Dr. GEDEON RAISZ in Budapest ist zum Sanitäts-Oberinspektor ernannt worden.

(Militärärztliches.) Der Reg.-A. I. Kl. Dr. ADALBERT SZATMÁRY KIBALY ist zum Stabsarzte, der Oberarzt Dr. MAX HALÁSZ zum Regimentsarzte II. Kl. ernannt worden. — Der Regimentsarzt I. Kl. SIEGMUND ALLES hat anlässlich seiner Übernahme in den Ruhestand den Stabsarztes-Charakter ad honores erhalten.

(Der Bau der Wiener Kliniken.) Am 21. d. M. findet in Anwesenheit des Kaisers die feierliche Grundsteinlegung für die neuen Kliniken der Wiener medizinischen Fakultät statt.

(Verein gegen die Kurpfuscherei.) Der ärztliche Verein des I. Bezirkes von Wien hat die Gründung eines Vereines zur Bekämpfung der Kurpfuscherei beschlossen und die festgestellten Statuten bereits der n.-ö. Statthalterei überreicht. Der neue Verein will durch Vorträge, populäre Schriften, Flugblätter usw. belehrend und aufklärend wirken und so das Übel der Kurpfuscherei an seiner Wurzel anfassen.

(Die internationale kriminalistische Vereinigung) hat sich auf ihrer diesjährigen Tagung mit der Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit beschäftigt. Es wurde ein Antrag angenommen des Inhalts, daß ein Reichsgesetz erbeten werde, wonach gemindert Zurechnungsfähige milder bestraft werden, Gemeingefährlichen gegenüber, auch soweit sie noch nicht verbrecherisch geworden sind, Sicherungsmittel zur Verwendung gelangen und der Arzt eine entscheidende Stimme bei der Behandlung und der Beantragung des Ausscheidens aus dem Strafvollzug erhalte.

(Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.) Die diesjährige Jahresversammlung wird in den Tagen vom 14.—17. September zu Danzig stattfinden, unmittelbar vor der am 18. September beginnenden Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau. Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1. Die Ruhr und ihre Bekämpfung. 2. Die Kältetechnik im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege. 3. Die hygienischen Anforderungen an zentrale Heizanlagen. 4. Die

Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals. 5. Städtische Kläranlagen und ihre Rückstände.

(Menschen- und Tiertuberkulose.) Die im Jahre 1901 zum Studium der Beziehungen zwischen menschlicher und tierischer Tuberkulose eingesetzte königliche Kommission in London versendet einen Interimsbericht. Derselbe basiert auf Versuchen an mehr als 200 Tieren und gelangt zu dem Ergebnisse einer völligen Identität von menschlicher und tierischer Tuberkulose. Durch dieses Ergebnis hat sich die genannte Kommission auch zur vorzeitigen Publikation verpflichtet gefühlt, damit nicht etwa gesetzgeberische Schritte eingeleitet werden, die eine Heterogenität der menschlichen und tierischen Tuberkulose zur Voraussetzung haben.

(Der Titel „American Dentist“ in Deutschland.) Eine kürzlich erflossene Entscheidung des Reichsgerichtes bezeichnet die Führung des amerikanischen Dokortitels und des Titels: „In Amerika approbierter, resp. amerikanischer Zahnarzt“ in Deutschland als unlauteren Wettbewerb und daher verboten, da diese Titel in Amerika nicht von staatlichen Anstalten, sondern unkontrollierbaren Privatinstituten verliehen würden. Infolgedessen müssen nicht weniger als zirka 300 in Deutschland praktizierende Zahnärzte und Zahntechniker diese Titel fernerhin ablegen.

(Der Spezialistentitel.) Aus Berlin schreibt man uns: Das Kultusministerium hat die ihm untergeordneten Behörden mit der Aufnahme eines Nachweises über die Spezialärzte in Preußen beauftragt. Es soll von jedem praktizierenden Spezialisten angegeben werden, welche Spezialfächer er ausübt, welcher Art seine Vorbildung für diese Fächer ist, wo er dieselbe genossen hat, wie lange er Spezialist ist, usw. Der Zweck dieser Enquete ist noch nicht bekannt.

(Erfolge der Organisation.) Die schlesischen Ärzte haben — wie die „Deutsche med. Wschr.“ meldet — durch ihr einmütiges Zusammenhalten bisher bereits Folgendes erreicht: 1. Die Einführung der freien Arztwahl bei einer Anzahl von Kassen unter beträchtlicher Erhöhung des Honorars, bei der die früheren Inhaber der Kassenarztstellen nicht nur keinen Schaden, sondern vielmehr Nutzen gehabt hätten. 2. Eine gewisse, aber nicht ausreichende Honorarerhöhung für eine Anzahl fixierter Kassenärzte. 3. Der bruske Ton, den manche Kassenvorstände gegen die Ärzte anzuschlagen pflegten, hat aufgehört, ebenso die willkürlichen Entlassungen.

(Statistik.) Vom 5 bis inklusive 11. Juni 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7863 Personen behandelt. Hiervon wurden 1718 entlassen, 174 sind gestorben (9,2% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 111, ägypt. Augenzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 81, Scharlach 40, Masern 801, Keuchhusten 26, Rotlauf 30, Wochenbettfieber —, Röteln 3, Mumps 56, Influenza 1, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrosin. —, Milbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 711 Personen gestorben (+ 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der städtische Bezirksarzt Dr. S. FRIEDRICH SCHWARZ im 57. Lebensjahre; in Graz der Oberstabsarzt Dr. HEINRICH HARTMANN im Alter von 59 Jahren; in Berlin der San.-R. Dr. A. OPPENHEIM, der Begründer des Hansa-Sanatoriums; in Lausanne der bekannte CHARCOT-Schüler GILLES DE LA TOURETTE, 48 Jahre alt; in Lemberg der ordentl. Professor der gerichtlichen Medizin Dr. LADISLAUS NIEMILOWICZ, ein Schüler E. LUDWIGS, 41 Jahre alt.

Vorlesungen für praktische Ärzte. Prof. H. SCHLESINGER beabsichtigt seinen seit Oktober vorigen Jahres in ununterbrochener Folge gehaltenen, unentgeltlichen Fortbildungskurs für praktische Ärzte auch den ganzen Sommer über zu halten, wenn sich eine genügende Anzahl von Kollegen an dem Kurse beteiligen sollte. Stunden: Mittwoch und Freitag von 8—9 Uhr vormittags im Kaiser Franz Josef-Spital, Abteilung Prof. SCHLESINGER. Vorherige Anmeldung nicht erforderlich.

Herr Regimentsarzt Dr. NIKOLAUS FELDMANN schreibt: „Ich habe mit der Anthrasol-Seife bei sehr stark juckenden Ekzemen brillante Erfolge erzielt. Nach kurzem Gebrauche hörte nicht nur das unerträgliche Jucken auf, sondern auch das Ekzem, welches durch Jahre jeder Behandlung getrotzt hatte, verschwand vollkommen.“

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- J. Rosenbaum, Geschichte der Lustseuche im Altertume. 7. Auflage. Berlin 1904, H. Barsdorf.
H. v. Fabrice, Die Lehre von der Kindsabtreibung etc. 2. Auflage. Berlin 1904, H. Barsdorf.
F. König, Lehrbuch der spez. Chirurgie. 8. Auflage. Bd. I u. II. Berlin 1904, A. Hirschwald.
Schrenck-Notzig, Die Traumnäznerin Magdaleine G. Stuttgart 1904; Ferdinand Enke. — M. 4.60.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung Donnerstag den 23. Juni 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. FEDERN: Über partielle Darmatonie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Pyramidon und seine Verbindungen mit Kampfersäure und Salizylsäure.“ Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Medecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 3-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERETONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; bevorzugen Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON.

Preis der Academie de Medecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“
Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3. Boulevard Saint-Martin.

VERTRETUNG F. OESTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & R. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1. Jähr. Uerring 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.



— In der Entwicklung zurückgebliebene —

kränkliche
schwächliche
rachitische
skrophulöse

Kinder

badet man am besten mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend schon nach wenigen Bädern.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserbehandlungen erhältlich.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Betrachtungen über den plötzlichen Tod Herzkranker im Schlafe. Von Prof. Dr. M. HEITLER. — Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz. Von Doz. Dr. ARTHUR KLEIN. — Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus. Von Primararzt Dr. L. WICK in Badgastein. — Referate. HERBERT (Stuttgart): Über das Vorkommen von Typhusbakterien in den Fäzes und dem Urin von Typhusrekonvaleszenten. — KÖRNER (Rostock): Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus. — LIEBLEIN (Prag): Über Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung. — ERNST BARRIÈRE (Paris): Das Herz bei den Verkrümmungen der Wirbelsäule und den Thoraxdeformationen. — MEINICKE (Berlin): Über den Wert der Hämolysebildung der Vibrien für die praktische Choleradiagnose. — M. DAVID (Berlin): Traumatische Gelenkneurosen. — G. B. BERLATZKI (St. Petersburg): Beiträge zur Physiologie des Dickdarms. — I. P. MAXIMOW (St. Petersburg): Über alimentäre Glykosurie bei Abdominaltyphus. — J. GOSCHKOFF (St. Petersburg): Über die Geschmackszentren in der Hirnrinde. — O. MÜLLER (Marburg): Beobachtungen über KOPLIK'sche Flecke, Diazo-reaktion und Fieber bei Masern. — Kleine Mitteilungen. Pflege der Mundhöhle. — Serumbehandlung des Gelenkrheumatismus. — Nebenwirkungen einzelner Arzneimittel auf das Ohr. — Jodipininjektionen bei rheumatoiden Gelenkentzündungen. — Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege. — Gonosan und dessen Wirkung. — EHRICH'S Diazoreaktion. — Protargolprophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoea. — Typhushandschuhe. — Agurin. — Literarische Anzeigen. Kristallisation und Morphogenese. Biomechanische Studie von Prof. Dr. MORITZ BENEDIKT. — La Rachicocainisation. Von ROBERT ODIER. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) IX. — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Orig.-Ber.) — Notizen. Der Neubau des Wiener allgemeinen Krankenhauses. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Betrachtungen über den plötzlichen Tod Herzkranker im Schlafe.

Von Prof. Dr. M. Heitler.

Bei einem Kranken mit Arteriosklerose und Degeneration des Herzmuskels trat hochgradige Herzschwäche auf, drohender Exitus, der Zustand besserte sich, bei Besserung der Erscheinungen synkopaler Exitus im Schlafe. Der Krankheitsverlauf war, kurz skizziert, folgender. (Die Behandlung führte Herr Dr. SIEGMUND TENNENBAUM, dann wurde eine permanente ärztliche Überwachung eingeführt, in welche sich die Herren DDr. A. VAJDA und HEINRICH TENNENBAUM teilten; ich habe den Kranken vom 10. Tage der Erkrankung täglich gesehen.)

Herr K., 68 Jahre alt, gut genährt, seit mehreren Jahren Diabetiker mit Arteriosklerose ohne wesentliche Störungen, bekam anfangs März d. J. eine starke Attacke von Arrhythmie; Bettruhe und Digitalis brachten dieselbe nach vier Tagen zum Schwinden. Herr K. verbrachte dann 5 Wochen in Meran, wo er sich sehr wohl fühlte, auf der Heimreise wurde er kurz vor Wien von einer schweren Ohnmacht befallen, bei der Ankunft in Wien Zeichen hochgradiger Herzschwäche, nach zwei Kampherinjektionen (Dr. ERSTEIN) Besserung. Die Herzdämpfung im Breitendurchmesser vergrößert, über allen Ostien sehr schwache dumpfe Töne, keine Geräusche, Puls schwach, unregelmäßig, 40—50 Schläge in der Minute, einzelne Schläge sehr schwach, mäßige Zyanose, bei Bewegung sich steigend, mäßige Dyspnoe. Der Schwächezustand des Herzens nahm weiterhin zu, stärkere Zyanose, durch mehrere Tage

leicht soporöser Zustand, stundenlang CHEYNE-STOKES'Sches Atmen, stärkere Dyspnoe, asthmatische Anfälle, Stauungserscheinungen in beiden Lungen, später in der rechten Lunge ausgedehnter Infarkt, geringe Schwellung der Leber, mäßiges Ödem am Fußrücken und um die Knöchel, Diurese verringert, im Harn Eiweiß in geringer Spur, Zucker von 3·9% auf 5% gestiegen, Aceton reichlich, Acetessigsäure in geringer Menge, später in Spuren, keine Zylinder (Prof. MAUTHNER), geringer Appetit, schlechter Schlaf mit fortwährenden Träumen, unregelmäßiger, spärlicher Stuhl. Digitalis hatte zweimal guten Erfolg, der Puls wurde voller und regelmäßiger, die Herztöne wurden stärker, die Wirkung ging jedoch bald vorüber; nach der dritten Verabreichung von Digitalis wurde der Puls sehr klein, mit dem kleinen Pulse kontrastierten sehr auffallend die starken Herztöne; ich riet (bei der Besprechung war auch Herr Dr. KOHN aus Brünn, der frühere Arzt des Kranken, zugegen) von der weiteren Verabreichung der Digitalis ab, ich nahm an, daß die Digitalis intensiver auf die Gefäße als auf den Herzmuskel eingewirkt habe und daß die auffallende Stärke der Herztöne, resp. die stärkere Herzaktion hauptsächlich durch den größeren Widerstand in den Gefäßen bedingt sei, ich besorgte, daß die weitere Einverleibung von Digitalis Herzlähmung hervorrufen könnte. Wir sahen von Digitalis und anderen Herzmitteln ab, — Strophanthus hatte keine, Coffeinum citricum geringe Wirkung — und beschränkten uns auf Herzmassage, wiederholte Waschungen des ganzen Körpers mit lauwarmem Wasser, ließen häufig starken Essig und Oleum camphoratum riechen. Die Diurese wurde durch Diuretin gefördert, gegen die Schlaflosigkeit Veronal mit wechselndem Erfolge. Das Beklopfen der Herz- und Lebergegend, das Riechen von Essig und Kampheröl beeinflussten

den Puls in günstiger Weise, der Puls wurde voller und regelmäßiger, die Wirkung war manchmal von kürzerer, manchmal von längerer Dauer. Nachdem diese Behandlung durch sieben Tage fortgesetzt wurde, trat Besserung ein, der Puls blieb andauernd voll, die Zahl der Schläge stieg auf 60—70 in der Minute, die Arrhythmie war fast ganz geschwunden, alle schweren Erscheinungen gingen zurück, das Allgemeinbefinden war gut, der Kranke aß mit Appetit, schlief ohne Veronal und verbrachte mehrere Stunden des Tages behaglich im Lehnstuhl. Am 24. Tage wurde bei gutem Pulse die Harnsekretion wieder geringer, es trat mäßiges Ödem der unteren Extremitäten auf, welches sich bis auf die Oberschenkel erstreckte, die Urinmenge sank von 1200—1400 cm³ auf $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ l, das Allgemeinbefinden blieb ungestört; am 27. Tage war der Allgemeinzustand, von einem leichten, vorübergehenden Unwohlsein in den Nachmittagsstunden abgesehen, ein befriedigender, der Puls war voll, regelmäßig, der Kranke war abends bei guter Laune und schlief gegen 10 Uhr ruhig ein; um 11 $\frac{1}{2}$ Uhr erwachte er, aß einige Kirschen, sagte, daß er sich sehr wohl fühle und verlangte, nach dem Lehnstuhl gebracht zu werden, wo er gegen 12 Uhr wieder einschlief. Dr. VAJDA verweilte noch kurze Zeit beim Kranken, nachdem er sich von der guten Beschaffenheit des Pulses überzeugt hatte, zog er sich, wie er sagte, mit großer Beruhigung über den Zustand des Kranken in das benachbarte Zimmer zurück; nach etwa einer Viertelstunde stürzte die Wärterin, die beim Kranken geblieben war, zu ihm, mit dem Kranken sei etwas geschehen, er habe den Kopf fallen lassen und röchle. Dr. VAJDA hörte noch ein kurzes, lautes Röcheln, der Puls war fadenförmig; er machte zwei Kampherinjektionen, nach der ersten Injektion hörte er einige lautere Herztöne, die Töne erloschen bald, nach der zweiten Injektion hörte er nichts mehr, es war Exitus eingetreten. Sektion wurde nicht gemacht.

Plötzlicher Tod durch Stillstand des Herzens ist bei Herzkranken kein seltenes Vorkommnis, er ist häufiger bei den primären Erkrankungen des Herzmuskels als bei den Klappenaffektionen. Der plötzliche Herztod trifft die Herzkranken mit den verschiedenen Erscheinungsweisen der Erkrankung, er tritt auf bei Kranken, welche mehr oder weniger intensive Störungen von Seite des Herzens darbieten, bei Kranken, welche nur geringe Herzstörungen zeigen, bei Kranken, bei welchen Herzstörungen fast ganz fehlen, wo die Herzaffektion latent verläuft. Vor allem muß festgestellt werden, daß die anatomische Läsion allein, von unzweideutigen mechanischen Verhältnissen abgesehen, für den Eintritt des plötzlichen Todes nicht entscheidend ist; ein Herz, welches in einem gegebenen Momente zusammenbricht, bricht nicht deshalb zusammen, weil die anatomische Läsion einen so hohen Grad erreicht hat, daß eine weitere Funktionierung des Herzens unmöglich geworden; der plötzliche Tod wird hervorgerufen durch eine momentane Erregung des Herzens, eine Erregung, welche die Funktion des gesunden Herzens gar nicht oder vorübergehend stört, die Funktion des kranken Herzens aber plötzlich vernichtet, und man kann bestimmt aussprechen, daß ein Herz, welches durch eine Erregung plötzlich getötet wurde, ohne diese Erregung bei fortbestehender oder auch fortschreitender anatomischer Läsion noch eine geringere oder größere Anzahl von Jahren in befriedigender Weise funktioniert hätte. Bemerkenswert ist, daß manches Herz, welches die heftigsten Stürme von Asthma und Angina überstanden hat, einer geringen Erregung unterliegt.

Die Anschauung über die Bedeutung der Erregung bei dem plötzlichen Tode Herzkranker findet ihre Stütze in anatomischen, experimentellen und klinischen Tatsachen. Bekannt ist der nicht seltene, durch geringere oder stärkere Veranlassung bedingte plötzliche Herztod ohne wesentliche Veränderungen des Herzens bei infolge von verschiedenen Krankheiten herabgekommenen Individuen, wo man nichts anderes als eine durch die Krankheiten hervorgerufene verminderte Resistenzfähigkeit des Herzens annehmen kann, ferner

der sehr seltene, durch äußere Veranlassung bedingte vorübergehende Herzstillstand oder Herztod bei gesunden Individuen mit intaktem Herzen.

Zwischen Funktionsstörung des Herzens und anatomischer Läsion des Herzens besteht häufig ein großes Mißverhältnis. Ich habe eine große Anzahl von Herzen von Individuen, welche an verschiedenen Herzaffektionen, und von Individuen, welche an verschiedenen Krankheiten ohne Störung des Herzens gestorben sind, histologisch untersucht. Die histologischen Veränderungen des Herzmuskels waren in Fällen, in welchen der Tod infolge der Herzaffektion erfolgte, sowohl bei den primären Herzmuskelerkrankungen als auch bei den Herzhypertrophien infolge von Klappenfehlern oder bei den von Klappenfehlern unabhängigen Hypertrophien manchmal gering, in manchem hypertrophischen Herzmuskel konnte überhaupt keine Veränderung nachgewiesen werden, während in manchen Fällen, in welchen das Individuum keine Störung von Seite des Herzens hatte, der Herzmuskel wesentliche Veränderungen zeigte. Unser vortrefflicher KUNDRAT, mit dem ich diesen Gegenstand öfters besprochen habe und der mit mir viele Herzen der sorgfältigsten Prüfung unterzog, war auch der Meinung, daß man in den Fällen, in welchen die Veränderung des Herzmuskels keine hinreichende Erklärung für die Funktionsstörung des Herzens gebe, auf nervöse Einflüsse rekurren müsse.

GOLTZ hat beim Frosche durch Beklopfung des Bauches Verlangsamung des Herzschlages und Stillstand des Herzens in der Diastole hervorgerufen, nach wiederholter Anstellung des Klopfversuches konnte er durch Bauchschläge minutenlangen Stillstand erzeugen. GOLTZ hat nachgewiesen, daß die beim Beklopfen des Bauches stattfindende mechanische Reizung der Eingeweide hinreicht, um den Herzstillstand zu bewirken. KRONECKER hat beim Hunde durch Verletzung einer Stelle an der unteren Grenze des oberen Drittels der Kammercheidewand mit einer Nadel Lähmung des Herzens hervorgerufen. Bei meinen Versuchen über Arrhythmie, welche ich im Laboratorium des Prof. v. BASCH an Hunden ausführte, habe ich ein Herz durch geringe Reizung des Perikardiums mit der Nadelspitze und zwei Herzen durch einige energische, mit der Nadelspitze über die Herzoberfläche gezogene Striche getötet. Auch bei Reizung der Herzoberfläche an verschiedenen Stellen mit schwachem faradischem Strom starben mehrere Herzen allsogleich bei beginnender Reizung ab; der Tod war bedingt durch Erregung des Perikardiums; wurde die Herzoberfläche mit Kokainlösung bestrichen, so trat bei Reizung derselben mit dem stärksten faradischem Strom keine Herzlähmung ein.

Herzkranken überstehen manchmal die schwersten Herzstörungen, sie leben nach diesen Störungen eine kürzere oder längere Reihe von Jahren ohne wesentliche Herzbeschwerden und sterben nicht durch Herzstörung. Ich will aus meiner Erfahrung einige Fälle anführen. Ein 63jähriger Mann mit Atherom der Aorta und Degeneration des Herzmuskels wurde von Asthma cardiacum befallen, zahlreiche Anfälle insbesondere in den Nachmittags- und Abendstunden mit großer Vehemenz, Exitus letalis während der Anfälle imminent; bald traten schwere Erscheinungen von Herzinsuffizienz auf, schwacher frequenter Puls, subikterische Färbung, Trübung des Bewußtseins, starke Zyanose, Schwellung der Leber, Ödem der unteren Extremitäten, Eiweiß im Harn. Nach vier angstvollen Tagen hörten die asthmatischen Anfälle auf, die Erscheinungen der Herzinsuffizienz gingen zurück und nach 9 Wochen war der Kranke vollständig hergestellt. (Der Fall wurde von mir im „Zentralblatt für die gesamte Therapie“, IX. Jahrgang, 1891, pag. 577 mitgeteilt). Nach dieser Attacke hat der Kranke 7 Jahre gelebt ohne wesentliche Beschwerden von Seite des Herzens, er hat durch mehrere Jahre wieder eine reiche Tätigkeit entfaltet, hatte auch viele Aufregungen, im 7. Jahre traten wiederholte apoplektische Insulte auf, welchen er erlag.

Bei einem Fräulein in den sechziger Jahren mit Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels traten wiederholte Anfälle von Asthma cardiacum, Herzinsuffizienz mit Lungenödem auf; ich habe den Fall im „Zentralblatt für die gesamte Therapie“ (VI. Jahrgang, 1888, pag. 641) mitgeteilt und ich will die Schilderung der schwersten Attacke hier wiedergeben. „Ich wurde wieder in der Nacht gerufen, es sei ein sehr schwerer Anfall aufgetreten, ich möge schnell kommen, denn es werde mit der Kranke bald aus sein. Die Kranke machte den Eindruck einer Agonisierenden; sie wurde in sitzender Stellung von ihrer Wärterin gehalten, der Kopf vornüberhängend, das Gesicht tief zyanotisch, Lippen und Kinn mit blutigem Schaum bedeckt, über beiden Lungen diffuses Knisterrasseln, der Puls klein, frequent; wie die Kranke später angab, wußte sie von nichts mehr, was um sie herum vorging. Im ersten Momente wollte ich nichts mehr versuchen, indem ich jeden Eingriff für nutzlos hielt; bald aber wurde ich andern Sinnes, und in der Voraussetzung, daß vielleicht doch noch etwas auszurichten sei und daß ja der Kranken nicht geschadet werden könne, machte ich so rasch als möglich vier Ätherinjektionen hintereinander. Als ich mich anschickte, die Injektionen zu machen, sah ich jetzt, daß der ganze Körper tiefblau marmoriert war, und nur mit Mühe konnte ich an den Extremitäten geeignete Stellen für dieselben finden. Während ich noch der Umgebung bemerkte, daß ich jetzt allerdings von den Injektionen nicht viel erwartete, änderte sich zu meiner größten Überraschung das Krankheitsbild; die Zyanose des Gesichts und des Körpers nahm ab, die Kranke kam zu sich, der Puls wurde voller, die Rasselgeräusche verminderten sich und nach etwa einer halben Stunde konnte die Todesgefahr als beseitigt betrachtet werden.“ Die Kranke lebte nach diesem Anfälle fast 2 Jahre, sie hatte keine wesentlichen Beschwerden, sie starb plötzlich, nachdem sie den Abend in fröhlichem Gespräch verbracht hatte. — Vor einigen Jahren wurde ich zu dem Bruder eines Kollegen in die Provinz gerufen; es waren schwere Erscheinungen von Herzinsuffizienz, ähnlich denjenigen des ersten angeführten Falles, — ich habe bei dem Kranken schon mehrere Jahre früher Arteriosklerose konstatiert. Der Kranke erholte sich von dem schweren Anfälle vollständig, er lebte nach demselben 2 Jahre, war sehr tätig, er erlag plötzlich einem apoplektischen Anfälle.

Der plötzliche Tod im Schlafe befällt Herzranke im Stadium schwerer Störungen, Kranke, bei welchen das Herzübel latent verlaufen, Kranke, welche nach überstandenen intensiven Herzbeschwerden froheren Mutes in die Zukunft blicken und sich wieder regerer Tätigkeit erfreuen. Daß der Tod im Schlafe durch eine Erregung des Herzens hervorgerufen wird, kann als unzweifelhaft angenommen werden, und man kann an verschiedene Möglichkeiten denken. Man muß noch die Frage stellen, ob der Tod nicht durch die herabgesetzte Tätigkeit des Herzens im Schlafe bedingt sein könnte. In der Nacht arbeiten alle Organe mit geringerer Energie, auch das Herz; der Puls ist in den Morgenstunden kleiner, KORNFIELD hat den Blutdruck im Schlafe herabgesetzt gefunden; es wäre denkbar, daß insbesondere in Fällen von hochgradiger Herzschwäche die verringerte Energie der Herztätigkeit einen Stillstand der Herztätigkeit herbeiführt. Obwohl diese Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen werden kann, so halte ich dieselbe nicht für wahrscheinlich, sie dürfte jedenfalls nur selten die Todesursache sein, aber es muß festgehalten werden, daß die verschiedenen Erregungsmomente auf das Herz im Schlafe eine größere Wirkung üben, da sie ein durch den Schlaf schwächer funktionierendes, also weniger resistentes Herz treffen.

Eine bruske Bewegung im Schlafe kann Herzlähmung hervorrufen. Eine weitere Ursache der Herzlähmung dürfte in der Erregung des Herzens von den Bauchorganen, insbesondere vom Magen und Darne gegeben sein. Störungen der Herztätigkeit durch Vorgänge in den Bauchorganen sind bekannt. Die Störung in den Bauchorganen muß keine inten-

sive sein; GOLTZ sagt bei seinen Versuchen, daß nach Bloßlegung der Eingeweide die Stärke der Schläge auf den Magen, welche hinreicht, um Stillstand des Herzens zu bewirken, so gering sei, daß man sie ohne besondere Hilfsmittel kaum noch verringern könne. Bei Kranken mit intermittierendem Pulse mag es geringer Erregung bedürfen, daß die Intermision der Herztätigkeit in Stillstand übergeht. Von wesentlicher Bedeutung halte ich die Erregung des Herzens durch Träume und diese ist vielleicht die häufigste Ursache des Herztodes im Schlafe. Es ist bekannt, daß das Erwachen Herzkranker und Neurastheniker mit Herzklopfen und Atemnot aus dem Schlafe, manchmal bald nach dem Einschlafen, häufig durch Träume bedingt ist und daß manchmal das erste Hervorbrechen der schweren Störungen bei Herzkranken durch einen Traum hervorgerufen wird. Die Erregung durch Träume ist, wie jeder an sich selbst erfahren haben mag, eine intensive, und es ist nicht von der Hand zu weisen, daß sie imstande ist, ein krankes Herz, ebenso wie eine psychische Erregung im Wachen, zu töten.

Bei unserem Kranken möchte ich die Erregung des Herzens durch einen Traum als die wahrscheinlichste Ursache des Todes bezeichnen. Herzlähmung durch bruske Bewegung ist ausgeschlossen. Der Kranke hatte die Gewohnheit, im Bette bruske Bewegungen auszuführen, und er konnte hiervon trotz allen Zuredens nicht abgehalten werden, er wurde hierbei in den ersten Tagen der Erkrankung, als die Herzschwäche hochgradig war, stark zyanotisch, der Puls wurde kleiner und frequenter, der Atem wurde schwerer und man war bei diesen Bewegungen in steter Besorgnis wegen Herzlähmung, aber als der Zustand sich gebessert hatte, wurde der Kranke bei den Bewegungen nicht zyanotisch, auch der Puls änderte sich nicht wesentlich; außerdem ist sichergestellt, daß der Kranke ruhig im Lehnstuhl geschlafen hat und daß der Tod bei Ruhe des Körpers eingetreten ist. Eine Erregung von Seite des Magens oder Darms ist nicht wahrscheinlich. Der Kranke hatte von diesen Organen in den späteren Tagen der Erkrankung keine Störung. der Appetit war gut, der Stuhl regelmäßig, die Diät war sehr sorgfältig. Störungen durch die verminderte Harnsekretion waren nicht merkbar. Das Allgemeinbefinden war sehr zufriedenstellend, auch der Schlaf war gut. Der Kranke hatte während der ganzen Krankheit lebhaft Träume, meistens unangenehmen, schreckhaften Inhaltes. er träumte, wie er sagte, die ganze Nacht, er träumte auch, wenn er während des Tages einschlief, er klagte häufig, daß er sich fürchte, einzuschlafen, er habe Angst, von einem Traume plötzlich geweckt zu werden, er habe dann unangenehme Empfindungen in der Herzgegend; Dr. VAJDA hat einmal gesehen, wie der Kranke kurze Zeit, nachdem er eingeschlafen, plötzlich aufsprang und auf die Frage, was denn geschehen sei, antwortete er, er habe einen schlechten Traum gehabt; auch am letzten Morgen hat der Kranke von den Träumen der vergangenen Nacht gesprochen; ich sagte zu ihm im Scherztone, es wäre mir angenehm, wenn er nicht soviel träumen würde und wenn ich ihn von seinen Träumen befreien könnte, den Kollegen habe ich dann bei der Besprechung meine Ansicht über die Gefahr, welche Herzkranken durch Träume droht, mitgeteilt.

Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz.

Von Doz. Dr. Arthur Klein.

III.

Die modernen Vorstellungen über Immunität.

Wir sind damit bei den Forschungsergebnissen der allerjüngsten Zeit angelangt,

Die Studien über die Einwirkung von pathogenen Bakterien auf den Tierkörper haben ergeben, daß wir dabei zweierlei Typen zu unterscheiden haben:

1. Die septische Form. Wir verstehen darunter Infektionen mit Bakterien, welche sich im tierischen Organismus reichlich weiterentwickeln, die Organe durchwachsen, in die Blutbahn eindringen, Gefäße verstopfen und dadurch schwere Störungen der Organfunktionen hervorrufen (z. B. Milzbrandbazillen, Diplokokken). Hierzu kommt noch in zweiter Linie die Einwirkung giftiger Stoffwechselprodukte der Bakterien (Toxine) und der beim Absterben der Bakterien frei werdenden intrazellulären Zellgifte (Bakterienproteine).

2. Die Intoxikation. Die Vermehrung der Bakterien im tierischen Organismus bleibt dabei auf den Locus infectionis beschränkt. Die Bakterien sondern giftige Stoffwechselprodukte ab (Toxine), welche in den tierischen Organismus eindringen und ihn vergiften (Tetanus, Diphtherie, Cholera).

Dementsprechend unterscheidet man auch zwei Typen der Immunität: die Bakterienimmunität gegenüber den lebenden pathogenen Bakterien und die Giftimmunität gegenüber den von den Bakterien gebildeten Giften (ferner auch gegenüber gewissen tierischen und pflanzlichen Giften). Jede dieser beiden Arten kann entweder natürlich (natürliche Resistenz) oder erworben (Immunität im engeren Sinne) sein.

In den Bakterientoxinen haben wir Gifte kennen gelernt, welche sich in vielen Punkten von den andern uns bekannten Giften unterscheiden und welche zuweilen eine Giftigkeit erreichen können, welche alles bisher Bekannte weit übertrifft. So ist z. B. die tödliche Dosis eines starken Tetanustoxins für ein Meerschweinchen von 300 g Gewicht = 0.000,000.33 g, während die entsprechende letale Dosis Strychnin 0.0015 g ist. $\frac{1}{4000}$ cm³ eines solchen Tetanustoxins (= $\frac{1}{200}$ Tropfen) wirkt tödlich auf ein Pferd von 500 kg Gewicht.

Die Giftempfindlichkeit der verschiedenen Tiergattungen gegen ein solches Gift ist nun außerordentlich verschieden. Setzt man die Menge eines solchen Tetanustoxins, die auf 1 g Pferdegewicht tödlich wirkt = 1, so braucht man nach KNORR:

Für 1 g Meerschweingewicht	2 Einheiten Toxin
„ 1 g Ziegegengewicht	4 „ „
„ 1 g Mäusegewicht	13 „ „
„ 1 g Kaninchengewicht	2000 „ „
„ 1 g Huhngewicht	20.000 „ „

Das genaue Studium der Toxine und ihrer Wirkung auf den Tierkörper hat sich in weiterer Folge als außerordentlich segensreich für die Erkenntnis des Immunitätsproblems erwiesen.

Wir können die um die Lösung des Immunitätsproblems verdienten Forscher bis in die allerjüngste Zeit in zwei getrennte Lager einteilen: Auf der einen Seite die Vertreter einer — sagen wir — „zellularen“ Auffassung, auf der anderen Seite die Anhänger der „humoralen“ Vorstellung, eine Partei, welche die Ursachen der Immunität auf die Tätigkeit von Körperzellen zurückführt, und die andere Partei, die diese Ursachen in der Einwirkung von Substanzen erblickt, welche sich gelöst in den Körpersäften vorfinden. Wir werden sehen, daß ein Kompromiß zwischen diesen beiden extremen Richtungen der Wahrheit offenbar am nächsten kommt.

Die Schicksale der Bakterien nach ihrem Eindringen in den natürlich resistenten und den spezifisch immunisierten Organismus wurden von METSCHNIKOFF und seinen Schülern in unzähligen und außerordentlich geistreichen Untersuchungen geprüft. Auf Grund dieser Untersuchungen stellte er — der hervorragendste Vertreter der zellularen Auffassung des Immunitätsproblems — seine Phagozytentheorie auf. Unter Phagozyten (Freßzellen) versteht er gewisse Körperzellen mesodermalen Ursprungs (die meisten Leukozyten, manche Bindegewebs-, Pulpa- und Endothelzellen). Die wichtigsten Eigenschaften dieser Zellen sind:

1. Sie sind beweglich.
2. Die von den Bakterien abgesonderten Substanzen wirken positiv chemotaktisch (anziehend) auf sie.

3. Sie sind amöboid und vermögen kleine Körperchen (z. B. Bakterien) in sich aufzunehmen.

4. Sie produzieren Substanzen, mittelst welcher sie aufgenommene Bakterien töten, verdauen.

Der Vorgang spielt sich also folgendermaßen ab: Durch die Stoffwechselprodukte der in den Organismus eingedrungenen Spaltpilze werden die Phagozyten mobilisiert und angelockt. Die Phagozyten stürzen sich am Orte der Invasion auf die Eindringlinge, umschließen sie mit ihrem Protoplasma und töten sie dort ab. Dadurch, daß auf solche Weise dieser Angriff abgeschlagen wird, ist der betreffende tierische Organismus immun.

Dem gegenüber zeigten jedoch die Untersuchungen anderer Forscher, daß „zellfreie“ Körperflüssigkeiten, besonders defibriniertes Blut und Blutserum die Fähigkeit besitzen, Bakterien im Reagensglas abzutöten: bakterizid zu wirken. Sie führten daher die Ursachen der Immunität auf die Wirkung dieser im frischen Blutserum enthaltenen bakteriziden Substanzen, die BUCHNER „Alexine“ nannte, zurück (humorale, chemische Auffassung).

Ich kann auf die vielen Widersprüche, welche diese Vorstellungen über Immunität fanden, hier nicht näher eingehen. Von größter Wichtigkeit für die chemische Auffassung des Problems waren aber die Studien über die Vorgänge im Organismus, wenn man demselben nicht die Bakterien selbst, sondern bloß deren Gifte (Toxine) einverleibt (antitoxische Immunität).

Bei diesen Studien fand 1890 BEHRING im Vereine mit KITASATO, daß bei mit Toxinen behandelten Versuchstieren im Blute Substanzen auftreten, welche sich als Gegengifte (Antitoxine) erwiesen, und daß man durch Übertragung dieser fertigen Schutzstoffe auf andere Tiere auch diese gegen die Giftwirkung zu schützen vermöge. Während wir also durch systematische Einverleibung ansteigender Giftdosen imstande sind, Tiere auch gegen höhere Dosen Toxin unempfindlich zu machen (aktive Immunisierung), vermögen wir nun auch durch Einverleibung solcher fertiger Schutzstoffe (Blutserum aktiv immunisierter Tiere) nicht vorbehandelte Tiere mit einem Schlage vor der sonst sicheren Vergiftung zu schützen (passive Immunisierung). Die Serumtherapie ist eine Anwendung der passiven Immunisierung. Diese Gegengifte sind rein spezifisch. Diphtherieantitoxin schützt nur vor Diphtherietoxin, Tetanusantitoxin nur vor Tetanustoxin.

In welcher Weise aber wir die Entstehung dieser Antitoxine uns vorzustellen haben, in welcher Weise das Antitoxin die Toxinwirkung paralyisiert, war noch eine strittige Frage. An diesem Punkte setzen nun die hochbedeutsamen Untersuchungen EHRLICHs und seiner Schüler ein, welche zur Aufstellung seiner so ungemein geistreichen Theorie führten. Dabei stützt sich der Biologe EHRLICH überall auf den Chemiker EHRLICH und trachtet die Rätsel des Immunitätsprozesses vom Wunderzauber des Unbegreiflichen zu befreien und sie auf den reellen Boden rein chemischer, wenn auch komplizierter Reaktionen zu stellen. Die wichtigsten Resultate seiner Forschungen sind folgende:

Das Antitoxin macht das Toxin nicht unschädlich durch Zerstörung desselben, sondern dadurch, daß es eine chemische Verbindung mit demselben eingeht, es neutralisiert, sowohl in vitro als auch im Tierkörper.

Um die eigenartige Wirkung des Toxins (im Gegensatz zu den giftigen Alkaloiden und Glykosiden) zu erklären, nahm EHRLICH an, daß im Toxinmolekül zwei verschiedene Atomgruppen vorhanden sein müssen: die eine, welche die chemische Anlagerung (Verankerung) an den geeigneten Atomkomplex des Protoplasma-moleküls der Organelle besorgt (Haftgruppe, haptophore Gruppe), und eine zweite, welche die eigentliche Trägerin der Giftwirkung

ist (toxophore Gruppe), deren protoplasmaschädigende Wirkung ausschließlich erst dann eintreten kann, wenn die erwähnte Verankerung eingetreten ist.

Die wichtigsten Momente, durch die sich EHRLICH gezwungen sah, diese Trennung in eine haptophore und eine toxophore Gruppe des Toxinmoleküls aufzustellen, waren folgende:

1. Es gibt Modifikationen der Toxine, welche wohl an die Zellen herantreten und mit dem Protoplasma desselben Verbindungen eingehen, — aber keine Giftwirkung mehr ausüben (Toxide).

2. Es lassen sich bei bestimmter Versuchsanordnung die beiden Wirkungen des Toxins experimentell voneinander trennen. Hält man z. B. Frösche, denen Tetanustoxin injiziert worden war, in der Kälte, so tritt keine Giftwirkung ein, obwohl sich nachweisen läßt, daß das Gift an die Zellen gebunden ist. Bringt man solche Frösche aber später in den Brutschrank (37°), so tritt dann erst die Giftwirkung ein.

3. Die Giftwirkung der Toxine ist, im Gegensatz zu der Mehrzahl der sonstigen chemisch definierten Giftstoffe, charakterisiert durch eine Inkubationsperiode (zumeist 6—24 Stunden, aber auch mehr), welche auch durch die größten Toxindosen nicht unter ein gewisses Maß herabgedrückt werden kann. (Eine Ausnahme machen jedoch das Schlangengift, das Ichthyotoxin und die verwandten Hämotoxine, welche ihre toxischen Wirkungen ohne Verzug entfalten.)

Die Vorstellung, daß das Antitoxin als ein direktes Umwandlungsprodukt des Toxins im Tierkörper entstehe, ist falsch. Das Toxin wirkt (in der gleich zu erörternden Weise) auf die Körperzellen ein und das Antitoxin ist ein Reaktionsprodukt der (von dem Toxin beeinflussten) Körperzellen.

Die Vorstellung, wie dieses Reaktionsprodukt zustande kommt, ist folgende:

Das normale Protoplasma-molekül besteht aus einem Hauptanteil, dem Leistungskern und einer Menge von Atomgruppen, welche, wenn wir uns den chemischen Aufbau figürlich vorstellen wollen, sehr verschieden gestaltet sind und an dem Leistungskern aufsitzen, wie „die Gliedmaßen am Rumpf“: die Seitenketten. Sie haben vielerlei Aufgaben im chemischen Haushalt des Protoplasma-moleküls. So dienen sie als assimilierende Aufnahmsorgane, als Haftorgane zur Erfassung fremder Nahrungsstoffe (daher Haptophore oder Rezeptoren genannt). Das Molekül des Nahrungseiweißes ist in gleicher Weise mit Haptophoren ausgestattet. Paßt ein Nahrungshaptophor — in chemisch-figuraler Vorstellung — auf ein Protoplasma-haptophor, etwa wie gerade der „richtige Schlüssel auf ein bestimmtes Schloß“, dann kann die chemische Verbindung dieser beiden Haptophore zustande kommen: die chemische Synthese, welche der Assimilation zugrunde liegt. Dies ist die physiologische Tätigkeit der Protoplasma-haptophore, welche gelegentlich auch abgestoßen und nach Bedarf vom Leistungskern des Protoplasma-moleküls reproduziert werden.

Gleich dem Molekül des Nahrungseiweißes hat nun auch das Toxinmolekül seine Haptophore. Passen — im obigen chemisch-figuralen Sinne — die Haptophore des Toxinmoleküls auf keines der Protoplasma-molekül-Haptophore der Körperzellen, dann ist eine Verankerung derselben ausgeschlossen und das Vorhandensein des Toxins im tierischen Organismus für denselben ganz irrelevant. (Hierauf beruht nach der EHRLICHschen Anschauung die natürliche Resistenz.)

Passen aber die Toxin-haptophore auf Haptophore des Zellprotoplasmas, dann werden sie verankert, gehen eine chemische Verbindung ein. Die so „besetzten“ Zellhaptophore werden dadurch ihrer physiologischen Funktion entzogen, der Leistungskern erzeugt — in regenerativer Funktion — neue. Nach dem WEIGERTSchen biologischen Gesetz tritt in solchen Fällen von Verlust und Neubildung aber nicht bloß reine Kompensation, sondern regenerativerische Überproduktion ein. Die im Überschuß erzeugten Haptophore bleiben aber als überflüssiger Ballast am Leistungskern

nicht sitzen, sie werden in die Blutbahn abgestoßen. Diese in die Blutbahn abgestoßenen „freien“ und frei zirkulierenden Rezeptoren sind das Antitoxin. Sie sind als „passende“ Haptophore natürlich befähigt, das in die Blutbahn gelangende Toxin sofort zu binden, abzufangen, und, bevor es noch an die giftempfindlichen Organzellen gelangen konnte, es unschädlich zu machen. Damit ist also das Toxin keine in ihrer Spezifität unerklärliche Wundersubstanz, sondern eine im Organismus schon physiologischerweise vorhanden gewesene Atomgruppe. Befremdend scheint es vielleicht auf den ersten Blick, daß derselbe Rezeptor, am Zellmolekül sitzend, die Ursache seines Verderbens ist, während er frei, in die Blutbahn abgestoßen, gerade die Rettung herbeiführt.

Gestatten Sie mir, m. H., ein einfaches Gleichnis zur Illustration zu versuchen: In einem Kriege ist eine Abteilung von Soldaten in Gefahr vor dem herannahenden Feinde. Sie ziehen rasch ihre Uniformen aus und hängen sie als Puppen auf dem Wege auf, wo der Feind herankommen muß. Im Augenblick, wo der Feind die glänzenden Uniformen aus großer Entfernung erblickt, ergießt sich ein Kugelregen auf sie, während die Soldaten unbemerkt und unverletzt bleiben. Dieselbe glänzende Uniform, welche auf dem Körper des Soldaten sitzend die feindlichen Kugeln auf ihn lenkt, war fern von seinem Körper imstande, sie von ihm abzulenken. Jedes Gleichnis hinkt und so unwahrscheinlich Ihnen diese Rolle der Uniform vor dem Feinde erscheint, so wahrscheinlich ist nach der EHRLICHschen Seitenkettentheorie das Verhalten der Zellrezeptoren gegenüber dem Toxin.

Aus dieser Auffassung des Immunisierungsprozesses ersehen Sie auch, daß für die Antitoxinbildung lediglich die haptophore Gruppe des Toxinmoleküls von Belang ist. Damit erklärt sich auch der Umstand, daß Toxine, deren Giftwirkung künstlich herabgesetzt wurde, denen — wenn ich so sagen darf — der Giftstachel ausgerissen wurde, sich zur Antitoxinerzeugung noch immer eignen, ja daß solche Modifikationen zu diesem Zwecke wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit für das zu immunisierende Versuchstier am allergeeignetsten sind.

Die Erkenntnis, daß das giftige Prinzip bei solchen Immunisierungen nicht das wesentliche ist, führte natürlich zu weiteren Versuchen, die geschilderte biologische Reaktion auch mit anderen, geeigneten Substanzen hervorzurufen. Diese Versuche haben zu glänzenden Erfolgen, zu außerordentlich interessanten Resultaten geführt. Dementsprechend ist der ganze Begriff von Immunität und Immunisieren heute ein erweiterter. Das Gemeinschaftliche aller dieser noch zu besprechenden Immunisierungen liegt darin, daß nach Einverleibung der verschiedensten Substanzen in den tierischen Organismus ein Reaktionsprodukt im Blutserum nachweisbar ist, welches gerade nur mit der zur Vorbehandlung des Tieres verwendeten Substanz in vollkommen spezifischer Weise reagiert, wobei dieses „Reagieren“ in sehr verschiedenen Formen eintritt. Wir benennen heute solche Reaktionsprodukte mit dem ganz allgemein gehaltenen Namen: Antikörper, Gegenkörper. Manchen dieser Reaktionsprodukte (Haptine II. und III. Ordnung) muß ein viel komplizierterer chemischer Aufbau zugeschrieben werden als den Antitoxinen (Haptine I. Ordnung). Wir können heute auf diese komplizierten Verhältnisse nicht eingehen. Ich möchte mich nur darauf beschränken, Ihnen eine kurze Übersicht der bisher gefundenen Antikörper zu geben.

Nach der Art der zur Vorbehandlung verwendeten Materialien und nach der Art der spezifischen Gegenwirkung lassen sich die im Blute der vorbehandelten Tiere auftretenden Antikörper ganz allgemein in drei große Gruppen teilen:

1. Antitoxine.

Sie entstehen durch Vorbehandlung mit lebenden oder abgetöteten Bakterien, Bakterientoxinen, Tier-

giften (Schlangengift), Pflanzengiften (Rizin, Abrin, Krotin).

Ihre Gegenwirkung besteht darin, daß sie die für den Tierkörper giftige Wirkung der angeführten Materialien in spezifischer Weise aufzuheben, als Gegengifte zu wirken vermögen.

2. Cytotoxine.

In dieser Gruppe dienen Zellen (auch Organbrei) des tierischen Organismus zur Vorbehandlung der Versuchstiere. Die Zahl der Zellgattungen, welche in einschlägigen Versuchen zur Bildung spezifischer Antikörper führte, ist bereits eine beträchtliche. Hierher gehören die Hämolytine¹⁾ (und Hämagglutinine), die durch Vorbehandlung mit Erythrozyten entstehen, das Leukotoxin durch Leukozyten, das Spermatoxyn durch Spermatozoen, ferner Antikörper, welche durch Injektion von Nierenzellen, Leberzellen, Flimmer-epithelzellen und Zellsubstanz des Zentralnervensystems erzeugt werden.

Das Charakteristische der Antikörper dieser Gruppe liegt darin, daß sie spezifische Zellgifte sind, d. h. daß sie in spezifischer Weise auf die zu ihrer Entstehung verwendete Zellgattung deletär einwirken. Sie unterscheiden sich also wesentlich von den Antikörpern der ersten Gruppe (den Antitoxinen) dadurch, daß sie selbst Gifte sind.

Sie unterscheiden sich ferner noch wesentlich von denselben dadurch, daß sie selbst wieder befähigt sind, ihrerseits Antikörper (Anti-Antikörper) zu bilden, während Immunisierungsversuche mit Antitoxinen vollständig ergebnislos sind.

Dementsprechend wäre hier noch eine weitere Gruppe von Antikörpern anzuführen, welche durch Vorbehandlung mit Cytotoxinen zustande kommen. Von solchen kennen wir Antihämolytine²⁾, Antileukotoxin, Antispermatoxin und Antiepithelserum. In dieser Gruppe wären auch die durch Immunisierung mit Bakteriolytinen entstehenden Antibakteriolytine (PFEIFFER und FRIEDBERGER) aufzuführen.

3. Präzipitine.

Sie entstehen durch Vorbehandlung von Tieren mit Eiweißkörpern. Das Charakteristische ihrer „Gegenwirkung“ besteht darin, daß sie mit Lösungen der zur Vorbehandlung verwendeten Substanzen spezifische Niederschläge geben. Positive Immunisierungsversuche werden erhalten mit Blutserum, Milch, Hühnerweiß, Globulin, Witte-Pepton, eiweißhaltigem Urin, Muskeleiweiß, Pflanzenalbumosen, Extrakten aus Erythrozyten (Erythropräzipitine). Auch Versuche mit reinen Eiweißkörpern liegen vor.

Auch die Antikörper dieser Gruppe sind zur Erzeugung von Anti-Antikörpern geeignet. Man kann durch Vorbehandlung mit Präzipitinen Anti-Präzipitine erhalten, Substanzen, welche die durch das Präzipitin bewirkte spezifische Niederschlagsbildung hintanzuhalten vermögen.

So ließ sich z. B. durch Immunisieren mit Laktoserum ein Anti-Laktoserum erzielen (KRAUS und EISENBERG, A. SCHÜTZE).

In diesem Punkte stimmen also die Antikörper der 2. und 3. Gruppe, die sich im Wesen ihrer Gegenwirkung sonst beträchtlich unterscheiden (hier Niederschlagsbildung, dort Zellauflösung), doch auffälliger Weise überein und stehen in gemeinschaftlichem Gegensatz zu den Antitoxinen.

Schließlich wären noch Versuche mit Fermenten (Emulsin, proteolytischen Enzymen gewisser pathogener Bakterien, Lab, Fibrinferment, Tyro-

¹⁾ Hierher gehören auch die Bakteriolytine und Agglutinine, welche in analoger Weise nach Vorbehandlung mit Bakterien (B. cholerae etc.) entstehen.

²⁾ Da ein Eingehen auf die komplexe Natur dieser Zellgifte hier nicht am Platze ist, so dürften auch weitere Ausführungen über Anti-Immunkörper und Antikomplemente unangebracht erscheinen.

sinase, Pankreatin, Pepsin) anzuführen, welche positive Resultate ergaben. Die bei den angeführten Versuchen auftretenden Antikörper vermögen in spezifischer Weise die Fermentwirkung aufzuheben.

Es ließen sich noch einzelne positive Immunisierungsergebnisse anführen, die in dem obigen Schema schwer unterzubringen sind. So berichtet z. B. WENDELSTADT über einen Antikörper gegen Blutegelextrakt, der die gerinnungshemmende Wirkung des Blutegelextraktes aufhebt, und über einen mit diesem Antikörper gewonnenen Anti-Antikörper, der wieder diese Wirkung des Antikörpers paralyisiert. v. DUNGERN konnte durch Injektion von in Seewasser verriebenen Eiern gewisser Seesterne (*Asterias glacialis*) und Seeigel (*Echinus microtuberculatus*, *Sphaerechinus granularis*) im Kaninchenblutserum Immunprodukte gewinnen.

Diese durchaus nicht auf Vollständigkeit Anspruch machende Zusammenstellung gibt eine Übersicht der wichtigsten bisher mitgeteilten Versuche über diejenigen Materialien, welche zur Bildung von Antikörpern führen.

* * *

M. H.! Ich habe versucht, in kompendiöser Form Ihnen die Vorstellungen über Immunität und Krankheitsschutz in ihrer Entwicklung bis auf den heutigen Stand dieser Lehre kurz zu skizzieren. Ich möchte meine Ausführungen nicht schließen, ohne noch einmal darauf hinzuweisen, daß wir, trotz der Größe des bereits Geleisteten, doch nur an der Schwelle eines enormen Arbeitsgebietes stehen, dessen weitere Ausgestaltung auf den bereits eingeschlagenen Bahnen in Bälde Resultate zutage fördern dürfte, deren Bedeutung für die wissenschaftliche und praktische Medizin wir heute kaum zu ahnen vermögen.

Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus.

Von Primararzt **Dr. L. Wick** in Badgastein.

IV.

Es fragt sich nun, ob diese Sätze weitere Schlußfolgerungen zulassen, insbesondere ob wir daraus über das Wesen der chronischen Fälle etwas ableiten können; ich glaube, daß dies möglich ist. Wir haben nämlich in vier dieser Fälle solche Affektionen der weichen und festen Gelenksbestandteile vor uns, die wir als Arthritis nodosa, ankylopoetica oder deformans auffassen. Zwei dieser Fälle zeigen uns auch deutlich, daß eine sichere Abgrenzung der nodosa von der deformans nicht möglich ist.

Nachdem nun aber bei diesen 4 Fällen eine und dieselbe ungewöhnliche Lokalisation mit der gleichen histologischen Beschaffenheit vorkommt, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß diese Prozesse ihrem Wesen nach gleich sind.

Da wir ferner den gleichen Knoten auch in einem Fall finden, von welchem ich wenigstens mit der größten Wahrscheinlichkeit behaupten kann, daß ein akuter Gelenkrheumatismus vorausgegangen und der objektive Befund ein Rest eben des wiederholt rezidierten akuten Leidens ist, so werden dadurch alle 5 Fälle derart miteinander verknüpft, daß man sagen kann, sie gehören in dieselbe Kategorie von Gelenksleiden, nur stellt der erste Fall die akute, die übrigen die chronische Form des Gelenkrheumatismus dar.

Wir brauchen demnach für die chronischen Fälle nicht den Namen Arthritis, sondern können sie als primären chronischen Gelenkerheumatismus bezeichnen, so wie es PRIBRAM tut, können in denselben aber auch die Osteoarthritis, welcherer noch eine selbständige Stellung gibt, einreihen. Wollen wir aber die verschiedenen

Namen beibehalten, so haben sie nur mehr die Bedeutung eines kurzen Ausdrucks für die verschiedenen Erscheinungsformen eines und desselben Grundleidens.

Nachdem sich diese Schlußfolgerung wesentlich nur auf einen histologischen Befund aufbaut, so fragt es sich, ob noch andere Tatsachen in Übereinstimmung stehen und als Beweis dienen können — und das ist der Fall.

Ein zweiter Beweis liegt in dem Vorkommen von Übergangs- und Mischformen, und zwar beobachten wir Übergänge einerseits vom akuten in den chronischen Gelenksrheumatismus, andererseits Übergänge einer chronischen Varietät in die andere. Ich habe diese Übergänge in meinem früheren Referat des näheren ausgeführt und brauche mich bloß darauf zu berufen. PRIBRAM spricht selbst von direkt beobachteten Übergängen des akuten Gelenksrheumatismus in die Arthr. nodosa, nur scheut er sich, diese Erkrankungsformen zu identifizieren, weil die chronisch beginnende Arthr. nodosa in der Regel von keinen Klappenfehlern begleitet ist, während das bei der aus dem akuten Gelenksrheumatismus hervorgehenden in hohem Maße der Fall ist; er führt bei letzteren 18% sichere Klappenfehler, bei 67% Herzgeräusche, bei ersteren 4% Klappenfehler, bei 26% Herzgeräusche an. Ein absolutes Hindernis gegen die Identifizierung ist dieses Verhältnis gewiß nicht.

Was die Mischformen anlangt, so ist es Tatsache, daß an einer und derselben Person die Gelenke in verschiedenem Grade erkrankt sein können; selbst bei einer Arthr. nodosa können wir die kleinen Gelenke schon seit langem verkrüppelt vorfinden, während in den größeren z. B. Hydrops oder bloße Zottenwucherung besteht. In dem einen der angeführten Fälle machte ich darauf aufmerksam, daß man ihn sowohl der Arthr. nodosa als auch der Osteoarthritis zuteilen könnte. Ebenso können an einer und derselben Person das eine Mal Erscheinungen des akuten Gelenksrheumatismus, das andre Mal des chronischen zu beobachten sein und es trifft sich nicht so selten, daß das Gelenkleiden in allmählicher fieberloser Art beginnt, dann einmal eine Exazerbation oder Rezidive unter höherem Fieber erfährt, welche als akuter Gelenksrheumatismus bezeichnet werden muß. Daß man klinisch von einem subakuten Gelenksrheumatismus spricht, ist gleichfalls ein Zugeständnis, daß es zwischen diesen Formen des Gelenksrheumatismus fließende Übergänge gibt.

Eine dritte Tatsache bzw. Beweis liegt in der Beobachtung, daß jene Pseudorheumatismen, welche also nach Scharlach, Masern, Diphtheritis, Lungenentzündung, Influenza, Tripper meist in akuter Form auftreten, doch auch, wenn auch viel seltener, in chronischer Form beobachtet wurden; es liegt nahe, dasselbe auch vom echten Gelenksrheumatismus anzunehmen.

Hieran läßt sich auch die weitere Tatsache anknüpfen, daß MENZER bei Behandlung des akuten und chronischen Gelenksrheumatismus mit seinem Antistreptokokkenserum die gleiche allgemeine und lokale Reaktion beobachtet hat.

Trotz aller dieser Tatsachen kann man sich aber doch nicht verhehlen, daß noch genug Zweifel übrig bleiben, daß keiner der angeführten Gründe zwingend genug ist und schon die nächste neue Tatsache obige Schlußfolgerung umstoßen könnte. Diese Unsicherheit stammt davon her, daß wir den Erreger des akuten Gelenksrheumatismus noch nicht mit Sicherheit kennen. Zwar wissen wir, daß das Krankheitsbild des akuten Gelenksrheumatismus im Gefolge verschiedener Infektionskrankheiten vorkommt und von verschiedenen, uns bereits bekannten Bakterien, Gono-, Strepto- und Staphylokokken, erzeugt werden kann — wie eben früher bemerkt, nennen wir sie Rheumatoide —, daß es aber doch auch Fälle gibt, in denen solche nicht gefunden wurden, daher uns noch unbekannte Krankheitserreger angenommen werden müssen, wie auch neuerdings wieder bewiesen wurde (PHILIPP, Zur Ätiologie des akuten Gelenksrheumatismus. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1903). Ob nun das Verhältnis so ist, wie MENZER

und andere es annehmen, daß die parasitären Bakterien des Nasenrachenraumes es sind, welche nach Überwindung des lymphatischen Schutzringes im Rachenraum eine Allgemeininfektion des Blutes bewirken und sich in den Gelenken ansiedeln, wogegen dann der Organismus in der Form einer Entzündung derselben reagiert, kann ich nicht entscheiden.

Noch weniger kennen wir trotz der Untersuchungen von BLAXALL, BANNETTYNE, SCHÜLLER usw. den Krankheitserreger der chronischen Arthritis, und wenn MENZER annimmt, daß dieselben Parasiten so wie den akuten auch den chronischen Gelenksrheumatismus erzeugen und das Krankheitsbild im letzteren nur durch die Konstitution des betreffenden Kranken modifiziert wird, welche die normale Reaktion nicht aufbringt, so muß man diese Anschauung so lange zurückstellen, als nicht die Verhältnisse beim akuten Gelenksrheumatismus geklärt sind. Ich muß gestehen, daß ich in meinem Material nicht gefunden habe, daß die an chronischem Gelenksrheumatismus Leidenden vor oder während der Erkrankung in höherem Maße mit Erkrankungen des Nasenrachenraumes behaftet gewesen wären, als man dies in der Breite der Gesundheit antrifft; selbst beim akuten Gelenksrheumatismus traf ich dies nicht an.

Sehe ich nun von der noch immer nicht geklärten Frage der Infektion ab und halte ich mich an die früher angeführten Tatsachen, so lassen sich gegen deren Beweiskraft verschiedene Einwände machen.

Was nun sogleich die erste Tatsache, nämlich die gleichartige Knotenbildung betrifft, so könnten Zweifel durch die Möglichkeit hervorgerufen werden, daß sie Gichtknoten seien oder durch die harnsaure Diathese erzeugt wurden. RIEHL hat einen makroskopisch ganz gleichbeschaffenen, an der gleichen Stelle im aponeurotischen Gewebe sitzenden Knoten beschrieben und gezeigt, daß, wenn der Knoten nicht in Alkohol konserviert und die Schnittpräparate mit wässrigen Farblösungen behandelt werden, die Kristalle der Harnsäure aus demselben verschwinden können, er also nicht als Gichtophus erkannt werde.

In den vorliegenden Fällen wurde darauf allerdings nicht sofort Rücksicht genommen, so daß wenigstens in den ersten zwei Fällen ein Zweifel statthaft wäre, obzwar es nicht wahrscheinlich ist, daß bei der sehr sorgsam und auf verschiedene Art vorgenommenen Untersuchung geradezu jeder Harnsäurekristall aus dem Präparat verschwunden wäre, wenn welche überhaupt da waren. Auch hat die makroskopische Beschaffenheit und die Untersuchung des frischen Strich- und Zupfpräparates durchaus nicht für die Anwesenheit solcher gesprochen.

Schwerer aber wiegt eine andere Möglichkeit, nämlich die, daß die Harnsäure wohl die Knotenbildung angeregt habe, aber daraus auch wieder durch Lösung oder Fortführung durch den Säftestrom verschwunden sei, ohne daß zugleich der Knoten selbst sich zurückgebildet hätte. Gegen diese Möglichkeit spricht nun aber doch der histologische Befund, die Bildung von Knorpel- und Knochensubstanz, welche man bisher in Gichtknoten nicht beobachtet hat. Ich kann dem noch hinzufügen, daß in obigen Fällen auch sonst kein Anzeichen einer harnsauren Diathese bestand und der Verlauf in keiner Weise einer solchen Diagnose entsprach.

Ein anderer Einwand wäre, daß diese Knoten zu selten vorkommen, als daß ihnen eine Beweiskraft zukäme.

Es besteht keine Statistik darüber, doch scheint es, daß sie nur bei uns selten sind; in der englischen Literatur finden sie sich wie es scheint öfter verzeichnet, auffallenderweise auch hier häufiger beim weiblichen Geschlecht. Ich fand sie unter 270 Personen des Spitalsmaterials, die einmal einen akuten Gelenksrheumatismus überstanden hatten, zweimal, unter 402 Fällen von chronischem Gelenksrheumatismus 13mal (von den früher angeführten 15 Fällen gehören 2 in die Privatklientel), d. h. unter 672 Fällen 15mal = 2 2/10%. In den einzelnen Gruppen der chronischen Arthritis fällt nun aber

die Häufigkeit verschieden aus, so fand ich sie bei der Arthr. nodosa so wie bei der Arthr. hyperplast. in 5% und könnte uns das sagen, daß sie um so häufiger sind, je bedeutender die Gelenksveränderungen und je älter sie sind. Also je nachdem man aufteilt, wäre die Seltenheit nicht so groß. In LINDMANN'S Publikation finden sich 59 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Es kann übrigens eine Erscheinung selten, dabei aber doch beweisend sein, wenn sie nämlich charakteristisch ist. Das letztere scheint zuzutreffen, denn ich selbst sah sie bisher nur bei rheumatischen Erkrankungen und ebenso sind sie auch in der Literatur nur bei solchen verzeichnet. Zum Teil sind sie gewiß auch deshalb weniger bekannt, weil gewöhnlich nicht speziell nach ihnen gesucht wird und der Kranke darauf nicht immer aufmerksam macht, da er manchmal von ihrer Existenz selbst keine Ahnung hat. In anderen Fällen werden sie vielleicht für gichtische Ablagerungen gehalten; davon später.

Ein weiterer Einwand ist der, daß, wenn ich in einem Fall von akutem Gelenksrheumatismus einen solchen Knoten und auch noch andere Eigentümlichkeiten, wie sie der chronischen Arthritis zukommen, beobachtete, eben dieser Fall dann möglicherweise kein wirklicher akuter Gelenksrheumatismus, sondern eine chronische Arthritis mit akutem Beginn gewesen sei, oder man könnte diesen Einwand auch so formulieren, daß man sagt, es sei ursprünglich ein akuter Gelenksrheumatismus gewesen, aber in dessen Verlauf sei noch eine zweite *Materia peccans*, eben jene der chronischen Arthritis zur Wirksamkeit gelangt, gleichviel ob diese nun ein zweites Bakterium oder ein giftiges Stoffwechselprodukt oder eine Konstitutionsanomalie sei.

Da ich nun nicht Gelegenheit hatte, meinen ersten Fall im akuten Stadium selbst zu beobachten, so kann ich einen solchen Einwand nicht von vornherein abweisen. Sie werden mir aber zugeben, daß die Krankengeschichte, welche von wiederholter Schwellung aller Gelenke mit gesunden Intervallen, von interkurrenter Lungen- und Rippenfellentzündung mit nachfolgender Gelenkschwellung und dazu der Befund eines Herzfehlers bei einem jungen Mann nur sehr gezwungen anders als ein akuter Gelenksrheumatismus gedeutet werden kann. Dazu kommt, daß der Befund nichts darbietet, was nicht auch beim akuten Gelenksrheumatismus beobachtet worden wäre, also hauptsächlich die Knotenbildung und die Verdickung der Knochen. Ich erinnere dabei an die Beobachtungen verschiedener Autoren, die Sie in der Abhandlung PRIBRAMS angeführt finden, und ist in dieser Beziehung besonders auch interessant, daß die Röntgenuntersuchung akut-rheumatischer Gelenke nach HAIM schon in den ersten Tagen nach dem Beginne des Rheumatismus Anzeichen einer Entzündung des spongiösen Gelenkknorpelendes beobachten läßt. Daß diese Knochenverdickung auch in meinem Fall einem akuten Prozeß entsprang, geht auch aus der Tatsache hervor, daß sie bald rückgängig wurde. In einem anderen Falle könnte sie nun aber auch bleibend werden, und ein solcher Fall kann dann nicht anders denn als direkter Übergang des akuten Gelenksrheumatismus in den chronischen resp. in die Arthr. deformans angesehen werden. Mein Fall spricht entschieden für die Möglichkeit eines solchen Überganges.

Daß man solche Übergänge des akuten in den chronischen Gelenksrheumatismus nun faktisch sehr selten direkt beobachtet, könnte als weiterer Einwand geltend gemacht werden, aber das Faktum ist wohl durch andere Umstände begründet; es bekommt ja nicht immer derselbe Arzt, der das akute Stadium beobachtet hat, auch die chronische Veränderung zu Gesicht. Will man aber der Anamnese nur einige Glaubwürdigkeit schenken, so kann ich aus meinem eigenen Material finden, daß von 270 Fällen 76 es waren, hauptsächlich Weiber, in denen der akute Gelenksrheumatismus chronische Veränderungen im Gefolge hatte, darunter einige mit dem der Arthr. nodosa zukommenden Krankheitsbild.

Und warum soll ein solcher Übergang nicht möglich sein, wo wir ihn doch bei Gelenksaffektionen anderer Herkunft direkt beobachten?

Ich glaube also, daß die These, die verschiedenen Formen der chronischen Arthritis seien nichts anderes als Varietäten des gleichen Grundprozesses und eben dieser nichts anderes als die chronische Form des akuten Gelenksrheumatismus, begründet ist und insbesondere durch die Beobachtung und Untersuchung der vorgeführten Knoten eine Bekräftigung erfahren hat.

Damit ist aber noch nichts ausgesagt über die Entstehung des akuten oder chronischen Gelenksrheumatismus überhaupt.

Nachdem ich diesen Gegenstand bereits in meinem Referat ausführlicher behandelt habe, so gehe ich jetzt bloß auf die Frage ein, ob wir der geschilderten Knotenbildung und dem histologischen Befund neue Gesichtspunkte abzugewinnen vermögen.

Ich habe schon früher gesagt, daß die Knoten nur als ungewöhnliche Lokalisationen des Grundprozesses angesehen werden können, und es ist gewiß von Interesse, daß man den histologischen Befund und die Vorgänge in denselben in Parallele setzen kann mit eben diesen Verhältnissen in den kranken Gelenken, insbesondere in den chronischen Fällen.

Sowie in den Knoten die gewebbildende Entzündung überwiegt und die Eiterung nur als ein Akzidens erscheint, so auch in den Gelenken, allerdings in beiden Fällen verbunden mit gleichzeitigen regressiven Vorgängen. Auch darin findet sich eine Analogie, daß die Knoten spontan verschwinden können und ebenso bereits weit vorgeschrittene Veränderungen in den Gelenken und selbst Knochen rückgängig, in einzelnen Fällen bis zur Norm, beobachtet werden können.

Welche histologische Beschaffenheit nun jene Knoten hatten, welche spontan von einem auf den anderen Tag oder nach längerem Bestehen wieder verschwinden, vermag ich nicht zu sagen, sondern vermute nur, daß deren Organisation noch nicht soweit vorgeschritten war als in den demonstrierten Fällen. Vielleicht hat man sich dieselbe von jener Beschaffenheit zu denken, welche NEPVEU und BAR in einem Falle von ephemeren subkutanen Knoten beschreiben. Sie fanden nämlich da nekrotische Herde mit einer Reaktionszone und Mikroorganismen und eine Embolie in einer Arteriole mittleren Grades. Sehnenknötchen scheinen überhaupt noch nicht untersucht worden zu sein.

Dieses mitunter rasche Verschwinden dieser Knötchen gestattet uns auch einen Ausblick auf die Möglichkeit einer spontanen oder durch unsere Behandlung herbeigeführten Heilung selbst schwerer Formen des chronischen Gelenksrheumatismus. Wenn wir von schwerer Heilbarkeit der Arthr. nodosa oder ankylopoetica sprechen, so haben wir gewöhnlich jene Fälle vor Augen, in denen es bereits zur Verkrüpplung gekommen ist, zum Teil sprechen wir aber auch so, weil wir diese Arthritis als eine Krankheit sui generis aufgefaßt haben. Sehen wir in ihr aber nichts als die chronische Form des akuten Gelenksrheumatismus und vereinigen sie mit den übrigen Kategorien, so fällt das Urteil schon weniger pessimistisch aus. Wir werden die schwere Heilbarkeit dann nicht mehr als essentiell in der Natur der Krankheit begründet, die häufig beobachtete Verkrüpplung nicht mehr als unabweislichen Ausgang derselben hinnehmen, sondern als Folge noch verschiedener anderer dabei mitwirkender Ursachen, als welche ich die hereditäre, geschlechtliche und Altersdisposition sowie äußere Momente nenne, welche Verhältnisse ich bereits in meinem Referat ausführlicher behandelt habe.

Ich könnte weiters an das Vorhandensein von Mikroorganismen in zweien der beschriebenen Knoten anknüpfen; es ist möglich, daß ganz die gleichen auch in den übrigen vorhanden waren, aber daraus wieder verschwunden sind. WEICHELBAUM beschränkt sich darauf, sie für das Auftreten von Eiter-

körperchen und für die eitrig-einschmelzende Gewebeschmelzung des Gewebes als ursächliches Moment anzusprechen und läßt damit offenbar die Frage offen, welche Ursache ursprünglich diese Knoten erzeugt habe. Ich habe dieser Erklärung nichts hinzuzufügen. Würde ich aber z. B. annehmen, daß die Staphylokokken die Erreger des chronischen Gelenksrheumatismus seien, so müßte ich erst recht die Frage nach den mitwirkenden Ursachen aufwerfen, denn aus den biologischen Eigenschaften des Krankheitserregers allein oder allenfalls noch eines zweiten dabei mitwirkenden Mikroben dürfte es schwerlich möglich sein, die so verschiedenen Formen und Ausgänge des Gelenksrheumatismus, das eine Mal Heilung, das andere Mal jahrelanges Siechtum, Ankylose eines Gelenkes oder Verkrüppelung in allen, abzuleiten.

Die Schwierigkeit der Erklärung beginnt ja schon beim verhältnismäßig einfachen Fall eines solchen Knotens, nämlich insofern, als wir gewohnt sind, Staphylokokken als Erreger einer Eiterung, eines septischen Prozesses anzusehen und nun finden, daß die wahrscheinlich von ihnen angeregte Entzündung nicht dazu, sondern zur Gewebsbildung geführt hat. Daß die Disposition eine große Rolle spielt, geht schon daraus hervor, daß unter 306 Fällen von chronischer Arthritis mit nachweisbaren Gelenksveränderungen 60%, in den 13 Fällen von Arthr. nodosa allein 89% und unter den 53 Fällen von chronischer Arthritis mit Knötchenbildung 77% dem weiblichen Geschlecht angehören, welches letztere Verhältnis auch für die in der Literatur verzeichneten Fälle zutreffen dürfte.

Ich bin demnach, so interessant das Vorkommen dieser Knötchen ist, nicht in der Lage, daraus neue Gesichtspunkte für die Auffassung des rheumatischen Prozesses zu gewinnen, und möchte nur bezüglich der Entstehung derselben einiges bemerken. Der Untersuchung ΝΕΡΥΕΥΣ zufolge könnte man sie als Folgen einer Embolie auffassen und wurden die Knötchen auch als den Klappenvegetationen analoge Gebilde angesehen.

Es ist dabei nicht unwichtig, nachzusehen, ob die beobachteten Fälle Anzeichen einer Endokarditis dargeboten haben, sowie das in der Literatur in mehreren, aber nicht in allen Fällen verzeichnet ist. Ich finde jedoch unter meinen 17 Fällen nur 2 mit einer noch bestehenden Herzaffektion verzeichnet, in 2 anderen soll sie früher einmal bestanden haben. Ich kann also einen derartigen Zusammenhang nicht konstruieren.

Daß gerade in den fibrösen Geweben diese Knötchen entstehen, erinnert an ein gleichartiges Verhalten bei der Gicht, wobei man sich vorstellt, daß die harnsauren Salze deshalb in diesem Gewebe leicht herausfallen, weil es gefäßarm ist und darum leichter eine saure Reaktion des Gewebssaftes entsteht.

Referate.

HERBERT (Stuttgart): **Über das Vorkommen von Typhusbazillen in den Fäzes und dem Urin von Typhusrekonvaleszenten.**

Von 98 Rekonvaleszenten gelangte der Urin 228mal, der Stuhl 216mal zu Verarbeitung. Typhusbazillen fanden sich im Urin bei 18 Patienten, d. h. in 18%, und zwar bei der ersten Untersuchung allein 12mal, bei der zweiten allein 4mal, bei der zweiten und vierten 2mal. Im Stuhl wurden Typhusbazillen nur bei drei Leuten nachgewiesen, d. h. in 3%, je 1mal bei der ersten und zweiten und 1mal bei der zweiten und fünften Untersuchung. Von dieser letzteren abgesehen gab bei allen 3 Patienten zu gleicher Zeit auch der Urin einen positiven Befund. Im Urin wurden die Typhusbazillen immer in großer Anzahl, teilweise in Reinkultur angetroffen; an der Diagnose war häufig schon bei dem ersten Anblick der Platten gar nicht zu zweifeln; im Stuhle waren sie

dagegen immer nur in geringer Menge vorhanden. Bemerkenswert war, daß nicht selten im Urin Spuren von Eiweiß nachgewiesen wurden, und zwar gerade bei solchen Patienten, bei welchen nachher Bazillen gefunden wurden („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 11). Besonderes Interesse bot ein Patient. Bei der ersten Untersuchung fanden sich weder in seinem Urin, noch in seinen Fäzes Typhusbazillen, die zweite ergab bei beiden ein positives Resultat, die dritte war wieder ergebnislos, beim viertenmal wurden noch im Urin, beim fünftenmal noch in den Fäzes Bazillen nachgewiesen, also noch 6 Wochen nach dem ersten fieberfreien Tage. Diese Erkrankung war mittelschwer gewesen und von einem leichten Rezidiv gefolgt. In seiner Rekonvaleszenz sah Pat. immer schlecht aus und litt häufig an Diarrhöe. Von den übrigen Patienten, in deren Entleerungen sich Typhusbazillen nachweisen ließen, waren 4 schwer, 11 mittel und 3 leicht krank gewesen. 9 derselben hatten Rezidive. Man kann also sagen, was von vorherein wahrscheinlich ist, daß bei schwerer Erkrankten und solchen, welche ein Rezidiv bekommen, ein Schwinden der Typhusbazillen aus dem Körper später zu erwarten ist als bei Leichtkranken. Von hervorragender praktischer Bedeutung für die Bekämpfung des Typhus ist schließlich die Tatsache, wie sie wenigstens aus den vorliegenden Untersuchungen hervorgeht, daß das Vorkommen von Typhusbazillen bei Rekonvaleszenten hauptsächlich auf den Urin beschränkt ist. Im Stuhle wurden sie nur bei 3 Patienten nachgewiesen und auch da war der Urinbefund zu gleicher Zeit positiv. Große praktische Wichtigkeit hat ferner noch das Ergebnis, daß positive Befunde, abgesehen von dem obigen Falle, nur in den ersten 4 Wochen der Rekonvaleszenz vorkamen. B.

KÖRNER (Rostock): **Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluß von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus.**

Die Ansichten über die Gefahr operativer Eingriffe bei Diabetikern sind verschieden; während die einen aus Angst vor Eintritt des Koma jede Operation bei einem Diabetiker verweigern, beschränken sich die anderen nur auf dringende Operationen. Die Ursache für den Eintritt des Koma ist nach Ansicht einiger Autoren die Narkose, andere schreiben die Schuld der Nahrungsentziehung, dem Wasserverlust, dem Mangel an Bewegung etc. zu.

Um sich über den Einfluß der operativen Eingriffe auf den Verlauf des Diabetes zu orientieren, hat Verf. versucht, gleichartige Fälle aus der eigenen Praxis und aus der Literatur miteinander zu vergleichen, weil seiner Meinung nach die bisherigen Verschiedenheiten in den Ansichten durch die Ungleichmäßigkeit des Beobachtungsmaterials bedingt sind. Verf. hat nun die Erfolge bei Mastoiditisoperationen verglichen und die Schlüsse, zu welchen er kommt („Mitth. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 12, Heft 5) und die vorläufig nur für Operationen von der Dauer und Bedeutung der Mastoiditisoperation gelten, sind folgende:

1. Bei der leichten Form des Diabetes kann die Operation die Zuckerausscheidung vorübergehend steigern, ohne den Kranken weiter zu schädigen.
2. Eine Gefahr des Überganges der leichten Form des Diabetes in die schwere durch die Operation scheint nicht zu bestehen.
3. Der Eintritt des Koma infolge der Operation ist nur zu fürchten, wenn der Diabetiker bereits vor der Operation die klinischen Erscheinungen der schweren Form zeigt, namentlich wenn die GERHARDTSCHE Probe auf Acetessigsäure im Harne stark positiv ist.
4. Eine Kontraindikation gegen eine Operation stellt die leichte Form des Diabetes nicht dar.
5. Operationen ex indicatione vitali dürfen auch bei mittelschweren und schweren Fällen von Diabetes vorgenommen werden. ERDHEIM.

LIEBLEIN (Prag): **Über Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung.**

An der Klinik WÖLFLEER hatte Verf. Gelegenheit, drei Fälle von Fremdkörpern im Halsteil des Ösophagus zu behandeln und, als die Extraktion der Fremdkörper durch den Mund mißlang, dieselben mittelst Oesophagotomia externa zu entfernen. Im ersten

Falle war es ein Knopf, im zweiten eine runde Blechplatte, im dritten ein großes Knochenstück. Bei der Operation fand Verf. im ersten Falle den Ösophagus durch den Fremdkörper fast vollständig usuriert und das periösophageale Zellgewebe schon eitrig infiltriert, obwohl der Fremdkörper kaum 24 Stunden an dieser Stelle lag. Der Patient, ein 1jähriges Kind, erlag einer Pneumonie, die anderen zwei Patienten genasen.

In Bezug auf die Technik empfiehlt Verf. („Beiträge zur klin. Chir.“, Bd. 41, Heft 3), den Ösophagus von der linken Halsseite zu eröffnen, wenn aber (wie im Falle 3) der Fremdkörper auf der rechten Seite des Ösophagus eingeklebt ist, dann kann man auch von rechts eingehen, ohne auf besondere Schwierigkeiten zu stoßen und ohne den Nervus laryngeus zu verletzen.

Endlich berichtet Verf. über einen Fremdkörper, der im Brustteil des Ösophagus seit mehreren Tagen eingeklebt war und der vom Magen aus, nach Eröffnung desselben und Eingehen mit der ganzen Hand, extrahiert werden konnte. ERDHEIM.

ERNST BARRIÉE (Paris): Das Herz bei den Verkrümmungen der Wirbelsäule und den Thoraxdeformationen.

Verf. hat acht Fälle obigen Charakters beobachtet, bei denen es zu schweren Herzstörungen gekommen war. In fünf Fällen bestätigte die Autopsie die Befunde. Bei der Kyphose kommt es zur Verkleinerung des transversalen und vertikalen Thoraxdurchmessers, während der antero-posteriore vergrößert ist. Das Herz erscheint nur in den hochgradigen Formen in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Auch bei der Lordose besteht außer einer zuweilen zu konstatierenden Linksverlagerung normaler Herzbefund. Dagegen kommt es bei der Skoliose — ob nun die Konvexität nach links oder nach rechts gerichtet ist — infolge der starken Verengung des Brustraumes und der Respirationsbeschwerden zu einer derartigen Erschwerung der Zirkulation im kleinen Kreislauf, daß eine Hypertrophie des rechten Herzens und eine relative Trikuspidalinsuffizienz resultiert. Wenn sich zur Deformation des Thorax ein organisches Vitium hinzugesellt, leiden die Zirkulationsverhältnisse derart, daß Kompensationsstörungen binnen kurzem zum Exitus führen. Beim rachitischen Thorax werden oftmals Verlagerungen und Hypertrophie des Herzens gefunden. Über Veränderungen bei Osteomalazie ist nichts Genaueres bekannt. Bei der sogenannten „Trichterbrust“, deren Ätiologie noch unbekannt, wird das Herz nach links und oben verdrängt, was bei gleichzeitigem pleuritischen Exsudate bedeutungsvoll ist. Bemerkenswert sind auch die Mißbildungen des Thorax, die zugleich mit kongenitalen Herzdefekten auftreten.

J. S.

MEINICKE (Berlin): Über der Wert der Hämolysebildung der Vibrionen für die praktische Cholera-diagnose.

Es gibt choleraähnliche Vibrionen- und echte Cholera-Stämme, die auf Blutagarplatten helle Höfe bilden. Andere Stämme echter Cholera- und choleraähnlicher Vibrionen lassen die Blutplatte unverändert. Dazwischen kommen alle Übergänge vor. Eine differentialdiagnostische Bedeutung hat die Kultur auf Blutagarplatten daher weder für die Unterscheidung der Cholera-vibrionen von Fäzesbakterien, noch von choleraähnlichen Vibrionen. Für die praktische Cholera-diagnose kommt sie daher nicht in Betracht. Aus der Bildung einer Aufhellungszone auf Blutagarplatten kann man nicht ohne weiteres schließen, daß der untersuchte Stamm Hämolyse bildet. Echte Cholera-kulturen bilden kein Hämolyse; einzelne choleraähnliche Vibrionen bilden Hämolyse, die untereinander nicht identisch sind. G.

M. DAVID (Berlin): Traumatische Gelenkneurosen.

Wenn auch mit Zunahme unserer Kenntnisse der verschiedenen Gelenkerkrankungen die Diagnose „Gelenkneurose“ wesentlich eingeeignet wurde, so besteht doch der Begriff derselben noch immer für eine ganze Reihe von Fällen zu Recht. Es gibt noch immer

eine Anzahl von Fällen, welche beim Fehlen jedes nachweisbaren pathologisch-anatomischen Substrates nur als funktionelle Neurosen aufgefaßt werden können. Ist die Ätiologie des Leidens ein Trauma, dann spricht man von traumatischen Gelenkneurosen. Man findet in allen diesen Fällen eine mit hochgradigen Schmerzen und Funktionsbehinderung größeren Grades verbundene lokalisierte Gelenkaffektion, für deren Bestand sich keine pathologischen Veränderungen nachweisen lassen. Als souveränes Mittel zur Behandlung der Gelenkneurosen empfiehlt DAVID („Monatsschrift für orthopädische Chirurgie und physikalische Heilmethoden“, 1904, Nr. 4) das Tapotement der erkrankten Partien. Durch dasselbe soll mit Sicherheit die Herabsetzung der pathologisch gesteigerten Erregbarkeit und Empfindlichkeit der sensiblen Nerven und damit die Heilung bewirkt werden können. Das Tapotement mittelst eines elektrischen Vibrationsapparates ist dem durch die Hand bewirkten entschieden vorzuziehen. Jede andere Behandlungsmethode ist bei der traumatischen Gelenkneurose überflüssig. 3 Krankengeschichten dienen zur Illustration dieser Behauptungen. GRÜNBAUM.

G. B. BERLATZKI (St. Petersburg): Beiträge zur Physiologie des Dickdarms.

Nach dem Ergebnis der von B. an Hunden ausgeführten Untersuchungen (St. Petersburg Dissert.; „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 1) reagiert der Saft des Blinddarms alkalisch und besteht aus Schleim und Flüssigkeit. Er wird bei Fütterung in größerer Quantität abgesondert, wobei das Futter auf die Sekretion in qualitativer Beziehung keinen Einfluß ausübt. Die Schnelligkeit, mit der der Saft zur Absonderung gelangt, hängt von der Schnelligkeit der Passage des Darminhalts durch das Darmrohr ab. Die physiologisch-chemische Wirkung des Saftes des Blinddarms beruht auf dem Vorhandensein von diastatischem und proteolytischem Ferment; der Saft enthält keine Kinase und ist in Bezug auf Fibrin und Hühnereiweiß unwirksam. Die Untersuchung der Schnelligkeit der Passage des Darminhalts durch das Darmrohr ergab, daß Vollmilch und abgerahmte Milch, Milchserum und jede mit Milch zubereitete Nahrung 1—2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme in den Dickdarm in einer Quantität gelangen, die durchschnittlich die Hälfte der gesamten genossenen Portion beträgt; bei Milchnahrung assimiliert der Dickdarm bis 20—26% des gesamten mit der Nahrung zur Einführung gelangten Stickstoffes. L—y.

I. P. MAXIMOW (St. Petersburg): Über alimentäre Glykosurie bei Abdominaltyphus.

Bekanntlich kann Glykosurie, von krankhaften Prozessen abgesehen, auch bei gesunden Menschen auftreten, wenn die Nahrung stark zuckerhaltig ist; die Zuckerquantität, welche aus dem Darm resorbiert wird, kann dann von der Leber nicht retiniert werden, schlüpft durch, sammelt sich im Blute an, es entsteht eine temporäre Hyperglykämie und als Folge derselben Glykosurie, welche man als alimentäre bezeichnet. Verf. hat diese Glykosurie bei jungen abdominaltyphösen Patienten, die zuvor stets gesund gewesen sind, untersucht (St. Petersburg Dissert.; „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 3). Sie bekamen 150 g chemisch reinen Traubenzucker und 400 cm³ schwarzen Kaffee, worauf der Harn 2stündlich untersucht wurde. Es sind im ganzen 27 Experimente an 18 Kranken im Fieberstadium und in 36 Fällen in der fieberfreien Periode vorgenommen worden. Die erste Gruppe gab in 3 Fällen, die zweite in 9 Fällen ein negatives Resultat, so daß in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle beider Gruppen alimentäre Glykosurie bestanden hat. Bei normalem Resorptionsvermögen und Fieber werden von 150 g Zucker im Durchschnitt 0·8, bei erschwerter Resorption 1·5 ausgeschieden. Im ersten Falle beginnt die Glykosurie nach 3 Stunden und dauert 2 Stunden an, im letzteren beginnt sie nach 4·5 Stunden und dauert 3·8 Stunden an; im Fieberstadium und bei normaler Resorption werden 0·63 g Zucker ausgeschieden, wobei die Glykosurie 4 Stunden nach der Einnahme des Zuckers beginnt und 3 Stunden anhält; bei erschwerter Resorption werden 0·8 Zucker ausgeschieden; die Glykosurie beginnt

nach 4·5 Stunden und hält 3·5 Stunden an; Komplikationen von seiten der Lungen begünstigen das Auftreten der alimentären Glykosurie. Verf. weist noch darauf hin, daß die alimentäre Glykosurie selbst nach Ablauf des abdominaltyphösen Prozesses im Stadium der Rekonvaleszenz nicht verschwindet. L—y.

J. GORSCHKOFF (St. Petersburg): Über die Geschmackszentren in der Hirnrinde.

Diese Zentren liegen beim Hunde in der Gegend des *G. sylviacus ant.*, *G. ectosylv. ant.* und *G. compositus ant.* („*Arch. a. d. St. Petersb. psych. u. Nervenkl.*“, Bd. 2).

Die Exstirpation aller übrigen Hirnrindenregionen wie auch des Olfaktoriums bedingt keine wesentliche Geschmacksveränderung. Einseitige Läsionen der Geschmacksregion führen zu totalem Verlust des Geschmacks auf der kontralateralen Zungenhälfte und meist zu einer Verminderung auf derselben Seite, was auf eine partielle Kreuzung der Fasern hinweist. Nach vollständiger Exstirpation der Geschmacksregion beobachtet man gewöhnlich totalen Verlust der Tastempfindung auf der gegenüberliegenden und eine Verminderung auf der gleichnamigen Zungenhälfte.

Die Regeneration des Geschmackssinns wird vermutlich durch benachbarte unversehrte Rindengebiete bewirkt. Nach partieller Exstirpation tritt partieller Verlust ein, was auf die Existenz besonderer Rindenzentren für die 4 Geschmacks-kategorien hinweist. Die einzelnen Zentren scheinen nicht scharf begrenzt zu sein und liegen (von unten nach oben gerechnet) etwa wie folgt: zuerst für bitter, dann für sauer, salzig und süß. Die elektrische Reizung der Geschmacksregion in einzelnen Punkten des *Gyr. sylv. ant.* bedingt kontralaterale Bewegungen der Zunge, Unterkiefer, ebenso der Ohren, Wangen und Lippen. Nach einseitiger Exstirpation der Geschmacksregion beobachtet man sekundäre Degeneration in den gleichseitigen Stabkranzfasern, in den lateralen Teilen der inneren Kapsel, im äußeren Sehhügelkern, in der Schleifenschicht, in der *Formatio reticularis* und der *Raphe*. All diese Fasern endigen höchstwahrscheinlich im sensiblen *Trigeminus-* und *Glossopharyngeuskern* der kontralateralen Seite. Daneben degenerieren die gleichseitigen *Py.* und die Fasern der unteren Schleife; diese Fasern endigen wohl in der Gegend der gegenüberliegenden motorischen Kerne des *Hypoglossus*, *Glossopharyngeus*, *Facialis* und *Trigeminus*. Beim Menschen liegen die Zentren in der Gegend des *Operkulum*. Die Geschmacksskala findet sich aller Wahrscheinlichkeit nach über der *Fissura Sylvii* (das Zentrum für bitter vorn, für süß mehr nach hinten). BR.

O. MÜLLER (Marburg): Beobachtungen über KOPLIKSche Flecke, Diazoreaktion und Fieber bei Masern.

Die Resultate der Beobachtungen des Verf.s lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Die KOPLIKSchen Flecke sind ein in reichlich $\frac{4}{6}$ der Fälle vorhandenes, häufig schon am ersten Krankheitstage auftretendes Frühsymptom der Masern; sie sind jedoch für sich allein für Masern nicht pathognomonisch, da sie wiederholt auch bei Röteln beobachtet wurden.

Die Diazoreaktion im Harn ist auf der Höhe der Krankheit fast ausnahmslos nachweisbar, sie tritt in der Regel erst mit dem Ausbruch des Exanthems auf und ist demgemäß kein Frühsymptom („*Münch. med. Wschr.*“, 1904, Nr. 3).

Die Fieberkurve der Masern weist in den meisten unkomplizierten Fällen im Beginne des katarrhalischen Stadiums eine kurze, starke Steigerung auf, dieser folgt eine 1—2tägige Intermission und nunmehr tritt ein rasch ansteigendes, zirka 4 Tage dauerndes kontinuierliches Fieber ein, das meist kritisch wieder abfällt. Seltener steigt das Fieber allmählich remittierend oder ohne jede Vorböten plötzlich und schroff an. B.

Kleine Mitteilungen.

— Die Pflege der Mundhöhle bei Quecksilberkuren Syphilitischer erörtert REIF („*Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg.*“, 1904, Nr. 4). Vor Beginn der Kur soll der Arzt seinen Patienten einem Zahnarzt zuweisen. Steht zahnärztliche Spezialhilfe nicht zur Verfügung, so entferne der Arzt selbst mit scharfem Schmelzmesser allen Zahnstein und -belag an und unter dem Zahnfleischrande gründlich und poliere mit der Feile glatt. Alle Zahnkanten und spitzen Höcker müssen stumpf gefeilt werden. Die putriden und faulen Wurzeln sind unbedingt zu extrahieren, stark kariöse Zähne zu opfern. Schlechtsitzende Ersatzstücke im Munde läßt man nur während weniger Stunden am Tage tragen, Dieselben müssen stets gründlich gereinigt werden. Zur Verhütung einer Stomatitis läßt man zweistündlich mit adstringierendem oder desinfizierendem Mundwasser spülen. Die Zähne werden dreimal täglich mit weicher Zahnbürste und einfachem Zahnpulver aus Schlemmkreide geputzt. Bei empfindlicher Schleimhaut verbiete man scharf gewürzte Speisen, Spirituosen und vor allem das Rauchen. Ist Stomatitis eingetreten, so ist die Hg-Behandlung zu sistieren. Innerlich ist bei schweren Fällen *Kali chloricum* 5 : 200, stündlich ein Eßlöffel, zu verabreichen und Mundspülung abwechselnd mit essigsaurer Tonerde und Kamillentee angezeigt. Quecksilbergeschwüre sind jeden dritten Tag mit 1%iger Sublimat-(Ätheralkohol-)Lösung oder 10%iger Chromsäure zu ätzen. Dabei sind nur indifferente Speisen und Getränke zu genießen. Besondere Aufmerksamkeit des Arztes verdient die Erkrankung der Mundschleimhaut an der Übergangsstelle zwischen Ober- und Unterkiefer hinter den letzten Mahlzähnen. Manchmal bietet der Durchbruch des unteren Weisheitszahns schwere Komplikationen, so daß seine Exaktion eventuell sogar mit Opferung des zweiten (gesunden) Molares nötig wird.

— Die Serumbehandlung des Gelenkrheumatismus bespricht SCHAEFER („*Ther. d. Gegenw.*“, 1904, Nr. 3). Er fand, daß die Attacken in mehreren Fällen bei der genannten Therapie nicht nur eine erheblich kürzere Zeit als die früheren in Anspruch genommen, sondern nach Überwindung des fieberhaften Teiles einen Zustand subjektiven Wohlbefindens hinterlassen haben, wie er sonst seit Jahren nicht bestanden hatte. Außerdem kommen noch einige Momente hinzu, welche einer Bevorzugung der Serumtherapie gegenüber der bisherigen medikamentösen Therapie das Wort reden. Die letztere ist zwar mit ihren täglich neuen und vielgerühmten Präparaten imstande, den Körper vorübergehend zu entfiebern und auch den schmerzhaften Zustand der Gelenke vorübergehend zu beseitigen; aber — mit unangenehmen Nebenwirkungen. Von allen diesen ist bei der Serumtherapie keine Rede. Der Magen bleibt unbehelligt, die Kranken sind bei Appetit. Ob wir in der Serumtherapie ein Mittel gegen die Endokarditiden besitzen, darüber ist derzeit ein Urteil nicht abzugeben. Verf. empfiehlt schließlich die Serumtherapie des Gelenkrheumatismus zu weiteren Versuchen.

— Die Nebenwirkungen einzelner Arzneimittel auf das Ohr hat SCHWABACH an zwei Kranken studiert („*Deutsch. med. Wschr.*“, 1904, Nr. 11). Ein Fall betraf eine Patientin mit Mittelohrkatarrh, bei der die Luftduschebehandlung erfolglos blieb, während sofortige Heilung auftrat nach Aussetzen innerlichen Arsengebrauchs, das wegen eines chronischen Ekzems längere Zeit angewandt war. Die zweite Beobachtung betrifft ein wegen fibrinöser Pneumonie ins Krankenhaus aufgenommenes 28jähriges Mädchen, das gleichzeitig über hochgradige Schwerhörigkeit sowie intensive subjektive Geräusche klagte. Patientin hatte vor Einlieferung ins Krankenhaus innerhalb 2 Tagen 4·5 g Salipyrin genommen und schon nach der ersten Dosis von 0·75 g schlechter gehört und Ohrensausen bekommen. Nach 14tägigem Gebrauch von *Extract. secal. cornut. fluid.* war Patientin frei von subjektiven Geräuschen, auch trat eine Besserung der Hörfähigkeit ein, die allmählich bis auf 7 m stieg.

— Die therapeutische Verwendung der subkutanen Jodipinjektionen bei rheumatoiden Gelenkentzündungen bespricht SCHUSTER („*Therap. d. Gegenw.*“, 1904, Nr. 4). Er nennt die möglichst örtlich zu machenden Jodipinjektionen unfehlbar gegen ernste, den üblichen Mitteln widerstehende Gelenkrheumatismen;

man wird, wie auch bei Neuralgien, manchmal vorübergehenden oder auch wohl keinen Erfolg sehen. Aber sie sind wert, in ernstlicher Weise bei den verschiedenen arthritischen Leiden auf ihren Wert weiter geprüft zu werden; sie haben vor dem innerlichen Jodgebrauch den Vorteil, daß sie nicht allein allgemein, sondern auch örtlich wirken und daß sie vermöge des leicht erträglichen Sesamöls, an das das Jod gebunden ist, nährend, kräftigend wirken und deshalb auch bei sehr heruntergekommenen Kranken angewendet werden können, wo der innerliche Jodgebrauch kontraindiziert ist.

— Über den **Gebrauch des Methylenblau zur Diagnose der Erkrankungen der Harnwege** berichtet FISCHER („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 14). Verf. gibt in den geeigneten Fällen ungefähr 2 Stunden vor der Vornahme der Cystoskopie dem Patienten eine Dosis von 0.5 g. Es ist alsdann der zunächst mit dem Katheter entleerte Urin schon intensiv blau und es bedarf wiederholter gründlicher Kochsalzspülungen der Blase, um den Farbstoff soweit zu entfernen, daß die Blasenfüllflüssigkeit farblos erscheint. Die Beobachtung des aus beiden Ureterenöffnungen fließenden Urins gibt wichtige Hinweise für die Diagnose von Nieren- und Ureterenerkrankungen usw. In solchen Fällen erleichtert das Methylenblau die Untersuchung sehr. Aber auch die Betrachtung der übrigen Blasenfläche wird durch das Methylenblau erleichtert. Die präliminare Spülung vor der Untersuchung schafft den Farbstoff weg. Derselbe haftet aber am hartnäckigsten an den Unebenheiten. Dort bleiben kleine Mengen zurück und differenzieren wirkungsvoll das cystoskopische Bild. Es treten dadurch Fremdkörper, Ulzerationen und Tumoren viel plastischer und leichter erkennbar hervor. Besonders gut kann man durch Methylenblau die Zottengeschwülste der Blase zur Anschauung bringen.

— Einen Beitrag zur Kenntnis des **Gonosan und dessen Wirkung** veröffentlicht J. SCHMIDT („Allg. med. Zentr.-Ztg.“, 1904, Nr. 7). Man soll sich nach Ansicht Verf.s bei vielen Personen, die mit Gonorrhöe in ihrem Anfangsstadium behaftet sind, häufig der expektativen Behandlungsmethode befleißigen, d. h. den Ausfluß sich selbst überlassen und den Patienten entsprechende Verhaltensmaßregeln, milde Getränke sowie den Gebrauch von Balsamicis verordnen. Diese Behandlung übt erfahrungsgemäß eine günstige Wirkung sowohl auf den Ausfluß wie auch auf die bestehenden Schmerzen aus. SCH. hat für diese Therapie mit dem Gonosan treffliche Erfolge erzielt, nie hat er bei den Patienten eine Intoleranz gegen das Gonosan wahrgenommen, bzw. Magendarmstörungen beobachtet, abgesehen von einer milden purgativen Wirkung, die aber in den betreffenden Fällen keineswegs als Kontraindikation gegen die weitere Anwendung des Gonosans gedeutet werden mußte. Unter dem Einflusse der Gonosanbehandlung stellt sich gewöhnlich reichlichere Diurese ein, die vom 3. bis zum 6. Tage der Behandlung anhält, der Harn wird klarer und die Harnentleerung weniger schmerzhaft. Auch vermag das Gonosan in Fällen von Cystitis, selbst tuberkulösen Ursprungs, eine bedeutende schmerzstillende Wirkung auszuüben.

— Eine einfachere Ausführung von **EHRLICH'S Diazoreaktion** empfiehlt BONDI („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1904, Nr. 10). Das Ende eines Glasstabes wird mit wenig Harn befeuchtet und der Tropfen auf zwei übereinandergelegte Filtrierpapierstreifen gebracht. Ebenso wird etwas Ammoniak hinzugefügt. Der gereinigte und mit wenig Natriumnitrit (0.05/100.0) befeuchtete Glasstab wird horizontal gehalten und es wird auf ihn mit einer Pipette ein Tröpfchen Sulfanilsäure geträufelt. Beim Senkrechthalten des Glasstabes fließen nun Sulfanilsäure und Natriumnitrit ineinander. Mit der so erhaltenen Diazobenzolsulfosäure wird der Tropfen auf dem Papier umkreist, in positiven Fällen entsteht ein roter Fleck.

— Die **Protargolprophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe gonorrhöica** hat sich nach v. HERFF im Berichtsjahre 1903 bewährt (Ber. a. d. Frauenspital Basel). Seine Beobachtungen erstrecken sich über 2200 Kinder, von denen keines primär erkrankt ist. Nur ein Kind wurde durch direktes Verschulden der Mutter sekundär angesteckt. Außer dieser einzigen gonorrhöischen Infektion wurden noch 22 Konjunktivitiden beobachtet, darunter befindet sich eine größere Anzahl, bei denen nur eine minimale Sekretion im inneren Lidwinkel gefunden wurde, man also von einer

Konjunktivitis nicht sprechen sollte. 3mal war die Konjunktivitis so stark, daß man von einer Ophthalmoblennorrhöe reden konnte, alle 3 Kinder waren am 9.—11. Tage nach der Geburt erkrankt. Bei zweien dieser Kinder verschlimmerte sich die bei der Entlassung bestehende Konjunktivitis erst in den nächsten Tagen infolge Vernachlässigung seitens der Eltern. Sie wurden dann von Ophthalmologen weiter behandelt und angezeigt. Einer (Augenkliner) konnte nie Gonokokken finden, der andere hat diese Untersuchung nicht ausgeführt. Alle 3 Kinder wurden wiederholt auf das genaueste, stets negativ, auf Gonokokken untersucht, so daß es sich in diesen Fällen sicher nicht um eine gonorrhöische Infektion gehandelt hat. Bei dem Umstand, daß das klinische Bild der gonorrhöischen und nichtgonorrhöischen Ophthalmoblennorrhöen sich vollständig gleichen, sind behufs Feststellung der wahren Natur einer Augenerkrankung sorgfältige bakteriologische Untersuchungen notwendig. Die Protargolbehandlung liefert, im ganzen genommen, ebenso gute Resultate wie die Argentum nitricum-Behandlung bei erheblich geringeren Reizerscheinungen an den Augen der Kinder.

— Den Gebrauch der **Typhushandschuhe** empfiehlt GEORGI („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 16). Er macht darauf aufmerksam, daß bei der Pflege schwerkranker Typhuspatienten das Pflegepersonal in hohem Maße der Ansteckungsgefahr ausgesetzt ist; in der Tat sind Ansteckungen des Pflegepersonals trotz aller Vorsicht nicht selten. In einem Fall aus der Praxis des Verf.s erkrankten nacheinander in der Zeit von 6 Wochen die Frau des Kranken und zwei Diakonissen trotz aller Vorsicht. Die Übertragung wird offenbar meist durch die Hände vermittelt, die mit Urin, Fäzes, Eiter etc. beschmutzt werden; eine wirkliche Händedesinfektion ist in den gewöhnlichen Verhältnissen meist nicht möglich und so findet denn die Infektion durch die mit den ungenügend gereinigten Händen berührten Nahrungsmittel statt. Verf. schlägt vor, das Pflegepersonal von Typhuskranken Handschuhe gebrauchen zu lassen, er selbst hat solche für die Pflegerinnen herstellen lassen. Er ließ aus dünnem, weichem, beigefarbenem Paragummistoff lange, bis an den Ellenbogen (um auch den Vorderarm zu schützen) reichende, stulpenartige Handschuhe anfertigen, welche durch ein Gummiband festgehalten werden; am Handgelenk werden sie durch einen volargelegenen Gummizug zusammengehalten; sie lassen sich bequem aus- und anziehen. Für Ärzte empfiehlt Verf. zum gleichen Zweck sogenannte Chemikerhandschuhe (ziemlich dicke Gummihandschuhe). Außerdem gebraucht er sie auch bei Sektionen, Inzisionen von Panaritien, Phlegmonen, überhaupt bei allen Verrichtungen, bei welchen die Gefühlsbeeinträchtigung der Finger nicht störend empfunden wird. Diese Handschuhe lassen sich auch durch Auskochen gut desinfizieren.

— In einer ganzen Reihe von Fällen hat STERN („Med. Obsr.“, 1904, Nr. 4) als harntreibendes Mittel das **Agurin** angewandt. Die Wirkung trat sehr schnell ein und erreichte ihr Maximum am 3.—4. Tage der Behandlung. Schädliche Nebenwirkungen auf den Magen oder das Herz besitzt das Mittel nicht. Verf. verabreichte es 3mal täglich zu je 1.0 g (in 24 Stunden 6.0 g) entweder als Pulver, in Oblaten oder in Lösung. Aufbewahrt muß es in gut verkorkten Flaschen werden. Infolge des höheren Gehaltes an Theobromin, unterstützt von der anderen Komponente, dem essigsauren Natrium, besitzt es eine stärkere harntreibende Wirkung als das Diuretin. Die durch Agurin hervorgerufene Diurese betrug 2—2½ l in 24 Stunden und mehr. Zweckmäßig ist es, das Agurin mit einem die Herztätigkeit anregenden Mittel zu verbinden; die Diurese wird dadurch verstärkt.

Literarische Anzeigen.

Kristallisation und Morphogenesis. Biomechanische Studie von Prof. Dr. Moritz Benedikt. Wien 1904, M. Perles.

In einer A. BINET gewidmeten Schrift über Kristallisation und Morphogenesis nimmt BENEDIKT Stellung zu einer Reihe von Fragen, welche die Fundamente der Biologie berühren. Die Anregung dazu empfing der Autor durch die persönliche Einsichtnahme in die Befunde SCHROENS, der dem morphologischen

Studium des Kristallisationsprozesses eine Lebensarbeit gewidmet hat. Die Resultate dieser Forschungen im Vereine mit anderen, deren Kenntnis kaum über den engsten Kreis der Fachgelehrten hinausgedrungen ist, legt BENEDIKT seinen anregenden Betrachtungen zugrunde. „Für mich beanspruche ich keinen Forscherruhm, nur das Verdienst, verkanntes und unbekannt gebliebenes Bedeutsames erkannt und gegen allgemeines Vorurteil anerkannt zu haben“ — mit diesen Worten will der Verfasser in der Widmung sein eigenes Verdienst abgegrenzt wissen. Es reicht jedoch bedeutend weiter, wie aus der folgenden, wenn auch nur flüchtigen Übersicht seiner Abhandlung von selbst hervorgehen wird.

In einer allgemeinen Einleitung wird auf wahrhaft geistvolle Weise der Unterschied in der Beurteilung von Meisterwerken der Kunst und der Wissenschaft seitens der Zeitgenossen und Epigonen dargelegt und an dem Beispiele der NEWTONSchen Emanationshypothese, die in den heutigen Strahlungsforschungen in neuer Gestalt wiederkehrt, die wechselvolle Auffassung wissenschaftlicher Lehren gezeigt.

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich in eingehender Weise mit den Untersuchungen des Heidelberger Physikers QUINCKE und des Zoologen SCHROEN, die beide in dem Punkte zusammenstimmen, daß der Kristallbildung Entmischungsvorgänge und kolloidale Zwischenstadien vorausgehen. SCHROEN hat insbesondere eine kaum übersehbare Fülle morphologischer Details dieser präkristallinen Zustände für die verschiedensten Stoffe festgestellt und mit einer glänzenden mikrophotographischen Technik fixiert. Leider hat eine unglücklich gewählte Terminologie: Petroplasma, Deutero- und Protolithoplasma, die mit dem Nuklein und Paranuklein analogisiert werden u. dgl., zahlreichen Mißverständnissen die Tore geöffnet, worauf BENEDIKT ausdrücklich hinweist: „Es wäre gewiß für den Erfolg der epochemachenden Studien von SCHROEN vorteilhafter gewesen, wenn er seine Bezeichnungen nicht aus der Biologie entlehnt hätte.“ Einer zu weitgehenden, seit langem in der Geschichte der Biologie wiederkehrenden Parallelisierung des organischen mit dem „Kristalleben“ tritt B. mit den Worten entgegen: „Die Assimilation und Dissimilation und Verwandlung fremdartiger Stoffe in eigenartige und Verwandlung dieser eigenartigen in fremdartige in Form von Arbeit sind die wichtigsten Lebenseigenschaften tierischer und pflanzlicher Wesen; diese Eigenschaft fehlt dem Kristalle usw.“

Man kann jedoch den Untersuchungen SCHROENS eine wertvolle Wahrheit mit Gewißheit entnehmen. Der Formenreichtum anorganischer Zustandsänderungen gibt dem bei der Entwicklung belebter Wesen kaum etwas nach. Hinsichtlich des von B. gezeigten Zusammenhanges der Untersuchungen von SCHROEN mit denen LEDUCS und anderer Forscher sowie bezüglich sonstiger Einzelheiten dieses Abschnittes muß auf das Original verwiesen werden.

Von höchstem Werte dürften noch weiterhin die im folgenden Abschnitte behandelten Arbeiten HARTINGS, eines holländischen Forschers, für die allgemeine Morphologie werden, die vor 30 Jahren veröffentlicht wurden und auf welche B. die Aufmerksamkeit weiterer Kreise lenkt. Es handelt sich dabei um die Entstehung mannigfaltiger, den natürlichen Zellformen und Aggregaten auffallend ähnlichen Formationen durch das Zusammenwirken von organischen Kolloiden, vor allem Eiweißlösung, mit frisch gebildeten anorganischen Niederschlägen. An diese Ergebnisse lassen sich nach der Ansicht des Referenten zwanglos auf Grundlage der modernen Forschungen an organischen Kolloiden weitere aufklärende Untersuchungen direkt anknüpfen.

Die in einem nächsten Kapitel angeführten Beobachtungen SCHROENS über spezifische Kristalle der einzelnen Bakterien erscheinen einer ergänzenden chemischen Prüfung sehr bedürftig.

In einer Reihe von Schlußbetrachtungen führt B. die allgemeinen Folgerungen, die sich an das vorgebrachte Material knüpfen lassen, im einzelnen aus, wobei die zahlreichen Beziehungen zwischen den Vorgängen in der organischen und anorganischen Natur erörtert werden. Man mag vieles des hier vorgebrachten vor jeder weiteren Diskussion noch einer tatsächlichen Klärung für bedürftig halten, in Bezug auf den allgemeinen Standpunkt, das Unbekannte vom nicht Erkennbaren in den Naturwissenschaften scharf zu

trennen, wird man B. rückhaltlos zustimmen. Denn durch diese Konfundierung von wissenschaftlichen mit Scheinproblemen ist jene ungemein schädliche Durchsetzung der Naturwissenschaften mit vielem metaphysischen Beiwerk entstanden; das erst durch die gewaltige Denkarbeit eines ERNST MACH auch in seinen verhüllten Formen erkannt und damit beseitigt werden konnte.

In einem Anhang wehrt sich der Autor gegen den wissenschaftlichen Pharisäismus, der neuen Wahrheiten so leicht die Bahn versperrt, zugleich aber läßt B. „seiner wissenschaftlichen Phantasie die Zügel schießen“ und erwägt die Möglichkeit der Existenz belebter Wesen auf dem Sonnenball aus feuerfestem, zum Teile glutflüssigem Materiale u. dgl. Man braucht nicht gerade kühl und schwunglos im Denken zu sein, um als Leser weit hinter dem Gedankenfluge des Verfassers zurückzubleiben. Auch dem Referenten ist es so ergangen, vielleicht gewinnt jedoch dadurch sein Urteil, das in so vielen wesentlichen Punkten auf der Seite des Autors steht, einigermassen an Wert.

Der lebendige, jugendkräftige Enthusiasmus, die große Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit des Geistes auch an dem eigentlichen Arbeitsfelde anscheinend fernerliegende Probleme, die künstlerische Durchbildung und Beherrschung der Form, alle diese Vorzüge BENEDIKTS treten auch in dieser Schrift leuchtend hervor.

W. PAULI.

La Rachicocainisation. Von Robert Odier. Genf 1903, Henry Kündig.

Verf., der auf dem Gebiete der Neurohistologie schon mehrere erfolgreiche Arbeiten geliefert hat, verfolgt in seinem lesenswerten Werk den Zweck, eine anatomisch-physiologische Studie über den Mechanismus der Kokaïnisation des Rückenmarks zu geben. In der Einleitung weist er die Priorität der Entdeckung der Rachikokaïnisation dem Amerikaner CORNING zu, der angeblich 13 Jahre vor der Publikation BIERs einen diesbezüglichen Aufsatz in einer amerikanischen Fachschrift veröffentlichte. Die folgenden Abschnitte behandeln in ausführlicher Weise Anatomie und Physiologie der motorischen und sensiblen Nervenendigungen und enthalten die Resultate persönlicher Experimente über den Einfluß von Curare, Strychnin und des elektrischen Stroms auf dieselben. J. St.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

KRÖNLEIN (Zürich): Über Nierentuberkulose und die Resultate ihrer operativen Behandlung.

K. hat 51 Fälle operiert, 30% der chirurgischen Nierenerkrankungen überhaupt. Auch er hat ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts konstatiert, was er auf die außerordentlich zahlreichen Cystitiden und die häufigen Retentionszustände im Nierenbecken beim Weibe zurückführt. Sie schaffen bei der Frau eine lokale Prädisposition. 72% fallen in das dritte und vierte Lebensdezennium, in 92% war die Erkrankung einseitig. Die funktionelle Nierendagnostik, die er in den letzten Jahren mit Konsequenz und Fleiß durchgeführt hat, schafft uns nach seiner Meinung doch nicht vollkommene Sicherheit über den Zustand der anderen Niere. Von seinen 51 Fällen hat er 39mal operiert, und er kann nur die totale Nephrektomie gutheißen, nicht die Nephrotomie, nicht die Resektion. Die Nephrektomie hat er 34mal ausgeführt. An vorzüglichen Aquarellen, die er sofort nach der Operation hat anfertigen lassen und die er in einem Atlas der verschiedenen Formen der Nierentuberkulose zusammenstellen will, macht Vortragender der Versammlung die verschiedenen Formen klar. Er unterscheidet die abszedierten, flüssigen Tuberkulosen, die festen, käsigen, in denen der Eiterungsprozeß keine besondere Rolle spielt, als deren Unterabteilung er die diffuse, feste Tuberkulose ansieht. Die von ISRAEL sogenannte tuberosöse Form hat er auch in einem Falle gesehen und kann deren ungünstige Prognose mit ISRAEL bestätigen. Auf eine Form macht K.

noch besonders aufmerksam, die embolische, in der er Tag und Stunde der tuberkulösen Embolie genau bestimmen konnte. Es handelte sich um einen tuberkulösen jungen Mann, der beim Heben plötzlich einen Schmerz im Rücken spürte und von Stunde an schlechter wurde. Die Exstirpation ergab eine Tuberkulose der Niere, einen solitären Herd, eine hämatogene Embolie. Im übrigen steht K. mit den anderen auf dem Standpunkt, daß es nur eine hämatogene, nie eine urinogene Infektion der Niere mit Tuberkulose gibt.

Von den 34 Fällen sind nur 12 eine Solitär tuberkulose einer Niere, 22 waren „kombinierte“ Fälle, 9mal war die Lunge, 12mal die Harnblase, 9mal ein Gelenk, 4mal der gesamte Urogenitalapparat tuberkulös. Von den 34 Nephrektomien sind im ganzen in den letzten 13 Jahren 10 Fälle gestorben, 24 leben noch. Als Todesfälle, die er zur operativen Mortalität rechnet, bezeichnet K. 8 Fälle, die bis zum 9. Monat nach der Operation gestorben sind. Unter den Erscheinungen der Insuffizienz der anderen Niere gleich nach der Operation ist keiner gestorben. Von den gestorbenen 10 Fällen sind 9 seziiert worden, von denen 6 keine Erkrankung der zurückgebliebenen Niere zeigten.

Küster (Marburg) ist nach seinen Erfahrungen der Meinung, daß die Nierentuberkulose bei beiden Geschlechtern gleichmäßig vorkommt. Wenn KÜMMEL in allen Fällen Bazillen im Urin nachweisen konnte und auf den Nachweis derselben großen Wert legt, so bezweifelt KÖSTER einmal die Möglichkeit, sie stets nachweisen zu können, hält aber auch denselben nicht in allen Fällen für nötig, andererseits würde die Anwesenheit derselben für die Tuberkulose der Niere nichts beweisen, wie er in einem Falle erfahren hat. Für die Fälle nun, bei denen Bazillen nicht nachgewiesen wurden, Cystoskopie und Ureterenkatheterismus wegen der Blutungen nicht möglich ist, legt K. großen Wert auf die bei den deutschen Chirurgen noch immer nicht genug gewürdigte doppelseitige Freilegung beider Nieren. — Die Art KÜMMELs, den Harnleiter durch Kauterisation zu veröden, würde er nicht nachmachen. Einmal heilen die Harnleiter gewöhnlich nach Fortnahme der Niere aus, man braucht daher nur die Umgebung des Harnleiterstumpfes durch Umstülpfen und Einnähen desselben zu schützen.

Paul Rosenstein (Berlin) legt Wert auf die Palpation des Ureters, warnt vor der Katheterisierung beider Ureteren wegen der Infektionsgefahr der eventuell gesunden Niere und demonstriert ein Präparat von Ureterexstirpation.

Steinthal (Stuttgart) hat einen Fall von ganz frühzeitiger Tuberkulose der Niere exstirpiert, nachdem er den gesunden Zustand der anderen Niere sicher konstatiert hat. Aber nach wenigen Jahren hat er die Patientin mit einer Tuberkulose der anderen Niere wiedergesehen. Er kann daher die Frühoperation KÜMMELs nicht empfehlen. Man verhindert nicht die Erkrankung der anderen Niere und die Patienten sind in kurzer Zeit vielleicht schlechter daran als vorher. Auch heilen die Nierentuberkulosen manchmal aus, jedenfalls verschlimmert sich aber der Prozeß nicht so schnell, daß man nicht abwarten könnte, bis sich die erkrankte Niere in einem nicht mehr funktionsfähigen Zustande befindet.

Kümmel kann die doppelseitige Freilegung der Nieren nicht empfehlen, kann auch STRYTHAL nicht beipflichten.

ZONDECK (Berlin): Zur Nieren-Pathologie und -Chirurgie.

Vortr. demonstriert interessante anatomische Präparate über die Bedeutung des Fettgewebes der Niere für die Nierenchirurgie, einer Solitärnieren mit zwei Ureteren etc. Über die EDEBOHLSsche Operation hat er Versuche an Kaninchen gemacht und die Enderfolge studiert, die ergeben haben, daß sich an Stelle der Tunica fibrosa, die doch immerhin eine gewisse Elastizität besaß, derbes unachgiebiges Narbengewebe gebildet hat, ein Zustand, der entschieden schlechter ist, als der vorhergegangene war. Auch die durch die Verödung der Kapselgefäße erhebliche Beeinträchtigung in der Ernährung der Niere hält er für nicht unerheblich.

AHRENS (Ulm): Kasuistische Beiträge zur Nierenchirurgie.

2 Fälle, in denen A. einmal die Nephrotomie bei einer Solitärnieren wegen Nierensteins gemacht hat, das andere Mal den hühneriegroßen Stein nach 28jährigem Bestehen entfernte.

BARTH (Danzig): Über Operationen an Hufeisennieren. (Demonstration des Patienten.)

Es handelt sich um einen Fall, der bereits früher wegen linksseitiger Hydronephrose nephrotomiert war, später aber wegen großer Beschwerden wieder in Behandlung kam. Bei der funktionellen Untersuchung fand B. rechts Δ 0.64, links 0.50. Eiweißgehalt rechts $1\frac{0}{100}$, links $1\frac{1}{5}\frac{0}{100}$. Die Operation, Entfernung der Niere, ergab Hydronephrose und Tuberkulose der linken Niere. Der Patient ist noch nicht vollkommen geheilt, es besteht noch eine kleine Fistel.

ENDERLEN (Marburg) berichtet über seine experimentellen und histologischen Untersuchungen über Hydronephrose und deren Behandlung, deren Schlußfolgerungen er dahin zusammenfaßt, daß in jedem Falle von Hydronephrose möglichst frühzeitige Operation indiziert ist, die auf irgend eine Weise die Hydronephrose beseitigt, da eine Regeneration des durch die Hydronephrose gestörten Nierenparenchyms unter keiner Bedingung stattfindet.

BAKES (Trebtsch): Neues Verfahren zur operativen Behandlung der chronischen Nephritis.

Der schwache Punkt des EDEBOHLSschen Verfahrens scheint ihm in der Reposition des denudierten Organes in seine gefäßarme Fettkapsel zu liegen, welche der raschen und ausgiebigen Bildung eines Kollateralkreislaufs hinderlich in den Weg tritt. Er hat daher das Organ mit stark vaskularisierten Gebilden der Bauchhöhle in Verbindung zu bringen getrachtet und ist an Leichenversuchen zu folgenden Methoden gekommen. 1. Methode: die Netzeinhüllung der dekortizierten Niere; 2. Methode: die intraperitoneale Dislokation der dekortizierten Niere. Die Netzeinhüllung nach Dekortizierung hat er einmal am Lebenden gemacht. Leider ging der Patient an einer Pneumonie zugrunde.

PAUL ROSENSTEIN (Berlin) berichtet über die Erfahrungen, die J. ISRAEL mit der Dekapsulation der Nieren bei Morbus Brightii gemacht hat, und kommt zu dem Schlusse, daß die EDEBOHLSsche Operation bei schweren Nephriten gefährlich ist und nicht die Resultate gibt, die EDEBOHLS selber ihr zugeschrieben hat. Seine Angaben halten ernsthafter Kritik nicht Stand, seine „einseitigen“ Fälle sind sicher nicht einseitig. ISRAEL hat keine Dauerheilung erzielt.

Stern (Düsseldorf) hat ebenfalls wenig günstige Erfahrungen mit der Operation gemacht.

Riedel (Jena) hat in einem Falle Gelegenheit gehabt, nach EDEBOHLS zu operieren mit anfänglichem guten Resultat, späterer Verschlechterung.

Kümmel (Hamburg) glaubt, nach seinen Erfahrungen bei der Dekapsulation auch nicht von Erfolgen der Operation sprechen zu dürfen.

Franke (Braunschweig) hat ebenfalls schlechte Resultate erzielt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 16. Juni 1904.

J. ZAPPERT stellt ein 5jähr. Kind mit Bleilähmung vor. Dieselbe betrifft die Radiales und Peronei beider Seiten, es besteht partielle Entartungsreaktion. Die Lähmung hat sich im Laufe der Zeit etwas gebessert, ist jetzt aber wieder schlechter geworden. Die Bleilähmung ist darauf zurückzuführen, daß das Kind mit einer mit Blei beschwerten Seide, aus welcher die Mutter Fransen knüpfte, spielte und sie dabei auch in den Mund nahm. Die Mutter hat bereits ebenfalls eine Bleilähmung überstanden.

K. ZUPPINGER demonstriert ein 6jähr. Kind mit schwerem primären Schleimhautlupus des Nasen-Rachenraumes. Die Tonsillen, Gaumenbogen, der Pharynx und die Nasenschleimhaut sind mit härtlichen, graurötlichen Knötchen und Ulzerationen besetzt, beiderseits besteht Otitis media. Nach unten erstreckt sich die Schleimhauterkrankung bis auf die Epiglottis. Die Sprache ist näselnd, die Nahrungsaufnahme wegen großer Schmerzhaftigkeit hochgradig gestört. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht geschwollen, die Lungenspitzen sind beiderseits infiltriert. Die Prognose ist eine triste. Das Kind wird zur Kräftigung auf das Land geschickt werden, sobald es kräftiger geworden ist, werden Tuberkulininjektionen und lokale Behandlung angewendet werden. Im Beginne der Krankheit haben sich Hautblutungen eingestellt, welche als sekundäre infektiöse Purpura aufzufassen sind.

SCHICK führt einen 13jähr. Knaben mit Pharynx tuberkulose vor. Im Rachen finden sich gelbliche Belege, Knötchen und Ulzerationen, deren tuberkulöse Natur durch histologische und bakteriologische Untersuchung festgestellt wurde. Es besteht beiderseitige Lungenspitzeninfiltration.

A. WEISS demonstriert einen viermonatlichen Säugling mit angeborener Pulmonalstenose und Defekt des Ventrikelseptums. Das Kind zeigt seit der Geburt starke Cyanose, bei der Untersuchung in der 6. Lebenswoche wurden Fieber von 19°, Ödem, Rasseln in den Lungen, eine Voussure mit kleinen Pulsationen in der Herzgegend, epigastrische Pulsation, ein außerordentlich lautes systolisches Geräusch über dem Herzen, kleiner frequenter Puls, partielle Atelektase der Lungen, leichte Dyspnoe und paroxysmale Hustenanfälle vorgefunden. Nach einiger Zeit wurde das systolische Geräusch leiser, was Vortr. mit dem Verschluss des Septumdefektes in Zusammenhang bringt. Gleichzeitig bildete sich eine hochgradige Erweiterung der Venen des Kopfes aus: dieselbe dürfte auf Stauung beruhen. Die Röntgenuntersuchung stellte eine Vergrößerung des Herzens fest.

Th. Escherich bemerkt, daß ein Offenbleiben des Ductus Botalli in diesem Falle zur Erklärung herangezogen werden könne. In einem Falle hat E. die Ausbildung von Venenektasien bei hereditärer Lues beobachtet.

B. Neurath weist darauf hin, daß Septumdefekte ohne andere Komplikationen kein Geräusch verursachen müssen.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß Ektasien der Schädelvenen regelmäßig beim Hydrozephalus vorkommen.

J. SCHWONER berichtet über einen Fall von Appendicitis, welcher nach Angina entstanden war und bei welchem als Erreger der Darmerkrankung *B. coli* und *B. pyocyaneus* gefunden wurden.

TH. ESCHERICH stellt einen Knaben mit idiopathischer chronischer Pulsarrhythmie vor. Der Puls ist intermittierend, zeitweise aussetzend, die Herztöne sind rein, die Herzgrenzen sind normal, beim Niederlegen des Pat. verändert sich der Umfang der Herzdämpfung. Eine derartige Mobilität des Herzens findet sich häufig bei idiopathischer Herzrhythmie. Der Knabe leidet außerdem an Diabetes insipidus.

B. SCHICK: Urotropin und Scharlachnephritis.

Man hat das Urotropin, welches im Jahre 1894 in die Therapie eingeführt worden ist, als ein dem Auftreten von Scharlachnephritis vorbeugendes Mittel empfohlen. Vortr. hat zwecks Nachprüfung bei 110 Fällen prophylaktisch und kurativ Urotropin bei Scharlach, resp. bei Scharlachnephritis verwendet, wobei es sich gezeigt hat, daß dasselbe weder das Auftreten der Nephritis nach Scharlach verhütet, noch die schon bestehende Nephritis beeinflusst.

Notizen.

Wien, 25. Juni 1904.

Der Neubau des Wiener allgemeinen Krankenhauses.

In feierlicher Weise hat am 21. d. M. in Gegenwart des Kaisers die Grundsteinlegung für den Naubau des k. k. allgemeinen Krankenhauses mit den Universitätskliniken im Garten des Versorgungshauses in der Spitalgasse stattgefunden. Damit ist ein Ereignis vollzogen, das berufen ist, in der Geschichte des klinischen Unterrichtes in Wien eine neue Ära anzubahnen und dem altberühmten Krankenhause der Wiener medizinischen Schule eine vollendetere Durchforschung zuzusichern, als es bisher, im alten Hause, möglich war. Denn hindernd steht der systematischen Ausnutzung der sich darbietenden Objekte der Raummangel, der Mangel an den nötigen Lehr- und Lernbehelfen entgegen, die sich in dem unzureichenden Krankenhause unmöglich konnten unterbringen lassen. So sehr man auch bemüht gewesen ist, nachzubessern und in die Area des alten, veralteten Spitales neue Arbeitsräume einzuflicken, um so in notdürftigster Weise die Hindernisse zu beseitigen, welche den Arbeitsdrang der Forschenden beeinträchtigen, dem Streben der Lehrenden und Lernenden ein Bollwerk waren — es konnte doch nichts anderes entstehen, als ein Stückwerk, ein Flickwerk, mit allen Nachteilen eines solchen, die Mängel und Gebrechen mehr enthüllend als verbergend. Immer dringender wurde daher der Ruf nach Beseitigung der unhaltbaren Zustände, die den Ruhm unserer Fakultät zu untergraben drohten, immer mächtiger die Empfindung, daß es so nicht weitergehe, daß eine gänzliche Umgestaltung notwendig sei, ein Neubau den Kliniken zur Verfügung gestellt werden müsse. Doch schwierig war das Problem; unendliche Schwierigkeiten materieller und räumlicher Art stellten sich seiner Lösung immer wieder entgegen, und es hat vieljähriger, beharrlicher Bemühungen der maßgebenden Personen, vor allem unseres Unterrichtsministers Dr. v. Hartel, bedurft, ehe der sehnstüchtige Wunsch unserer Fakultät erfüllt, der Neubau unseres klinischen Krankenhauses gesichert war.

In 40 Pavillons von je 120—130 m Länge wird das Wiener klinische Krankenhaus untergebracht sein. Davon sind 32 für die klinische Lehr- und Heiltätigkeit, 8 für die Verwaltung bestimmt. Die Anlage der Gebäude wird folgende sein: An der Spitalgasse: die beiden geburtshilflichen und gynäkologischen Kliniken mit dem Isolier- und Aufnahmegebäude (4 Gebäude), deren Bau zunächst in Angriff genommen wird. Im unteren Teil des Irrenhausparkes längs der Lazarettgasse und Borschkegasse: die Kinderklinik mit 6 Isoliergebäuden für die verschiedenen Infektionskrankheiten (7 Gebäude); die laryngologische Klinik (1 Gebäude); die drei medizinischen Kliniken und die medizinische Abteilung mit 3 Isoliergebäuden (7 Gebäude); die Ohrenklinik (1 Gebäude); die zwei

dermatologischen Kliniken (2 Gebäude). Im oberen Teile des Irrenhausparkes an Stelle der bisherigen Anstaltsgebäude: die orthopädische Klinik (1 Gebäude); die beiden Augenkliniken (2 Gebäude); die beiden chirurgischen Kliniken (2 Gebäude). In der Ecke des Irrenhausparkes zwischen dem Währinger Gürtel und der Prechtlgasse: die beiden psychiatrischen Kliniken mit dem Isoliergebäude (3 Gebäude). In der entgegengesetzten Ecke des Irrenhausparkes zwischen Czermakgasse und Währinger Gürtel: die pathologische Anatomie, die gerichtliche Medizin, die medizinische Chemie und die Kapelle mit dem Leichenhaus (1 Gebäude) und die Institute für Zahnheilkunde, Radiotherapie, Photographie u. dgl. m. (1 Gebäude). Außerdem an verschiedenen Stellen des Parkes 8 Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude: das Pfortnerhaus, das Aufnahmegebäude, die Verwaltung und Direktion, das villenartig projektierte Wohnhaus des Direktors, das umfangreiche Wirtschaftsgebäude mit einem großen Küchegebäude, ein Glashaus und das „Schwesternhaus“ mit einer Kapelle für die an der Krankenpflege beteiligten Nonnen.

Sämtliche 29 Spitalsgebäude haben Raum für 2330 Betten; auf jeden Kranken werden 103 m² entfallen, ein Verhältnis, das keinem Krankenhause der Welt in gleichem Maße zur Verfügung steht. Bloß 20% von dem ganzen Terrain von 240.000 m² werden verbaut, die ganze übrige Fläche dient als Luftraum für die Kranken und Rekonvaleszenten.

So möge denn der unter so günstigen Verhältnissen begonnene Bau, das auf der Grundlage so prächtiger Pläne erstehende Krankenhaus eine Zufluchtsstätte und eine Heilstätte werden ungezählter Leidender, eine Entwicklungsstätte der Wissenschaft, die Lehrstätte eifriger Schüler und, wie ehemals, das Land der Sehnsucht für die großen klinischen Lehrer des Inlandes und des Auslandes, zum unvergänglichen Ruhme unserer Schule, unserer Universität.

(Universitäts-Nachrichten.) Am 2. Juli d. J. wird im Arkadenhofe der Wiener Universität ein Denkmal für weil. Hofrat OTTO KAHLER enthüllt werden; die Gedenkrede hält Geheimer Rat Prof. Dr. FRIEDRICH KRAUS aus Berlin. — Privatdozent Doktor PÄSSLER in Leipzig ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Der a. o. Professor der Pharmakologie in St. Petersburg Doktor N. KRAWKOW ist zum Ordinarius seines Faches ernannt worden. — Prof. Dr. BORST in Würzburg hat den Bostoner Warrenpreis für seine Arbeit „Experimente über die Neubildung der Gehirns substanz“ erhalten. — Prof. Dr. THEODOR WEBER in Halle a. S. ist anlässlich seines 50jährigen Doktorjubiläums zum Ehrenbürger der Stadt Halle ernannt worden.

(Die Schularztfrage in Wien.) Unsere geschätzte Kollegin, die „Wiener med. Wschr.“, tritt in einem „Schularzte für Wien“ betitelten Artikel sehr energisch für die Zuteilung der schulärztlichen Agenden an die städtischen Bezirksärzte ein und erklärt mit jener Emphase, welche die offiziös sein sollenden Äußerungen dieses Blattes charakterisiert, es habe „gar keinen Sinn“, für Wien eigene „Schularzte“ zu verlangen. Es war nicht der geringste Anlaß dazu vorhanden, die von keiner Seite bezweifelte Fähigkeit der städtischen Bezirksärzte Wiens, die sanitäre Überwachung der Schulkinder klaglos zu versehen, hervorzuheben. Zwischen dieser Fähigkeit aber und der genauen Kenntnis der Agenden eines „Schularztes“, wie er sein soll, also eines Arztes, der die Untersuchung des Gesichts- und Gehörsinnes, die orthopädischen Untersuchungsmethoden usw. vollständig beherrscht, ist ein recht großer Unterschied. So ganz sinnlos sind daher die Wünsche derjenigen nicht, die exakt ausgebildete Schularzte für die Wiener Schulkinder und eine Trennung des Dienstes der städtischen Bezirksärzte von jenem der Schularzte insoweit fordern, als die ersteren die Agenden der letzteren nicht vollkommen zu versehen vermögen.

(Revision der gerichtsarztlichen Gebühren.) Die Salzburger als geschäftsführende Ärztekammer hat an das Justizministerium eine Petition in Angelegenheit der Revision der gerichtsarztlichen Gebühren im Verfahren außer Streitsachen gerichtet, um einen den wissenschaftlichen Leistungen der modernen Gerichtsärzte entsprechenden neuen Tarif zu erlangen.

(Soziales.) Der „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ hat am 6. d. M. 16.026 Mit-

glieder mit 86 Vertrauens- und 627 Obmännern gezählt. — Neidvoll blicken wir österreichischen Ärzte auf die zunehmende organisatorische Bewegung unserer Kollegen in Deutschland, die auf wirtschaftlichem Gebiete bereits so Wichtiges geleistet hat und berufen ist, der deutschen Ärzteschaft zu Macht und Ansehen zu verhelfen. — Die diesjährige Hauptversammlung hat am 22. d. M. in Rostock stattgefunden.

(Kongreß und Versammlungen.) Ein Anti-Kurpfuscherei-Kongreß wird im Laufe des Monats September zu Paris abgehalten werden. Nähere Daten stehen noch aus. — Der erste internationale Kongreß für Wohnungshygiene wird in Paris vom 15.—20. Oktober 1904 tagen. Es sind 6 Sektionen vorgesehen: 1. Städtische Wohnungen, 2. ländliche Wohnungen, 3. Arbeiterwohnungen, 4. möblierte Mietwohnungen, 5. Schulwohnräume, 6. Schiffswohnräume.

(Photographisches.) Im rührigen Verlage von Wilhelm Knapp zu Halle a. d. S. sind soeben „Dreifarbentphotographie“ nach der Natur von Prof. Dr. A. MIETHE und „Das Arbeiten mit Rollfilms“ von HUGO MÜLLER erschienen. Dieselben bilden Heft 48 u. 50 der „Enzyklopädie der Photographie“ und treffliche Ergänzungen der photographischen Literatur.

(Statistik.) Vom 12. bis inklusive 18. Juni 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7880 Personen behandelt. Hiervon wurden 1812 entlassen, 205 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 59, ägypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 37, Scharlach 19, Masern 631, Keuchhusten 30, Rotlauf 26, Wochenbettfieber 2, Röteln 2, Mumps 43, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 626 Personen gestorben (— 85 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Frankfurt a. M. Doktor VIKTOR CNYRIM, dirigierender Arzt am Heiligengeistspital, ein tatkräftiger Vorkämpfer auf sozialärztlichem Gebiete, im 73. Lebensjahre; in Lausanne der Professor der gerichtlichen Medizin Doktor LARGUIER DES BANCELS; in La Coudre bei Neuenburg Doktor L. DE REYNIER, der Nestor der schweizerischen Ärzte, 95 Jahre alt; in Dublin der Professor der Chirurgie Dr. P. J. HAYES; in Milwaukee der Internist Prof. Dr. A. CLARKE.

Der kaiserliche Rat Dr. Ernst Hellmer, emeritierter langjähriger Assistent des Hofrates Prof. Dr. W. WINTERNITZ, hat die ärztliche Leitung des Erzherzog Ludwig Viktor-Bades in den Kuranstalten von Abbazia übernommen.

Kreosotal und Duotal. Mit Beziehung auf unsere „Kleine Mitteilung“ in Nr. 17, Spalte 883, werden wir ersucht festzustellen, daß Kreosotal und Duotal Originalprodukte der chemischen Fabrik von Heyden in Radebeul bei Dresden sind und von dieser Firma in die Medizin eingeführt wurden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. E. Stein, Paraffin-Injektionen. Stuttgart 1904, F. Enke.
- E. H. Oppenheimer, Theorie und Praxis der Augengläser. Berlin 1904, A. Hirschwald.

- E. H. Kisch, Das Geschlechtsleben des Weibes. III. Abt. Schluß d. Werkes. Wien und Berlin 1904. Urban & Schwarzenberg. — K 7.20.
- E. v. Leyden u. F. Klemperer, Die Deutsche Klinik. Lief. 109—120. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.
- A. Chipault, Manuel d'orthopédie vertébrale. Paris 1904, A. Maloine. — Fr. 4.—.
- G. Wolff, Sprachstörungen. Leipzig 1904, Veit & Komp. — M. 2.40.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent 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 Beziehungen der hereditären Lues zur Rachitis und Hydrokephalie.“ Von Doktor Karl Hochsinger, Direktor-Stellvertreter des ersten öffentlichen Kinder-Kranken-Institutes in Wien.



Eigentümerin 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., Jacomirgottstraße Nr. 4.

Krondorfer natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Athmungsorgane des Magens und der Blase.
Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k. u. k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kollingasse 4. Carlsbad. Krondorf V., Zoltángasse 10.

Mesotan

Helmitol

Protargol

Aristochin

Theocin-Natr. acetic.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.
Dos.: 0,25—0,50—1,0 g 4—6mal tägl.

Somatose

Hervorragendes Roborans.
Intensiv appetitanregendes Stomachikum vortreffliches Lactagogum.
In organischer Verbindung mit 20% Fe als Eiseu-Somatose insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.

Veronal

Vorzügl. Hypnoticum u. Sedativum.
Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.
Geruchlos, fast ohne Geschmack.
Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst z. n.

Agurin

Bewährtes Diuretikum.
60% Theobromin, sonst keine differenten Bestandteile enthaltend.
Gut bekümmlich; schon in verhältnismäßig geringen Gaben prompt wirkend.
Dos.: 1,0 g 3—4mal tägl. in Oblaten oder in Pfefferminzwasser.

Kreosotal

Duotal

Aspirin

Trional

Heroinhydrochlor.

Vertreter 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 selbstständig 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die sepaltrige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 1384.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Von Dr. Josef A. Hirschl, Privatdozent. — Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus. Von Primararzt Dr. L. Wick in Badgastein. — Aus der Praxis. Hydrozephalus mittelst Forzeps entwickelt. Von Dr. H. Mandl in Verbó. — Referate. KAREWSKI (München): Die chirurgische Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate. — MENDES DE LEON (Amsterdam): Über die Gefahren der Wundinfektion durch das Sprechen bei den Operationen. — HARTMANN (Hamburg): Über Anwendung und diagnostische Verwertung der WEBERschen Blutprobe bei okkulten Magen- und Darmblutungen. — J. VERT: Verschleppung von Zotten und ihre Folgen. — A. BUSCHKE (Berlin): Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten. — B. S. GHEIDENBERG (Charkow): Progressive Paralyse nach Daten des Charkower landschaftlichen Gouvernements-Krankenhauses für 12 Jahre (1890—1901). — H. QUINCKE und A. GROSS (Kiel): Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems. — SERTNY (Graz): Reposition einer Sehnenluxation durch Sehnenverbindung. — S. K. GOGITIDZE (Kiew): Zur Frage der Resorptionsfähigkeit der Pleura bei exsudativen Entzündungen. — BEZDĚK (Brünn): Ein Beitrag zur Kasuistik retrograder Inkarzeration. — Kleine Mitteilungen. Heilverfahren bei Netzhautablösung. — Mittel gegen Skabies. — Behandlung der kardialen Form der Schlaflosigkeit. — Epilepsie. — Wirkung der Radiumstrahlen. — Rheumasan. — Methoden der künstlichen Sterilisierung. — Nephritis. — Praxis der Asepsis. — Helmitol. — Physikalisch-diätetische Therapie des Morbus Basedowii. — Literarische Anzeigen. Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. Von Dr. E. HEINRICH KISCH, außerordentlicher Universitätsprofessor an der deutschen medizinischen Fakultät in Prag, im Sommer dirigierender Hospitals- und Brunnenarzt in Marienbad, Medizinalrat, Kommandeur etc. — Gonorrhoe und Ehe. Eine klinische und volkshygienische Studie von Dr. FERDINAND KORNFIELD, gewesener Assistent der Poliklinischen Abteilung des Regierungsrates Prof. Dr. A. v. Frisch in Wien. — Feuilleton. Budapest Briefe. (Original-Korresp.) — Verhandlungen ärztlicher Vereine. 21. Kongreß für innere Medizin. Leipzig, 18.—21. April 1904. (Koll.-Ber. der Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.) VIII. — 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6. bis 9. April 1904. (Koll.-Ber. der Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.) X. — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Orig.-Ber.) — Notizen. Vom zweiten österreichischen Krankenkassentage. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 Frühdiagnose der progressiven Paralyse.

Von Dr. Josef A. Hirschl, Privatdozent. *)

I.

M. H.! Die progressive Paralyse ist eine sehr häufige Geisteskrankheit. Im allgemeinen finden sich unter den Aufnahmen in die Irrenanstalten 10—15% Paralytiker; in manchen Irrenanstalten erreicht die Zahl der Aufnahmen von Paralytikern 28·8—44·4%.¹⁾ Es erkranken mehr männliche als weibliche Individuen an Paralyse. Während sich in den staatlichen Irrenanstalten das Verhältnis 3—4:1 ergibt, kommen in jener Privatpraxis, welche sich mit der Behandlung der besser situierten Kreise befaßt, vielleicht 10—20 erkrankte Männer auf eine Frau.

Die Paralyse kann in jedem Lebensalter auftreten; am häufigsten betrifft sie Männer im Alter von 35—55 Jahren.

Der pathologisch-anatomische Prozeß, welcher der Paralyse zugrunde liegt, ist ein Schwund des Parenchyms im gesamten Zentralnervensystem: Nervenzellen und Nervenfasern gehen langsam progressiv zugrunde. Der paralytische Prozeß ist verschieden lokalisiert, fast konstant wird er am intensivsten in der Rinde des Stirnlappens gefunden. Der Ausgang des paralytischen Prozesses ist die Atrophie des Gehirns, welche

sich in einem bedeutenden Gewichtsverluste des Gehirns, in einer Verschmälerung der Gehirnwindungen und in einer Verbreiterung der Gehirnfurchen ausprägt. Die entzündlichen Veränderungen, insbesondere die Verdickungen der weichen Hirnhäute, ferner die Erscheinungen der granulären Ependymitis und die Zeichen des chronischen internen Hydrozephalus sind in der letzten Zeit wohl mit Unrecht völlig in den Hintergrund gedrängt worden.

Auch das Rückenmark zeigt eine Reihe von typischen Veränderungen. Dieselben sind nicht immer grob anatomisch ausgeprägt. In der größten Anzahl der Fälle sind die Hinterstränge und die Seitenstränge des Rückenmarks erkrankt. Eine kleinere Zahl der Fälle zeigt eine Erkrankung der Hinterstränge allein, eine noch kleinere Anzahl eine isolierte Erkrankung der Seitenstränge.

Gemäß dem pathologisch-anatomischen Befund im Gehirn, — der Atrophia cerebri —, welche sich aus einem langsam fortschreitenden Schwunde des Parenchyms entwickelt, wird das Hauptsymptom der progressiven Paralyse ein langsam fortschreitender Schwachsinn sein. Da das gesamte Zentralnervensystem der pathologisch-anatomischen Veränderung unterworfen ist, so wird eine Reihe von somatischen Symptomen diesen Schwachsinn begleiten.

Der Umstand, daß die Ärzte in der Erkennung psychischer Symptome nicht so ausgebildet sind wie in der Erkennung somatischer Symptome, und weiters die Tatsache, daß die Erkennung psychischer Symptome im allgemeinen schon deshalb schwieriger ist, weil diese sich nicht jederzeit dem Untersucher präsentieren, bringt es mit sich, daß von jeher das Hauptgewicht auf die somatischen Symptome ge-

*) Nach einem in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener Medizinischen Doktoren-Kollegiums am 14. Dezember 1903 gehaltenen Vortrage.

¹⁾ DEITERS, Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebietes im Jahre 1900—1901. Halle 1902, Marhold.

legt wurde und daß die Paralyse schon von alters her unter dem Namen „Blödsinn mit Lähmungen“ von anderen Psychosen unterschieden wurde.

Im allgemeinen unterscheiden wir drei Stadien der Paralyse: Erstens ein Frühstadium, in welchem der Schwachsinn in Form eines langsam sich entwickelnden Intelligenzdefektes mit Charakterveränderung einsetzt. Schon hier wird eine Reihe von somatischen Symptomen die Diagnose zu sichern imstande sein.

Dann ein zweites Stadium, in welchem der Schwachsinn in erheblicherer Weise ausgeprägt ist und in welchem in einer Anzahl von Fällen zu dem einfachen chronischen Schwachsinn eine Reihe von akuten Geistesstörungen hinzutritt, so daß direkt von einer paralytischen Geistesstörung gesprochen werden muß (paralytische Manie, paralytische Melancholie, paralytische Hypochondrie usw.).

Endlich das dritte Stadium, ein Stadium der Lähmungen, in welchem der Kranke, meist in einer Anstalt gehalten, an das Bett gefesselt ist, Harn und Kot unter sich läßt und eine hochgradige Parese der Extremitäten zeigt.

M. H.! Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse ist aus mehreren Gründen sehr wichtig.

Schon in den einleitenden Worten habe ich hervorgehoben, daß die Mehrzahl der an Paralyse erkrankten Individuen dem männlichen Geschlechte angehört. Die Männer erkranken gewöhnlich im Alter von 35—55 Jahren an der Paralyse; sie erkranken also zu einer Zeit, in welcher sie sich auf der Höhe des Lebens befinden, in welcher sie als Familienväter die Erhalter und Beschützer ihrer Familie darstellen. In der Regel haben sie in diesem Lebensalter die größte soziale Macht und soziale Verantwortlichkeit, sie befinden sich in Stellungen, in denen sie, wenn sie von ihrer Pflicht abweichen, große Verwirrung anrichten und häufig genug forensisch werden.

Es kommt nicht so selten vor, daß in diesem Alter ledige Männer, die bereits an Paralyse erkrankt sind, Vorbereitungen treffen, sich zu verheiraten.

Da bei der progressiven Paralyse im Anfange schon die ethischen Gefühle defekt sind, das Interesse für die Familie und deren Wohlstand den Kranken vollkommen verloren geht und Gedächtnisstörungen das Handeln der Kranken zu einem unberechenbaren machen, so wird eine Anzahl von imminenter Gefahren von vornherein klar sein. Wenn solche Kranke nicht als Paralytiker diagnostiziert werden, so wird es auch nicht möglich sein, sie daran zu hindern, ihren Besitz zu vergeuden, sich selbst und ihre Familie in materielle Notlage zu stürzen, eventuell sogar forensisch zu werden und dem Straferichte zu verfallen. Die nachträgliche Ehrenrettung durch die verspätet gestellte Diagnose hat gewöhnlich nicht den Effekt, den man erwarten dürfte. Sehr häufig erwächst bei der geschilderten Schädigung ein mindestens zum Teil gerechter Vorwurf für den Familienarzt.

Die rechtzeitig gestellte Diagnose der progressiven Paralyse verhindert in manchen Fällen die vorbereitete Verheiratung des Kranken; dadurch wird zweifellos eine Fülle von Unglück vermieden. Durch die rechtzeitig gestellte Diagnose sind wir in der Lage, den Kranken von Handlungen abzuhalten, die ihn und seine Familie schädigen; dieser Dienst ist leider oft der einzige, den wir dem Kranken leisten können. Es geschieht dies durch die Entmündigung oder mindestens durch die scharfe Überwachung des Kranken oder durch seine Entfernung aus verantwortlichen Stellungen.

Der erste Grund, der uns zum Studium und zur Kenntnis der Frühdiagnose der Paralyse veranlaßt, ist also die Wichtigkeit der Abhaltung solcher Kranken von schädigenden Handlungen.

Es gibt aber noch eine zweite Tatsache, die uns die Frühdiagnose der Paralyse als äußerst wichtig erscheinen läßt.

Wenn auch die progressive Paralyse im allgemeinen als eine unheilbare Erkrankung gilt, so ist doch eine ganz kleine Anzahl von Heilungen berichtet worden. Sehr kritische Forscher bezeichnen diese Heilungen als lang dauernde Remissionen. Lang andauernde Remissionen kommen nur dann zustande, wenn die Krankheit in ihren Anfängen erkannt, der Kranke sofort von seinem Berufe entfernt und in ruhige Verhältnisse gebracht wird. Diese Remissionen haben den Wert, daß der Kranke manchmal für kurze Zeit seinem Beruf wiedergegeben werden kann, jedenfalls aber mitunter Monate, selten auch Jahre lang im Kreise seiner Familie gehalten zu werden vermag.

Es muß an dieser Stelle hervorgehoben werden, daß es bisher nicht gelungen ist, auf medikamentösem Wege bei der Paralyse mit absoluter Sicherheit eine Remission zu erzielen. Die antisiphilitische Quecksilberbehandlung, welche zu diesem Zwecke mehrfach angewendet wurde, hat sehr häufig im Stich gelassen. Trotzdem verdient sie den schlechten Ruf, den sie hat, nicht und die Beschuldigung, daß die progressive Paralyse nach einer spezifischen Quecksilberkur eine stärkere Tendenz zur Progression zeigt, ist wohl nicht richtig.

Die „Heilungen“, welche bei der progressiven Paralyse beobachtet wurden, folgen in den meisten Fällen einer natürlichen Infektion, insbesondere profusen Eiterungen. Leider haben künstliche Infektionen ein ähnliches Resultat hervorzubringen nicht vermocht.

Anordnungen und medikamentöse Behandlung im Frühstadium sind nun selbstverständlich nur dem Arzte möglich, der die Frühdiagnose der Paralyse beherrscht.

Noch ein dritter Umstand ist es, welcher das Studium der Frühdiagnose der progressiven Paralyse uns allen ans Herz legen muß: Es ist dies die Verkenning von prognostisch minder ungünstigen Erkrankungen des Nervensystems, welche lange Jahre nach der syphilitischen Infektion auftretend, oft dem Krankheitsbilde der initialen Paralyse sehr ähnlich verlaufen oder diesem Krankheitsbilde einige Symptome entlehnen. Nur die Schulung in der Erkenntnis der somatischen Symptome der Paralyse ermöglicht es, derartige Erkrankungen als syphilogene zu erkennen und sie einer Heilung oder wenigstens Besserung durch eine spezifische Behandlung zuzuführen. Ich nenne als solche Erkrankungen die syphilogene Epilepsie und die wenig gekannte syphilogene Neurasthenie. Dort, wo diese Erkrankungen auch nicht geheilt werden, scheint mir die antisiphilitische Behandlung mindestens eine prophylaktische Aktion gegen die nicht selten folgende Paralyse zu bedeuten.

* * *

Die Symptome, welche uns die vorliegende Erkrankung als eine Paralyse erkennen lassen, kann man zweckmäßig in mehrere Symptomengruppen ordnen. Indem ich hervorhebe, daß die nachfolgende Anordnung in Symptomengruppen nur das leichtere Gemerkwerden zum Zwecke hat, teile ich die Symptome ein in

- I. psychische Symptome,
- II. neurasthenische Symptome,
- III. tabische Symptome,
- IV. paralytische Insulte,
- V. paralytische Symptome,
- VI. syphilitische und syphilogene Symptome.²⁾

²⁾ Diese Einteilung der Symptome ist für die praktischen Ärzte von Vorteil, die den Symptomenkomplex der Tabes und der Neurasthenie wohl kennen. Da die tabischen Symptome zum Teil, wenn nicht ganz, mit den syphilogenen Symptomen zusammenfallen, so kann man die oben skizzierte Einteilung nicht als wissenschaftliche bezeichnen. Die Grundsätze, nach denen die Symptome pathogenetisch verstanden und angeordnet werden müssen, habe ich in einer Arbeit „Gehirn und Syphilis“ (Wiener klinische Wochenschrift, XVII, pag. 465, 1904) auseinandergesetzt.

I. Die psychischen Symptome.

Die auffälligste psychische Veränderung ist die Charakterveränderung. Sie gibt sich zunächst kund in einer fortschreitenden Willensschwäche, die als Gegensatz der Festigkeit und Selbständigkeit der früheren Persönlichkeit der Umgebung allmählich auffällt. Die Kranken, deren Initiative mehr und mehr schwindet, werden äußeren Einflüssen zugänglich, sind leicht lenksam, werden inkonsequent, wankelmütig, unverlässlich. Die ethischen Gefühle und auch die ästhetischen Gefühle leiden oder es leidet der Einfluß dieser Gefühle auf die Handlungen der Kranken. Die komplexen Vorstellungen Vaterland, Familie, Nächster, Ehre, Recht, Gesetz, Pflicht werden zur Phrase beim initialen Paralytiker. Dadurch gewinnen die Handlungen der Kranken die Zeichen des krassen Egoismus. Nur das persönliche Interesse und auch nur dies Interesse für den gegenwärtigen Moment spielt bei den Handlungen der Kranken eine Rolle. So zeigen die Kranken eine Abstumpfung gegen die Anforderungen der Sitte, wie etwa die Betrunknen. Sie sind in der Kleidung nachlässig, schmutzig, sie knöpfen die Hose nicht zu, sie vergessen ihren Hut abzunehmen, setzen ihn aber auch gelegentlich nicht auf, weil sie ihn vergessen. Sie haben keine Empfindung für das Unschickliche obszöner Redensarten, gebrauchen diese allenthalben, sie sprechen mit ihnen ferner stehenden Frauen in höchst vertraulicher Weise über sexuelle Dinge, wozu sie die zur Zeit gesteigerte sexuelle Libido anregt. Nicht zuletzt vergreifen sie sich an fremdem Gute und lassen sich kleine, meist ganz zwecklose Diebstähle zuschulden kommen. Kranke, die früher als Feinschmecker gegolten haben, ergötzen sich an außerordentlich mäßig zubereiteten Speisen; sie vermeiden auch Lokale nicht, deren Geruch ihnen früher zweifellos Bedenken erregt hätte. Der Kranke zeigt das Bild des krassen Egoismus, indem er unbekümmert um den materiellen Wohlstand der Familie Ausgaben macht, seinen Besitz vergeudet. Er geht sexuellen Abenteuern nach, wird auch in schlechter Gesellschaft zum Trunkenbold, so daß er häufig genug venerisch infiziert, selbstverständlich nicht mit frischer Syphilis, zum erstenmal den Arzt aufsucht, der auch die Zeichen des chronischen Alkoholismus bei ihm auffinden kann. In allen diesen auffälligen Handlungen ist eine bedeutende Herabsetzung der Urteils- und Schlußfähigkeit zu sehen, die mit dem Verluste der ethischen Gefühle den starken Hemmungsausfall der Paralytiker bedingt. Das, was man Kritik nennt, steht dem Kranken nicht mehr zu Gebote. Er ist nicht mehr imstande, komplizierte geschäftliche Unternehmungen konsequent durchzuführen, seine Pflichten zu er-messen, Pflichtverletzungen und Fehler in seinen Geschäfts-plänen zu verstehen, auch wenn sie ihm genau erklärt werden. Auch die Kritik der eigenen Persönlichkeit geht verloren; über seine Gedächtnisdefekte, über epileptische Anfälle lächelt der Kranke. In diesen Fällen kann von einem Krankheitsbewußtsein keine Rede mehr sein.

Die Triebhandlungen der Kranken, welche vor dem Ausbruche der Paralyse in normaler Weise geschahen oder, wenn dies nicht der Fall war, schamhaft verborgen wurden, nehmen durch den Hemmungswegfall nunmehr einen breiten Raum ein. Der Kranke zeigt oft einen Heißhunger, den er in unvernünftiger Weise und ohne Scheu stillt. Die schamlosesten Handlungen betreffen das Geschlechtsleben des Kranken. Im Anfange, wo der gesteigerten Libido durch anscheinend vermehrte, immerhin genügende Potenz entsprochen werden kann, wird der sexuelle Verkehr zügellos und ohne die geringste Auswahl gegen jedes ästhetische Empfinden gepflogen. Alle Reden der Kranken sind obszön, beschäftigen sich mit sexuellen Themen. Später, wenn die Potenz im Erlöschen ist, werden häufig abnorme sexuelle Handlungen begangen, so Masturbation, Exhibition und perverse sexuelle Akte. Dadurch wird der Kranke nicht selten forensisch. Die oben beschriebene Charakterveränderung bringt

es mit sich, daß der Kranke diese sexuellen Ausschreitungen ohne Bedenken erzählt, häufig auch seiner Gattin, seinen Kindern.

Ebenso auffällig wie die Charakterveränderung, ja bei geistig tiefer stehender Umgebung noch auffälliger, ist die gesteigerte Erregbarkeit der Kranken. Der Kranke wird sehr reizbar. Geringe Anlässe erzeugen einen ganz unerwartet hohen Affekt, der jedoch wenig nachhaltig ist. Gelegentlich steigert sich der Affekt zur Tobsucht und damit ist oft die erste Einbringung in eine Heilanstalt verknüpft. Die gesteigerte Erregbarkeit der Kranken ist namentlich bei früher ruhigen Individuen eine so auffällige Erscheinung, daß die Umgebung den Beginn der Erkrankung nach der ersten großen Szene fixiert, die die Folge der gesteigerten Reizbarkeit ist. So hört man gelegentlich von einer Frau: „Mein Mann ist seit dem 17. Mai krank.“ An diesem Tage kam es wohl zum ersten Male zu einem Exzeß, welcher die Frau von einer Krankheit des Gatten überzeugte.

Die Affekte, die bei den Paralytikern im Initialstadium so leicht eintreten, klingen sehr rasch ab und machen gewöhnlich einer ruhigen, rührseligen Stimmung Platz. So kommt es, daß derartige, bis zur Tobsucht erregbare Menschen durch irgend eine Mitteilung über einen Verwandten sofort zum Weinen zu bringen sind. Bei einer Rührszene im Theater oder beim Lesen eines Romanes haben sie entgegen ihrem früheren Verhalten Tränen in den Augen. Auch diese Rührseligkeit macht sie wie die Willensschwäche allen möglichen äußeren Einflüssen zugänglich; sie werden wankelmütig, unverlässlich.

Die dauernde Stimmung der Kranken ist, solange neurasthenische Symptome vorhanden sind und Krankheitsgefühl nicht fehlt, depressiv. Bald wird sie eine heitere, euphorische. Wahrscheinlich ist diese Stimmung in entsprechenden Organgefühlen begründet. Die Kranken rühmen ihre Kraft, ihren Bizeps, die wunderbaren Funktionen ihrer Organe, die mächtige sexuelle Potenz zu einer Zeit, zu welcher ihre Intelligenzdefekte noch nicht so ausgesprochen sind, daß wir aus dieser manischen Stimmung allein die Paralyse diagnostizieren können. Von großer Bedeutung ist hier der Stimmungswechsel, der völlig unmotiviert eintritt; seine auffällige mimische Ausprägung gilt als pathognomonisches Zeichen der Erkrankung.

Neben der Charakterveränderung, der gesteigerten Erregbarkeit und den Stimmungsanomalien bestehen oft Intelligenzdefekte, die sich nicht nur in der Schwächung oder dem Schwunde höherer intellektueller Funktionen kundgeben. Wir sehen neben dem Schwunde der höchsten intellektuellen Funktionen, der den sittlichen Verfall des Kranken bedeutet, zunächst eine Unfähigkeit für jede höhere geistige Leistung Platz greifen. Probleme werden nicht mehr erfaßt, größere geschäftliche Unternehmungen begegnen völligem Unverständnis, die Berufskonflikte, die eine Entscheidung erheischen, finden einen unfähigen Beurteiler, dem jede Entscheidungsfähigkeit abhanden gekommen ist. So wird der Offizier die taktischen Regeln verfehlen, der Arzt in der Indikation für eine Operation leichtsinnig oder schwerfällig werden, der Geschäftsmann die günstigen Konjunkturen nicht mehr verstehen, so daß der Eindruck gewonnen werden muß, daß man es mit einer anderen Persönlichkeit zu tun habe. Aber auch in kleineren Dingen wird der Schwachsinn klar werden. Der Kranke wird nunmehr fehlerhaft rechnen, orthographische Fehler machen. Alle diese Leistungen werden dann schlechter werden, wenn der Kranke längere Zeit gearbeitet hat; darin zeigt sich seine geistige Ermüdbarkeit. Die Arbeit wird auch langsamer vonstatten gehen; es besteht eine Verlangsamung der geistigen Funktionen.

Schon in früheren Zeiten wird eine deutliche Erschwerung der Auffassung und des Verständnisses äußerer Eindrücke auffällig. Der Kranke erweist sich als unauf-

merksam, er ist zerstreut, verkennt Personen, Gegenstände und Örtlichkeiten. Auch ist es dem Kranken, wenn er versucht aufmerksam zu sein, oft nicht möglich, längere Zeit seine Aufmerksamkeit anzuspannen. In diesem Zustand bietet der Kranke das Bild der Apathie, sein Interesse an den äußeren Vorgängen scheint stark eingeschränkt, erloschen.

Wohl die wichtigste Störung im Bereiche der intellektuellen Funktionen ist die des Gedächtnisses. Anfangs leidet nur die Merkfähigkeit. Der Kranke vergißt die Jüngstvergangenheit, hat aber die Ereignisse der ferneren Vergangenheit im Gedächtnisse behalten, er leidet also nicht an allgemeiner Gedächtnisschwäche. So weiß der Kranke zwar, wer neben ihm in der Volksschule gegessen ist, er weiß aber nicht, was er am heutigen Tage zu Mittag gespeist hat. Aus der gestörten Merkfähigkeit geht eine Reihe von Störungen hervor: Beamte, die einen Auftrag erhalten, vergessen denselben auf dem Wege und gehen dann nicht an ihren Bestimmungsort, sondern irren planlos herum. In ähnlicher Weise können jene Fälle von Unverlässlichkeit erklärt werden, die nicht dem Verlust der höheren Gefühle (Pflichtgefühl) ihre Entstehung verdanken. Die Kranken, bei denen diese Gedächtnisstörung eine erheblichere ist, finden nicht nach Hause, sie suchen ihre frühere Wohnung auf; sie verkennen Personen, die sie erst in letzter Zeit kennen gelernt haben; sie erzählen Geschichten zu wiederholten Malen, am selben Tage denselben Personen, da sie daran vergessen, daß sie ihre Erzählung bereits einmal angebracht haben; sie lesen die Zeitung, Briefe wiederholt und wundern sich über schon gelesene Neuigkeiten. In einigen Fällen tritt frühzeitig die allgemeine Gedächtnisschwäche hinzu. Namen und Tatsachen, die den eisernen Bestand des Erfahrungsschatzes eines Individuums ausgemacht haben, gehen zum Teil verloren. Das Einmaleins, geographische Tatsachen der Heimatkunde, gewöhnliche Berufsmanipulationen werden vergessen und können der gestörten Merkfähigkeit wegen nicht wieder erlernt werden. In diesen Fällen ist der Schwachsinn ein ausgeprägter. Oft handelt es sich um den Ausfall einer bestimmten Gruppe von Erinnerungsbildern, z. B. um den Verlust der Wortklanglebilder (sensorische Aphasie); diese tritt meist nach paralytischen Insulten ein und bildet keinen dauernden Zustand. Die zeitliche Ordnung der Erinnerungen geht auffällig rasch verloren, auch sind viele Kranke in der Gegenwart zeitlich desorientiert, geben Tag, Stunde und Datum fehlerhaft an.

Wahnideen sind im Anfangsstadium der Paralyse selten, doch wenn sie vorhanden sind, ziemlich charakteristisch. So findet man häufig die flüchtige Wahnidee unermeßlichen Besitzes. Der Kranke glaubt eine kurze Zeit, es stünden ihm Millionen zur Verfügung, er kauft nun eine Reihe von Gegenständen ein. Korrigiert er die Wahnideen, so hat er trotz defekter Kritik oft ein lebhaftes Krankheitsgefühl.

Die Wahnidee der Verarmung ist meist hartnäckiger und dauernder und dann ist das Krankheitsbild von der Melancholie schwer zu scheiden. Der relativ geringe Affekt, die mangelnde Selbstanklage und das kritische Alter sprechen für die paralytische Erkrankung.

Der Eifersuchtswahn der Paralytiker ist ein nicht so seltenes Vorkommnis, er kommt bei Männern und Frauen vor. Zunächst handelt es sich meist um ein ganz vages Mißtrauen. Später erörtern die Kranken die Untreue der Frau mit großer Geschwätzigkeit und wenig Kritik, hie und da mögen tatsächlich Gehörshalluzinationen im Spiele sein. Die wechselnde Begründung der Eifersucht, die häufige Ausschmückung der Berichte mit absonderlichen Geschehnissen deuten auf Fabulieren der Paralytiker. Meist verlaufen die Wahnideen der Eifersucht ohne Reaktion des Kranken; er lebt ruhig in der Ehe weiter; vermutet er nachts einen Eindringling im Bette seiner Frau, so schimpft er, beruhigt sich aber bald und schläft ein, ohne dem vermuteten Ehebrecher die Türe gewiesen zu haben.

Auch Sinnestäuschungen, an denen das Krankheitsbild der Paralyse so arm ist, werden im Anfangsstadium beobachtet. Die elementaren Sinnestäuschungen. Funkensehen, Ohrensäusen, Tönebören und auch wohl ausgebildete Stimmen werden von Kranken meist als Täuschungen erkannt, hie und da aber wahnhaft verwertet. Die Stimmen, die meist für ein Persektionsdelir verwertet werden, verleihen dem Krankheitsbild ein paranoisches Gepräge. Kompliziertere Sinnestäuschungen gehören nur dem späteren Stadium der Krankheit an.

Über rheumatische Knoten bei akutem und chronischem Gelenksrheumatismus.

Von Primararzt **Dr. L. Wick** in Badgastein.

V.

Schließlich erübrigt mir noch, ihre diagnostische Bedeutung hervorzuheben. Wie ich schon früher bemerkt habe, sind diese Knötchen für den Gelenksrheumatismus charakteristisch; ich kann daher in einem Fall, in welchem Zweifel über die Natur einer vorhandenen Gelenksveränderung auftauchen, aus ihrer Anwesenheit die Diagnose auf Gelenksrheumatismus stellen; ich kann auch, wenn gegenwärtig eine Gelenksveränderung nicht besteht, dagegen vorausgegangen sein soll, diese als rheumatisch ansprechen. Sie geben mir in einem Falle, in welchem weder eine Gelenkerkrankung vorhanden ist noch war, den Wink, daß die oft ganz unbestimmbar Schmerzen oder Beschwerden rheumatischer Natur seien und ein Anfall von Gelenksrheumatismus zu erwarten ist. Diese diagnostische Verwertung geht namentlich aus solchen Fällen hervor, in denen die Knötchen dem Auftreten des Gelenksrheumatismus vorausgingen. So waren im Falle DUCKWORTHS bei einem 24jährigen Mädchen, das vor 8 Jahren einmal rheumatische Schmerzen in Gliedern und Gelenken gehabt hatte, die Knötchen 8 Monate der später beobachteten Gelenkentzündung vorausgegangen, und zwar waren es Knötchen an den Sehnenscheiden und an der tiefen Faszie.

In einem Fall meiner Beobachtung (Johann N., 36 Jahre alt) bestanden die Knoten am Ellbogen, welche ganz die Beschaffenheit der Knoten im obigen Falle P. hatten, bereits 5 Jahre, bevor die Gelenksschwellungen aufgetreten sind — allerdings die Verlässlichkeit der Angabe vorausgesetzt. Die Gelenksveränderungen haben sich ohne Fieber nach und nach eingestellt und bestehen gegenwärtig in Bewegungsbeschränkung in Handwurzel- und Schultergelenk, in leichter Verkrümmung und Ulnarstellung der Finger, Verdickung der Gelenkskapsel des Ellbogengelenks beiderseits. Außer den subkutanen erbsen- bis nußgroßen beweglichen Knoten am Olekranon finden sich symmetrisch erbsengroße Knoten an der Achillessehne und an den Strecksehnen der Finger. Die Exstirpation wurde leider verweigert.

In einem anderen Fall scheint es überhaupt noch zu keinem Ausbruch des Gelenksrheumatismus gekommen zu sein: Frau B., 59 Jahre alt, gibt an, früher immer kränklich und nach einem Sturz kopfleidend und mit hysterischen Krämpfen behaftet gewesen zu sein. Diesen Winter bekam sie angeblich in den oberen und unteren Extremitäten Schmerzen, wobei nur die Metakarpophalangealgelenke ein wenig und vorübergehend aufgelaufen gewesen sein sollen und der rechte Arm etwas schwächer wurde. Gegenwärtig besteht nirgends eine Gelenksveränderung, nur die Hebung des rechten Arms über die Horizontale fällt ihr schwer. An der Streckseite der Interphalangealgelenke des linken Mittel- und Ringfingers finden sich subkutan linsengroße härtliche Knötchen, welche angeblich manchmal unter Schmerz und Hautrötung größer werden; ein nußgroßer härtlicher Knoten ist unter der unveränderten Haut am Unterarm oberhalb seiner Mitte zu tasten, wie es scheint der Faszie aufsitzend.

In einem anderen Falle handelte es sich um eine 28jährige Magd (H.), welche angeblich als Kind herz- und lungenleidend war. Vor 10 Jahren soll sie eine Rippenfellentzündung und vor 6 Jahren Genickstarre überstanden haben. Jetzt sei sie schon seit 3 Jahren nicht mehr gesund, hat reißende Schmerzen in den Gliedern, aber nie eine Schwellung. Die Untersuchung ergab nur leichte Abmagerung des linken Unterarms, nirgends Gelenksveränderungen. Herzstoß hebend, verbreitert, Dämpfungsgrenzen und Herztöne normal. Beiderseits finden sich symmetrisch an den Beugesehnen oberhalb der Handgelenke deutliche Knoten, wovon einer Bohnengröße erreicht. Es sind übrigens in der Literatur Fälle verzeichnet, in denen die Knötchen auch ohne begleitende Gelenksveränderungen angetroffen wurden oder solchen vorausgegangen sind.

Von Interesse sind diesbezüglich die Fälle von Chorea ohne gleichzeitige Gelenksaffektion, aber mit diesen Knötchen, wie sie von WILSON, PARKER und SCHEELE beobachtet worden sind.

Wenn ich demnach diese Knötchen als charakteristisch für Rheumatismus hinstelle, so muß ich um so mehr darauf bedacht sein, sie von solchen Gebilden anderer Art zu unterscheiden. In Betracht kommen zunächst kleine Atherome, zerstreute kleine Lipome, Fibrome, dann Gichtknoten. Von Atherom und Lipom unterscheiden sie sich durch die größere Derbheit, Mangel an Elastizität; nur ausnahmsweise könnten die Verhältnisse einmal so liegen, daß eine Verwechslung möglich ist. Es sind mir einige Fälle untergekommen, in denen über vage Schmerzen in den Gliedern und Stamm geklagt wurde und die Untersuchung nichts als hie und da einen subkutanen kleinen elastischen Knoten ergab, der als Lipom angenommen werden mußte. Ich exstirpierte sie bei ein paar Personen und sie wurden von Hofrat WEICHELBAUM auch untersucht, unterschieden sich aber in nichts von den gewöhnlichen Lipomen. Ob es sich dabei um eine Art Lipomatosis dolorosa handelte, muß ich dahingestellt sein lassen, dazu waren die Lipome zu vereinzelt.

Die Unterscheidung von Gichttophis dürfte in der Regel leicht sein, denn soviel ich von letzteren gesehen habe, fand ich sie nicht so derb und immer etwas durch die Haut weißlich durchschimmernd. Nur bei tiefem Sitz könnte eine Verwechslung stattfinden, so wie z. B. im Falle, den RIEHL beschreibt, eine rundliche derbe Geschwulst in den fibrösen Schichten des Olekranon.

Von subkutanen Fibromen habe ich zu wenig gesehen, um bestimmte Unterschiede aufstellen zu können; in einem Falle von unbestimmt rheumatischen Schmerzen traf ich einen größeren Tumor, der mir seiner Derbheit wegen den Eindruck eines Fibroms machte. Bei der Exstirpation zeigte er sich aus der Faszia des Unterarmes hervorgegangen, bestand aber doch zum größten Teil aus einem Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen; auffallend war seine fibromartige Derbheit, so daß es beim Durchschneiden knirschte. Er hatte indessen nicht die rundliche Form der Knoten, sondern war oval und abgeflacht.

Knotenartige Geschwülste unter der Haut, von denen die kleineren ganz den rheumatischen glichen, sah ich ferner bei einem skrofulösen Individuum, das ich seinerzeit hier vorgestellt habe. Eine Verwechslung könnte aber nicht leicht stattfinden, indem sich in einem solchen Fall doch neben derberen Knoten auch solche finden werden, welche eine bedeutendere Größe erreichen und vereitern. Es handelte sich damals um Granulationsgeschwülste, die ich in der „Medizinischen Wochenschrift“ 1895 beschrieben habe.

Dagegen könnten den rheumatischen Knötchen der äußeren Beschaffenheit nach jene Knötchen nahe kommen, welche vor nicht langer Zeit AUERBACH in seiner Abhandlung über den Knötchenkopfschmerz beschrieben hat (VOLKMANNS Sammlung, 1903, Nr. 361).

Er beschreibt sie als hirse- bis bohnen große Knötchen von derber Beschaffenheit, welche am Kopf und Hals, zu-

weilen am Nacken gegen die Schultern hin im Unterhautzellgewebe oder in der Galea aponeurotica oder der Faszia des Hinterhaupts und Nackens sitzen. Nachdem ich sie selbst nie beobachtet habe und eine Exstirpation niemals vorgenommen wurde, so kann ich keinen Vergleich ziehen mit den rheumatischen Knötchen, von denen sie sich hauptsächlich durch ihre bedeutende Druckempfindlichkeit unterscheiden und dadurch, daß von ihnen direkt öfters Schmerzen ausstrahlen. Lokale und allgemeine Erkältungen hatten in den meisten Fällen stattgefunden, so daß er sie als rheumatische Produkte erklärt.

AUERBACH beschreibt außerdem bald flachere, bald erhabener, ziemlich harte, schwielenartige bis mandelgroße Einlagerungen in die Muskeln, insbesondere deren Ansätze an der Linea semicircularis occipitis und am Processus mastoideus, ausnahmsweise auch in den Musc. frontalis und temporalis, oder eine deutliche Starre an den Muskelansätzen, die sich auch eine Strecke in den Muskelbauch fortsetzt.

Nachdem ich selbst diese Beobachtung bisher nicht gemacht habe, so kann ich mich in eine weitere Erörterung darüber nicht einlassen, muß aber gestehen, daß ich den verschiedenen Tastbefunden an der Muskulatur und an der Zugehörigkeit derselben zum rheumatischen Prozeß eine große Skepsis entgegenbringe. Es ist wahr, man findet manchmal Konsistenzverschiedenheiten in den Muskeln, aber die Prüfung der Muskeln bei voller Entspannung ergibt in den meisten Fällen keine organische Veränderung. Findet sich aber eine solche in Form einer Verdichtung des Muskelgewebes vor, so war ich nie in der Lage, den rheumatischen Knötchen ähnliche, ganz zirkumskripte Gebilde zu konstatieren, sondern eine mehr diffuse Veränderung, die ich auf eine Myositis beziehen mußte oder deren Herkunft überhaupt unklar blieb, weil uns ja auch die palpatorische Untersuchung allein nie überzeugen kann, welches Gewebe affiziert ist, namentlich nicht, wenn es sich um einen tieferen Sitz handelt. Wird jedoch behauptet, daß die fraglichen Knoten in den Faszien und Muskelscheiden, Sehnenansätzen vorkommen, so stimmt das wohl mit allen bisherigen Beobachtungen über den Sitz im fibrösen Gewebe überein.

STEINBÜCHEL hat Knötchen und Knoten von Linsen- bis Taubeneigröße bei Frauen in der Lenden-Kreuzgegend beobachtet; ich kann leider nicht finden, in welcher Häufigkeit. Ich selbst habe die Knötchen in dieser Gegend nie gefunden oder wenigstens die gefundenen Gebilde nie mit Sicherheit als mit den früher beschriebenen rheumatischen Knötchen identisch erkennen können; die von ihm außerhalb der Muskulatur gefundenen könnten es wohl sein.

Ich kenne einen Fall, in welchem Knoten in der Muskulatur, speziell den Adduktoren des Oberschenkels, und zwar besonders an ihrem Ansatz angenommen wurden, die daraufhin vorgenommene Operation aber, welche zur Wiederherstellung der Diensttauglichkeit verlangt wurde, eine pathologische Veränderung nicht ergab.

Meine Herren! Ich habe mich in dieses diagnostische Thema nicht bloß des wissenschaftlichen Interesses wegen ausführlicher eingelassen, sondern weil es auch eine bedeutende praktische Wichtigkeit hat. Ich habe früher über die Seltenheit des Befundes gesprochen; im Gegensatz hierzu werden Sie viel häufiger von Patienten, die angeblich oder wirklich an Rheumatismus leiden, gehört haben, daß sie mit Knoten behaftet sind. Wenn Sie nachuntersuchen, so werden Sie nichts finden, zum mindesten nichts, was Sie als die früher beschriebenen rheumatischen Knötchen deuten könnten. Nun, ich glaube, daß Sie sich über solche Fälle bereits selbst Ihr Urteil gebildet haben werden. Teils handelt es sich dabei um Mißverständnisse, herbeigeführt durch einen populären Ausdruck und vor allem dadurch, daß auch jene soeben besprochenen Konsistenzverschiedenheiten in den Muskeln, welche in vielen Fällen, da sie bei voller Entspannung nicht mehr tastbar waren, nur auf einen gewissen Kontraktionszustand bezogen werden konnten, mit dem Namen rheumati-

scher Knoten belegt werden, teils um ein Bedürfnis der Massage nach Erklärung der Notwendigkeit der Massage, denn die therapeutische Devise lautet, wo Knoten, dort Massage. Ich bin kein Gegner der Massage, andererseits muß man sich aber auch gewärtig halten, daß solche Knötchen spontan oder auf Badekuren usw. verschwinden können, wovon der zuerst vorgeführte Fall als Beweis dienen kann. Um die Nützlichkeit der Massage bei Rheumatismus zu beweisen, braucht es nicht erst des Befundes solcher Knoten und der Wegmassierung derselben, die Massage kann nutzen, ob sie da sind oder nicht. Das Schlimme an der Sache ist nur, daß in den Augen des Patienten jener Arzt verliert, welcher diese Knoten nicht findet, nicht etwa wegen Ungeübtheit in der Untersuchung, sondern weil sie überhaupt nicht da waren, oder er strengere Anforderungen an den Begriff rheumatischer Knoten stellt, welcher Name überhaupt nur den oben beschriebenen als scharf zirkumskripte Gebilde tastbaren Geschwülsten vorbehalten werden soll.

Damit bin ich mit meinen Ausführungen zu Ende. Wenn ich Ihnen auch wenig Neues und Positives im Hinblick auf die vielen sich anschließenden wichtigen ätiologischen Fragen bieten konnte, so hoffe ich doch eine Anregung zum Aufsuchen und Studium solcher Fälle, das sich nicht weniger mit der Ergründung der zugrunde liegenden Disposition als mit der Forschung nach den Krankheitserregern befassen soll, gegeben zu haben. Ich hoffe selbst noch in dieser Frage weiterarbeiten zu können und vielleicht ist es mir gegönnt, Ihnen bei anderer Gelegenheit ein kleines Plus in der Aufhellung dieses wohl sehr dunklen Gebietes bieten zu können. Die Spekulation vermag uns nicht mehr weiter zu bringen, wir brauchen noch mehr neue Tatsachen. Schließlich spreche ich Herrn Hofrat WEICHELBAUM meinen besten Dank aus für das Interesse und für die Mühe, welche er der Sache gewidmet hat.

Literatur: BANG, HIRSCHSPRUNG, Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1881. — GRAWITZ, „Berliner klinische Wochenschrift“, 1882 (Art. v. MAYER). — HAIM, „Zeitschrift für Heilkunde“, 1903. — LINDMANN, „Deutsche medizinische Wochenschrift“, 1888. — MOKRY, „Lancet“, 1883. — MENEZ, EULENBURG'S ENZYKLOPÄD. Jahrb., 1903. — NEPVEU (BAR), Compt. rend. de la soc. biol., 1890. — PARKER, „Lancet“, 1883 und 1897. — PAYNE, „Lancet“, 1901. — PRIEBRAM, NOTHNAGEL'S Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1902. — RIEHL, „Wiener klinische Wochenschrift“, 1897. — STEINBÜCHEL, Naturforscherversammlung 1899. — SCHEELE, „Deutsche medizinische Wochenschrift“, 1888. — WICK, „Wiener Klinik“, 1902, September - Oktober. — WILSON, „Lancet“, 1889.

Aus der Praxis.

Hydrozephalus, mittelst Forzeps entwickelt.

Von Dr. H. Mandl in Verbó.

Der zu beschreibende Fall ist erwähnenswert, da nach RUNGE erst auf 3000 Entbindungen ein geburtshinderlicher Hydrozephalus entfällt.

Samstag, 14. Mai, 6 Uhr abends, komme ich zur 20jährigen erstgebärenden Frau J. nach S. Sie klagt über unaufhörliche Schmerzen im „Schoß“ und kreißt laut Angabe der Hebamme seit 3 Tagen, die Fruchtblase sei abends vorher gesprungen, worauf die Wehen 2 Stunden sistierten.

Sie ist untermittelgroß, mäßig fett, mehr grazil gebaut, ohne rachitische Spuren. Radialpuls 88, Achselhöhlentemperatur 37·6°, Zunge belegt. Die Harnblase mittelst Katheters zu entleeren hindert ein harter vorliegender Kindesteil. Letzte Menses am 1. September 1903. Uterusfundus mitten zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Rechts oben an ihm ist der Steiß, unten, über dem Beckeneingang fixiert, der große Kopf zu palpieren. Fötalpulss rechts vom Nabel auskultierbar. Somit 2. Schädellage. Messung der inneren Conjugata (diagonal) ist erschwert durch ein den Beckeneingang überragendes Schädelsegment, kennbar an Schwarte und Haaren. Muttermund fast 4 Querfinger weit, seine Ränder dilatierbar.

Da anzunehmen war, daß nach dem vorzeitigen Blasensprunge der relativ große Schädel unter Bildung einer Kopfgeschwulst den Zervix völlig verstreichen werde, beschloß ich, abzuwarten.

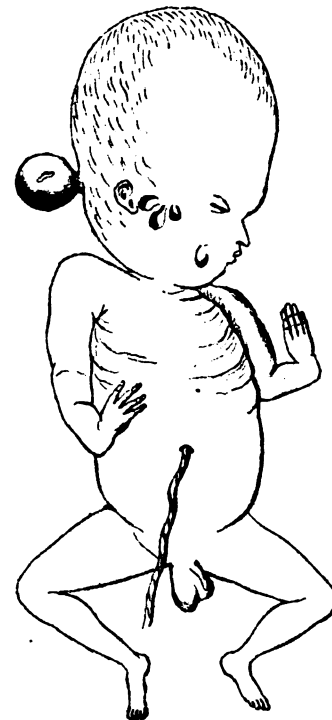
Es verstrichen 3 Stunden, Wehen kamen alle fünf Minuten, der Muttermund wurde nicht weiter, sein Rand immer derber, die Vagina empfindlicher und trockener, die Temperatur stieg auf 38°.

Wohl stellte sich die erwartete Kopfgeschwulst tiefer, ich vermeinte sogar hinten zwischen Kopfknochen die große Fontanelle zu fühlen. Nun verordnete ich gegen den rigiden Muttermund lauwarmer Scheidenirrigation und ein ebensolches Bad; gegen den Schmerz applizierte ich eine Morphiuminjektion von 0·01 cg.

Danach erloschen die Wehen völlig. Die Frau schlummerte ein. Die Temperatur betrug aber schon über 38, der Fötalpulss war auf 90 (synchron mit dem mütterlichen) gesunken.

Ich richtete Forzeps und Trepan her mit dem Bedenken, daß nunmehr im Interesse des noch lebenden Kindes, sowie besonders der fiebernden Mutter die Geburt beendet werden müsse.

Der geängstigte Gatte jedoch verlangte zu dem Akt die Herbeiziehung eines zweiten Arztes. Bei dessen Ankunft — 4 Uhr



morgens — noch andauernde Wehenschwäche, Temp. 38·6, Zunge dick belegt, Puls über 100, Fötalpulss vermindert. Auch der erschienene Kollege hält den Fall für Muttermundstriktur nach vorzeitigem Blasensprunge bei relativer Beckenenge und ist einverstanden mit Forzepsversuch, eventuell nachfolgender Kraniotomie.

Die Einführung der Löffel in das bloß 3 Querfinger weite, wenig dehnbare Orifizium war enorm schwierig, zumal die erschöpfte Erstgebärende das Einschieben der zwei Leitfinger in die straffe, enge und trockene Vagina kaum bis zur zweiten Phalange duldet.

Besonders fürchtete ich, die Zervixwand mitzufassen. Der erste (linke) Löffel saß bald, der zweite hingegen wanderte immer wieder nach vorn, obwohl die Zange im rechten schrägen Durchmesser liegen sollte.

Es gelang endlich, und einige Traktionen lehrten, daß der Kopf mitfolge. Nach fast halbstündiger Arbeit wälzte ich endlich den toten Hydrozephalus in der erwarteten Position über den Damm hervor. Auf Ergotininjektion kontrahiert sich der Uterus, nach einer Stunde exprimiere ich die mittelgroße Plazenta. Um 6 Uhr morgens sank die Temperatur auf 37·4, zweimal im Laufe des Wochenbettes erhob sie sich auf 38·4; nach 8 Tagen war die Wöchnerin genesen.

* * *

Gilt Forzeps bei Hydrozephalus und unvorbereitetem Orifizium nicht als Kunstfehler? Gewiß, wenn man ersteren bei Zeiten erkannt hat. Ich aber war kein Prophet und wollte vorerst das lebende Kind extrahieren, ließ daher vorläufig den Trepan aus dem Spiele.

Zwar fiel mir auf, daß die Löffel sich immer wieder warfen, die Griffe bald eng aneinander schlossen, bald weit auseinander wichen, so daß ich alle Vorsorge aufwenden mußte, um nicht abzurutschen. Ich beschuldigte den starken Schädel, es war aber sein zäh fluktuierender Inhalt, der die Löffel bald füllte, bald ihnen entwich. Ein andermal verspürte ich unter der Zange ein Krachen, vermeinte, die Symphyse gesprengt zu haben und wollte zum Trepan greifen. Doch der Schädel folgte, es ergoß sich dickliche gallertige Flüssigkeit vor die Vulva, welche ich für zurückgehaltenes Fruchtwasser hielt; es war aber Hydrozephalusinhalt, wie ich später kombinierte. Das Krachen bedeutete wohl Fraktur eines Schädelknochens oder Sprengung einer Naht.

Der aufmerksame Leser fragt: Wie aber konnte ein elastisch fluktuierender Hydrozephalus mit derber Kopfgeschwulst verwechselt werden? Nun, er fühlte sich eben so an, wie eine straffe Kopfschwarte. Denselben Befund erhob übrigens auch der konsultierte Kollege, welcher anläßlich mehrerer (auf mein Ersuchen behufs eigener Kontrolle) ausgeführter Traktionen gleichfalls das Tiefertreten des Kopfes konstatierte.

Ganz eigenartig ist der Habitus der Frucht (s. Figur). Ihre Monstrositäten könnte der Ontologe am besten deuten, ebenso wie es der Psychopathologe würdigen dürfte, daß in des Vaters Familie Schwachsinn und Geistesstörung vorkommt.

Der Fötus ist anscheinend ausgetragen. Hoden entwickelt, Penis dünn, scheinbar ohne Corp. cavernosa, die Urethralöffnung oben hinter der Furche der gut gebildeten Glans als blindes Grübchen angedeutet. Anus verschlossen (Atresie). Füße sind normal. Seltsam hingegen ist die Händehaltung. Dieselben sind gegen den Radius spitzwinklig flektiert, so daß das untere Ulnarende scharf hervortritt. Daumen fehlen beiderseits. Die übrigen 4 Finger ganz wohlgeformt.

Die Ohrmuschelwindungen sind vielfach und plattgedrückt. Der äußere Gehörgang endigt blind in $\frac{1}{2}$ cm tiefem Grübchen, rings herum sitzen beiderseits drei erbsengroße rundliche, gestielte Hautläppchen oder Wärzchen, ein ebensolches an der Wange neben dem Mundwinkel. „Gekrönt“ wird das Ganze von einem hühneriegroßen, am Occiput hängenden Tumor. Dieser „Appendix“ zeigt einen augenscheinlich artefiziell (durch Zangendruck) entstandenen oberflächlichen Substanzverlust, und da leider die Sektion der Leiche verwehrt wird, läßt sich nur vermuten, daß es sich um eine mit dem Hydrozephalus kommunizierende „Hernia cerebri“ handelt, aus welcher unter der Zangenkompression die zähe Flüssigkeit herausgepreßt wurde.

Referate.

KAREWSKI (München): Die chirurgische Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate.

Die Prognose des Lungenabszesses ist davon abhängig, welche Ätiologie und Ausdehnung er hat und welche anatomische Beschaffenheit, ferner davon, wo in der Lunge er sitzt. In erster Linie ist zu erwägen, in welchem Zustand sich der Lungenherd befindet, ob es eine akut entstandene Eiterung oder eine schon lange Zeit bestehende ist. Letztere hat den Nachteil, daß die vielfachen Herde, welche die Spontanheilung illusorisch machen, auch der operativen Entleerung Schranken setzen. Auch in anderer Beziehung bietet der chronische Abszeß schwierigere Verhältnisse. Jede Kaverne in der Lunge hat den Charakter einer Eiterung in starrwandiger Höhle, weil sie von der knöchernen Wand des Thorax umgeben ist. Diese gibt Widerstände für die Vernarbung ab, welche so hochgradig sind, daß man sie nur bei einem frischen akuten Abszeß vernachlässigen kann. Dann ist die Höhle ja noch von einigermaßen normalem Lungengewebe umgeben. Bei allen chronischen, alten Abszessen hingegen wird letztere immer dicker, härter,

fest, es entsteht eine mit dem Messer kaum mehr schneidbare Schwielen und die Widerstände der Rippenwand summieren sich mit jenen der Weichteilumgebung („Münch. med. Wsch.“, 1903, Nr. 40).

Abgesehen von diesen, den Abszeß direkt betreffenden Verhältnissen kommt in Betracht, welche Beschaffenheit die Rippen selbst haben. Die Rippen jugendlicher Individuen sind elastischer, biegsamer, sie können sich den veränderten Verhältnissen besser anpassen, indem ihre Krümmungen sich modifizieren. Deswegen erlaubt die Brustwand junger Leute eher die Möglichkeit einer Vernarbung des Prozesses, als die spröden, keiner Formveränderung mehr fähigen Rippen alter Leute. Es wirkt also stets das Alter der Kranken sehr einflußreich auf die Wahrscheinlichkeit einer Spontanheilung. Ferner muß man in Rechnung ziehen, welche Beziehungen der Abszeß zum Bronchus hat. Wenn er mit einer weiten Luftröhre kommuniziert, aus welcher das zähe Sekret leicht abfließen kann, wird die Möglichkeit einer Expektoration eine größere genannt werden, als wenn ein Abszeß vorliegt, der mit feineren Bronchien im Zusammenhang steht. Deswegen würden also alle Herde in der Lungenspitze besseren Abfluß gewährleisten, als solche an der Basis. Die günstigen physikalischen Verhältnisse an der Lungenspitze haben auch ihre Gültigkeit für die Entleerung einer Eiterung, nachdem man sie inzidiert hat, weil da natürlich die Flüssigkeit besser von oben nach unten fließt, und weil an der Basis die Kuppe des Zwerchfells unter Umständen die angelegte Fistel direkt verlegen kann. Auch in Bezug auf die anatomische Konfiguration der Thoraxwand hat die Örtlichkeit eine große Bedeutung. Die oberen Lungenteile sind umgeben von einem eng geschlossenen Rippenring, der sich in seinem Umfang nicht verringern kann. Dahingegen wird der Abszeß im Unterlappen mit seiner größeren Beweglichkeit der Rippen, welche vorn frei endigen, und seiner Möglichkeit der Heranziehung der Organe der oberen Bauchgegend günstigere Verhältnisse bieten. Im Oberlappen können nur verhältnismäßig kleine Substanzverluste spontan zur Vernarbung kommen, während im Unterlappen leicht bessere Wirkungen sich zeigen, selbst bei größeren Höhlen. — Wir haben daher das Recht, eine Naturheilung zu erhoffen: 1. bei jungen Individuen, 2. bei kleinen Herden, welche in der Lungenspitze liegen, 3. bei größeren an der Basis, aber immer nur, wenn es sich um frische Fälle handelt. Sobald aber eine spontane Öffnung nicht schnell erfolgt, und wenn sie geschehen, kein schnelles Nachlassen aller Erscheinungen auftritt, oder aber wenn sich Anzeichen bemerkbar machen, daß der Abszeß sich nicht gänzlich entleert, muß, gleichviel ob der Abszeß sich bereits geöffnet hat oder noch geschlossen ist, die Operation dringend geboten erscheinen. — Eine Indikation zum möglichst frühzeitigen Eingreifen ist schließlich die Tendenz der Lungenabszesse zur Progression nach der Lungenoberfläche hin. In jedem Falle sind die Heilerfolge desto günstiger, je frühzeitiger vorgegangen wird.

BR.

MENDES DE LEON (Amsterdam): Über die Gefahren der Wundinfektion durch das Sprechen bei den Operationen.

Um zu erfahren, ob die Asepsis der Wunde durch das Sprechen des Operateurs und der Assistenten nicht beeinträchtigt wird, hat Verf. zahlreiche Versuche angestellt, aus welchen hervorging, daß vor allem schon beim gewöhnlichen Sprechen kleinere Speicheltropfen in den freien Raum gelangen; die Anzahl der Tröpfchen beträgt für eine Oberfläche von 60 cm^2 bei einer Entfernung von 35 cm zwischen Mund und Oberfläche zum mindesten 60. Da die Anzahl der Mikroorganismen nach den vom Verf. angestellten Berechnungen durchschnittlich über 4000 beträgt, kann man leicht einsehen, wie groß die Gefahr ist, daß eine große Anzahl dieser Mikroorganismen auf die Wundfläche gelangt. Die Gefahr wird noch dadurch vermehrt, daß häufig der Mund ganz nahe dem Operationsfeld gehalten wird, und daß bei schwierigen Operationen lauter und erregter gesprochen wird, wobei während des Aussprechens von Zischlauten größere Mengen Speicheltropfen ausgestoßen werden.

Verf. hat auch Operationsprotokolle verfertigt, in welchen die während der einzelnen Operationen gesprochenen Worte stenographisch aufgenommen wurden, und es hat sich dabei herausgestellt, daß manche Operateure schon bei leichteren Operationen bis zu 250 Worte gesprochen haben. In einem Falle konnte sogar der Stenograph nicht nachkommen und das Protokoll blieb unvollständig!

Verf. hält diese Tatsache für um so bedeutsamer, als seine weiteren Untersuchungen ergeben haben, daß unter den mit dem Speichel entfernten Mikroorganismen Staphylokokken, Streptokokken in großer Anzahl und Diplokokken vorhanden waren, deren Virulenz zum Teil durch den Tierversuch festgestellt wurde („LANGENBECK'S Arch.“, Bd. 72, H. 4).

Die Wunden müssen daher auch nach dieser Richtung hin geschützt werden, und da einerseits die Versuche mit antiseptischen Mundwässern zu keinem Resultate führten, andererseits aber das Sprechen den Operateuren abzugewöhnen unmöglich ist, hat Verf. einen sogenannten „Speichelfänger“ konstruiert, der, ohne den Operateur im Sprechen zu behindern, dennoch die ausgestoßenen Speicheltröpfchen aufhält und die Wunde vor Infektion schützt. Die Agarplatten, gegen welche mit Hilfe dieses Apparates gesprochen wurde, blieben steril. ERDHEIM.

HARTMANN (Hamburg): Über Anwendung und diagnostische Verwertung der WEBERSchen Blutprobe bei okkulten Magen- und Darmblutungen.

Diese Probe wird in folgender Weise vorgenommen: Man verreibt 2—3 g Fäzes und 20 cm³ Wasser in einem Porzellantiegel bis zur völligen Vermischung mit Wasser. Zu der Mischung wird ein Drittel des Volums Eisessig zugesetzt und in einem Scheidetrichter durchgeschüttelt, Äther zugesetzt, abermals durchgeschüttelt. Der klare Extrakt wird zur Anstellung der Guajak-Terpentinprobe verwendet, und zwar nimmt man zu etwa 2 cm Extrakt 10 Tropfen frisch bereiteter Guajak-Tinktur und 10—20 Tropfen alten ozonisierten Terpentinöls. Die verwendeten Reagensgläser müssen vollständig rein sein. Bei positivem Ausfall tritt in wenigen Sekunden intensive Blaufärbung ein. Statt des Terpentinöls kann man auch nach KUTTNER das MERICKEsche Wasserstoffsperoxyd verwenden. Der positive Ausfall der Probe bei mittelst der Magensonde ausgehebertem Mageninhalt ist für die Annahme einer spontanen Blutung nur mit großer Vorsicht zu verwerten, weil derartige Blutungen artefiziell auch bei Gesunden vorkommen können.

Okkulte Blutungen kommen bei nervösen Magenaffektionen nie vor („Arch. f. Verdauungskrankh.“, Bd. X, H. 1).

Die WEBERSche Probe ist eine sehr wertvolle und oft eine ausschlaggebende klinische Untersuchungsmethode in der Diagnostik des runden Magengeschwürs. Sowohl bei gutartiger als auch durch Karzinom verursachter Mageninsuffizienz kommen okkulte Blutungen in gleicher Weise vor. Bei gut erhaltener Motilität, fehlender freier Salzsäure, fehlender Milchsäure spricht der konstante starke positive Ausfall der Blutreaktion in den Fäzes mit großer Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines Karzinoms. Die WEBERSche Probe ist nur dann beweisend, wenn der Genuß jeglicher Art von Fleisch, namentlich aber auch des gekochten, mit Sicherheit auszuschließen ist.

B.

J. VEIT: Verschleppung von Zotten und ihre Folgen.

Schon von früher Zeit der Schwangerschaft ab gelangen Chorionepithelien und manchmal auch bindegewebige Teile der Chorionzotten in mütterliche Venen. Zu den rein mechanischen Folgen dieser Zottenverschleppung sind („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 1) zu rechnen: Die Thrombosen serotinaler Venen, die Vergrößerung des intervillösen Raumes, die Bildung von Plazentarpolypen, manche Formen von Adhäsionen der Plazenta und Placenta disseminata, ferner die vorzeitige Lösung der Plazenta bei normalem Sitz, welche letztere auf dem Wege von Verstopfungen blutabführender Venen zustande kommt. Auch die foudroyante Blutung bei der Ruptur der schwangeren Tube hängt mit der

Zottenverschleppung und der dadurch bedingten Venenverstopfung zusammen, ebenso wie die Spontanruptur des graviden Uterus in ähnliche Verbindung gebracht werden kann. Als weitere Folgen einfacher Verschleppung können wir die destruierte Blasenmole ansehen, auch das maligne Chorionepitheliom, im Falle Teile eines malignen Eies verschleppt werden. In allen Fällen kann zu der Verschleppung von Zottenteilen auch der gleichzeitige Eintritt von Keimen hinzutreten, was insbesondere bei der Leitung der Aborte und der Blasenmole zur strengsten Asepsis mahnen muß.

Eine weitere Reihe von Folgen der Zottenverschleppung kann damit zusammenhängen, daß sich auf Grund von EHRLICH'S Seitenthetorie chemische Prozesse abspielen. Hier kommen die Genese des Chloasma uterinum, der Vermehrung der Blutmenge, der Gewichtszunahme, der Albuminurie, der Schwangerschaftsnieren, der Eklampsie in Betracht. Experimentell hat man bereits Albuminurie durch Einverleibung von Zotten beim Tiere hervorrufen können. Für die Eklampsie fehlt noch der exakte Nachweis, daß sie durch Zottenverschleppung allein hervorgerufen werde. Aufgabe weiterer Forschungen wird es sein, diese hypothetischen Zusammenhänge zu ergründen und zu versuchen, ob man ein Serum konstruieren kann, das z. B. den Abortus einleitet oder das der Albuminurie und Eklampsie vorzubeugen und sie eventuell zu heilen imstande ist.

FISCHER.

A. BUSCHKE (Berlin): Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Lokalisation von Hautkrankheiten.

Über die ersten Versuche BUSCHKE'S, durch Verfütterung kleinster Dosen von Thalliumazetat an weiße Mäuse, diffuse oder herdförmige Alopecie zu erzeugen, wurde hier bereits berichtet. Seither hat BETTMANN die gleiche Beobachtung auch an Kaninchen gemacht, und jetzt hat B. seine Versuche an diesen letzteren Tieren neuerdings aufgenommen. Wie ließ sich die Tatsache der Entstehung dieser Alopecie erklären? Von den 4 Wegen, die sich dem Autor („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 39) hierbei boten, waren zwei von vornherein auszuschließen; der eine, durch mikroskopische Untersuchung des Nervensystems vielleicht anatomische Anzeichen für den Angriffspunkt des Giftes zu erhalten, versprach keine Resultate, weil es sich ja höchstwahrscheinlich nur um funktionelle Störungen handelte, während der andere, nach der Verteilung des Thalliums vielleicht Beziehungen desselben zu bestimmten Organen oder Organsystemen ausfindig zu machen, auf Grund der bereits vorliegenden, pharmakodynamischen Untersuchungen keinen Erfolg erwarten ließ. Es blieben daher noch zwei Wege übrig, erstens durch Einführung von antagonistisch wirkenden Mitteln etwas über den physiologischen Vorgang zu erfahren oder zweitens auf Grund der antihidrotischen Wirkung den Angriffspunkt des Mittels ausfindig zu machen und daraus vielleicht Schlüsse zu gewinnen. Die erste Annahme schien für den Dermatologen um so näher, als ja tatsächlich seinerzeit das Pilocarpin in der Behandlung der Alopecie gerühmt worden war. Die von B. unternommenen diesbezüglichen Untersuchungen hatten ein negatives Resultat; sicherlich aber ging aus diesen Versuchen hervor, daß die Alopecie mit der Schweißsekretionsbeschränkung nichts zu tun hatte. Der letzte Weg, die Erforschung des Angriffspunktes des Thallium im Organismus, insbesondere in Bezug auf seine schweißunterdrückende Wirkung, hatte bei der ungleichmäßigen Wirkung desselben ebenfalls im Stich gelassen.

Versuche, durch Verfütterung verschiedener giftiger Substanzen Alopecie zu erzeugen, schlugen gleichfalls fehl. Schließlich wendete sich der Autor dem eigentümlichen Umstande zu, daß die Thalliumalopecie niemals am Bauche, sondern immer zu beiden Seiten der Medianlinie am Kopf und Gesicht, seltener an den Extremitäten, auftritt; es zeigte sich, daß durch verschiedene Reizungen der Haut eine andersartige Verteilung im Auftreten der Alopecie nicht zu erzielen war, so daß man hierin ein klares, eklatantes Beispiel zu erblicken hat, daß aus einer zweifellos inneren, derzeit noch unbekannteren Ursache eine Hautkrankheit sich in ganz bestimmter Weise lokalisiert.

DEUTSCH.

B. S. GREIDENBERG (Charkow): Progressive Paralyse nach Daten des Charkower landschaftlichen Gouvernements-Krankenhauses für 12 Jahre (1890 bis 1901).

Die Gesamtzahl der aufgenommenen Geisteskranken in der 2. Hälfte des untersuchten Zeitraums (1896—1901) war keine $1\frac{1}{2}$ mal so groß als in der ersten Hälfte (1890—1895), die Zahl der Paralytiker war um mehr als $1\frac{1}{2}$ mal so groß. Die Zahl der in diesem Zeitraum aufgenommenen geisteskranken Männer übertrifft um etwas mehr als das Doppelte die Zahl der Frauen, während die Zahl der in diesem Zeitraum aufgenommenen Paralytiker fast 6mal so groß ist, als diejenige der an Paralyse leidenden Frauen. Bei den Männern boten die verhältnismäßigen Zunahmen der aufgenommenen Geisteskranken überhaupt und der Paralytiker im besondern in der 2. Hälfte des betreffenden Zeitraums keinen wesentlichen Unterschied gegenüber der 1. Hälfte, während bei den Frauen die ersteren nicht $1\frac{1}{2}$ mal zunahm, die letzteren aber mehr als $2\frac{1}{2}$ mal. Bei den Männern kam 1 Fall von progressiver Paralyse auf je 7 Patienten, bei den Frauen auf je 20. Auf je 100 aufgenommene Paralytiker kamen 16 Frauen mit Paralyse, und auf je 100 Erkrankungen von Männern an Paralyse kamen 33 Frauen. Von den unteren Klassen wurden im Verhältnis zu der Zahl der Männer mehr Frauen aufgenommen, in den privilegierten Klassen war die Zahl der letzteren mehr als zweimal so niedrig. Die hauptsächlichsten ätiologischen Momente für die progressive Paralyse waren: Syphilis, Trunksucht und Vererbung — in verschiedenen Kombinationen untereinander. Vergleichung der Daten über die progressive Paralyse im Gouvernement Charkow mit denjenigen für das Gouvernement Taurien ergibt eine relativ geringere Häufigkeit derselben im ersteren Gouvernement, und namentlich seitens der Frauen. Angesichts der ganz besonderen Bedeutung, welche die progressive Paralyse als komplizierte Psychose hat, die so viele individuelle und lokale Verhältnisse widerspiegelt und namentlich in so engem Zusammenhang mit Syphilis steht, wäre eine systematische Untersuchung derselben in jeder landschaftlichen psychiatrischen Anstalt nach einem gleichmäßigen Programm sehr wünschenswert. G.

H. QUINCKE und A. GROSS (Kiel): Über einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Ödems.

Die Fälle der Verf. („Deutsch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 1—3) geben einen kleinen Beitrag zu dem äußerst mannigfaltigen Krankheitsbilde des akuten umschriebenen Ödems. Der Grundtypus der Krankheit auf der Haut ist verhältnismäßig einfach und nicht schwer zu erkennen, wenn sich auch Übergänge zur Urtikaria und zum Erythema multiforme finden. Derselbe Vorgang wie auf der Haut kann sich abspielen auf sichtbaren Schleimhäuten, in tiefer gelegenen, der Untersuchung noch zugänglichen Bindegewebsschichten (z. B. Periost), in der Zungenmuskulatur. Wir erschließen den gleichen Vorgang in der Schleimhaut der Bronchien, des Magens, des Darms; hier kann wahrscheinlich auch die Muskulatur mitbeteiligt werden. Die Berechtigung, diese Dinge dem akuten umschriebenen Ödem anzureihen, ergibt das paroxysmale Auftreten, ferner die individuelle oder zeitliche Koinzidenz mit dem paroxysmalen Ödem der Haut oder der sichtbaren Schleimhäute. Auch wo diese Koinzidenz fehlt, ist die Zugehörigkeit nicht ausgeschlossen, selbst die Hautödeme können später im Leben noch auftreten. Auch der Hydrocephalus articulo-rum intermittens und der Hydrocephalus angioneuroticus schließen sich hier an. Umschriebene Exsudation auf angioneurotischer Grundlage scheint also ein Vorgang von allgemeiner Geltung zu sein, er kann sich in den verschiedensten Organen abspielen, ist aber seiner Natur und Flüchtigkeit nach anatomischer und experimenteller Untersuchung bis jetzt kaum zugänglich. Immerhin darf man mit ihm rechnen, und vielleicht liegt dieser so flüchtige, schwer faßbare Vorgang manchen noch dunklen und unerklärten Krankheitsbildern zugrunde, wenn er sich in tiefer gelegenen, schwerer kontrollierbaren Organen abspielt, so z. B. den akuten, flüchtigen rheumatischen Muskelschmerzen (wie Hexenschuß) und manchen Neuralgien; auch die

Migräne, manche Äußerungen der Hysterie, manche auf motorischem wie auf psychischem Gebiet sich abspielende Störungen zentralen Ursprungs mögen so entstehen. B.

SPITZY (Graz): Reposition einer Sehnenluxation durch Sehnenverbindung.

Bei einem 21jähr. Manne, der an einer im 4. Lebensjahre ohne äußere Veranlassung einsetzenden zentripetalen, neuromuskulären Affektion der unteren Extremitäten litt, hatte sich allmählich auch eine Funktionsschwäche der Hände entwickelt. Die größte Funktionsstörung zeigte der Daumen an beiden Händen. Derselbe steht adduziert in leichter Beugung des Metakarpophalangealgelenkes und mit der Vola etwas gegen den Zeigefinger gekehrt, sonst diesem fest anliegend. Außerdem erscheint er etwas ulnarwärts abgelenkt. Aus dieser Grundstellung können nur Flexionen ausgeführt werden. Die Streckung ist aktiv nur bis zur Ausgangsstellung möglich. Jeder weitere Streckversuch steigert die Adduktion; der Daumen wird fest an den Zeigefinger angepreßt. Abduktion und Opposition sind auch nicht im geringsten Umfange ausführbar. Passiv läßt sich der Daumen etwas abduzieren und vollständig strecken; losgelassen schnellt er immer wieder in die Ausgangsstellung zurück. Der Grund dieser eigentümlichen Funktionsstörung war die ulnare Dislokation der Sehne des M. extens. poll. long., die durch Abgleiten vom Köpfchen des Metakarpus I. entstanden war. Als sichtbares Zeichen derselben war die Grube, welche durch die vorspringenden, spitzwinklig gegen das Metakarpophalangealgelenk des Daumens zusammenlaufenden Sehnen des M. extens. poll. long. und die in einem gemeinsamen Leitkanal liegenden Sehnen des M. ext. poll. brev. und M. abd. poll. long. gebildet wird, auffallend verbreitert, indem die Sehne des M. ext. poll. long. mehr ulnarwärts gegen den Zeigefinger zu liegt; faßte man die Sehne bei erschlafftem Muskel und schob man sie auf ihre Rolle über dem Metakarpusköpfchen, so war die geschilderte Funktionsstörung behoben. Damit war der Weg der Therapie vorgezeichnet, die nur in Reposition der Sehne und Fixation an normaler Stelle bestehen konnte. Da aber bei der Schläffheit aller Gewebe, namentlich der Bänder, bedingt durch die starke Inanspruchnahme bei gleichzeitiger Parese der Muskeln, die Bildung eines neuen Retinakulums keine Aussicht auf einen Dauererfolg bot, so versuchte Sp. („Arch. f. Orthopädie, Mechanother. u. Unfallchir.“, 1903, Bd. 1, H. 3) die dauernde Heilung in der Weise zu erzielen, daß er die luxierte Sehne mit der der Synergisten in feste Verbindung brachte. Mittelst eines von der halben Grundphalanx bis über das Grundgelenk durch die Mitte der Tabatiere verlaufenden Schnittes wurde das Operationsfeld freigelegt. Die Sehne des M. extens. poll. long. wurde hervorgeholt und frei präpariert, ebenso die Sehne des extens. poll. brev. Beide Sehnen wurden seitlich der Länge noch angefrischt und nach Reposition der fixierten Sehne in die normale Verlaufsrichtung beide Sehnen durch eine Längsnaht (Seide) vereinigt, der Leitkanal darüber geschlossen. Unmittelbar nach der Operation konnte Pat. bereits den Daumen aktiv vollständig strecken und bis zu 70° abduzieren. Nach 8 Tagen Entfernung der Nähte und Beginn vorsichtiger Bewegungen. Nach weiteren 8 Tagen war die Beweglichkeit eine zufriedenstellende. Dasselbe günstige Resultat ergab die 1 Monat später in gleicher Weise vorgenommene Operation an der anderen Hand. Eine 3 Monate danach vorgenommene Nachprüfung ergab keine Verschlechterung der Beweglichkeit. GRÜNBAUM.

S. K. GOGITIDZE (Kiew): Zur Frage der Resorptionsfähigkeit der Pleura bei exsudativen Entzündungen.

Die Beobachtungen des Verf.s („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 13—14) stammen aus der Klinik für Kinderkrankheiten des Prof. W. E. TSCHERNOW zu Kiew.

Schlüsse: 1. Die Resorptionsfähigkeit der Pleura ist bei exsudativen Entzündungen derselben stets in mehr oder minder bedeutendem Grade herabgesetzt.

2. Der Grad der Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit der Pleura hängt von der Quantität sowohl wie von der Qualität des

Exsudates ab: a) je größer die Exsudatmenge ist, desto mehr ist die Resorption gestört; b) bei eitrigen Pleuritiden ist die Resorption stets hochgradig herabgesetzt; c) bei rein serösen Pleuritiden ist die Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit der Pleura am geringsten, bei serös-fibrinösen am stärksten ausgesprochen, wobei der Grad der Störung der Resorption von der Quantität der fibrinösen Massen abhängt; große Fibrinablagerungen können die Resorptionsfähigkeit der Pleura vollständig aufheben.

3. Der Zustand der Resorptionsfähigkeit der Pleura, mittelst Einführung von Methylenblau in die Pleurahöhle festgestellt, kann Hinweise für die Prognose wie auch für die Methode der Behandlung der Pleuritis geben. L—y.

BEZDĚK (Brünn): Ein Beitrag zur Kasuistik retrograder Inkarzeration.

Eine 53jährige Tagelöhnerin erkrankte bei der Arbeit durch Inkarzeration der mittleren Schlinge des Wurmfortsatzes zugleich mit dem Mesenteriolum. Reflektorisch traten Erscheinungen von Darmverschluss auf. Im Verlaufe dreitägiger Dauer der Inkarzeration nekrotisierte die mittlere, inkarzerierte Schlinge, die am dritten Tage durch den herbeigeholten Arzt reponiert wurde. Der nekrotische Processus vermiformis rief in der Bauchhöhle eine begrenzte Bauchfellentzündung hervor, aus welcher ein Abszeß in der Gegend des Blinddarmes entstand. Ein Monat nach der Operation genas die Pat. vollkommen („Časopis českých lékařů“, 1904, Nr. 39). Es handelte sich in diesem Falle also, ähnlich wie im Falle von ROSE, um eine Inkarzeration und sekundäre Nekrose des mittleren Teiles des Proc. vermiformis bei bestehendem Schenkelbruche mit nachfolgendem, begrenztem Peritonealabszeß. STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Sein Heilverfahren bei Netzhautablösung beschreibt DEUTSCHMANN („Beitr. z. Augenheilkde.“, 1904, H. 59). Die einfachen subkonjunktivalen Einspritzungen von Kochsalzlösung sind zu meist unzulänglich. Von starken Kochsalzlösungen und von der Kombination der subkonjunktivalen Injektion mit Parazentese oder gar mit Kauterisation der Sklera ist abzuraten, weil sie zu Komplikationen führen. Die besten Erfolge hat D. mit den von ihm empfohlenen „Durchschneidungen“ erzielt. Die Technik ist dieselbe geblieben; das dazu nötige zweischneidige Messer ist zweckmäßig mit bajonettförmiger Knickung des Stiels versehen. In verzweifelten Fällen, in denen sonst das Auge als verloren gilt, fügt D. der Durchschneidung eine Einspritzung von tierischem (Kaninchen oder Kälber) Glaskörper hinzu. Um beide Operationen ohne Unterbrechung auszuführen, benutzt D. ein zweischneidiges durchbohrtes Messer, und um jede Saugwirkung zu vermeiden, eine besonders konstruierte Spritze. Der Glaskörper wird in verschiedenen Dosierungen angewendet und darf nur von jungen, höchstens 4 Monate alten Tieren stammen. Eingespritzt werden bis zu zwei Teilstriehen, je nach der gewählten Konzentration des tierischen Glaskörpers und je nach der bestehenden Konsistenz des Bulbus. Nach der Einspritzung wird die Einstichsöffnung einige Minuten lang mit einer gezähnten Pinzette zusammengepreßt, um das Zurückfließen der Injektionsflüssigkeit zu verhüten. Reaktionen können bis zu 8 Tagen nach der Operation eintreten, sind aber meist mit Atropin und warmen Umschlägen zu beherrschen. Bei starker Schmerzhaftigkeit und Drucksteigerung sowie Abnahme des Lichtscheins erweisen sich eine oder eventuell wiederholte Durchschneidungen als wirksam. Gewöhnlich wird der Druck normal und bleibt es, bis der Glaskörper sich aufgeheilt hat. Sinkt der Druck wieder, so wird die Glaskörper-einspritzung wiederholt oder es werden häufiger Kochsalzeinspritzungen gemacht. In einem Fall haben sich mehrere Einspritzungen von sterilem Olivenöl als günstig erwiesen.

— Ein Mittel gegen Skabies, das nicht schmutzt, geruchlos und ungiftig ist, nennt DRUTSCH das Epikarin („Zentr. f. Kinderheilkde.“, 1904, Nr. 3). Ähnlich lauten die Erfahrungen von KRAUS („Allg. Wiener med. Zeitung“), PFEIFFENBERGER („Ther. Wochenschrift“) und SIBBERT (Kinderpoliklinik, München). Verf.

hat Versuche mit einer 10%igen Salbe (Rp. Epicarini 10·0, Ungt. simpl. 100·0. S. Salbe) bei 11 skabiösen Kindern gemacht. Das jüngste Kind, ein 5 Monate alter Säugling, genas in 4 Tagen ebenso wie der älteste seiner Pat. (6 Jahre alter Knabe), ohne Reizerscheinungen von seiten der Haut zu zeigen. Ohne vorhergehendes Bad ließ Verf. den Körper 3 Tage hintereinander vom Kopf bis zum Fuße abreiben, am 4. Tage abbaden.

— Zur Behandlung der kardialen Form der Schlaflosigkeit berichtet FEILCHENFELD („Berl. klin. Wschr.“, 1904, Nr. 11) Folgendes: Bei jeder Behandlung eines Falles von Schlaflosigkeit hat der Arzt das Augenmerk auf die Erkennung des der Schlaflosigkeit zugrunde liegenden störenden Reizes zu richten. Die Anwendung der Schlafmittel hat zweifellos ihre großen Bedenken. Verf. empfiehlt nur die kleinen Dosen. Man muß bedenken, daß die Patienten nicht vollkommen schlaflos sind. Sie gehen mit einer gewissen Müdigkeit zu Bett und unsere Aufgabe ist nur, denjenigen Grad von Müdigkeit ihnen durch unsere Schlafmittel zuzuführen, der noch fehlt, um die vollkommene, zum festen Schlafe erforderliche Müdigkeit zu bewirken. Das geschieht oft durch erstaunlich kleine Gaben von Morphin, Codein, Sulfonal etc., soweit diese nicht selbst durch ein Exzitationsstadium zur Verschlebung des Schlafes beitragen. In den Fällen von kardialer Insomnie hat Verf. sehr Gutes von der Verbindung kleiner Dosen Digitalis mit Morphin, z. B. Pulv. digit. 0·015 mit Morph. mur. 0·0025, Abends gesehen. Bei besonders vom Magen und Darm ausgehenden Reizen sind häufig kleine Dosen Sulfonal, z. B. 0·25 im Laufe des Nachmittags 2—3mal gegeben, von bester Wirkung. Man sollte, schließt Verf., stets, selbst wo die großen Dosen versagt haben, immer von neuem die kleinen Gaben versuchen und man wird oft von dem günstigen Erfolge überrascht sein, besonders wenn man genau alle verschiedenen Möglichkeiten der den Schlaf beeinträchtigenden Reize in Betracht gezogen hat.

— In einem Falle von Epilepsie bei einem 13jährigen Knaben hat LEVI („Ärztl. Rdsch.“, 1904) erfolgreich das Bromopin versucht. Der Junge bekam anfangs 2 Kapseln zu je 2·0 g eines 33 1/3%igen Bromipins. Nach einigen Tagen wurde um eine Kapsel gestiegen und bald die Dosis auf fünf und sechs gesteigert. Dieselbe wurde nun zirka 6 Monate lang beibehalten. Das Präparat wurde während der ganzen Zeit ausgezeichnet vertragen. In den ersten Tagen schienen sich leichte Stuhlanomalien in Form vorübergehender Diarrhöen einzustellen, die aber bald aufhörten. Irgendwelche Symptome von Bromintoxikation von seiten der Haut, der Schleimhäute oder des Zentralnervensystems blieben auch bei fortgesetztem Gebrauch aus. Die Anfälle verloren allmählich an Schwere und wurden seltener. An Stelle der Krampfattacken tritt jetzt gewöhnlich eine kurz dauernde Bewußtlosigkeit, während das anfallsfreie Intervall 3—4 Wochen dauert. Dieser Zustand ist seit zirka drei Monaten unverändert geblieben.

— Über die Wirkung der Radiumstrahlen auf das Hühnerei hat SCHWARZ („PFLÜGERS Arch.“, Bd. 100) Versuche angestellt. Wenn eine Radiumkapsel mit Hilfe eines Heftpflasterstreifens auf einem Hühnerei befestigt wird, so zeigt sich nach einigen Tagen eine leichte Bräunung der Kalkschale, ziemlich zirkumskript, entsprechend der Stelle der maximalen Strahlenwirkung, keine Veränderung der Schalenhaut, leichte Eindickung und Häutchenbildung am Weiße ohne Koagulation oder Gelatinierung, Verfärbung einer Stelle des Dotters. Die Stelle des Dotters ist von veränderter Konsistenz, hat einen starken, äußerst widerlichen Geruch nach schlechtem Lebertran. Die Bräunung der Kalkschale führt der Verf. zurück auf die Fähigkeit der Becquerelstrahlen, albuminoide Körper im Sinne einer trockenen Destillation zu zersetzen. Die Veränderungen des Dotters erklärt Verf. durch eine Entfärbung des Luteins und eine Zersetzung des Lecithins unter Freiwerden von Trimethylamin. Verf. möchte die Wirkung der Radiumstrahlen auf die Zellsubstanz überhaupt auf die supponierte Veränderung des Lecithins zurückführen.

— Über Rheumasan berichtet KÖBISCH („Deutsche med. Wschr.“, 1903, Nr. 38). Er hat etwa 30 Patienten mit Rheumasan bisher behandelt oder dieselben sind zum Teil noch in Behandlung. In vier Fällen schien das Präparat unwirksam zu sein, und zwar

waren dies: Ein Fall von Tabes mit lanzinierenden Schmerzen, ein Fall von Trigeminusneuralgie, ein Fall von Arthritis des rechten Ellenbogengelenks; die bereits über 10 Jahre bestand, und ein Fall von alter Hemiplegie mit Schmerzen. In 26 Fällen konnte er sich von der sofortigen günstigen Wirkung der Linderung oder Beseitigung der Schmerzen überzeugen. Auf Grund dieser Fälle empfiehlt er das Rheumasan als ein gutes äußerliches Antirheumatikum. Er läßt das Präparat in folgender Weise gebrauchen: Die erkrankten Partien des Körpers werden durch Waschen gesäubert, gut abgetrocknet und darauf etwa 10 g des Mittels verrieben, und zwar so, daß das Rheumasan in feiner dünner Schicht über eine möglichst große Fläche verteilt ist. Danach wird die so behandelte Fläche mit einer dünnen (geleimten) Watteschicht umhüllt. Dieser Verband bleibt zirka 12 Stunden liegen. K. läßt täglich 1—2mal einreiben, je nach der Empfindlichkeit der Haut.

— Als **Methoden der künstlichen Sterilisierung** kommen nach CRAMER („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 14) folgende in Betracht: Zunächst die Kastration, die Entfernung der Ovarien. Diese hat jedoch meist derartige Beschwerden zur Folge durch Ausfallserscheinungen, daß sie möglichst zu vermeiden ist. Eine zweite Methode der künstlichen Sterilisierung ist die Unterbindung und Resektion der Tuben nach KEHREB. Jedoch auch diese Operation hat heftige Beschwerden zur Folge. Endlich hat man die vaginale Entfernung des Uterus mit Zurücklassung der Ovarien als Kastrationsmethode empfohlen, besonders in Frankreich. Eigentlich sind aber bei den durch innere Krankheiten hervorgerufenen alle mit Narkose verbundenen größeren Operationen kontraindiziert. Man erreicht den Zweck auch, indem man nur die Uterusschleimhaut und damit deren Funktion zerstört. Ein geeignetes Verfahren hiezu, welches überdies keine Narkose erfordert, ist die Vaporisation des Uterus. Das Cavum uteri wird hierdurch mehr oder weniger obliteriert und der Uterus schrumpft, infolgedessen tritt die Menstruation nur noch in sehr geringem Grade oder gar nicht mehr auf, jedenfalls aber wird durch die hochgradige Involution des Organs Sterilität bedingt. Nur bei Erkrankungen der Adnexe und entzündlichen Verwachungen kann die Vaporisation des Uterus fible Folgen haben (Tubenkoliken), sonst nicht. Von Wichtigkeit ist es, die Cervix uteri vor der Einwirkung des Dampfes zu schützen, um ihre Schleimhaut zu erhalten. Durch vorherige Anwendung von Adrenalin auf die Uterusschleimhaut wird die Wirkung der Vaporisation sicherer und intensiver sein.

— Bei manchen Fällen von **Nephritis** ergibt sich nach WIDAL und JAVAL („Presse méd.“, Oktober 1903) therapeutisch die Notwendigkeit einer Einschränkung der Kochsalzzufuhr. Die Darreichung von Fleisch, Brot, Kartoffeln, Butter ohne gleichzeitigen Kochsalzersatz bildet die Elemente der auf Entziehung der Chloride hinstrebenden Ernährung. Andererseits wiederum gibt es Fälle, wo eine Beschleunigung der Ausscheidung der Chloride durch Medikamente angezeigt erscheint. Hier zeigte bisweilen das Theocin (1 g pro die) höchst energische Wirkung. Manchmal brachte Theobromin die Albuminurie und das Ödem zum Schwinden, rief Polyurie und Polychlorurie hervor. Mit dem Aussetzen des Theobromins kehrten die Erscheinungen zurück.

— Die **Praxis der Asepsis** erörtert LOCKWOOD („Brit. med. Journ.“, 1904, Nr. 4, 5 u. 6). Zur Händedesinfektion benutzt er eine Mischung von Wasser, Alkohol und Quecksilberbijdodid (1 Teil Quecksilber, 500 Alkohol, der 25% Wasser enthält). Während der Operation werden die Hände häufig in Bijdodidlösung (1 auf 4000 Wasser) abgespült. Handschuhe benutzt er nur bei septischen Operationen. Die Haut der Kranken wird wie die Haut der Chirurgen vorbereitet und war bei Kulturversuchen in 41 von 55 Fällen steril, die Hand des Chirurgen bei den letzten 30 Fällen 28mal. Als Ligatur und Nahtmaterial für versenkte Nähte benutzt er Seide, die unmittelbar vor der Operation $\frac{1}{2}$ Stunde lang gekocht wurde. Ausstoßen der Fäden ist häufig eine Folge zu festen Knotens. Bei septischen Wunden verwendet er Catgut, das nach Reinigung mit Seife und Wasser, sowie nach 48stündiger Entfettung in Äther für mindestens 72 Stunden in Quecksilberbijdodid (1 auf 250 Wasser) gelegt wird. Dieses Catgut hält sich monatelang in der Lösung. Für Hautnähte wird Silkworm benutzt, das $\frac{1}{2}$ Stunde

lang gekocht war. Die Wunde wird mit Silberfolie bedeckt. Zum Tupfen benutzt er nur Schwämme, die in Quecksilberbijdodid (1 in 4000 Wasser) ausgedrückt werden. Von größter Bedeutung ist der sofortige völlige Verschluß der Wunde und eine sorgfältige gut adaptierende Hautnaht. Drainage wandte er eigentlich nur bei septischen Wunden an, sonst nur, wenn eine stärkere Nachblutung zu erwarten steht. Höhlen, wie Blase, die Gallenblase und das Rektum drainiert er immer. Der Verband beginnt stets damit, daß ein Stück Silberfolie auf die Wunde gelegt wird. Im übrigen verwendet er meist sterile Gaze und Watte, macht aber sehr umfangreiche Verbände, die meist durch äußere Apparate mit Gürteln und Schnallen fixiert werden.

— Aus den Beobachtungen von GEYER („Ther. Monatsh.“, 1904, Nr. 3) ergibt sich, daß das **Helmitol** sich dem Urotropin in manchem Falle überlegen erwies und daher mit Recht als ein verstärktes Urotropin anzusehen ist. Ein solch eklatanter Erfolg darf wohl auf eine vermehrte Formaldehydabspaltung (dem Urotropin gegenüber) anzusehen sein. Von Wichtigkeit erachtet es G., daß das Helmitol ohne jeden Nachteil (es wurde monatelang und mehrere 100 g davon gebraucht) verabreicht werden kann. Er glaubt daher, das Helmitol warm empfehlen zu sollen. Das Mittel wurde in Pulverform à 1 g verordnet, weil die Auflösung desselben, zumal bei dem monatelangen Gebrauch, sich wesentlich leichter gestaltet als die der Tabletten, die andererseits aber wieder den Vorzug der größeren Billigkeit haben, da das Mittel in solchen verordnet — eine Glasröhre zu 20 Tabletten à 0.5 — sich auf etwa 90 Pf. in den Apotheken stellt.

— Die **physikalisch - diätetische Therapie des Morbus Basedowii** gestaltet sich nach BISHOP („Med. Rec.“, 1904, Nr. 4) wie folgt: Körperliche und geistige Ruhe, früh zu Bett, spät auf; stickstofflose Kost. Elektrische Behandlung. Der Vagus kann am leichtesten vom Halse aus gereizt werden, wodurch die Herzbewegungen sich verlangsamen. Verf. bevorzugt den konstanten Strom, und zwar gleichzeitig rechts und links. Er setzt eine große positive Elektrode oben am Hals an und zwei kleinere Elektroden, welche sich gabelförmig von dem negativen Draht abspalten, unten am Halse, rechts und links von der Thyreoidea, auf den Vagus. Man erhöhe langsam die Stromstärke gerade noch zur Erträglichkeit und lasse den Strom 10—15 Minuten einwirken, bis eine Beruhigung sich zeigt, dann soll der Strom ebensolange direkt auf die Thyreoidea einwirken; jeden zweiten Tag wird die Applikation wiederholt. Die Stromintensität muß, je nach der Wirkung auf den Puls, reguliert werden.

Literarische Anzeigen.

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. Von Dr. E. Heinrich Kisch, außerordentlicher Universitätsprofessor an der deutschen medizinischen Fakultät in Prag, im Sommer dirigierender Hospitals- und Brunnenarzt in Marienbad, Medizinrat, Kommandeur etc. Mit zahlreichen Abbildungen. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg. I. u. II. Abteilung, pag. 1—480.

Verf. behandelt in diesem Werk, dessen bisher erschienene zwei Abteilungen vorliegen, ein Grenzgebiet der Gynäkologie und internen Medizin, das bisher weder von den Vertretern der einen, noch von jenen der anderen Disziplin entsprechend gewürdigt wurde, d. h. nahezu unbeachtet blieb, nämlich das Geschlechtsleben des Weibes in seinen Beziehungen zu dem weiblichen Genitale, zu dem Gesamtorganismus des Weibes, zu dessen körperlicher und geistiger Entwicklung, sowie zum gesundheitlichen Bestande, wie zu verschiedenen Krankheitsvorgängen. Entsprechend den drei Marksteinen des weiblichen Geschlechtslebens zerfällt der Stoff in drei Abschnitte, in den, der die Zeit des Eintrittes der ersten Menstruation betrifft, d. h. in den der Menarche, in den der Menakme, der Zeit der sexuellen Tätigkeit, und in den der Menopause, in dem die Funktionen des Sexualsystems bereits erloschen sind. Der ganze große Stoff, den Verf. abhandelt, fällt demnach zum Teil in das Gebiet der

Anatomie und zum Teil in die Gebiete der Physiologie, der internen Medizin (namentlich bezüglich der Pathologie des Nervensystems und gewisser Blutanomalien, wie der Chlorose), der Hygiene (in erster Linie, soweit sie die Menstruation betrifft) und schließlich in die der Gynäkologie und Geburtshilfe. In manchen Kapiteln, wie in denen über Kohabitation, Konzeption und Sterilität muß Verf. sogar in die Physiologie und Pathologie des Mannes übergreifen, um den Stoff möglichst gründlich abzuhandeln. Soweit sich aus den zwei vorliegenden Abteilungen (denen die zwei Schlußabteilungen bald folgen sollen) entnehmen läßt, ist es dem in wissenschaftlichen Kreisen sich eines guten Namens erfreuenden Verf. gelungen, diesen umfangreichen Stoff zu bewältigen und dadurch ein Werk zu liefern, das eine fühlbare Lücke ausfüllt. Jeder, mag er Vertreter dieser oder jener medizinischen Disziplin sein, wird in dem Werke genug des Belehrenden und Anregenden finden. Namentlich aber sei dessen Lektüre einer Klasse von Ärzten — die aber leider im Aussterben begriffen ist — empfohlen, den Hausärzten, die über das Wohl und Wehe der Familie und damit auch über das der heranwachsenden Mädchen zu wachen haben. Speziell sie werden in dem Werke zu ihrem Nutzen vieles finden, daß sie anderwärts vergebens suchen.

— r —

Gonorrhoe und Ehe. Eine klinische und volkshygienische Studie von Dr. Ferdinand Kornfeld, gewesener Assistent der Poliklinischen Abteilung des Regierungsrates Prof. Dr. A. v. FRISCH in Wien und Leipzig. Franz Deuticke. 1904.

Die Wichtigkeit und Bedeutung des Gegenstandes, dessen Erkenntnis überdies noch eine relativ junge ist, bildeten trotz der nicht wenig zahlreichen Publikationen, die das gleiche Thema behandeln, für den Autor die Lockung, seine eigenen Anschauungen und Erfahrungen

auf diesem Gebiete bekannt zu geben. Sie stimmen in allen wesentlichen Punkten mit den von anderen Seiten erhobenen Forderungen überein, trotz der kleinen Polemik und den kritischen Bemerkungen zu den jüngsten Reformvorschlägen NEISSERS. Hervorheben wollen wir nur, daß der Autor mit Recht ganz besondere Betonung auf die Häufigkeit des Vorkommens der symptomlosen Prostatitis legt und zeigt, wie verhängnisvoll hier die von Ärzten gar nicht so selten geübte, flüchtige Untersuchung des Tripperkranken werden kann. Daraus ergibt sich dann naturgemäß die vielleicht manchem Leser zu streng erscheinende Forderung, daß sich bei Erteilung des Ehekonsenses an (ehemals) tripperkranke Ehekandidaten die Untersuchung nicht nur auf Tripperfäden, sondern auch auf das Sperma zu erstrecken habe.

Der Ton, in welchem das Buch geschrieben ist, berührt warm und sympathisch, ja wir glauben kaum fehl zu gehen, wenn wir daraus die Genese des Buches erschließen. Es ist Mitleid, das die Feder des Arztes führte, herzerreißendes Mitleid mit den tausenden und aber tausenden blühenden Geschöpfen, die voll Hoffnungen an den Traualtar treten, um in der Hochzeitsnacht den furchtbaren Keim zu langandauerndem, vielleicht lebenslangem Siechtum zu empfangen.

Es ist fast selbstverständlich, daß der Autor es nicht unterließ, auch die Schwierigkeiten zu beleuchten, welche der Arzt hier zu umgehen hat, um dem körperlichen Leiden zumindest die seelische Pein fernzuhalten. Beherrigenswerte Ratschläge, die zumal dem jüngeren Kollegen zugute kommen mögen, zeigen hier den richtigen Weg, wie denn überhaupt der Praktiker, der nicht die Zeit finden kann, der großen Literatur über diesen Gegenstand nachzugehen, hier alles Wissenswerte geordnet vorfindet, weshalb das auch vom Verleger vornehm ausgestattete Buch bestens empfohlen werden kann.

D.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

IV.

Anlässlich der Verhandlung des Budgets wird im Abgeordnetenhaus der Regierung die Errichtung eines Ministeriums für Sanitätswesen nahegelegt werden. Die Idee ist nicht neu, aber klar und überzeugend. Ungarn ist, was seine Ausdehnung betrifft, größer als Österreich, Italien und Großbritannien, ist aber viel weniger bevölkert, als welcher immer der erwähnten Staaten. Kraft und Ansehen kann ihm nur die Bevölkerung geben, und auch seiner staatlichen Aufgabe kann es nur mit Hilfe einer gesunden Einwohnerschaft nachkommen. In dem ungarischen Staate ist die Fruchtbarkeit des Volkes genügend ersprießlich, aber ihre Erfolge werden durch die Mortalitätsverhältnisse paralytisch. Die große Kindersterblichkeit, die kurze Durchschnittslebensdauer, der asiatische Zustand des Sanitätsdienstes, der Mangel an Krankenverpflegungsanstalten und menschenfreundlichen Instituten etc. wirken auf die Entwicklung des Landes sehr nachteilig. Unsere Rückständigkeit auf diesem Gebiete ist zur Genüge bekannt. Die Reform des öffentlichen Sanitätswesens ist nicht nur vom humanistischen Gesichtspunkte, sondern auch in Hinblick auf die Volkswirtschaft, öffentliche Moral und Kultur recht wünschenswert. Durch sie kann Ungarn eine Macht werden, ohne sie kann es nicht lange ein Staat bleiben.

Das große Ziel macht auch eine entsprechende Organisation erforderlich. Es genügt nicht, wenn einige neue Gesetze geschaffen werden, oder wenn die alten mit gehöriger Strenge und dem nötigen Kostenaufwand durchgeführt werden. Die große Menge und die starke Ausdehnung der Aufgaben kann nur so überwunden werden, daß man eine systematische und wohl durchdachte Sanitätspolitik betreibt, die heute über kein einheitlich leitendes Organ verfügt. Das Sanitätswesen ist heute in der Hand der Lokalbehörden und wird als Lokalangelegenheit behandelt. Die Akten kommen im Appellationswege in die Sanitätsabteilung des Ministeriums für

innere Angelegenheiten, die bürokratisch von Fall zu Fall verfügt, wie sich gerade „die Dinge ereignen“. Selbstredend ist es so unmöglich, über das Ganze eine Übersicht zu haben und eine großangelegte, selbstbewusste Sanitätspolitik zu betreiben.

Das Interesse Ungarns verlangt es, daß auf diesem Gebiete nicht die einzelnen Angelegenheiten die Staatsmacht dirigieren, daß der Staat den Geschäftsgang dirigiere. Aber der Zweck ist auch nicht allein dadurch zu erreichen, daß die Sanitätsabteilung einfach aus dem Ministerium für innere Angelegenheiten ausgeschaltet und unter der verantwortlichen Leitung eines besonderen Ministers selbständig gemacht wird. Dieser neue Verwaltungszweig hätte nur dann Existenzberechtigung, wenn in seinen Wirkungskreis all das einbezogen wird, was unbedingt dazu gehört. Das neue Ministerium hätte nicht nur die Administration des Sanitätswesens zu besorgen, sondern es müßte auch in seinen Wirkungskreis aufnehmen: die Krankenpflege, das Spitalwesen, die Sanitätspolizei, die öffentliche Reinlichkeit und das Badewesen, die Aufsicht über die öffentliche Verpflegung, das Armen- und das Wohltätigkeitswesen, die Arbeiterangelegenheiten in Bezug auf Hygiene und Unfallversicherung, schließlich den Veterinärdienst. Nur ein in dieser Form organisiertes Ministerium kann die Erreichung dieses Zieles fördern.

Das öffentliche Sanitätswesen verlangt nicht unbedingt, daß das Sanitätswesen auf der ganzen Linie verstaatlicht werde. Es gibt im Sanitätsdienste Angelegenheiten lokaler Natur, die dem Staate ganz fern stehen und die ein Zentralorgan nicht nach Gebühr beurteilen könnte, weil dazu Lokalkenntnisse notwendig sind. Das Lokalinteresse in strengstem Sinne des Wortes kann nur durch eine Lokalorganisation befriedigt werden, die die Staatsverwaltung niemals entbehren kann. Überflüssig, ja sogar undurchführbar ist es, daß jeder Mitarbeiter der Hygiene Staatsangestellter sei.

Ein Ministerium für Sanitätswesen hat auf diesem Gebiete eine höhere Aufgabe. Es hat das Landesinteresse vor Augen zu haben und ihm mit der ganzen Kraft des Staatswillens Geltung zu verschaffen. Bisher hat sich die Sanitätsabteilung des Ministeriums mit kleineren administrativen Verfügungen erschöpft, aber wenn sie zu einem selbständigen Ministerium umgestaltet wird, wird

es in der Lage sein, eine Sanitätspolitik zu betreiben, die mit den Aufgaben der Hygiene kulturelle, volkswirtschaftliche und sozialistische Aufgaben vereinigen kann.

Mehrausgaben dürfte diese neue Organisation auch nicht zur Folge haben, da doch die sonstigen Abteilungen des Ministeriums für innere Angelegenheiten anderen Ministerien zugeteilt werden müßten und einzelne Sektionen anderer Ministerien dem neuen Ministerium untergeordnet werden.

So bekäme das Sanitätswesen Ungarns den ihm gebührenden Platz und es wäre nicht mehr das Aschenbrödel der ungarischen Verwaltung. Es wäre einer konstitutionellen Fürsorge unter politischer Verantwortung teilhaftig.

Die Landesväter, die diese Idee propagieren und im Abgeordnetenhaus zur Sprache bringen wollen, werden ohne Zweifel auch von der öffentlichen Meinung unterstützt werden.

Das von dem Kongresse der Gemeinde- und Kreisärzte delegierte Komitee machte beim Ministerpräsidenten Tisza in seiner Eigenschaft als Minister des Innern seine Aufwartung, um ihm das Memorandum zu überreichen, welches die Forderungen dieses schlecht besoldeten Sanitätspersonals enthält. Sie verlangen die Regelung der Besoldung, die Feststellung eines Minimalgehaltes, eine Alterszulage, freie Wohnung, die Feststellung der Wagenpauschale und der Ordinationstaxen. Als Zahlstelle mögen die Steuerämter fungieren. Es sind sehr bescheidene Wünsche, so daß es kein Wunder ist, daß der Minister angesichts der „unhaltbaren Zustände“ versprochen hat, die Sanierung in nächster (?) Zeit durchzuführen. Ein Versprechen, das noch von jeder Regierung gemacht worden ist, aber keiner ist es noch in den Sinn gekommen, es zu halten. Dem Landesverein der Gemeinde- und Kreisärzte fällt nun die Aufgabe zu, die Sache auf der Oberfläche zu erhalten und alle Mittel anzuwenden, um das sich gesteckte Ziel zu erreichen.

Zu den meist gerühmten Schöpfungen der letzten Jahrzehnte gehört die Kolonie der Universitätskliniken. Erst jetzt, nach 20jährigem Bestande, stellt sich heraus, daß das Lob ein unerdientes ist. Einer der schönsten Pavillons ist plötzlich baufällig geworden und wird abgetragen werden müssen. Bei der Untersuchung des baufälligen Gebäudes entdeckte man einen $1\frac{1}{2}$ m hohen blinden Stock, von dem man bisher keine Kenntnis gehabt hat. Der geniale Baumeister hatte diesen Zwischenstock eingefügt, damit das Gebäude imposanter und mit den Nachbarpavillons gleich hoch sei.

Br.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

21. Kongreß für innere Medizin.

Leipzig, 18.—21. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

STAEHELIN (Basel): Stoffwechsel und Energieverbrauch im Fieber.

Votr. berichtet über Versuche an einem fieberkranken Hunde, in denen er mit Hilfe von indirekter Kalorimetrie festgestellt hatte, daß die Wärmeproduktion stärker vermehrt war, als daß die Vermehrung durch toxischen Eiweißzerfall hätte erklärt werden können. Votr. schließt daraus, daß im Fieber bisweilen nicht nur der Eiweißstoffwechsel, sondern auch der Fettstoffwechsel gestört ist.

FALTA (Basel): Über einige Fragen, betreffend den Eiweißstoffwechsel beim Diabetes mellitus.

Bei vier schweren Diabetikern wurde der Einfluß von Kasein, Serumalbumin, Blutfibrin, Blutglobulin, Hämoglobin- und genuinem Ovalbumin auf die Glykosurie untersucht. Die schon früher ausgesprochene Vermutung, daß die Glykosurie durch verschiedene Eiweißkörper um so ungünstiger beeinflusst wird, je rascher dieselben in die Zersetzung einbezogen werden, oder — was vielleicht damit identisch ist — je rascher der Zucker im Organismus aus ihnen entsteht, konnte auch hier bestätigt werden, indem bei den ersten Gliedern der Reihe, die sich durch einen raschen Ablauf der N-Ausscheidungskurve auszeichnen, die Zuckerausscheidung immer bedeutend anstieg, während die letzten Glieder der Reihe, deren Kurve sehr flach verläuft, sich fast als wirkungslos erwiesen. Von besonderem Interesse aber war es, daß Versuche mit koaguliertem Eiereiweiß zu anderen Resultaten führten

als die mit genuinem, indem hier im Gegensatz zum genuinem Eiereiweiß ein steiler Anstieg der N-Kurve und eine nicht unbedeutliche Vermehrung der Zuckerausscheidung zu beobachten war.

Glaessner (Berlin): Der Unterschied zwischen der Zuckerausscheidung nach genuinem und koaguliertem Eiweiß beruht vielleicht darauf, daß im genuinen Eiweiß Stoffe enthalten sind, die das Trypsin schädigen und genuines Eiweiß daher schlechter verdaut wird.

NISSL V. MAYENDORF (Prag): Seelenblindheit und Alexie.

Seelenblindheit ist die Unfähigkeit, Gegenstände, die deutlich wahrgenommen werden, zu erkennen, Alexie das zerebral bedingte Unvermögen, lesen zu können. Beide Störungen faßt Votr. als zusammengehörig auf. Auf Grund der anatomischen Durchforschung zweier mit Malazien behafteter Gehirne gelangte Votr. zu einer neuen Deutung dieser Krankheitsbilder. Seelenblindheit und Alexie sind nicht auf einen Ausfall von optischen Rindenbildern (MUNK) oder auf eine Unterbrechung subkortikaler Assoziationsbahnen zurückzuführen, sondern eine Folge der Zerstörungen oder Außerfunktionssetzung jener Anteile der Sehstrahlung, die die im Subkortex angelangten Reize von der Macula lutea nach der Hirnrinde fortzuleiten bestimmt sind.

GUTZMANN (Berlin): Über Sprachstörungen bei Neurasthenikern.

Neurastheniker zeigen häufig Störungen ihrer sprachlichen Leistung. Diese zeigen sich: 1. als Störungen des sprachlichen Gedächtnisses, 2. als Störungen der Assoziationsleistung, 3. in schneller Ermüdbarkeit, besonders der Stimmuskulatur, 4. in gesteigerter Beeinflussung der Sprache durch Affekt, 5. als Störungen der sprachlichen Koordination (besonders spastische Störungen: Stottern). Man hat bisher diese letzte Gruppe der Sprachstörungen nicht der Neurasthenie zurechnen wollen. Genauere Untersuchungen ergeben aber, daß sich bei sehr vielen Stotternern im Laufe der Zeit charakteristische neurasthenische Zustände ausbilden. In einzelnen Fällen entsteht umgekehrt bei Neurasthenikern charakteristisches Stottern. Die Behandlung darf weder ausschließlich allgemein, noch ausschließlich speziell sein.

BORNSTEIN (Leipzig): Ein weiterer Beitrag zur Frage der Eiweißmast.

B. ist auf Grund früherer Stoffwechselversuche der Ansicht, daß einseitige Eiweißüberernährung wohl imstande ist, einen Eiweißansatz zu erzielen. Votr. hat in einem neuen Stoffwechselversuche an sich selbst bei 4tägiger Vor- und 10tägiger Hauptperiode, während der er der Normalkost zirka 50g Plasmon zugelegt hatte, Stickstoff und Schwefel bestimmt und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. daß auch bei abundanter Eiweißkost die Verbrennung des Eiweißes in völlig normaler Weise vor sich geht; 2. daß, da das Ausscheidungsverhältnis von Stickstoff zu Schwefel gleich bleibt, die S-Retention gleichen Schritt gehalten hat mit der N-Retention, die in 10 Tagen zirka 16g, entsprechend 100g Eiweiß, resp. 500g Fleischsubstanz betrug.

Albu (Berlin) betont, daß auch dieser neueste Versuch des Vortragenden keine Beweiskraft habe, weil ihm wiederum keine Nachperiode angeschlossen sei, in welcher erfahrungsgemäß das vorher scheinbar angesetzte Eiweiß zum größten Teil wieder zu Verlust gehe. Die übermäßigen Gaben von Eiweiß lassen sich übrigens schwer einführen und wirken leicht schädlich wegen des damit verbundenen Nervenreizes. Es empfiehlt sich also an der alten bewährten Methode der Mastkur in der Praxis festzuhalten.

Mohr (Berlin) betont, daß bei gleichzeitiger Kohlehydratzulage doch ein Teil des angesetzten Eiweißes auch dauernd zurückgehalten werde.

SIMON (Karlsbad): Über Vorkommen und quantitative Bestimmung von Zellulose in den Fäzes.

Votr. hat eine neue quantitative Bestimmung von Zellulose ausgearbeitet. Dieselbe besteht im wesentlichen darin, daß die Fäzes in 50%iger Kalilauge im kochenden Wasserbade gelöst werden und die Zellulose durch das halbe Volumen 96%igen Alkohols wieder ausgefällt wird. Interessanterweise wurde die Beobachtung festgestellt, daß bei Obstipierten die Zellulose viel besser ausgenutzt wird als bei Nichtobstipierten.

LEO (Bonn): Zur Behandlung der Hyperazidität des Magens.

Der auffallend niedrige Cl-Gehalt der Fäzes, den der Votr. in 2 Fällen von Hyperazidität des Magens konstatierte, führte ihn zu der Annahme einer abnorm starken Resorption der Cl-Verbindungen bei Hyperchlorhydrie. Er unterzog deshalb einen hochgradig Hyperaziden einer mehrwöchentlichen NaCl-Abstinenz, jedoch ohne Erfolg. Praktisch verwertbare Resultate ergaben weitere Versuche, bei denen der Votr. Darmläufe einer 4—10%igen Kochsalzlösung, resp. Irrigationen des leeren Magens mit 1 l 5%iger Kochsalzlösung machte. Dadurch wurde häufig, aber nicht immer, der HCl-Gehalt des Magens herabgesetzt. Die Kochsalzklisterie ergaben außerdem noch sehr oft einen günstigen Effekt auf die Magenschmerzen der Hyperaziden.

FINK (Karlsbad): Die Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad bei Gallensteinkrankheiten, eine Studie aus dem Jahre 1903.

Vortr. hat sehr eingehende Aufzeichnungen an 263 Fällen von Gallensteinerkrankung gemacht, die sich auf Vergrößerung der Leber, Druckschmerz der Gallenblase, Ikterus etc. beziehen. Er hat auf Grund dieser objektiven Untersuchung zu Anfang und zum Schluß der Kur in 193 Fällen einen guten Erfolg der Kur gesehen. Die Einwirkung der Kur hat jedoch ihre Grenzen; es gibt Fälle (z. B. chronischer Cholelithiasis), in denen der Chirurg unbedingt in sein Recht treten muß.

DEMIO (Dorpat): Über Heilwirkungen des künstlich hervorgerufenen Fiebers bei verschiedenen Krankheiten.

Vortr. hat die Heilwirkung des durch Peptoninjektion erzeugten Fiebers bei Lupus, frischer Syphilis und akuter Gonorrhöe erprobt. Von 18 Fällen von Lupus wurden 3 gänzlich geheilt. Bei 6 Fällen traten Rezidive ein; dieselben wurden nun während des Fiebers gleichzeitig mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. — Der Ausfluß bei Gonorrhöe hörte in einzelnen Fällen nach der Fieberbehandlung auf. Sicherlich kann das künstlich erzeugte Fieber Heilwirkungen entfalten.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

V. MIKULICZ-RADECKI (Breslau): Experimentelle Versuche über die Widerstandsfähigkeit des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen und über die Erhöhung dieser Widerstandsfähigkeit durch Anstreben einer Vermehrung der Leukozytose, wozu sich in seinen Versuchen die Nukleinsäure subkutan in 2%iger Lösung am besten bewährt hat. Die Injektionen werden nach seinen Erfahrungen am besten 12 Stunden vor der Operation gemacht, da in den ersten 3—4 Stunden erst eine Hypoleukozytose, später erst eine Hyperleukozytose auftritt. Bei seinen Operationen hat er den Eindruck gehabt, als ob der Verlauf derselben und seine Nachbehandlung viel besser sich gestalten als ohne diese Injektionen. Auch eine reichliche Spülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung im Sinne einer vermehrten Leukozytose zieht er heute gegenüber seinem früheren Standpunkte der trockenen Operation vor.

BRUNNER (Münsterlingen): Klinisches und Experimentelles über Verschiedenheiten der Pathogenität des Darminhalts gegenüber dem Peritoneum.

Beobachtungen über die größere Infektiosität des Dünndarminhalts gegenüber dem des Dickdarms, über die tetanische Kontraktur des perforierten Darmes, die brettharte Spannung des Unterleibes, über die verschiedene Virulenz der verschiedenen Darmabschnitte und Bericht über die experimentellen Versuche hierüber, die gezeigt haben, daß der Inhalt der unteren Teile des Dünndarms infektiöser ist als der der oberen Abschnitte. Der Inhalt des Proc. vermiformis nimmt einen besonderen Platz in Bezug auf seine große Infektiosität ein. Die bakteriologische Untersuchung ergab stets vornehmlich Streptokokken.

KÜSTER (Marburg): Die systematische Bauchlage zur Nachbehandlung septischer Bauchfellentzündungen.

Der Inhalt des Vortrages ist im Thema enthalten. K. lagert seine Patienten so, daß die Arme frei beweglich bleiben, mit einer Rolle unter der Brust, Stütze des Kopfes, eventuell auch eine Rolle unter dem Becken.

FRIEDRICH (Greifswald): Die künstliche subkutane Ernährung in der praktischen Chirurgie.

Fälle von schwersten Ernährungsstörungen, die wegen entzündlicher Prozesse des Bauchfells die Anlegung von Ernährungsfisteln nicht zuließen oder wegen dauernden Erbrechens eine Nahrungsaufnahme per os, wegen Unfähigkeit, Klysmen zu halten, solche per clyma nicht gestatteten, haben FRIEDRICH seit einer Reihe von Jahren Versuche mit subkutaner Ernährung machen lassen. Über die ausgezeichnete Verwendbarkeit subkutaner Injektionen von sterilisiertem Olivenöl bis zu einer Menge von 100 g pro Tag, sowie über die Verwertbarkeit des Traubenzuckers in wässrigen Infusionen hat FRIEDRICH schon beim Chirurgenkongreß 1902 seine Erfahrungen mitgeteilt. Sie sind weiterhin die gleichen geblieben, so daß er der täglichen Verabfolgung von 40—100 g Traubenzucker in 3, 4—5%iger Lösung (nicht höher kon-

zentriert aus Gründen der Blutisotonie und um jeder Schmerzempfindlichkeit vorzubeugen!) empfiehlt. Über die große Bedeutung der Wasserzufuhr bei solchen kritischen Fällen herrscht bereits Einheitlichkeit des Urteils, während die Bewertung von Nährstoffen der Fett-, Kohlehydrate, Eiweißverbindungen noch eine ungleichmäßige ist, so beweiskräftig auch die Ausführungen LEUBES, DU MESNIL, DE ROCHEMONDS für das Fett wenigstens sind. FRIEDRICH hat zudem mit Unterstützung von Professor SIEGFRIED vom physiologischen Institut Leipzig Versuche mit dem Eiweiß nahestehenden Verbindungen angestellt, die zu machen trotz der früheren tüchtigen Erfahrungen mit Peptonen und Albumosen, es lohnte, da es SIEGFRIED nach langen Mühen gelungen war, eine Methode zur absolut reinen Darstellung von Peptonen zu ermitteln. Nach vielen Versuchen ist das zuletzt von FRIEDRICH bei der subkutanen Ernährung verwendete Präparat ein ganz reines albumosefreies Pepsin-Pepton, welchem die Eigenschaften der früher von anderen Autoren versuchten Peptone, Veränderung des Blutdruckes, der Blutalkaleszenz, Veränderung der Gestalt der Blutkörperchen, Temperatursteigerung, Beeinflussung der Gerinnbarkeit des Blutes nicht anhaften. Das von FRIEDRICH verwandte Präparat gelangt bei Einhaltung einer Tagesdosis von 20 g ganz zur Verbrennung, so daß weder Pepton noch Eiweiß im Urin nachweisbar sind. Wegen dieser Tatsache vollständiger Verbrennung und wegen der erwiesenen Unschädlichkeit für den Organismus ist der Rückschluß statthaft, daß dieses Pepsin-Pepton Energie dem Organismus zuführt und mittelbar als Eiweißsparer wirkt, was trotz der nur kleinen verabreichbaren Menge von 20 g immerhin in verzweifelten Fällen nicht aufhaltbaren Ernährungsrückganges einen, wenn auch beschränkten Nutzen schaffen kann. Das Präparat wird am besten in 7%iger Lösung verabfolgt, und wenn man seine Zuführung gleich mit der des Traubenzuckers verbinden will, in einer Kombination 0.2 Kochsalz + 2.0 Traubenzucker + 4.0 Pepsin-Pepton aufs Hundert oder auch 2.0 Kochsalz + 3.0 Traubenzucker + 15—20 g Pepton auf Tausend Wasser. Zu der jetzt schon erfolgenden Mitteilung veranlassen FRIEDRICH Anpreisungen anderer in ihrer chemischen Zusammensetzung unbekannter Ernährungspräparate, mit denen er die von ihm verwandten chemisch reinen und chemisch wohl charakterisierten nicht verwechselt wissen möchte, deren Herstellungsart von SIEGFRIED und seinen Schülern publiziert ist und von jedem Fachmann kontrolliert werden kann. Bei dieser kombinierten subkutanen Ernährung gelang es FRIEDRICH ausschließlich mehrfach höchst kritische Fälle von Peritonitis, von Magen-, Dünndarmperforationen durch 10—14 Tage über Wasser zu halten, bis sich bessere Bedingungen zur Ernährung auf natürlichem Wege ergaben. Das Pepsin-Präparat ist von der Firma Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden, zu beziehen; es muß, um jegliche Verwechslung mit anderen chemisch nicht charakterisierten Präparaten zu vermeiden, bezeichnet werden als Pepsin-Pepton (Prof. SIEGFRIED).

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

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

Sitzung vom 23. Juni 1904.

M. WEINBERGER stellt einen Fall von Kombination einer deformierenden Arthritis mit Sklerodermie vor. Die gegenwärtig 48jähr. Pat. bekam vor vielen Jahren Schmerzen im linken Schultergelenk, dann nacheinander fast in allen Gelenken; dieselben ankylosierten später so hochgradig, daß Pat. seit 2 Jahren fast vollständig unbeweglich ans Bett gefesselt ist. Seit mehreren Monaten hat sich an der Vorderfläche des Körpers und der Extremitäten eine sklerodermieartige Veränderung der Haut eingestellt (Verdickung, dann Abschuppung und Atrophie der Haut). Vortr. führt dieselbe auf die Lymphstauung infolge der Unbeweglichkeit der Pat. zurück. Mit der unter der eingeleiteten Therapie eingetretenen Besserung des Gelenkleidens hat sich auch die Affektion der Haut gebessert.

A. FUCHS stellt ein Mädchen vor, welches seit ihrem 2. Lebensjahre Mitbewegungen bei allen Hantierungen mit den Händen zeigt. Alles, was mit den Fingern der einen Hand gemacht wird, machen die Finger der anderen Hand mit, so daß Pat. z. B. stundenlang zur Toilette braucht und nur schwer schreiben kann. Bei faradischer Reizung von Muskeln der einen Hand kontrahieren sich auch die korrespondierenden Muskeln der anderen Hand. Der Handdruck beträgt am Dynamometer 15, wenn beide Hände gleichzeitig zur Faust geballt werden, 25. Der Nervenstatus ist vollkommen normal. Vielleicht ist die Ursache der Affektion in enzephalitischen Herden zu suchen; auf die Entstehung derselben deuten möglicherweise die im ersten Lebensjahre der Pat. aufgetretenen Konvulsionen hin.

W. TÜRK demonstriert einen Mann mit Polyzythämie bei Leberzirrhose, welchen er bereits vor mehreren Wochen vorgestellt hat. Damals hatte Pat. 9—10 Millionen Erythrozyten und Milztumor, die Diagnose auf Leberzirrhose wurde nur vermutungsweise gestellt. Seitdem haben sich Lebertumor und Aszites eingestellt. Arsen-therapie ist ohne Erfolg.

Ferner stellt derselbe einen Mann mit einer eigenartig verlaufenden Leukämie vor. Vor einem Jahre bestand das typische Bild der myeloiden Leukämie mit Milztumor und einer Leukozytenzahl bis 160.000. Unter Arsenbehandlung sind beide zurückgegangen. Vor 6 Wochen stellte sich nach einer Verletzung eines Fingers der rechten Hand Schwellung der Axillardrüsen, dann der Supraklavikulardrüsen und kolikartige Schmerzen in der Nabelgegend ein, als deren Ursache sich später geschwollene Mesenterialdrüsen ergaben. Im Blute fanden sich 4,730.000 Erythrozyten, die später auf 3,788.000 und in den letzten Tagen auf 2 Millionen absanken. Leukozyten wurden anfangs 10.200, später bis 31.000, in den letzten Tagen 4350 gezählt; zwei Drittel derselben waren atypische einkernige Elemente, 3—4% Mastzellen, welche später ebenso wie die eosinophilen Zellen spärlicher wurden. Es handelt sich um eine Wucherung des myeloiden und des lymphoiden Gewebes; letztere war wahrscheinlich anfangs durch die Arsenbehandlung unterdrückt worden, worauf sie dann in akuter Weise eingesetzt hat.

EM. SCHWARZ demonstriert mikroskopische Präparate eines Falles von Leukopenie. Derselbe betrifft einen 9jähr. Knaben, welcher unter nephritischen Symptomen und Fieber erkrankte und eklamptische Anfälle bekam. Als sich mit dem Harn Eiter entleerte, sank das Fieber ab; nun mußte an eine Eiterung im Nierenbecken gedacht werden. Nach einigen Wochen stellte sich Fieber, Gingivitis und Schwellung der submaxillaren Drüsen ein. Die Blutuntersuchung ergab eine Leukopenie, 600 Leukozyten in 1mm^3 , unter denselben fanden sich absolut keine polynukleären Leukozyten; die Erythrozytenzahl betrug 2 Millionen; kernhaltige rote Zellen fehlten. Pat. starb; eine Obduktion konnte nicht gemacht werden.

W. TÜRK schließt aus zwei ähnlichen von ihm beobachteten Fällen, daß es sich um lymphoide Umwandlung des Knochenmarkes handeln könnte.

S. FEDERN: Über partielle Darmatonie.

Als partielle Darmatonie bezeichnet Votr. den Zustand, daß ein Teil des Dickdarmes Spasmus zeigt, infolgedessen das Kolon niemals vollständig entleert wird. Bei diesem Zustand kann die Stuhlentleerung anscheinend normal sein oder es besteht sogar Diarrhöe oder Obstipation. Durch Reizung des Splanchnikus infolge der Darmatonie steigt der Blutdruck an. Votr. ist es gelungen, bei gerichtlichen Sektionen der Leichen von Personen, welche eines plötzlichen Todes gestorben waren, wiederholt die partielle Atonie nachzuweisen; es waren kleinere oder größere Partien des Darmes kontrahiert. Die Diagnose der partiellen Darmatonie erfolgt durch leise Fingerperkussion, bei welcher man an nebeneinander liegenden Stellen des Kolons tympanitischen und leeren Schall nachweisen kann. Man kann sogar das S romanum perkutieren, welches unter dem äußeren Drittel des horizontalen Schambeinastes und über dem oberen Drittel der Linea innominata verläuft. Spezifische Symptome bietet die Darmatonie nicht; man findet bei derselben vorwiegend Verdauungsstörungen und Blutdruckerhöhung, erstere namentlich beim Sitze der Atonie im Colon transversum. Viele „idiopathische“ Diarrhöen und sogenannte nervöse Magenstörungen beruhen auf der Darmatonie; die Heilung kann nur durch Behebung der letzteren erfolgen. Die Therapie der partiellen Darmatonie besteht vorwiegend in Faradisation der kontrahierten Darmpartien.

Notizen.

Wien, 2. Juli 1904.

Vom zweiten österreichischen Krankenkassentage.

In den letzten Tagen des abgelaufenen Monats wurde in Wien der zweite österreichische Krankenkassentag abgehalten, der von 353 Kassen mit 1,150.130 Mitgliedern besetzt war. Die Verhandlungen dieser Tagung, deren Tenor das Verlangen nach Einführung der Alters- und Invaliditätsversicherung der Arbeiter, der Versorgung ihrer Witwen und Waisen war, werfen Streiflichter auf die ärztlich-sozial so wichtige Frage des Verhältnisses zwischen Kassen und Ärzten; wir wollen daher — vorläufig lediglich referierend — Bemerkenswerteres aus den Referaten und Resolutionen des Kassentages hervorheben.

Aus den Begrüßungsworten der aus Deutschland eingetroffenen Delegierten klang die Bestürzung über den Ausgang durch, welchen der Kampf der Ärzte, zumal Münchens und Leipzigs, gegen die Krankenkassen genommen. „Die Krankenkassen in Deutschland — sagte Simanowski (Berlin) nach dem Berichte der „Arbeiter-Ztg.“ — haben jetzt einen heftigen Krieg mit den Ärzten durchzukämpfen. Die deutschen Ärzte haben von den deutschen Krankenkassen einen jährlichen Zufluß von 38 Millionen Mark. Aber das genügt ihnen nicht in dem Maße, wie die Herren das wünschen. Sie erheben viel höhere Ansprüche, die viele Millionen ausmachen und die ganze Existenz der Kassen bedrohen. In dem Streite hat nun die Regierung, die der Schutzengel der Kasse sein sollte, vielfach in den Kampf zugunsten der Ärzte eingegriffen und sogar über den Kopf der Kassenleitungen hinweg die Forderungen der Ärzte bewilligt. Das Mindeste, was man von der Regierung fordern muß, ist, daß sie in einem solchen Streite doch wenigstens neutral bleibe. Ich wünsche, daß in Österreich bei ähnlicher Gelegenheit die Regierung ihre Pflicht besser erkennt, als die Behörden bei uns in Deutschland, und mindestens strengste Neutralität wahr.“

In ähnlichem Sinne hat ein zweiter Gast aus dem Deutschen Reiche, der Abg. Fräßdorf, gesprochen, der launig bemerkte, die Ärzte wollen aus der Arbeiterversicherung eine Ärzteversicherung machen, und die Leistungen der deutschen Kassen für die Ärzte hervorhob.

In den Referaten über die Aufgaben der Arbeiterversicherung wurde betont, daß die österreichische Regierung durch Patronisierung der Gründung immer neuer registrierter Hilfskassen, die lediglich die Alters- und Invaliditätsversicherung, sowie die Witwen- und Waisensversorgung im Auge behalten sollten, die Existenz der Arbeiterkrankenkasse bedrohen.

Ein Referat Kirillos behandelte auch die Ärztefrage. „Diese Frage — führt Ref. aus — hat eine große Bedeutung, wie verschiedene Vorgänge in Deutschland beweisen. Die Schlachtrufe sind: „Freie Ärzewahl!“ und „Zwangärzte!“ Wir würdigen die Leistungen der Ärzte und wissen, daß sie einen nahezu unbeschränkten Einfluß auf die Verwendung der Kassennittel haben. Die Ärzte sind unzufrieden; wir geben zu, daß sie Ursache dazu haben. Entschieden müssen wir aber bestreiten, daß die Krankenkassen daran schuld sind. Die Krankenkassen sind die Krücken, auf denen eine große Zahl Ärzte erst Eingang in die Praxis und damit die Grundlagen der Existenz gefunden hat. Freie Ärzewahl würde die Lage der Ärzte nicht bessern, aber die Kassen und auch viele Ärzte schädigen.“ — Ref. unterbreitet dem Kassentage eine Resolution, deren die Ärztefrage berührender Passus lautet:

Der Ärzteberuf ist im allgemeinen Interesse wie in dem der Arbeiterversicherung zu verstaatlichen. Im Hinblick auf die ungünstigen Erfahrungen in Deutschland und Österreich ist derzeit jedenfalls von der Einführung der freien Ärzewahl bei den Krankenkassen Umgang zu nehmen, weil sie Kassen, Mitglieder und Ärzte in gleicher Weise schädigt. Dagegen ist die Anstellung von beamteten Ärzten, wo die Verhältnisse eine solche gestatten, ernsthaft in Erwägung zu ziehen.

Diese Resolution wurde trotz des Einspruches des Abgeordneten Dr. OFNER, des Delegierten der Advokatsbeamtenkasse, der die Frage der freien Arztwahl als noch nicht spruchreif aus derselben eliminiert wissen wollte, angenommen.

Wissenschaftliches Interesse bietet das Referat des Chefarztes des „Verbandes der Genossenschafts-Krankenkassen Wiens“, Professors MAXIMILIAN STERNBERG, über Arbeiterversicherung und Gewerbekrankheiten, welches in folgender Resolution gipfelt:

Es ist notwendig, daß die Krankenkassen dem Vorkommen von Gewerbekrankheiten unter ihren Mitgliedern besonders Aufmerksamkeit schenken, ihre Statistik derart einrichten, daß die Gewerbekrankheiten nach Berufen und Betrieben ziffermäßig nachgewiesen werden können und daß in jedem Falle eines häufigeren Vorkommens die nötigen Schritte bei den zuständigen Behörden eingeleitet werden. Wünschenswert ist, daß eine Organisation geschaffen werde, welche ein ständiges Zusammenwirken der Krankenkassen, des Gewerbe-Inspektorats und der Gewerbebehörden ermöglicht.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin Prof. Dr. ALBERT FRAENKEL hat seine Dozentur niedergelegt, weil

ihm die längstverdiente Beförderung zum wirklichen Extraordinarius versagt worden ist. — Prof. ERNST ROMBERG in Marburg ist als Direktor der medizinischen Klinik nach Tübingen berufen worden. — Geh. Rat Prof. Dr. HOFFA hat vom Jefferson medical College in Philadelphia den Titel eines Ehrendoktors der Jurisprudenz erhalten. — Prof. Dr. SIEMERLING ist als Ordinarius für Psychiatrie nach Bonn berufen worden. — Prof. Dr. GIRARD aus Bern hat einen Ruf als Ordinarius für Chirurgie nach Genf angenommen. — Prof. Dr. ANTON GENERSICH ist für das nächste Studienjahr zum Dekan der Budapester medizinischen Fakultät gewählt worden. — Der Landes-Sanitäts-Inspektor und Dozent für Anthropologie und Demographie an der böhmischen Universität in Prag Dr. HEINRICH MATICZKA hat den Titel eines a. o. Universitäts-Professors erhalten.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. VINZENZ SVOBODA ist zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Laibach, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. HEINRICH KOWALSKI zum Garnisons-Chefärzte in Zara ernannt worden. — Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. EDUARD MATSCHNIG ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben worden. — Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. ALOIS ČERNOVICKY ist zum Sanitätschef des I. Korps, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. ANDREAS THURNWALD zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Krakau ernannt worden. — Der Linienschiffsarzt Dr. ADOLF NOBL hat anlässlich seiner Übernahme in den Ruhestand den Marine-Stabsarztscharakter ad honores erhalten.

(Personalien.) Dr. MLADEN MAGYAREVICS ist zum Oberphysikus von Budapest gewählt worden. — Der Badearzt in Karlsbad Dr. WOLFGANG NEUBAUER hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten. — Der Oberbezirksarzt Dr. MAX WINTER ist zum Landes-Sanitäts-Inspektor für Niederösterreich, der Bezirksarzt Dr. FRIEDRICH URBAUER in Neunkirchen zum Oberbezirksarzte ernannt worden.

(Doktorjubiläum.) Der Herausgeber und Redakteur der „Allg. Wiener med. Ztg.“ Dr. EDUARD KRAUS hat am 17. v. M. sein 40jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Hygienisches.) Die Regierung hat gegen die in erschreckendem Maße in Süd-Tirol an Zahl zunehmenden Pellagra-Erkrankungen ausgedehnte Maßnahmen eingeleitet. Das von der Pellagra betroffene Gebiet umfaßt nahezu den ganzen italienischen Teil Tirols; die Gesamtzahl der Erkrankungen betrug i. J. 1895 384, i. J. 1900 schon 3171 und i. J. 1901 4552, die Zahl der jährlichen Todesfälle 22 (1896), 38 (1897), 189 (1898), 160 (1899), 163 (1900), 118 (1901). Es sollen nunmehr Speisehäuser, Maisverkaufsmagazine und Maistrockenöfen errichtet, sowie durch Errichtung von Brotbäckereien seitens der Gemeinden die Bevölkerung in die Lage versetzt werden, sich gesunde Nahrungsmittel zu beschaffen. Ferner soll auf Förderung des landwirtschaftlichen Betriebes, industrieller Unternehmungen, öffentlicher Bauten, auf den Bau von Wasserleitungen, Kanalisierungen, auf Niederlassungen von Ärzten mehr als bisher Rücksicht genommen werden. Zur Deckung der Kosten wird ein eigener Fonds gebildet; auch ist die Errichtung einer Untersuchungsanstalt für Mais und Maisprodukte in Aussicht genommen.

(Eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs.) Das Krankenversicherungsgesetz vom 4. April 1889 statuiert, daß die Lehrlinge von der allgemeinen Versicherung befreit werden können, falls die Genossenschaften in anderer Weise die Fürsorge für sie übernehmen. Es wurden nun innerhalb der einzelnen Genossenschaften selbständige Lehrlingskrankenkassen gebildet, die statutarisch die Fürsorge für erkrankte Lehrlinge in der Weise übernehmen, daß sie sich verpflichteten, für die Dauer von vier Wochen die aufgelaufenen Spitalskosten zu bezahlen und für weitere sechzehn Wochen den kranken Lehrlingen freie ärztliche Behand-

lung und kleinere Unterstützungsbeträge zu gewähren. Die öffentlichen Krankenanstalten vertraten jedoch den Standpunkt, daß die Lehrlingskrankenkassen verpflichtet seien, für die Spitalskosten in der Dauer von zwanzig Wochen aufzukommen. In zwei konkreten Fällen, betreffend einen Tischler und einen Schlosserlehrling, erwirkte das Wiedener Krankenhaus, daß das magistratische Bezirksamt Zahlungsbefehle gegen die betreffenden Lehrlingskrankenkassen für Spitalskosten über vier Wochen hinaus erließ. Die Statthalterei und das Ministerium des Innern entschieden gleichfalls, daß die Lehrlingskrankenkassen verpflichtet seien, für die Dauer von zwanzig Wochen die Spitalskosten für ihre Lehrlinge zu bezahlen. Gegen diese Entscheidungen erhoben die Lehrlingskrankenkasse der Tischler und die der Schlosser die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof. Dieser hob die Ministerial-Entscheidung als gesetzlich nicht begründet auf, weil nämlich die Lehrlingskassen statutarisch nur zum Ersatze der Spitalskosten für die Dauer von vier Wochen verpflichtet seien.

(Statistik.) Vom 19. bis inklusive 25. Juni 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7665 Personen behandelt. Hiervon wurden 1831 entlassen, 177 sind gestorben (8,8% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 77, ägypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 14, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 33, Scharlach 40, Masern 576, Keuchhusten 34, Rotlauf 27, Wochenbettfieber 2, Röteln 3, Mumps 21, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 659 Personen gestorben (+ 33 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Lobendau der Distriktsarzt Dr. FRANZ RAEMISCH im Alter von 51 Jahren; in Soldin der Geh. San.-Rat Dr. ULRICH im 90. Lebensjahre; in Montpellier Doktor DAVID, 103 Jahre alt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- R. Wichmann, Die Überbürdung der Lehrerinnen. Halle a. S. 1904, C. Marhold. — M. — 80.
 L. Knapp, Der Scheintod der Neugeborenen, II. Teil. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller.
 Mencke, Welche Aufgaben erfüllt das Krankenhaus der kleinen Städte etc.? Berlin 1904, R. Schoetz.
 M. Mayer, Licht als Heilmittel. Berlin 1904, L. Simion Nf. — M. I. —.
 J. Schreiber, Schluckmechanismus. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 E. v. Leyden u. F. Klemperer, Die Deutsche Klinik. Lief. 121–125. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.
 F. Nagelschmidt, Immunität bei Syphilis. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 P. Lazarus, Path. u. Ther. d. Pankreaserkrankungen. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 Danne, Das Radium. Leipzig 1904, Veit & Comp. — M. 2.40,

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Thermophor

Stundenlange gleichmässige Wärme. Compressen, Milchthermophore, Massageapparate, Thermostate, Warmwasserkessel etc. in allen Spitalern ueberall erhältlich. — Herren Aerzten werden Stücke zur Erprobung überlassen. — Preislisten kostenlos. Telephone 7967. * THERMOPHOR, WIEN, IV., Rainerplatz 9. * Telephone 7967.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Kristallisation und Morphogenesis. Ein literarischer Nachtrag. Von Prof. Dr. MORIZ BENEDIKT. — Über Bornyval, das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel. Von Dr. GEORG FRIEBEL in Berlin. — Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Von Dr. JOSEF A. HIRSCHL, Privatdozent. — Referate. ANSCHÜTZ (Breslau): Über die Resektion der Leber. — v. TAPPEINER und A. JODLBAUER (München): Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Diphtherietoxin und Tetanustoxin. — SCHLESINGER (Berlin): Behandlung des Dekubitus mit überhitztem Wasserdampf. — KELLERMANN (Berlin): Über den Einfluß heilgymnastischer Arbeiten auf den Kreislauf. — RAMON GUIRERAS (New-York): Zur operativen Behandlung der Wanderniere. — TH. GRÜNWARD (Tübingen): Über Hauttemperaturen bei fiebernden Kranken. — CHOLZOW (Moskau): Über die blutstillende Wirkung des Adrenalins. — HILLERSORN (St. Petersburg): Über einen Fall von Geschwulst des Kleinhirns. — G. BIKELES und M. FRANKE (Lemberg): Zur Frage einer peripheren Abtammung sensibler Nervenfasern bei Säugetieren. — TAÉMOUZIAS (Paris): Die Therapie der Psoriasis. — Kleine Mitteilungen. Behandlung der akuten Tubarionorrhöe. — Dionin Merck. — Behandlung der akuten Appendizitis. — Neue Applikationsmethode von Collargol. — Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und Duodenums. — Messtherapie. — Hygiama. — Nutzen der Gewürze für die Ernährung. — Thiosinamin Merck. — Literarische Anzeigen. Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanierung des Landes. Von Dr. E. ROTH, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Potsdam. Nach einem auf der XXVII. Versammlung des deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege in München am 18. September 1902 gehaltenen Vortrage. — Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut (die Stachelzellennervenhypothese). Von Dr. FRITZ v. WALDEIM. — Feuilleton. Zur Geschichte der Kinderheilkunde. Von weil. Dr. RICHARD LANDAU in Nürnberg. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“) XI. — Aus englischen Gesellschaften. (Orig.-Ber.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Kristallisation und Morphogenesis.

Ein literarischer Nachtrag.

Von Prof. Dr. Moriz Benedikt.

Am 22. Mai vorigen Jahres besprach ich in der Gesellschaft der Ärzte *) die Tatsache, daß bei Präzipitations- und Kristallisationsvorgängen in Lösungen ohne Intervention von Lebenserscheinungen organoide Formen entstehen und deutete diese Tatsachenreihe als ein wahres Evangelium für die Lehre der Morphologie und für die gesamte Weltanschauung.

Da versuchte es „Jung-Wien“, mir das Wort zu entziehen und Herr PALTAUF erklärte alles für „Phantastik“.

Seitdem ist — anfangs d. J. — meine Schrift unter obigem Titel in deutscher und französischer Ausgabe erschienen und seitdem gibt es wohl keinen Fachmann, der die Bedeutung dieser Forschungen verkennen würde.

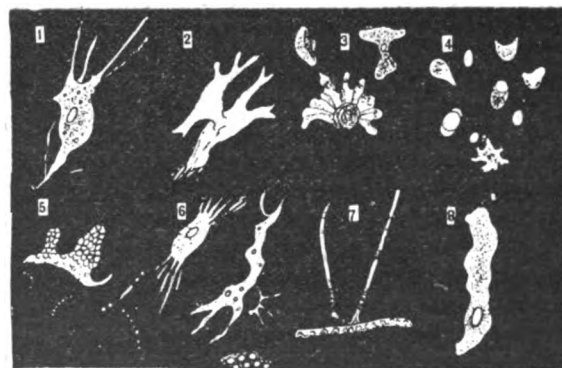
Nun erhalte ich aus Mexiko eine Reihe von Abhandlungen über diese Frage von Prof. HERRERA, Vorstand des agronomischen bakteriologischen Laboratoriums daselbst.

H. beschäftigt sich mit diesen Untersuchungen seit längerer Zeit; er kannte einen Teil der älteren Literatur, so die Schriften von TRAUBE, VOGT und HARTING, und er ist zu außerordentlichen Resultaten gekommen. Da er mir ein Original-Klischee zur Verfügung stellte, so halte ich es um so mehr für wichtig, Einiges zu veröffentlichen, als H.s Hauptschrift: „Nociones de Biología“ (Mexiko 1904) in spanischer Sprache veröffentlicht ist und nur wenigen die Sprache und die Publi-

kationen zur Verfügung stehen. Die schönsten Resultate erzielte H. mit den Versuchen an Silikaten, bei denen „Verunreinigungen“ durch Bakterien ausgeschlossen waren.

H. arbeitete mit ZEISS ¹²/₈ in aseptischen Flüssigkeiten, die Formen entstanden rapid unter den Augen des Beobachters.

In der kleinen Tafel sind die Figuren 1, 2, 4 durch Behandlung von kieselurem Natron mit gewöhnlichem Äther



erzeugt. Fig. 1 sieht wie ein Radiolarium marinae aus mit Kern und feinsten, granulierten Pseudopoden, Fig. 2 ist sozusagen eine Nachahmung von Amoeba proteus, Fig. 4 eine solche von Amoeba coli, der Erregerin von Dysenterie. Fig. 3 ist durch eine Mischung der genannten Silikatlösung mit einem Pulver von schwefelsaurem Aluminium gewonnen; sie ähnelt granulierten Amöben. Fig. 5 entstand aus einer Mischung des Silikats mit 85° Alkohol; sie ähnelt einem Streptokokkus. Aus derselben Mischung ging Fig. 6 hervor; sie ahmt ge-

*) S. „Wiener Med. Presse“, 1903, Nr. 21.

wisse granulierten Protoplasmen nach. Fig. 7 ist aus der Mischung des Silikats mit Kali causticum und mit Pulver von schwefelsaurem Aluminium gewonnen; sie ähnelt einem Myzelium mit fruchttragenden Filamenten eines Parasiten. Fig. 8 ist aus einer Mischung des Silikats mit Salzwasser hervorgegangen; man sieht einen Kern mit granulierten Radien.

In einer jüngsten Publikation erzeugte H. durch Mischung des Silikats mit Essigsäure künstliches Epitheliengewebe; mit Ather nervenartiges.

Für einen Denker liegt die umwälzende Bedeutung solcher Tatsachen auf der Hand. Als KANT seinerzeit die Deszendenztheorie zuerst entwickelte, nannte er sie ein „Abenteuer der Vernunft“ und der größte methodische Denker unter den deutschen Naturforschern und einer der schöpferischsten unter ihnen — GOETHE — erklärte sich versucht, dieses Abenteuer mitzumachen, was er aber trotz zeitweiligen Schwankungen nicht tat. Unter dem Einflusse von CHARLES DARWIN und ERNST HAECKEL eroberte dieses „Abenteuer“ in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts fast alle hervorragenden Geister, und man glaubte, daß man aus einer einzigen Art von Ahnenzellen durch kosmische Einflüsse in Form von „Anpassung“ alle Tier- und Pflanzenformen ableiten könne. Daß es keinen Sinn habe, einzelne Ahnenzellen oder Ahnenpaare anzunehmen, hatte GOETHE schon betont. Es ist ja — wie ich in meiner Biomechanik hervorgehoben habe — widersinnig, vorauszusetzen, die Natur sei so lendenlahm gewesen, nur einzelne Zellen und an einzelnen Stellen schaffen zu können.

Ebenso widersinnig ist es, a priori anzunehmen, daß die Natur nur eine einzige Form schaffen konnte. Jede kleinste Differenz der Ahnenzellen mußte aber enorme Differenzen in der Entwicklung zur Folge haben.

Die Auffindung einer Methode, organoide Formen künstlich herzustellen, entzieht der Deszendenztheorie definitiv den Boden der Notwendigkeit. Die Tatsachen zeigen positiv, was ich früher schon denkmethologisch hervorgehoben habe, daß die geringste Differenz, z. B. chemischen Zusammentreffens, sehr differente Formen schafft. Als mit diesen organoiden Formen neu entstandene mikro-mikroskopische Partikelchen organischer Substanzen zusammentrafen, wurden die organoiden Formen zu organischen und günstige Bau- und Energieverhältnisse wurden zum „Odem“ des Lebens. Daß die Mannigfachheit der Gestalten der Lebewelt von Haus aus bestand, ist also jetzt durch die Versuche demonstriert. Wenn auch Tatsachenreihen im Sinne der DARWIN-HAECKELschen Anschauung gefunden werden sollten, so beweisen sie nur, daß in der Natur unter gewaltigen oder lang dauernden Einwirkungen auch auseinanderweichende Formen im Abstammungsverhältnisse stehen können. Aber diese Tatsachen würden nicht beweisen, daß dies der allgemeine Entwicklungsweg sei.

HERRERA hat mich gebeten, ihn „auszugraben“, wie es mir mit SCHROEN gelungen ist. Auch H. fühlte sich bis zum Erscheinen meiner Schrift isoliert, ignoriert oder verhöhnt. Er ist glücklicherweise sehr lebendig. Er befindet sich inmitten von täglich an Zahl und Bedeutung wachsenden Befunden und wenn er sich einmal gesammelt hat, wird er in der Wissenschaft ein Wunderhorn von organoiden Tatsachen und von verbindenden Gesetzen austreten. Meine Aufgabe konnte nur sein, die wissenschaftliche Welt auf den Mann und seine Taten aufmerksam zu machen.

Ich will bei der Gelegenheit auch einer in bescheidenster Weise vorgebrachten Art von Reklamation gedenken. Ein hervorragender junger Gelehrter aus Pest, EDMUND KROMPECHER, erinnert daran, daß ich eigentlich, als ich in meiner Schrift des Satzes gedachte, daß auch in der organischen Welt die Natur nur Geometrie treibe, die Tatsachen der Mitosis und besonders seine betreffenden Untersuchungen beiseite gelassen habe.

Kr. ist weit über das Maß der Raumanschauung, das in der Biologie üblich ist, hinausgewachsen. In seiner Abhandlung: „Die mehrfache indirekte Kernteilung“ (bei Berg-

mann, Wiesbaden 1895) und in einer anderen: „Über Zellteilung“ („Zentralblatt für allgem. Pathologie und patholog. Anatomie“, 1902, XIII. Bd.) hat er mit Hilfe einer ingeniosen Anschauung und Darstellungsart auch die komplizierteren Erscheinungen, welche die anderen Autoren nicht entwirren konnten, auf geometrische Gesetze zurückgeführt.

Ich kann hier nur darauf hindeuten, daß auch durch das Studium der Mitosis die mathematische Methode in den Naturvorgängen erkannt werden kann, wenn ein befähigter Mann wie KROMPECHER sich mit ihm beschäftigt. *)

Über Borneyval, das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel.

Von Dr. Georg Friebe in Berlin.

Die Verwendung der Drogen in Form ihrer wirksamen Prinzipien besitzt bekanntlich nicht nur den Vorteil der besseren Dosierung und der Erhöhung des pharmakodynamischen Effekts, sondern vor allem den der reineren, eindeutigeren Wirkung der indizierten Mittel. Wenn beispielsweise die Naturvölker die Chinarinde mit zweifellosem Erfolge gegen Malaria verwenden, wenn ferner der Genuß des Opiums Schlaf bringt oder das Kauen von Kokablättern die körperliche Widerstandsfähigkeit erhöht, so wäre doch die Dargebietung dieser Drogen in vielen Fällen infolge ihrer unerwünschten Nebenwirkungen ein schwerer Kunstfehler. In der Chinarinde ist bei Malaria einzig das Chinin das wirksame Agens, während die übrigen Alkaloide, wie die Gerbstoffe, Harze und sonstigen Elemente der Droge, gerade bei Fiebernden als mehr oder minder schädlicher Ballast zu betrachten sind. Ebenso wird das Opium nicht mehr als Schlafmittel verordnet, da es zugleich Exzitationszustände hervorruft und die Peristaltik in unerwünschter Weise beeinflußt. Die Kokablätter enthalten als Anästhetikum nur das Kokain, der Tee ist kein Diuretikum wie Koffein und Theobromin, das Belladonnaextrakt kein Mydriatikum wie das Atropin etc. etc.

Bei einer der wichtigsten und volkstümlichsten Drogen, der Baldrianwurzel, war die Kenntnis des aktiven Prinzips lange Zeit hindurch in tiefes Dunkel gehüllt. In den letzten Jahrzehnten erst begann sich die Pharmakognosie der Wurzel nach der Richtung aufzuhellen, daß man das Baldrianöl, resp. einen Bestandteil dieses Öls, die Baldriansäure, als das wirksame Agens ansah, während nach MÖLLER¹⁾ andere Autoren ein solches in dem in der Wurzel enthaltenen Borneol erblicken zu sollen glaubten, da es die Reflexerregbarkeit herabsetze. Versuche, die Stoffe zu brauchbaren Mitteln zu kombinieren, führten lange Zeit hindurch nicht zum Ziele, da man die Art ihrer in der Natur präformierten Vereinigung nicht kannte, bis es im vorigen Jahre gelang, im neutralen Valeriansäureester des Borneols, dem Borneyval, den unzweifelhaft einzigen wirksamen Bestandteil der Wurzel zu entdecken, womit zugleich die Aufgabe gegeben war, diesen Ester, auf synthetischem Wege in chemisch reinem Zustande dargestellt, in die Therapie einzuführen.

Die mit diesem neuen Mittel erzielten Erfolge übertrafen, wie hier von vornherein mitgeteilt sei, alle an dasselbe gestellten Erwartungen. Da der Indikationskreis des Baldrians vorzugsweise auf dem Gebiete der nervösen Leiden liegt, war es naheliegend, auch das Borneyval in erster Linie

*) HERRERA schickt mir fortwährend Mikrophotographien; die interessanteste Sendung dürfte die letzte sein. Es handelt sich um Präparate von Eisensilikaten im Zusammentreffen mit verschiedenen Stoffen; sie haben die größte Ähnlichkeit mit Ganglienzellen und Nervenfasern. Einzelne Fäden erinnern an Muskelfasern. Es lugt aus diesen Tatsachen bereits dämmernd ein Gesetz hervor, welches die spezifische Wirkung gewisser Stoffe auf das anorganische Gerüst der verschiedenen Gewebe zeigt. Welch kolossale Bedeutung dies auf die Einzelheiten des Körperbaus, auf die Gesetze der Ernährung usw. hat, muß jedem Denker in die Augen springen.

¹⁾ J. MÖLLER, Arzneimittellehre, Wien 1893, A. Hölder.

bei diesen Erkrankungen zu verwenden, und zwar wählte HIRSCHLAF²⁾, dem die erste Mitteilung darüber zu verdanken ist, in der Hauptsache solche Patienten aus, die an funktionellen nervösen Symptomen, besonders des Zirkulations-, des Verdauungs- und des Zentralnervensystems, litten, sei es mit oder ohne Komplikationen.

UIBELEISEN³⁾ verordnete das Borneyval vorzugsweise bei ausgesprochener Hysterie und solcher mit funktionellen Herzneurosen, welche sich subjektiv in Herzklopfen, Druck oder Stechen in der Herzgegend, Gefühl des Herzstillstands, psychischer Depression und den bekannten Sensationen äußerte, während ENGELS⁴⁾ neben Neurosen verschiedener Art auch Epilepsie, Enuresis und Diabetes insipidus mit Borneyval behandelte.

Im Vordergrund steht die Anwendbarkeit des Borneyvals bei Störungen der Herztätigkeit, wie Herzklopfen, Unruhe, Atemnot, Angst, Beklemmungs- und Schwindelgefühl, und zwar ebenso bei rein nervöser Grundlage wie infolge von Arteriosklerose, Anämie etc. Auch bei ernsteren Herzleiden mit Dilatation und Hypertrophie, Insufficiencia mitralis mit oder ohne Kompensationsstörungen etc. zeigte sich die Wirkung des Borneyvals fast momentan durch Kräftigung des Pulses, allgemeine Beruhigung und Linderung der subjektiven Beschwerden. HIRSCHLAF²⁾ gewann dabei den Eindruck, „als wenn hier tatsächlich die spezifische Wirkung der Baldrianwurzel, dieses funktionellen Nervenheilmittels κατ' ἐξοχήν, in mehrfacher Multiplikation zutage träte“.

Ein besonderes Interesse beanspruchen ferner die mitgeteilten Fälle von ausgesprochener Hysterie. Nach ENGELS⁴⁾ verschwand in mehreren solchen Fällen ein seit 2 Jahren bestehender Globus hystericus nach Borneyval in 7 Tagen vollständig. In zwei anderen Fällen beseitigte eine Schachtel monatelanges Herzklopfen mit Schmerzen, Luftmangel, Unvermögen zu sprechen, Angstgefühl und Schlaflosigkeit gänzlich. Eine an absoluter Schlaflosigkeit und Atemnot leidende Patientin, welche in einem hysterischen Anfall aus dem Fenster springen will, wird nach sechstägiger Borneyvalbehandlung vollständig geheilt, bei einer anderen Patientin mit Angst, Atemnot, Frost, Zittern und Schwindelanfällen wirkt „kein Mittel so prompt wie Borneyval“. Der Globus hystericus nebst nervöser Anorexie einer Patientin von UIBELEISEN³⁾ verschwindet nach viertägiger Borneyvalbehandlung, die hysterischen Anfälle einer 21jährigen Patientin werden bedeutend abgekürzt und treten weit weniger häufig auf. Auch die von HIRSCHLAF²⁾ angeführten Fälle von Hysterie, Hypochondrie und Hystero-Neurasthenie, die mehrfach mit hypomelancholischen Depressionen einhergingen, wurden von Borneyval in einer eklatant günstigen Weise beeinflusst.

In den mannigfachen Störungen während des Klimakteriums, die bekanntlich vielfach von nervösen Symptomen mehr oder minder schwerer Art begleitet sind, ebenso wie bei den nach gynäkologischen Operationen sich häufig einstellenden, oft jahrelangen Beschwerden, hat sich das Borneyval ebenfalls als ein universelles Heilmittel erwiesen, wie aus sämtlichen Berichten, über die hier nicht einzeln referiert werden kann, hervorgeht.

Ebenso erzielte das Borneyval eine prompte Wirkung bei konstitutioneller Neuralgie, bei nervösen Begleiterscheinungen der Chlorose, bei Folgeerscheinungen des Abusus alcoholicus, bei Spermatorrhöe und nervösen Störungen infolge von Syphilis.

²⁾ L. HIRSCHLAF, Über Borneyval, ein neues, stark wirkendes Baldrianpräparat („Allgem. med. Zentr.-Ztg.“, 1903, Nr. 47.)

³⁾ K. UIBELEISEN, Über Borneyval, ein neues Baldrianpräparat. („Deutsche Praxis“, 1904, Nr. 3.)

⁴⁾ H. ENGELS, Die echte „Baldrianwirkung“ im Borneyval. („Therapeutische Monatshefte“, 1904, Mai.)

Der Indikationskreis des Borneyvals ist in diesem Referate mit Absicht nicht sehr weit gezogen, um der weiteren Prüfung nicht vorzugreifen. Zieht man noch in Betracht, daß unangenehme Nebenwirkungen beim Gebrauche des Borneyvals, welches in Originalschachteln à 25 Gelatineperlen, deren jede 0.25 g enthält, in den Handel kommt (Dosis 3mal täglich 1 bis 3 Perlen), in keinem Falle eintreten, sowie ferner den Umstand, daß eine Gewöhnung an das Mittel nicht eintritt, so daß dasselbe ohne Besorgnis lange Zeit fortgegeben und ohne Bedenken plötzlich weggelassen werden kann, so wird man sich ohne weiteres den resumierenden Worten ENGELS' anschließen können, welcher am Schlusse seiner Mitteilung sagt:

„Wir gebrauchen innere Mittel bei solchen Zuständen, die Patienten und Arzt zur Verzweiflung bringen können, und wollen uns freuen, daß es uns gegönnt ist, Borneyval als ein dabei trefflich anerkanntes und hochgeschätztes in seinem Prinzip anwenden zu können, seine Wirkung erhöht, rein und meßbar in der Hand zu haben.“

Ich sehe im Borneyval eine große Bereicherung unseres Arzneischatzes und prophezeie ihm eine Zukunft.“

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse.

Von Dr. Josef A. Hirschl, Privatdozent.

II.

II. Die neurasthenischen Symptome.

Dieselben sind sehr häufig den Symptomen der Neurasthenie so völlig kongruent, daß die Erkrankung mit der Neurasthenie verwechselt wird. Im Vordergrund steht für die initialen Fälle der Kopfschmerz, der alle möglichen Qualitäten annehmen kann. Den Kopfschmerz, welcher in Migräneanfällen auftritt, zähle ich zu den tabischen Symptomen der progressiven Paralyse und werde ihn daselbst besprechen.

Der Paralytiker zeigt ferner alle jene Verdauungsstörungen, welche der Neurastheniker zeigt. Er klagt über Trockenheit im Munde, über einen Zungenbelag und schlechten Geschmack, über Obstipation, über Ruktus und Flatulenz. Gelegentlich erhalten seine Klagen über den Verdauungstrakt eine hypochondrisch-demente Färbung, er spricht beispielsweise den Verdacht aus, daß er keinen Magen habe, daß er keinen Darm habe, und so gleitet er allmählich zu den hypochondrisch-dementen Klagen des zweiten Stadiums hinüber, in welchem die exorbitantesten Beschwerden das Krankheitsbild beherrschen, wenn es ein hypochondrisch-dementes ist. So klagen die Paralytiker des zweiten Stadiums oft, daß ihr Körper ganz leer sei, daß zwischen Mund und After eine freie Kommunikation bestehe, daß ihnen ganze Organe fehlen u. dgl.

Die Kranken zeigen eine auffällige Ermüdbarkeit, Intoleranz gegen Alkohol, klagen über eine Fülle von rheumatischen Schmerzen. Auffällig ist auch die Störung des Schlafes. Die Patienten schlafen schlecht zur Nachtzeit, schlafen aber sehr häufig bei Tag, auch in Gesellschaft, ein.

III. Die tabischen Symptome.

Da die Paralyse sowie die Tabes eine Erkrankung ist, welche der syphilitischen Infektion nach einer gewissen Reihe von Jahren folgt, so ist es von vornherein wahrscheinlich, daß eine Anzahl von Symptomen diesen beiden Krankheiten gemeinsam sein wird. Dazu kommt noch, daß zu einer voll entwickelten Tabes dorsalis eine Paralyse hinzutreten kann. In einer Anzahl von Fällen tritt zu einer bereits entwickelten Paralyse eine Tabes hinzu. In einer allerdings nicht beträchtlichen Anzahl von Fällen entwickeln sich beide genannten Erkrankungen gleichzeitig. Während die Kombination von Paralysis progressiva und Tabes dorsalis von deutschen Autoren im allgemeinen mit vierzig Prozent angegeben wird, sehen

wir in Wien diese Fälle in den öffentlichen Anstalten in ungefähr einem Zehntel der Erkrankungen.

Die Kardinalsymptome der *Tabes dorsalis* sind bekanntlich die reflektorische Pupillenstarre oder das sog. ARGYLL-ROBERTSONSCHE Phänomen, der fehlende Patellarreflex oder das WESTPHALSCHE Zeichen, die lanzinierenden Schmerzen und die Analgesie. Eine ganze Reihe von Symptomen, welche für die Diagnose der *Tabes* nicht unumgänglich notwendig sind, tritt zu diesem Symptomenkomplex bei der *Tabes* hinzu, und wir werden dieselben auch bei der progressiven Paralyse nicht vermissen.

Das erstgenannte Kardinalsymptom der *Tabes*, das ARGYLL-ROBERTSONSCHE Phänomen, die Lichtstarre der auf Akkommodation reagierenden Pupillen, geht der progressiven Paralyse oft um zehn Jahre voraus. In mehr als der Hälfte der Fälle ist dies Phänomen bei den initialen Formen bereits vollständig ausgebildet, bei den anderen Fällen tritt dasselbe später zur Paralyse hinzu, so daß fast gar kein Fall von *Paralysis progressiva* ein absolutes Fehlen einer Alteration der Pupillenreaktion auf Licht aufweist. Da nun dieses Phänomen von so außerordentlicher Wichtigkeit ist, so ist es erforderlich, daß dasselbe mit einer geradezu absoluten Sicherheit erkannt werde, weshalb die Untersuchungstechnik, welche ja im Grunde genommen eine relativ einfache ist, genau beherrscht werden muß.

Wenn wir die Pupillen eines Paralytikers untersuchen, so sehen wir zunächst, daß unseren Blicken nicht die ganze Kornea des Patienten sich darbietet; gewöhnlich hängt das eine oder beide Oberlider über den oberen Teil der Kornea herab (*Ptosis*), ein Symptom, welches wir sowohl bei der Paralyse als auch bei der *Tabes* finden. Diese *Ptosis* unterscheidet sich von jener *Ptosis*, welche durch eine Okulomotoriuslähmung bewirkt wird, dadurch, daß sie korrigierbar ist. Der Kranke vermag durch Willensimpuls das Auge fast völlig oder sogar völlig zu öffnen.

Die Pupillengröße, welche im Mittel $2\frac{3}{4}$ – $4\frac{3}{4}$ mm (SILBERKUHLE) beträgt, ist das erste, was wir zu beobachten haben. Die Pupillen sind fast immer ungleich, jedoch ist diese Pupillenungleichheit ein bei Geisteskranken gar nicht so selten vorkommendes Symptom und kann nicht sofort als ein tristes Anzeichen gedeutet werden. Die Pupillen sind in den meisten Fällen miotisch, in vielen Fällen mittelweit. Nicht gar so selten sehen wir übrigens bei den Paralytikern eine mydriatische und eine miotische Pupille. Man muß sich davor hüten, den Paralytiker so zum Fenster zu stellen, daß ein Auge belichtet wird, denn die Lehre von der Gleichheit der Pupillen bei Belichtung des einen Auges ist unrichtig; gewöhnlich hat das dem Fenster zugewandte Auge eine verengerte Pupille.

Der Kontur der Pupille ist entrundet. Die Pupille zeigt sehr starke Zacken, welche eine ziemlich unregelmäßige Figur bilden. Diese Entrundung der Pupillen ist ein, wie ich glaube, ziemlich sicheres Symptom für eine post-syphilitische Erkrankung, insbesondere dann, wenn man, wie es gewöhnlich bei der progressiven Paralyse der Fall ist, Synechien ausschließen kann, indem durch Einträufung von Eserin oder Atropin die Pupillen wohl ihre Größe, nicht aber ihre Form verändern.

Die Reaktion der Pupillen auf Licht wird nun folgendermaßen geprüft:

Man stellt den Kranken an einen Ort, welcher gleichmäßig, womöglich nicht zu stark belichtet ist, etwa mit dem Gesichte vom Fenster weg an eine Wand, und belichtet nun das Auge mit einer Lichtquelle, dem Wachsstock, einer Kerze oder, was ich besonders empfehlen kann, mit der PRIESTLEY-SCHMIDTSCHEN Lampe. Diese Lichtquelle wird von hinten nach vorn geschoben, während der Kranke die Stirne des untersuchenden Arztes fixiert. Wenn es möglich ist, den Patienten irgend ein weiter entferntes Objekt fixieren zu lassen, so tut man das. Doch muß man darauf aufmerksam gemacht sein,

daß auf Willensakte der Paralytiker bei der Untersuchung kein rechter Verlaß ist. Man muß daher das Fixieren der Paralytiker ziemlich genau überwachen. Gelegentlich wird man die Untersuchung in der Weise durchführen, daß zwischen die Lichtquelle und das zu untersuchende Auge die Hand als Schirm eingeschoben und später entfernt wird. Man sieht nun bei dieser Untersuchung, daß die Reaktion der Pupillen auf Licht entweder vollständig verschwunden ist oder aber daß die Verengungsfähigkeit der Pupillen in zweifacher Richtung gelitten hat: Die Reaktion der Pupillen ist eine unausgiebige geworden und sie läuft träge ab.

Die akkommodative Reaktion der Pupillen wird geprüft, indem man den Kranken zum Fenster stellt, ihn irgend einen entfernten Gegenstand, etwa einen Rauchfang, und nachher den in unmittelbarer Nähe vorgehaltenen Finger fixieren läßt; fast immer wird man eine prompte Verengung der Pupille wahrnehmen können.

Auch die sympathische Reaktion der Pupillen, die Erweiterung derselben auf Schmerzreiz, findet man bei der progressiven Paralyse in vielen Fällen erloschen.

Die Störung der Pupillenreaktion, insbesondere das Erloschensein der Reaktion auf Licht bei gleichzeitigem Erhaltensein der akkommodativen Reaktion, zusammengehalten mit der Entrundung der Pupillen, ist ein Zeichen von großer Bedeutung und macht die Diagnose der progressiven Paralyse dann zu einer wahrscheinlichen, wenn die psychischen Symptome auf eine Paralyse hinweisen. Jedoch muß man sich stets vergegenwärtigen, daß dieses Symptom auch der *Tabes* angehört und daß es auch in einer großen Reihe von Fällen als isoliertes Symptom einer vor Jahren erfolgten syphilitischen Infektion vorkommt.

Das zweite Symptom der *Tabes dorsalis* ist das WESTPHALSCHE Zeichen, der fehlende Patellarsehnenreflex. Auch das Fehlen des Patellarsehnenreflexes ist ein so wichtiges Symptom, daß seine Konstatierung eine absolut sichere sein muß, und deshalb muß die Technik der diesbezüglichen Untersuchung vollkommen beherrscht werden. Der Kranke, dessen Patellarsehnenreflex zu fehlen scheint, soll nackt untersucht werden. Bei der Untersuchung kann man den wohl überholten JENDRASZIKSCHEN Handgriff — das Ineinanderhaken der Hände mit den zwei gebeugten Endphalangen der Finger und den Versuch des Auseinanderziehens derselben — anwenden. Jedoch führen zwei andere Wege besser zum Ziele.

Benötigt der Untersucher zum Beklopfen der Patellarsehne nur eine Hand, so wird sich folgendes Verfahren als das zweckmäßigste herausstellen: Der Arzt tritt zur rechten Seite des sitzenden Patienten, welcher ein Bein über das andere gelegt hat, und reicht ihm nun seine linke Hand, welche der Kranke zu drücken beauftragt wird. In demjenigen Momente, in welchem der Untersucher den stärksten Druck empfindet, beklopft er mit dem Perkussionshammer die Patellarsehne. Wenn die Untersuchung richtig durchgeführt worden ist und ein Ausschlag des Unterschenkels nicht konstatiert werden konnte, dann fehlt der Patellarreflex sicher.

Oft braucht der Untersucher beide Hände, namentlich bei der Untersuchung von Paralytikern. Da wird man auf folgende Weise zum Ziele gelangen: Man läßt den Kranken in der vorhin geschilderten sitzenden Stellung die Fäuste ballen, beklopft seine Patellarsehne andauernd und läßt nun den Kranken auf „1“ die Fäuste stärker zusammendrücken. Gewöhnlich wird, wenn der Patellarsehnenreflex vorhanden ist, beim Zusammendrücken der Fäuste hie und da ein Ausschlag des Unterschenkels zu konstatieren sein. Mit Rücksicht auf die eingangs erwähnten Befunde von pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmark wird in der Mehrzahl der Fälle der Patellarsehnenreflex gesteigert sein, in der Minderzahl der Fälle wird er fehlen.

Die diagnostische Bedeutung des gesteigerten Patellarreflexes wird keine große sein, da ja eine stattliche Reihe von Krankheitsbildern, welche von der progressiven Paralyse zu trennen sind, gleichfalls das Symptom des gesteigerten Patellarsehnenreflexes aufweisen; dagegen ist das Fehlen des Patellarsehnenreflexes von einer zweifellos diagnostischen Bedeutung.

Im Anschluß an den Patellarsehnenreflex möge die Wichtigkeit des Achillessehnenreflexes hervorgehoben werden. Der Fußklonus, wofür ein echter Fußklonus ist, wird hier schon irgendwelche diagnostische Bedeutung gewinnen, ebenso ist von diagnostischer Bedeutung das Fehlen des Reflexes der Achillessehne. Auf diese Tatsache ist neuerdings wiederum hingewiesen worden. Bei dieser Gelegenheit wurde es als besonders empfehlenswert hingestellt, den betreffenden Kranken in kniender Stellung zu untersuchen.

Die lanzinierenden Schmerzen stellen ein ziemlich häufiges Symptom bei den initialen Formen der Paralyse dar. Ihre diagnostische Bedeutung ist aber im allgemeinen schon deshalb keine sehr große, weil die subjektiven Klagen der Paralytiker ziemlich unverlässlich sind.

Die Analgesie findet sich sehr häufig bei den initialen Formen, ist aber einer genaueren Untersuchung nicht immer zugänglich; gewöhnlich konstatiert man eine auffällige Analgesie bei den tabischen Formen der progressiven Paralyse.

Eine ganze Reihe von Symptomen, welche erst später im Verlaufe einer Tabes zu deren Kardinalsymptomen hinzutreten, finden wir schon in den initialen Stadien der progressiven Paralyse, so den Gürtelschmerz, so die Störungen von seiten der Harnblase, bestehend in Inkontinenz derselben, sowie in Retention des Harnes. Wir hören sehr häufig die Klage von seiten der Paralytiker, daß sie beim Urinieren sehr lange pressen müssen, weniger häufig, aber um so auffälliger ist die Klage dieser Kranken, daß sie den Harn tropfenweise verlieren.

Die Störungen der Potenz sind zum Teile bereits bei den psychischen Störungen der Paralytiker erwähnt worden. Im Beginne der Krankheit beobachtet man eine gesteigerte Libido sexualis und ohne Zweifel auch häufig eine beträchtlich gesteigerte Potenz, indem nämlich der Paralytiker seiner gesteigerten Libido sexualis völlig Genüge zu leisten imstande ist. Erst später tritt eine völlige Impotenz ein; gewöhnlich fällt der Verlust der Potenz in das zweite Stadium der Paralyse.

Man findet gelegentlich einen Paralytiker mit völlig ausgeprägter Ataxie, so wie sie etwa der Tabiker im Stadium atacticum seiner Erkrankung darbietet. Dann wird es sich in der großen Mehrzahl der Fälle um einen Tabiker handeln, bei welchem die Paralyse zur Tabes hinzugesetzt ist. Eine geringere Ausprägung der Ataxie zeigen uns die Paralytiker im allgemeinen. Wir sehen die Kranken unsicher gehen, wir sehen sie nicht mehr so fest stehend wie früher, beim Schließen der Augen nimmt ihr Schwanken zu (ROMBERGSches Symptom).

Frühzeitig sehen wir schon bei feinen Hantierungen eine deutliche Ungeschicklichkeit, die Kranken binden sich ihre Bändchen oder Kravatten schlechter als früher, Handwerker, welche zur Ausübung ihres Berufes einer besonderen Geschicklichkeit bedürfen, arbeiten schlechter als früher, so beispielsweise Goldarbeiter, Raseure usw. Diese Ataxie führt sehr häufig zum geschäftlichen Ruin eines derartigen Arbeiters, und eben dieser geschäftliche Ruin wird oft in Unkenntnis der Verhältnisse als die Ursache der nunmehr konstatierten Paralyse gedeutet.

Eine Reihe von Symptomen, welche die progressive Paralyse mit der Tabes dorsalis gemein hat und welche die Eigentümlichkeit haben, daß sie auch isoliert der syphilitischen Infektion nach Jahren folgen, in ähnlicher Weise wie die Pupillenstarre, sind die Atrophie des Nervus opticus, die Ophthalmoplegie und die postsyphilitische Migräne.

Die Atrophia nervi optici ist die genuine oder tabische Atrophie. Sie geht sehr häufig der Paralyse um Jahre

voraus und beeinflußt dann, wie man sagt, den Verlauf der Paralyse im günstigen Sinne, indem jene Paralysen, welche mit Optikusatrophie oder mit Tabes verlaufen, sich über viele Jahre hinaus erstrecken.³⁾ Ich schätze die Komplikation der Paralyse mit Optikusatrophie auf 2%.

Noch seltener wird die Paralyse von der chronischen Ophthalmoplegie kompliziert, häufig sind dagegen Lähmungen einzelner Augenmuskeln, welche Doppelbilder veranlassen. Diese finden sich sehr häufig im Anfang der Paralyse oder vor derselben. Sie werden also meist nur durch die Anamnese dem Arzte bekannt. In den meisten Fällen, in denen sich eine derartige Lähmung eruieren läßt, handelt es sich um eine Abduzenslähmung.

Eine äußerst wichtige Erkrankung in den initialen Stadien der Paralysis progressiva oder vor Beginn der Paralyse stellt die Migräne dar, welche als syphilitische Migräne zu bezeichnen ist. Sie unterscheidet sich symptomatologisch in fast gar nichts von der gewöhnlichen Migräne, tritt aber zum ersten Male in relativ vorgerückten Jahren, ungefähr im 30.—35. Lebensjahre, auf, also zirka 10—15 Jahre nach der syphilitischen Infektion, und läßt eine direkte Heredität, wie sie die Migräne in der Regel zeigt, völlig vermissen.

Referate.

ANSCHÜTZ (Breslau): Über die Resektion der Leber.

Bei der großen Unsicherheit in der Diagnostik der Lebertumoren wird häufig eine Probeparotomie notwendig sein, um sich über die Natur der Geschwulst zu orientieren und die Indikation zur Operation zu stellen.

Es gibt aber auch Tumoren, bei welchen erst die Probeexzision die Diagnose sicherstellen kann. Bei der Probeparotomie sind behufs Konstatierung, ob der Tumor primärer oder sekundärer Natur ist, die inneren Organe (Pylorus, Darm, Genitale) genau abzutasten.

Die gutartigen Tumoren (Karzinome, Cysten) sind selten und machen nur sehr geringe Beschwerden, so daß sie nur eine relative Indikation für die Leberresektion abgeben. Hingegen ist das tuberöse Adenom stets zu resezierem, da es leicht in Karzinom übergehen kann; ebenso ist ein multilokulärer Echinococcus mittelst Resektion der Leber zu behandeln, da sonst der Tod des Individuums sicher ist. Hingegen widerrät Verf. die Resektion bei Leberasyphilomen („Sammlung klin. Vortr.“ v. VOLKMANN Nr. 356/57); seiner Erfahrung nach wird man mit einer gründlichen antiluetischen Kur immer Heilung erzielen. Bei malignen Tumoren ist auf keine Heilung zu hoffen.

Die Indikation zur Leberresektion ist also selten gegeben, aber trotzdem ist das Bestreben der modernen Chirurgie darauf gerichtet, die Operation möglichst gefahrlos zu gestalten. Die größte Gefahr und auch zugleich die größte Schwierigkeit der Operation wird durch die Blutung herbeigeführt. Man war früher daran gewöhnt, daß die Blutung bei jeder größeren Leberresektion eine sehr große sein müsse. Jetzt werden behufs Beherrschung der Blutung zweierlei Maßnahmen benutzt, und zwar repressive und präventive Maßnahmen. Die ersteren eignen sich nur für kleine Resektionen. Mittelst Paquelin oder Heißluftverfahren wird man leicht Blutungen aus kleinen Gefäßen stillen können; die Tampnade eignet sich zur Behandlung von blutenden Höhlen und in verzweifelten Fällen ist sie oft das einzige Rettungsmittel gewesen. Die tiefgreifende Naht hat sich bei Probeexzisionen sehr gut bewährt. Die Unterbindung der einzelnen blutenden Gefäße kann nach neueren Untersuchungen ebensogut ausgeführt werden, wie

³⁾ Es ist eine bekannte Tatsache, daß jene Paralysen, welche sehr lange dauern (bis zu 18 Jahren) tabische Paralysen sind. An den Beobachtungen, welche in moderner Zeit publiziert werden, ist wohl im allgemeinen nicht zu zweifeln. Es ist aber bekannt, daß, wenn tabische Symptome vorliegen und psychische Ausfallssymptome hinzutreten, die Diagnose „progressive Paralyse“ zumeist gestellt wird. Sehr häufig mag es sich da um chronische Psychosen handeln, deren Wesen den Exitus letalis nicht bedingt und die erst durch den Tod durch interkurrente Erkrankung abgeschlossen werden.

an anderen Stellen; nur geschieht es häufig, daß die Gefäße, die bei der Operation der Geschwulst stark gespannt werden, sich nach der Durchschneidung in das Lebergewebe weit zurückziehen und nicht gefaßt werden können.

Die wichtigsten Maßnahmen, die bei jeder größeren Resektion vor der repressiven gebraucht werden müssen, sind die präventiven. Die Kompression und die elastische Ligatur erleichtern die Operation bedeutend. Das wirksamste Verfahren ist aber die Anlegung der intrahepatischen Massenligaturen, die in strengster Ordnung das ganze zu resezierende Gebiet umkreisen. Das von KUSNEZOFF und PENSKY angegebene Verfahren wurde an der Klinik MIKULICZ' zum erstenmal am Menschen versucht und seither mehrmals mit sehr gutem Resultate angewendet. Festes Schnüren der Ligaturen, ohne Rücksichtnahme auf das morsche Lebergewebe, ist nach den Erfahrungen des Verf. die Voraussetzung für den Erfolg. Die Methode hat auch den Vorteil, daß sie gleichzeitig auch die definitive Blutstillung besorgt; nur an wenigen Stellen wird es notwendig sein, noch einzelne Ligaturen anzulegen oder mit dem Paquelin das Gewebe zu verschorfen. ERDHEIM.

V. TAPPEINER und A. JODLBAUER (München): Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Diphtherietoxin und Tetanustoxin.

Bezüglich der Auswahl der zu dieser Behandlung geeigneten fluoreszierenden Stoffe, speziell wenn es auf die Behandlung der inneren Organe, in denen das Gift fixiert wird (Tiefenwirkung), ankommt, dürften vor allem folgende zwei Gesichtspunkte maßgebend sein („Münchn. med. Wschr.“, 1904, Nr. 17):

1. Da die Wirkung der fluoreszierenden (photodynamischen) Stoffe auf Absorption beruht und es jetzt durch Versuche aus FINSSENS Institut u. a. als festgestellt betrachtet werden kann, daß die Lichtstrahlen um so tiefer in das Gewebe eindringen, von je geringerer Brechbarkeit (größerer Wellenlänge) sie sind, so wären ceteris paribus jene Stoffe zu bevorzugen, deren Absorption im weniger brechbaren Teile des Spektrums liegt, mit anderen Worten jene Stoffe, welche durch Strahlen von größerer Wellenlänge (grün, gelb, rot) zur Fluoreszenz angeregt werden.

2. Unter sonst gleichen Umständen wird jener fluoreszierende Stoff den Vorzug verdienen, der zu denjenigen Organen besondere Affinität hat, in denen sich auch das Toxin fixiert. Für Tetanustoxin z. B. dürfte u. a. Methylenblau sich als geeignet erweisen, weil dieser Körper nach P. EHRLICH besondere Affinität zum Nervengewebe besitzt (Lebendfärbung) und dieses Gift durch die Nervenbahnen dem zentralen Nervensysteme zugeführt wird (HANS MEYER). Vorausgesetzt ist dabei, daß die noch nicht ausgeführte Prüfung des Methylenblau auf Tetanustoxin wenigstens ebenso starke Wirkung ergibt wie auf Diphtherietoxin. Durch besondere Untersuchungen wird festzustellen sein, ob die in das Gewebe aufgenommene Substanz nur solange zur Fluoreszenz erregt wird, als sie noch in der Gewebsflüssigkeit gelöst sich befindet, oder ob dies auch noch der Fall ist, wenn sie bereits auf der „Faser“ fixiert ist. Es eröffnet sich hier ein Feld für ausgedehnte Untersuchungen. Die gerade jetzt lebhaft ventilirte Frage über die Art der physikalisch-chemischen Bindung bei dieser Fixierung gewinnt daher auch in dieser Hinsicht große Bedeutung. B.

SCHLESINGER (Berlin): Behandlung des Dekubitus mit überhitztem Wasserdampf.

Verf. berichtet („Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, 1904, Bd. 8, H. 3) über seine Resultate der Behandlung des Dekubitus mit heißen Wasserdämpfen. Verwendet wurde der von DÜRRSEN angegebene Vaporisator, der aus einem etwa 1 l fassenden starken Kupferkessel mit Spiritusfeueranlage besteht, welcher mit einem Sicherheitsventile und einem Thermometer armiert ist. Der erzeugte Wasserdampfstrahl mit einer Temperatur von 108° C wird aus einer Entfernung von 10 cm gegen die Geschwürsfläche gerichtet. Man läßt den Dampfstrahl etwa 5—10 Minuten lang einwirken und bestreicht hauptsächlich die Ränder des Ge-

schwüres. Alle leicht verletzbaren Hautpartien sind vorher sorgfältig zu schützen. Der überhitzte Dampf soll neben gründlicher Desinfektion eine kräftige Hyperämie innerhalb des geschädigten Gewebes und dadurch eine vollkommene Desodorisierung und Abstoßung der nekrotischen Teile innerhalb weniger Tage hervorgerufen. Die Vaporisation ist im Anfange der Behandlung täglich zu wiederholen; hat die Granulationsbildung begonnen, so ist es ratsam, das junge Gewebe 2—3 Tage völlig in Ruhe zu lassen. Große Sorgfalt ist auf die Bedeckung der vaporisierten Flächen zu legen. Am besten erwies sich eine dichte Bestreuung mit Dermatol. Ist die ganze Fläche mit gesunden Granulationen bedeckt, so empfiehlt es sich, die granulierten Stellen, um sie vor jedem Drucke und jeder Verunreinigung zu schützen, mit hohlen Zelluloidrondkapseln zu bedecken, die mit schmalen Heftpflasterstreifen fixiert werden. Der einzige Nachteil dieser Behandlung besteht in der Schmerzhaftigkeit ihrer Anwendung. Doch gelingt es damit, selbst Fälle mit sehr fortgeschrittenem Gewebszerfalle noch zur Ausheilung zu bringen. Verf. hat Dekubitalgeschwüre bei schweren Allgemeinerkrankungen, wie Puerperalfieber, Typhus, Endokarditis etc. mit der Vaporisation zur Ausheilung gebracht und selbst schweren trophischen Dekubitus bei Fällen von chronischen Rückenmarkskrankheiten, progressiver Paralyse u. a. günstig beeinflußt; die Vaporisation soll daher, zumal ihre Anwendung auch in der häuslichen Praxis leicht und bequem durchführbar ist, in allen Fällen von Dekubitalgeschwüren versucht werden. GRÜNBAUM.

KELLERMANN (Berlin): Über den Einfluß heilgymnastischer Arbeiten auf den Kreislauf.

Verf. hat mit Hilfe der GÄRTNERSCHEN Methode der Pulschreibung den Einfluß heilgymnastischer Bewegungen auf den Kreislauf studiert und kommt hierbei („Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, 1904, Bd. 8, H. 3) zu folgenden Schlußsätzen:

Eine passive Bewegung erzeugt eine leichte Senkung des Blutdruckes bei unveränderter Pulsfrequenz. Während der Ausführung einer statischen Arbeit verhalten sich Blutdruck und Puls parallel, indem beide einen sofortigen Anstieg mit darauffolgendem Abfall unter die Norm zeigen. Nach dem Aufhören der statischen Arbeit bleibt der Blutdruck niedrig, während die Pulsfrequenz abermals über die Norm steigt. Bei Widerstandsbewegungen weist der Blutdruck große Schwankungen über und unter die Norm auf, welche synchron den Bewegungen sind. Der mittlere Blutdruck ist dabei wahrscheinlich meist nicht wesentlich verändert, manchmal sicher erniedrigt. Die Pulsfrequenz steigt gleichzeitig kontinuierlich an. Die manuelle Selbsthemmungsbewegung erzeugt eine Blutdrucksenkung und gleichzeitig eine Steigerung der Frequenz, welche nach dem Aufhören der Bewegung noch zunimmt. Bei Förderungsbewegungen tritt eine Senkung des Blutdruckes und Verlangsamung des Pulses ein. GRÜNBAUM.

RAMON GUIERAS (New-York): Zur operativen Behandlung der Wanderniere.

Verf.s Methode geht von dem Gesichtspunkte aus, die Niere in ihrer normalen Lage soviel als möglich zu erhalten; die Fixation soll derartig sein, daß die Niere weder nach unten sinkt noch eine Rotation um sich selbst erfährt; eine geringe Rotation um die horizontale Achse ist jedoch tunlich, da eine derartige Rotation mit jedem Respirationszug eintritt. Die dauernde Fixation darf nicht von Nähten abhängen, was auch immer für Material angewendet werde, sondern von festen Adhäsionen zwischen dem Nierenparenchym und dem Rücken; das Material, das zur Verwendung komme, soll möglichst lange liegen bleiben, und diesen Bedingungen entspricht das mit Chromsäure behandelte Catgut am besten; selbstverständlich soll die Operation so einfach und so kurz als möglich sein. Verf. geht nun in folgender Weise vor („Med. Record“, 1904, April):

Nach Inzision wird die Niere freigelegt und von der Fettkapsel getrennt. Darauf Inzision durch die fibröse Kapsel von einem Nierenpole zum anderen. Die fibröse Kapsel wird darauf von dem Parenchym losgelöst an der hinteren Oberfläche der Niere,

der vordere Teil wird freigelassen. Der hintere Teil wird so freigelegt, daß er in Kontakt mit einem Teil des Rückens kommen kann. Mittelst zwei Catgutnähten von der Kapsel aus wird die Niere dann befestigt. Beide Nähte werden durch Muskulatur und Fascia lumbalis durchgeführt, dann beide für sich geschlossen, schließlich die Wunde selbst genäht. L.

TH. GRÜNWARD (Tübingen): Über Hauttemperaturen bei fiebernden Kranken.

Bei fieberhaften Zuständen ist die Hauttemperatur (Wärmeabgabe durch Leitung und Strahlung) an allen Punkten der Körperoberfläche gesteigert. Die Hauttemperatur ging in den beobachteten Fällen („Deutsch. Arch. für klin. Med.“, Bd. 78, H. 3 u. 4) der Innentemperatur parallel und sie lief an den verschiedenen Stellen der Oberfläche im gleichen Sinne. Wenn durch die Leitung und Strahlung von Wärme auf der Körperoberfläche die gesteigerte Wärmeproduktion nicht ausgeglichen wird, so liegt das entweder an der zu geringen absoluten Größe von Leitung und Strahlung oder an der mangelhaften Wärmeabgabe durch Wasserverdampfung. Eine an verschiedenen Orten der Körperoberfläche oder zu verschiedenen Zeiten zu ungleichmäßige Leitung und Strahlung von Wärme ließ sich in den vorliegenden Beobachtungen wenigstens nicht verantwortlich machen. Man kann aber bei Fiebernden auch sehr ungleichmäßige Werte der Hauttemperatur finden. Wahrscheinlich ist es sogar leicht, sie zu beobachten. Eben immer dann wird dies geschehen, wenn irgendwelche Einflüsse auf die Gefäße sich geltend machen. Daß die Hautgefäße Fiebernder Reizen zur Zusammenziehung oder zur Erschlaffung viel leichter folgen, als die Gefäße gesunder Menschen, darf als festgestellt angesehen werden. So wird man bei Untersuchungen der Hauttemperatur im Schüttelfrost oder nach Entblößungen in einer kühlen Stube oder nach irgendwelchen anderen den Kontraktionszustand der Hautgefäße beeinflussenden Momenten sehr wohl große Unregelmäßigkeiten der Hauttemperatur finden können, sogar finden müssen. BB.

CHOLZOW (Moskau): Über die blutstillende Wirkung des Adrenalins.

CH. hat in einem Falle von heftiger Blutung bei Phlegmone des Oberschenkels durch Tamponade mit in eine Adrenalinlösung von 1:10.000 getränkter Gaze augenblickliche Blutstillung zu erzielen vermocht („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 1). In einem Falle von Nasenblutung blieb die vorgenommene Adrenalininjektion erfolglos, wohl aber stand die Blutung bei der Anwendung von konzentrierten Höllesteinlösungen. Die Anwendung von Adrenalin vor Katheterisierung schwer permeabler Harnröhrenstrikturen ergab das gewünschte Resultat gleichfalls nicht. L—y.

HILLERSONN (St. Petersburg): Über einen Fall von Geschwulst des Kleinhirns.

H. berichtet über einen 3jährigen Knaben, bei dem sich 6 Wochen vor der Aufnahme in das Krankenhaus Erbrechen, Kopfschmerzen, dann Gehstörung und schließlich Krampfanfälle mit Verlust des Bewußtseins eingestellt haben („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 43). Das Kind ist schwach gebaut und mangelhaft genährt. Sensorium frei, innere Organe unverändert. Pupillen etwas erweitert, Lichtreaktion schlaff. Es besteht eine gewisse Rigidität der Halsmuskeln, fast permanenter Tremor in den Händen. Stehen kann das Kind absolut nicht. Bedeutende, wenn auch nicht konstante Rigidität der Muskeln der Extremitäten. Reflexe erhalten. Im weiteren Verlauf der Krankheit bestanden Brechreiz, Anfälle von tonischen Krämpfen, zeitweise stark ausgesprochene Unregelmäßigkeit und Verlangsamung des Pulses (56 in der Minute), hochgradige Verlangsamung der Atmung (12 in der Minute), sowie schließlich vollständiger Verlust des Bewußtseins. Außerdem häufige Kopfschmerzen und allmählicher, stets zunehmender Kräfteverfall. Es wurde die Diagnose auf Geschwulst des Kleinhirns gestellt und dieselbe in Anbetracht des jugendlichen Alters des Patienten als

solche tuberkulösen Charakters gedeutet. Die Sektion bestätigte die Diagnose insofern, als im Kleinhirn tatsächlich eine Geschwulst vorgefunden wurde, die sich jedoch als Sarkom erwiesen hat.

L—y.

G. BIKELES und M. FRANKE (Lemberg): Zur Frage einer peripheren Abstammung sensibler Nervenfasern bei Säugetieren.

Die Autoren stellen eine solche in Abrede („Neurol. Zentralblatt“, 1904, Nr. 9). Sie haben nämlich an verschiedenen Säugetieren Stücke aus Nerven exzidiert und nach entsprechender Zeit (8—13 Tagen) auf ununterbrochenen Schnittserien einerseits Fehlen normaler Fasern im peripheren Stumpf, andererseits Mangel jeder WALLERSchen Degeneration im zentralen gefunden. INFELD.

TREMOLIÈRES (Paris): Die Therapie der Psoriasis.

Verf. empfiehlt, die energische Therapie der Schuppenflechte in extremen Altersgrenzen und bei generalisierten Eruptionen zu unterlassen, da in diesen Fällen nach seiner Ansicht häufig nach Ausheilung der Hautaffektion viszerale Metastasen auftreten („Gazette des hôpitaux“, 1904, Nr. 4). Die Behandlung, welche sich auf die chronische partielle Psoriasis Erwachsener beschränken soll, besteht aus einer allgemeinen und einer lokalen. Erstere hat hauptsächlich die neuro-arthritische Diathese der Psoriatiker zu betreffen: Es eignet sich also hierzu die Verabreichung von Alkalien, alkalischen Mineralwässern, Valeriana, Brom und Arsen. Auch Jodnatrium ist zuweilen angezeigt. Die lokale Therapie hat die Abschuppung vor allem zu bezwecken, was durch einfache, Seifen- oder alkalische Bäder oder durch Abreibungen mit Seifen erreicht wird. Hernach wird die Haut mit reizenden Substanzen bedeckt; hierzu eignen sich besonders: Teer, Chrysothansäure, Chrysoarobin, Pyrogallussäure, Naphtol-Salizyl oder Merkurpomaden. In besonders hartnäckigen Fällen sind Massage und selbst lineare Skarifikationen zu versuchen. J. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die Behandlung der akuten Tubargonorrhöe hat nach Ansicht von BUMM („Ges. d. Charité-Ärzte in Berlin“, 1904, 19. Mai) eine konservative zu sein und erfordert vor allem strenge Bettruhe und Geduld. Jeglicher örtliche Eingriff, wie intrauterine Spülungen sind zu vermeiden. Man gebe regelmäßig alle Stunden einen großen, warmen, feuchten Umschlag um den Leib von der Nabelhöhe bis zum Oberschenkel, geschützt durch ein festes Gummituch. Dadurch werden auch große Tumoren innerhalb 3 Wochen zum Schwinden gebracht. Die Tumoren in diesem Stadium sind in der Regel „Schleimtumoren“, durch Verklebungen in der Umgebung der nicht besonders vergrößerten Tuben gebildet, die durch die Behandlung wieder frei werden, wenn auch eine Funktionsstörung zurückbleibt. Steht die Frau zu frühzeitig auf, so treten Rezidive ein, die dauernde Veränderungen an den Tuben hinterlassen, und durch ungeeignete Behandlung, wie das Einlegen von Tampons, kommt es zu dauernden Reizzuständen, die schließlich zu dem Marasmus gonorrhoeicus führen. Die Tuben erweitern sich zu Eitersäcken und durch Infektion der sterbenden Ovarialfollikel mit dem Tubensekret bilden sich Ovarialabszesse. In diesem Stadium wird die Behandlung mit Wärme meist nicht vertragen und die Operation notwendig.

— Das Dionin Merck ist nach RAHN („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5) indiziert bei trockenem Reizhusten, bei nervösasthmatischen oder herzasthmatischen Reizzuständen, bei Erschöpfung, namentlich solcher sportlicher Art, wie Radfahren, Bersteigen, oder nach sonstiger angestrenzter körperlicher Arbeit. Hier empfehlen sich Pastillen von 2—3 cg, alle 2—3 Stunden. Bei der ersten Gabe braucht man auch vor 4 cg nicht zurückzuschrecken; bei neurasthenischen Erregungs- wie Depressionszuständen gebe man es in häufigen Einzeldosen, aber hier besser in Wasser gelöst und im Sinne der Strohhalmethode allemal langsam geschluckt. Auch die Blasenreizbarkeit nach Erkältung und der chronische Blasenkatarrh bei Gonorrhöe oder Steinbildung und die Schmerzen der Blasen-

entzündung im Verlaufe von Nervenerkrankungen bekämpft man vorteilhaft mit Dionin, ebenso kachektische Erschöpfungszustände und Schmerzen bei Frauenleiden. Schließlich ist das Dionin als sedatives Mittel der Kinderpraxis nicht zu vergessen. Soviel das Kind Jahre zählte, soviel Milligramm gab der Verf. in der Einzeldosis.

— Die **Behandlung der akuten Appendizitis** bespricht RUSSELL („Lancet“, 19. März 1904). Jeder Fall, der mit Schüttelfrost beginnt, und jeder Fall, in dem es sich um ein Rezidiv handelt, sollte sofort operiert werden. Ferner sind besonders solche Fälle sehr gefährlich, in denen schwere Allgemeinsymptome und geringe entzündliche Erscheinungen um das Zökum bestehen, der Wurm aber auf Druck sehr empfindlich ist. Hier bestehen keine oder wenig Verwachsungen und der Wurm ist wahrscheinlich der Perforation nahe. Bei diesen Fällen ist die Zahl der Leukozyten gewöhnlich nicht vermehrt. Hört bei diesen Fällen die Druckempfindlichkeit der Appendix auf, ohne daß gleichzeitig die Allgemeinsymptome sich bessern, so besteht große Gefahr der drohenden Perforation. Erheischt ein Fall nicht sofortige Operation, so gebe man Belladonna oder auch Opium innerlich, äußerlich lege man kalte oder heiße Kompressen auf; ein hoher Einlauf ist oft von großem Nutzen. Werden bei dieser Behandlung die Symptome (besonders die Schmerzen) nicht bald besser, so zögere man nicht mit der Operation. In späteren Stadien der Krankheit gibt Leukozytose ein gutes Anzeichen für das Bestehen eines Abszesses und dadurch Anzeige zur Operation.

— Eine **neue Applikationsmethode von Collargol** in Klysmen schildert LÖBL („Therap. der Gegenw.“, 1904, IV). Diese Methode ist leicht auszuführen, weder schmerzhaft noch lästig, benutzt eine größere und besser resorbierende Oberfläche und gestattet eine höhere Dosierung. Die Collargol-Klysmen werden gut behalten, fast vollständig resorbiert und wurden von L. 8—14 Tage lang in folgender Dosis gegeben:

Rp. Collargol 1.0
Aq. dest. 100.0
S. Morgens und abends die Hälfte als Klysmen.
1/2 Stunde vor jedesmaliger Anwendung wurde
der Darm durch lauen Wassereinlauf von
1/2—1 l entleert.

In dieser Weise hat LÖBL 27 Kranke mit günstigem Resultat behandelt.

— Die **Heilwirkung großer Dosen von Olivenöl bei Erkrankungen des Magens und Duodenums** hat COHNHEIM („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 52, H. 1 u. 2) erprobt. Gastrektasien, die auf Pylorospasmus infolge von Ulkus oder Fissur am Magenaustritt beruhen, werden durch Eingießungen von 100—150 g täglich geheilt oder wenigstens erheblich gebessert. Bei organischen Pylorusstenosen, auch karzinomatösen, wird eine erhebliche Besserung erzielt, die häufig so weitgehend ist, daß selbst bei stärkeren Gastrektasien die Operation vermieden werden kann. Prophylaktisch angewandt verhütet die Ölkur die Entwicklung von Gastrektasien. Das Öl wird 3mal täglich 1/2—1 Stunde vor dem Essen genommen oder mit der Sonde eingegossen. In leichten Fällen kann man Mandelölemulsion geben.

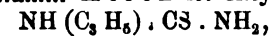
— Zur **Mesotantherapie** berichtet NIEDNER („Münchener med. Wschr.“, 1904, Nr. 15). Verf. hat nur einmal eine Dermatitis nach Mesotanapplikation feststellen können, und zwar in einem Falle, in dem das Präparat unverdünnt zur Anwendung gebracht war. In allen übrigen Fällen war das Präparat unter Zusatz von wenigen Tropfen Lavendelöl mit Oleum olivar. auf die Hälfte verdünnt und mittelst Haarpinsel auf die in Betracht kommenden Stellen aufgespritzt worden. Da in manchen Fällen fast sämtliche Extremitätengelenke eingespritzt werden mußten, wurde das Präparat nur einmal täglich oder gar zweitägig aufgespritzt und die betreffende Stelle mit einem Watteverband bedeckt. Auch bei dieser milden Anwendungsweise erwies sich das Präparat als wirksam und ließ sich selbst in denjenigen Fällen im Urin nachweisen, in denen nur ein Gelenk behandelt war; die Verdünnung war der Resorption also nicht hinderlich. Andererseits wurde diese Behandlung in vielen Fällen chronischer Erkrankung wochen-, ja monatelang hintereinander durchgeführt, ohne die Haut auch nur ein

einzigesmal irgendwie zu alterieren oder sonstwie unerwünschte Nebenwirkungen zu zeitigen.

— Das **Hygiama** stellt nach den Erfahrungen von KEIBEL („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 2) eine sehr wertvolle Unterstützung in der Ernährung der Tuberkulose dar. Es ist ein bräunliches, an Geschmack und Aussehen dem Kakao ähnliches Pulver und die leichte Resorbierbarkeit seiner Nährstoffe, die zu beachten ist, weisen dem Hygiama eine berechnete Rolle bei der Ernährung der Phthisiker zu, welche mehr und mehr durch den ständigen Gebrauch des Hygiama in den Lungenheilstätten und Sanatorien der Schweiz, namentlich in Davos, des Schwarzwaldes, Thüringens bestätigt wird. Bei Zusatz von Hygiama wird der Milchgeschmack verdeckt und dadurch größere Milchzufuhr möglich, es hebt sich auch fast in allen Fällen bei Darreichung des Hygiamagetränkes der Appetit, das Wichtigste, was von dem Arzt in solchen Fällen zu erstreben ist, und bei einer großen Anzahl hört nicht nur die Gewichtsabnahme auf, sondern das Körpergewicht nimmt langsam, aber stetig zu. Es gibt in Milch ein sehr angenehm nach Kakao schmeckendes Getränk. Verstopfung tritt fast nie ein und läßt sich im gegebenen Falle durch zugesetzte Sahne leicht heben. Hygiama ist nicht teuer, was für die große Praxis von Bedeutung ist.

— Den **Nutzen der Gewürze für die Ernährung** erörtert LIEBREICH („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 2). Nach seinen Versuchen wirken dieselben hemmend auf das Wachstum der Fäulnisbakterien im Magendarmkanal ein. Ferner bewirken sie eine verstärkte Magensaftsekretion, ohne die Wirkungen des Pepsins zu hemmen. Einer eingehenden Untersuchung wurde auch die MAGGISCHE Würze unterzogen. Dieselbe erwies sich als gänzlich unschädlich. Auch glaubt LIEBREICH wenigstens für das Senfölnachgewiesene zu haben, daß kleine, nicht giftige Quantitäten eine entfernte desinfizierende Wirkung auf das Blut und die übrigen Gewebe ausüben. Er injizierte Tieren Myrosin und myrosinsaures Kali getrennt, so daß erst im Tierkörper durch Einwirkung dieser beiden Substanzen das Senföl entstand. Es wurde eine nicht zu verkennende innere Desinfektion bei nicht tödlichen Dosen nachgewiesen.

— Das **Thiosinamin Merck** ist Allylthioharnstoff,



ein bei 74° C schmelzender, schwach knoblauchartig riechender, farblose Kristalle bildender Körper, der in Wasser wenig, in Alkohol und Äther sehr leicht löslich ist. Sein therapeutischer Wert beruht auf seiner spezifischen erweichenden Wirkung, die es auf alle narbigen Zustände der äußeren Haut und des inneren Körpers ausübt, ohne Unterschied des der Bildung des Narbengewebes vorausgegangenen pathologischen Prozesses und des seitdem verstrichenen Zeitraumes. Die Einführung des Thiosinamins in den Arzneischatz erfolgte auf Grund der durch v. HEBRA gemachten Beobachtung, daß dasselbe bei Lupus eine lokale Reaktion an den erkrankten Partien ohne Mitbeteiligung des Gesamtorganismus hervorrief und infolge von Lupus und Ätzungen entstandenes Narbengewebe vollständig erweichte, so daß sich z. B. Ektropien zurückbilden konnten. UNNA („Monatsh. f. Dermatol.“, B. 1. 29) hält das Thiosinamin für ein sehr brauchbares Mittel zur Beseitigung von fibrösen Tumoren, Keloiden infolge von Ätzungen und Schnittwunden, fibrösen Strängen auf dem Boden von Varizen, Lepromen, Syphilomen und Lupus. Selbst bei Pockennarben konnte er merklige Besserung erzielen. JULIUSBERG („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 25) benutzte das Thiosinamin mit Erfolg bei Skleroderma, ebenso LEWANDOWSKY. Die gebräuchlichste Anwendungsweise des Thiosinamins ist die subkutane Einverleibung 15- bis 20%iger alkoholischer Lösungen, die nur an der Injektionsstelle ein leichtes, schnell vorübergehendes Brennen verursachen soll. Andere Autoren bezeichnen die subkutane Applikation der spirituellen Flüssigkeit als sehr schmerzhaft und benutzen wässrige 10%ige Lösungen mit Zusatz von 20% Glyzerin. Die letzteren müssen immer vor dem Gebrauche erwärmt werden, da sich das Thiosinamin beim Stehen wieder ausscheidet. Die Injektionen können an jeder beliebigen Stelle des Körpers vorgenommen werden, vornehmlich eignet sich dazu der Rücken zwischen den Schulterblättern. Man beginnt am besten mit kleineren Dosen, etwa 1/3 bis 1/2 Pravazspritze, um bei 2—4 Injektionen pro Woche schnell

auf eine ganze Spritze zu steigen. SUCKER gibt Dosen von 0.03 g, in Spiritus gelöst, in Gelatinekapseln zunächst einmal am Tage und steigert die Tagesdosis allmählich bis auf das Sechsfache. — Das Thiosinamin kann auch in Form von Klysmen und Salben verwendet werden.

Literarische Anzeigen.

Die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanierung des Landes. Von Dr. E. Roth, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Potsdam. Nach einem auf der XXVII. Versammlung des deutschen Vereines für öffentliche Gesundheitspflege in München am 18. September 1902 gehaltenen Vortrage. Mit einem Anhang und 8 Tafeln. Braunschweig 1903, Friedrich Vieweg & Sohn.

Die Untersuchungen des Verfassers basieren auf Erfahrungen im deutschen Reich, doch stimmen sie im großen und ganzen mit den hierzulande gemachten völlig überein. Was das vorliegende Buch von dem ähnlichen EBSTEINS (Dorf- und Stadthygiene) im wesentlichen unterscheidet, ist der Umstand, daß der Verfasser nicht bloß die Dorf- und Stadthygiene im allgemeinen bespricht und die Sanierung der bestehenden Gefahren ins Auge faßt, sondern auch die Schulhygiene und Hebung des Reinlichkeitsinnes, sowie die in Bädern, Kurorten und Sommerfrischen herrschenden Übelstände beleuchtet. Andererseits sind die in EBSTEINS Buch so trefflichen Kapitel: „Über eine Reihe von Gefahren, welche den Stadtbewohnern in gesundheitlicher Beziehung von den Landbewohnern drohen“ und „Was hat angesichts dieser den Städtern drohenden Gefahren zu geschehen?“ im vorliegenden Buch etwas mager ausgefallen. Insbesondere fehlt fast völlig die Besprechung der Bekämpfung der Tuberkulose, so daß dem Interessenten entschiedenst anzuraten ist, die beiden sich glänzend ergänzenden Bücher zu Rate zu ziehen, wenn er in diesbezüglichen Fragen sich Rat holen will.

L. H.

Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Haut (die Stachelzellennervenhypothese). Von Dr. Fritz v. Waldheim. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

In einer ausführlichen, vorwiegend literarischen Studie beschäftigt sich der Autor, ein Schüler KAPOSI, mit der Physiologie und Pathologie des Stratum Malpighii. Obwohl bereits großes Material

für eine spezielle Physiologie dieser Zellschicht vorliegt, so war dasselbe bis jetzt denn doch nur hie und da in der Literatur verstreut, blieb dementsprechend unbekannt und für die Pathologie so gut wie unverwertet. Verf. hat sich ein großes Verdienst dadurch erworben, daß er es unternahm, die große Masse einschlägiger Tatsachen zu sammeln und kritisch zu verwerten. Er hat dabei auch die Physiologie der Blutkapillaren im allgemeinen und die der das Stratum Malpighii ernährenden im speziellen miteinbezogen. Woher erhält das an sich gefäßlose Stratum Malpighii sein Ernährungsmaterial? Diese interessante, bisher nicht eindeutig beantwortete Frage wird hier ausführlich erörtert und in logisch befriedigender Weise gelöst. Ein bewunderungswürdiger Gedankenreichtum durchwebt diese fleißige Arbeit. Gewisse klinische Erscheinungen an der Haut, die der Dermatologe, zumal bei der Urtikaria und dem Herpes Zoster zu machen Gelegenheit hat, führen den Autor zu der Theorie einer eigenen physiologischen Innervierung der Stachelzellen. Krankhaft gesteigerte Reizbarkeit der Nerven der kleinsten Blutkapillaren der Haut führt zur lokalen, exogenen, wie auch sogenannten endogenen (toxischen, reflektorischen) Urtikaria-Quaddelbildung. Diese wohl auch schon vielfach von WALDHEIM von Klinikern und Pathologen angenommene, keinesfalls aber jemals in so bestimmter Form ausgesprochene Ansicht wird nun in eigener Weise physiologisch von WALDHEIM begründet. Mit Zuhilfenahme eines trophomotorischen Reflexes, der von den Kapillarnerven zu den im hohen Grade beweglichen, d. h. kontraktilen Basalzellen des Rete führt, erklärt der Verf. einerseits das rasche Zustandekommen des urtikariellen Ödems, andererseits dessen zirkumskripten Sitz im Papillarkörper und den subpapillaren Schichten, bei völligem Verschontbleiben der eigentlichen Epidermis. Beim Herpes Zoster wieder ist W. der Auffassung, daß es sich bei der Ausbildung von Einzeleffloreszenzen um eine entzündliche Reizung trophomotorischer Nervenzellen und Fasern handle, bei welcher abnorm heftige Erregungswellen nach den Stachelzellen geleitet werden, welche letztere dabei den krankhaft nervösen Reizen erliegen, d. h. nekrotisch werden. In der vorliegenden Abhandlung ist mit vielem Fleiße viel positives Wissen verarbeitet worden. Sie gibt dem denkenden Dermatologen und Physiologen viel Anregungen. Weit entfernt, Vollkommenes zu bieten, wie der Verfasser selbst in bescheidenster Weise behauptet, wird die Stachelzellennervenhypothese, einmal zur allgemeinen Anerkennung gelangt, das Dunkel mancher sogenannten trophoneurotischen Prozesse der Oberhaut zu erhellen imstande sein. Sie ist jedenfalls wert, in der Hautpathologie weiter kritisch gewürdigt und verwertet zu werden.

K. ULLMANN.

Feuilleton.

Zur Geschichte der Kinderheilkunde.

Von weil. Dr. Richard Landau in Nürnberg.

Es ist bekannt, daß im Altertum und im Mittelalter der Kinderheilkunde keine allzu große Aufmerksamkeit gewidmet wurde; HIPPOKRATES berichtet von Mißbildungen und von angeborenen Luxationen, von Krämpfen der Kinder und einigen anderen Zuständen. Auch ORIBASIOS und PAULUS VON AEGINA erwähnen mancherlei, was in das Gebiet der Kinderheilkunde gehört, und aus der arabischen Periode hat ja der liber de variolis et morbillis des RHAZES, etwa aus dem Jahre 900, zu Mailand 1481 zuerst in lateinischer Übersetzung, zu London 1766 im arabischen Urtexte gedruckt, unvergänglichen Ruhm gewonnen. Nirgends jedoch ist bei den älteren Schriftstellern der Versuch gemacht worden, die Gesamtheit der Krankheiten im Kindesalter mit Rücksicht auf ihre Besonderheiten und den von späteren Jahren abweichenden Verlauf darzustellen, wie es die heutige Pädiatrie zu tun gewohnt ist. Die Wurzeln dieser wissenschaftlichen Kinderheilkunde im heutigen Sinne pflegt man erst im Jahre 1689 auf englischem Boden zu suchen; denn damals erschien eine gesonderte Abhandlung de morbis acutis infantum von WALTER HARRIS (1651—1725), dem Leibarzte König Wilhelms III. Sie war auf Aufforderung des großen THOMAS SYDENHAM — also in dessen Todesjahre — ver-

faßt worden, erschien in erweiterter Form bereits 1691 wiederum, um später noch mehrere Auflagen zu erleben und durch Übersetzungen in die deutsche und in die französische Sprache auch das Ausland sich zu gewinnen.

Wenn wir nun auch HARRIS als Begründer der Pädiatrie gelten lassen wollen, so verlangt es doch die historische Gerechtigkeit, hervorzuheben, daß schon weit früher Versuche gemacht wurden, die Kinderkrankheiten gesondert zu betrachten und abzuhandeln. Einer der ältesten medizinischen Drucke ist de aegritudinibus infantum et morbis puerorum betitelt und zu Padua 1472 erschienen; Verfasser ist PAOLO BAGELLARDO aus Fiume (BAGELLARDUS DE FLUMINE), Drucker Bartholomäus Valdezechius; die Münchner Hof- und Staatsbibliothek besitzt ein Exemplar (L. HEIM, Repertorium bibliographicum). Während es sich aber bei diesem mir nicht zugänglichen Buche nach einer Bemerkung HÄSERS mehr um eine bloße Rezeptsammlung zu handeln scheint, gebührt einem Deutschen das bleibende Verdienst, zuerst die Kinderheilkunde, vorwiegend vom diätetischen Standpunkte aus und in gemeinverständlicher Weise, dargestellt zu haben. Das Andenken des wackeren Augsburger Arztes, das ich erneuern möchte, betrifft BARTHOLOMÄUS METLINGER als Verfasser von „Ein regiment der jungen Kinder“.

Wir besitzen davon eine undatierte Ausgabe, welche PANZER in der ehemaligen Ebnerischen Bibliothek, einer jetzt durch Auktion zerstreuten reichen Bücherei, vorfand und die vielleicht die älteste Auflage ist; sichergestellt ist eine Auflage von 1474, eine von 1476 und eine von 1497. Die Auflage von 1474, einst Besitz

der Stiftsbibliothek Pollingen, jetzt ein wertvolles Stück der Inkunabelsammlung der Münchener Hof- und Staatsbibliothek, und ebenso die Auflage von 1497, welche die Stadtbibliothek Nürnberg als Schatz unter ihren Inkunabeln bewahrt, liegen vor mir. In beiden Auflagen fehlt ein eigentliches Titelblatt; die Auflage von 1497 hat einen Titelholzschnitt erhalten, der merkwürdigerweise auf beiden Seiten des ersten Blattes wiederholt ist. Er trägt als Überschrift die Worte: „Ein regiment der jungen Kinder. Wie man sy halten vnd erziehen sol von irer gepurt biss sy zu iren tsagen kommen.“ Das Bild stellt in rohen Strichen eine Kinderstube dar mit Holzdecke, von der ein vierarmiger Kronleuchter herabhängt; das Zimmer hat zwei Fenster mit Butzenscheiben, zwei Frauen — die eine als verheiratet mit der Haube, die jüngere mit dem Haarzopfkrantz der Jungfrau geschmückt — sitzen am Spinnrad; vor ihnen steht eine Wiege mit dem Kind, das die ältere zu schaukeln scheint, und daneben schlummert ein Kind; gegenüber an einem schweren Tische sitzt ein Mann, der Tintenfaß, Schreibstift und Rechenbuch vor sich hat, während ihm gegenüber auf niedriger Bank ein Mädchen mit dem linken Zeigefinger in ein geöffnetes Buch zeigt. So unbeholfen auch die Linienführung der Figuren ist, so idyllisch mutet das Ganze an.

Während die Ausgabe von 1474 in Folio 25 bedruckte Blätter hält, deren erstes auf der zweiten Seite in roten Lettern den Inhalt der vier Kapitel angibt und schließlich den Inhalt des ersten Kapitels wiederholt, um dasselbe auf der ersten Seite des zweiten Blattes sogleich zu beginnen, ist die Ausgabe von 1497 nur 23 Blatt stark infolge viel engeren Druckes und in Quartformat. Inhaltlich stimmen beide überein. Gedruckt ist die ältere bei Johann Bämeler, die andere bei Hans Schauren, beide in Augsburg.

Der Text der ersten Seite vom Jahre 1474, der 1497 dem Titelbilde folgt, vertritt den Buchtitel und heißt: Ein Regiment der jungen Kinder. Wann nach ansehung götlicher vñ menschliche ordnung vñ gesaczt — ein yegklich vatter und müter gebrechelicheit so jren kündē besunder die noch jn kintlichem alter vnter sibem jaren seind — durch jren vnfeiyss vn versaumnuss zu steen — zu verantwurten — und zū büssen schuldig seind — vnd aber söliche versaumnus zū zeyten auss vnwissenheit beschehē mag — also das vatter noch müter nit versteen noch erkennen wie die kind jn gesundheit vñ jn kranckheiten gehalten werdē sollen, vñ doch durch söliche vnwissenheit was die durch vnfeiyss darkömet nit entschuldiget seind — Bin jch Bartholomeus Metlinger jn erczney doctor vō Augsburg mer malē bewegt krafft des allmächtige gottes disē kurzē ausszug zū begreifen / dar auss ein yegklich vatter vn müter versteen mügen / wie erstgeborne kind vncz zu den syben jaren jn gesuntheit auch jn kranckheiten gehalten werden sollen Zulōb got den Allmächtigen vnd seiner werden müter Marie der junckfrawen einem Gemeinen nucz zū gūt vnd mich sells jn erhebung eigner sinnlichkeit zū üben. Alle die jn der hennd diss büchlin komet vñ die der Kunst der erczney erfahren seind mit fleyss bittend — was sy darin strafflichs erfundent brüderlich ze straffen / vnd vmb das vnstrafflich daraus nucz entsten mag dem allmächtigen ewigen got der die kunst der erczney vnd alle ding geschaffen hat lob wird vnd ere ze sagen. Vnd umb das die matery diss büchlins dest leichter ze finden sey, hab jch es geteilt jn vier teil oder capitel.“

Von diesen Kapiteln sagt das erste „wie man erst geborene kind halten sol biss das sy gen vnd reden lernen in einer gemein“ — das zweite „wie man kind sägen vnd speisen soll, vnd wan sy ir eygē muttern nit sägen künent, wie die sägam gestalt sein sol — auch wan vnd wie man sy abnuteren sölle“ — das dritte sagt „von kranckheyten die den kinden dē merern teil zu stend — das vierte „wie man die kind halten vnd ziehen sol so sögen reden lernent biss das sy ergreifent das allter der syben jare.“

Das erste Kapitel schreibt der Hebamme vor, zuerst des Kindes Mund, Rachen und Zunge mit in Honig getauchtem Finger zu bestreichen, dann die Nabelschnur zwischen doppelter Unterbindung zu durchtrennen und den ganzen Körper, ausgenommen Mund, Nasenlöcher und Angesicht, mit gestoßenem Salz, das man

mit Öl vermischen kann, abzureiben; das hat den Zweck, das Kind gegen Witterungseinflüsse zu stärken. Dann wird das Kind gebadet, im Sommer lau, im Winter warm, und der Nabel mit austrocknendem Pulver bestreut und mit einem in Rosenöl getauchten Tüchlein verbunden. Ist der Nabelstrang abgefallen, soll man darauf „säen pulver gestreut auss alten solen oder kalbsversen das macht ein wolgestalten Nabel“. Blutstillung wird durch „bolum armeneum, das ist „en rote erd in der apotecke“ besorgt. Baden wird im ersten halben Jahre täglich wiederholt, wobei die Ohren nach AVICENNA mit Baumwolle zu verstopfen sind; eine Tochter ist wärmer zu baden als ein Sohn! Die beste Zeit zum Baden ist die Mitte zwischen zwei Mahlzeiten nach stattgehabtem Schlafe. Abwärtsstreichen des Bäuchleins und Berühren des Afters im Bad befördert den Stuhlgang. Zittert ein Kind in genügend warmem Bad, so ist es krank. Die Lage des Kindes soll flach sein ohne Tieflagerung des Kopfes und mit gestreckten Gliedern. In den ersten sechs Wochen ist das Kind im Dunkeln zu halten. Bei Verstopfung der Nase ist nach dem Waschen ein Tropfen Veilchenöl in die Nase zu tropfen; „es erweicht die pützlin vnd wendet die flüss zu der nasen heraus“. Im zweiten Halbjahr genügt es, einen um den andern Tag zu baden. Die vielen Schweißbäder findet METLINGER unnütz. Ursache zum Weinen und zur Unruhe sind „das sy etwas schmerzens habent oder ausswendig betrüfēt werden oder dz sy harnen oder zu stülgeen wöllen oder ze heiss oder ze kalt habent oder überflüssige kleyder anhabent oder zu lang gelegen seind oder das sy vn sauber ligent in irer nat“. Zum Einschlafen bringt man die Kinder entweder an der Brust oder durch Einsingen (wann die mit stym erfrewet es im hertzen) oder durch Einwiegen. Beginnt schließlich das Kind auf der Erde herumzukriechen, „so sol man in ein gelass machē von lindē leder“, um sie vor Schaden zu bewahren, wie man Kinder nie allein und unversorgt lassen soll.

Das zweite Kapitel rühmt in warmen Worten den Nutzen der Brustnahrung; nur gibt man in den ersten 14 Tagen besser eine fremde Brust als die der eigenen Mutter, weil diese noch nicht taugt. Geht das nicht an, soll man vor jedem Trinken dem Kindchen etwas Rosenhonig zwecks besserer Verdauung geben. Das Säugen muß in „rechter Ordnung“ geschehen. „Die kummelicheit sägam einem gesundē kinde“ ist des Kindes eygne mutter/wa aber kranckheit halb / oder ungeschicklicheit der milch halben / oder zärty halb oder ander zū stender vrsache halb die jr kinder nit sägendt. So sol man ein söliche sägamen bestellen, die an jr habe die nach geschribne gestalt vñ wese“ — nämlich Alter zwischen 20 und 30 Jahren und Zeit der eigenen Entbindung wenigstens 6 Wochen, höchstens aber 12 vor der Geburt des zu säugenden Kindes, von gutem, mittelstarkem Körperbau ohne Hängebrust, von Gemüt sitsam und unerschrocken, mit keusem Verhalten, damit keine Schwangerschaft während des Stillens eintrete und die besten Säfte der Milch entziehe, Umstände, welche die Abgewöhnung eintreten lassen müßten. Die Amme darf keinerlei Krankheit an sich haben, da sie dem Kind mitgeteilt werden würde. Ihre Milch soll weiß, süß, frei von Beigeschmack, nicht zu dick und nicht zu dünn sein; um die Konsistenz zu erkennen, „melck der milch auff ein nagel/ gestaket sy darauff so ist sy ze dick/ fleust sy ab dem nagel so ist sy ze dinn/ beleibet sy aber auff dem nagel nitgestakt so ist sy gerecht vñ gut.“ Auch kann man die Milch in ein Glas melken und mit gepulverter Myrrhe gerührt stehen lassen; ist dann des dicken an dem Boden mer dann des wässerigen oben, so ist sy ze dick/ herwiderumb ist des wässerigen mer/ so ist sy ze dünn/ ist es aber gleich/ so ist die milch in rechter mass. Bei zu dicker Milch, sei die Kost knapp und bestehe aus Suppen, Habermus mit Eiern u. dgl. m.; die Amme meide dann hartes, grobes Fleisch, Gebackenes, Fische und Käse; statt Bier trinke sie Weißwein mit Wasser und sie arbeite mehr als bis dahin!

Bei zu dünner oder zu wenig Milch soll die Amme eyn wol geschmaches süß bier oder passarner oder sunst süssen wein trinken, soll Brot, Gerste, Reis oder Hirse in Milch gekocht essen. „Eine hohe ertzney“ ist ihr, morgens nüchtern warme Ziegenmilch oder kalte Kuhmilch zu trinken, vermischt mit einem Eßlöffel voll

geriebenen Kandiszucker, um danach drei Stunden zu fasten; auch kann man statt dessen aus 1 Teil Tragant und 4 Teilen Zucker ein Pulver für die Amme mischen, um davon 1 Eßlöffel voll in die Morgenmilch zu verrühren. Arzneien, die Milchabsonderung hervorrufen, sind Fenchelwurzel, Dillsamen, Butterschmalz in Wein, Lattich in Gerstenwasser. Ein hübsches Stück alter Organotherapie ist der Rat „ein Eyter von geysen vnd schaffen die milch geben haben“ zu essen; beachtenswert vielleicht der Rat AVICENNAS, die Brust zu massieren, „die brust ze reibe mit zarte leyninttichern besunder über drey stund nach dem essen oder niechtern“.

Im allgemeinen kommt es mehr darauf an, daß die Amme geordnete Mahlzeiten von guten, kräftigen Speisen hält, als daß sie viel isst.

In den ersten drei Lebenstagen soll man das Kind nur sehr sparsam nähren; je mehr es schläft, desto besser! Dann muß die Pause zwischen zwei Mahlzeiten so lang gewählt werden, daß die neue Mahlzeit in den leeren Magen kommt, „es sey dann sein Rest oder tranck biss in die leber auss die mäglin kommen“. Aus dem Schlaf soll man um der Nahrung willen das Kind nicht wecken, nach dem Baden eine Stunde mit dem Säugen warten. Zur Milch darf man Mus geben — aber je bessere Milch zur Stelle ist, desto weniger Mus! Andere Nahrung darf erst nach Eintritt der vorderen Schneidezähne gegeben werden, nämlich Brot in Milch, Fleischbrühe, Erbsensuppe — in noch späterer Zeit wohl geschnittenes und gesottenes Fleisch. AVICENNA setzt als Zeit des Stillens zwei Jahre fest; jedenfalls ist für das Kind die Zeit des Stillens je länger um so besser.

Was das Abgewöhnen anlangt, so muß das allmählich geschehen. Man gibt hie und da etwas Zuckerwasser oder Brotwasser („ein trunck wassers in einem hiltzingeschirlin darjun ein ranfft eins rücken brots ein wal gethan hat und wieder erkaltet sey“) oder falls das Kindlein das erste Lebensjahr noch nicht erreichte, „auss eine tittlein oder krieglein“ Geißmilch mit ein Viertel Wassers. Schreit das Kind ängstlich nach der Brust, lege man es an, nachdem die Warze mit Myrrhe oder Wermut bestrichen ist.

Sobald die Kinder mehr als drei Jahre alt sind, dürfen sie reichlich nach Begehren essen; doch brauchen sie, um gesund und kräftig zu sein, auch Bewegung.

Von den Krankheiten der Kinder spricht das dritte Kapitel.

Bei Erkrankung eines Neugeborenen muß sich die Amme halten, als ob sie selber krank wäre, und Arznei, die das Kind zu nehmen verweigert, muß die Amme einnehmen; selbst Aderlaß der Amme kann dem Säugling nutzen.

Auf die Einteilung der Kinderkrankheiten nach HIPPOKRATES, der die Zahnung derselben zugrunde legte, verzichtend, zieht METLINGER die im Mittelalter beliebte topographische Anordnung des Stoffes vor und beginnt mit den Krankheiten des Hauptes.

Die erste Krankheit wird als Neryss benannt. Das sind der Beschreibung nach die Kopf- und Gesichtsekzeme, Impetigo und ähnliche — sicher kein einheitlicher Krankheitsbegriff, wie schon die Angabe — ist zweyerley einer ist an iucken vñ beyssen. Der ander ist mit iucken vnd beyssen vnd hat schiepen — erkennen läßt. Als Vorzeichen dieser durch Blutüberfluß entstehende Krankheit ist Unruhe des Kindes vorhanden. Zwecks Heilung muß die Amme abends zeitig und knapp essen. Das Kind soll man scheren und auf die rauden legen pletter von malt, wann sy ziehen die böss veichtigkeyt heraus. Ist der Neryss herausgezogen, legt man Salbe aus weißer Salbe, Glettensalbe und Eidotter mit etwas Lauge versetzt, darauf. Bei Jucken vnd fleusset der auss gelbs zächs ding als hönig soll man früh den Kopf mit dementen wasser und maserenwasser — 2:1 — waschen und dann die Salbe darauf streichen. Ist der Neryss wohl heraus, setzt man zu je 1/2 lot weiße Salbe und Glettensalbe je 1/6 Quecksilber, Schwefel und Essig.

Zweitens die unnatürliche Größe des Hauptes, nach AVICENNA wässerige Geschwulst des Hauptes, die meist angeboren ist oder in der ersten Lebenswoche erworben wird. Man nennt solche Kinder Wechselkinder. Dabei muß die Amme Lilien- oder Majoranwasser trinken, muß den Säugling nüchtern baden und im Bad auf das Haupt ein Säcklein Salbei legen, nach dem Bade aber mit einer Feder in die Nase Bittermandel- oder

Dillöl streichen. Dann kann man Pflaster oder ein Kataplasma aus zerkochten Knoblochknollen auflegen oder Nasenzäpfchen anwenden aus Wolfsgalle, Wolfshirn und Myrrhe, achttäglich eines, das man je 1/2 Stunde in der Nase läßt.

Der dritte Abschnitt handelt von der „kranckheyt genennt durstig“. Das ist offenbar ein fieberhafter Zustand, vielleicht ein meningitischer Zustand (des kinds angesicht vürt pleych vñ tut die äglach härt auff). Die Behandlung besteht in Umschlägen mit wässriger Abkochung aus Rosen, Nachtschatten usw. vermischt mit Essig und Zuführung von Getränk (Mandelmilch usw.).

Der Abschnitt „von waschen“ behandelt die Schlaflosigkeit der Kinder, die oftmals nur den Beginn einer schweren Krankheit darstellt. Um sie zu bekämpfen, soll die Amme ein Gemisch aus Mandelmilch und weißem Maiöl trinken, das Kind aber soll die Schläfe mit einer Salbe eingestrichen bekommen, die unter anderem Pappelsalbe und Bilsensamen enthält; in die Nase soll man Veilchenöl tropfen.

Dann handelt METLINGER von den Krämpfen im Kindesalter „von dem vergicht“, als deren Ursache er u. a. unregelmäßige Ernährung hervorhebt. Krämpfe unmittelbar nach der Geburt enden tödlich. Ein zu Krämpfen neigendes Kind bedarf der Ruhe und der Abhaltung der Reize, auch des Lichts; die große Fantanelle soll mit Kamillen- und Mastixöl (2:1) gesalbt werden, darauf mit einem Pulver Mastix 3: Firnis 1 bestreut werden, bis die entstehende Kruste selbst abfällt; in die Nase ist Kamillenöl zu träufen, um den Hals Päonienwurzel oder ein Smaragd zu hängen. Dazu kommen Kamillenbäder und innere Mittel.

Kamillenbäder helfen auch gegen Lähmungen „lämin die kinden zusten d“. Nur wenn diesen Zuständen Fieber vorausging, soll man in Abkochungen von Pappeln und Veilchen baden. Natürlich gibt es daneben Pflaster und Salben (Euphorbiumpflaster u. a. m.).

Dann wird der Ohrenfluß besprochen, „von veichtigkeyt die kinder aust den oren flisset“, was von überschüssiger Feuchtigkeit des Hauptes abgeleitet wird. Da legt man Baumwolle in die Ohren, die man auch mit Alaun in Wein gelöst tränken kann und macht Eingießungen mit Honigwasser, bis es klar ausläuft. Es ist aber gar nicht immer nötig, gegen Ohrenfluß einzuschreiten, da er sich mit der Zeit oft von selbst verzieht.

Diesem Ohrenleiden schließen sich Augenleiden an — „von geschwulst schmerzen vnd wee der augen“ und „von schilben“. Im ersten Kapitel wird von akuter Konjunktivitis, wie sie sich namentlich an akute Rhinitis gern anschließt, wesentlich gesprochen und es werden dagegen Umschläge von Pflanzenwässern empfohlen, abends Einträufung eines Tropfen Frauenmilch, in der etwas Kampfer verrieben wurde, in die Nase. Gegen das Schielen soll man das Kind Gegenstände von der der Schielrichtung entgegengesetzten Seite her betrachten lassen und oft soll man es sehen lassen in ein stächlin spiegel auss einer capucj auff die vnschilhenden seite gericht das es nit anderst sehen müge daß in dē spiegel so lag biss es entschlafft/ dz tū oft so recht es ihr ab“. Andere Augenkrankheiten sollen, wie die der Erwachsenen, behandelt werden „doch mit leicht' ertzney“.

Daß das Zahnen den Kindern oft Schmerz und Krankheit schafft, wird im nächsten Kapitel geschildert; um das Zahnweh zu lindern, soll man die Zahnhöcker mit Salz und Honig einreiben. Brechen die Zahnchen durch, sollen die Kinder an Feigen oder Süßholzstengeln kauen und, sind sie dann endlich durchgebrochen, mag man die Zahnhöcker mit Hasenhirn oder Hühnerfett oder Hundsmilch einstreichen, um den Aufgang zu mildern.

Gerade in der Zahnperiode kommt zeitweilig „geschwulst vmb dz Kinbeyn od' vmb den hals“. Dagegen hilft Wärme und Einsalbung mit Salbe aus Ölen und Wachs. Heiße Breiumschläge (Kleie und Öl vermischt) verzehren die Geschwulst oder lassen sie schwären „vnd daß such mau weiter rat nach notdurfft“.

Dann spricht METLINGER „von platern die Kinder jn dem mund werdent“. Er kennt drei Arten Stomatitis — etliche Bläschen sind rot oder gelblich mit etwas Speichelfluß, etliche weiß ohne Speichelfluß, etliche schwarz „vñ die sind sörglich“.

Zur Heilung dienen verschiedene Flüssigkeiten zum Auswischen und Ausspülen.

Husten der Kinder kommt davon, „daß die zung nit gnugsam ist ze beschirmen die weg des autems vor kelty“. Man gebe mit Fenchelwasser ausgezogene Mandelmilch mit Süßholz gesotten; dazu kommen eine Reihe Latwergen und Sirupe, schleimige Tränke.

Bei Verdauungsstörungen gebe man acht, „ob das vndewen saur sey od' gelb vñ bitter“. Für jede Art finden sich eine Anzahl Rezepte — z. B. gegen saures Aufstoßen eine Latwerge aus Aloe, Mastix und Eichäpfeln mit Rosenwasser zubereitet und gegen bitteres Aschen aus Rosen, Elfenbein u. a. m.

Gelbsucht der Neugeborenen wird von zu dicker Milch der Ammen, welche Leber- und Gallenwege verstopft, abgeleitet; darum soll man die Amme zur Ader lassen. Dem Kinde siede man im Badwasser Erdbeerkraut, gebe nach dem Bad Distelsirup und lasse Distel- oder Erdbeerwasser trinken (Kind und Amme). Das Kind darf nicht an die Luft getragen werden.

Ruhr tritt meist bei der Zahnung ein. Da muß die Amme früh nüchtern Geißmolken (?) trinken und dann drei Stunden fasten; ihre Kost muß trocken sein. Für das Kind sind Arzneien angeben, in denen Rosen- oder Margarantäpfelsirup eine Rolle spielt. Diätetisch ist nur verordnet „saugt aber dz Kind nit, so geb man jm selb die gelöschte geissmilch/ auch ein mandelmilch die ziehe man auss mit gestechletem wasser“.

Umgekehrt bei Verstopfung soll man zunächst den Stuhlgang der Amme regeln. Die Behandlung des Kindes besteht namentlich in Einführen von Stuhlzäpfchen, z. B. aus gesalzenem Schmalz; auch Butter kann man eingeben oder bei älteren Kindern Milch, in der eine Muskatnuß verrieben ist. „Auch mag man in on sorg ein zepfflin auss der apotheck ein stossen“ heißt es zuletzt.

Verstopfung bewirkt Mastdarmvorfall, gegen den adstringierende Bäder mit Einölen danach gebraucht werden, bei Stuhlzwang auch warme trockene Umschläge. Diese helfen auch gegen Bauchgrimmen, welches von Würmern herrührt, falls die Kinder im Schlafe kauen, morgens aber die Nase jucken, die Zunge am Tage fast trocken ist als nachts und „villeicht gend würm vñ in“. Die Behandlung besteht in Aufschlägen auf die Nabelgegend, indem man entweder Walnußkerne oder Lupinen und Lorbeer mit Stiergalle auszieht. Auch gab es in Apotheken „wurmsamen oder pulver“. Würmer galten als eine Todesursache der Kinder.

Sowohl Nabel- als Leistenbrüche der Kinder werden gekannt und erscheinen als Folge von zu viel Schreien und Weinen oder heftigen Hustens. Pflasterverbände werden dagegen empfohlen, sei es häuslich zubereitete oder in den Apotheken vorrätig gehaltene.

Seltenes und widerwilliges Urinieren der Kinder weist auf Harnsteine hin. Das Juckgefühl der äußeren Genitalien bei diesem Leiden ist wohl bekannt. Solche Patienten soll man sieben Morgen hintereinander baden und danach um das Genitale mit altem Baumöl einsalben, dazu einen Saft aus noch nicht ganz reifen Walnüssen und Lauch- oder Farnkraut mit Distelsirup und Erdbeerwasser eingeben. „Will aber solichs nit helfen, so ist mein rat dz mā mit ertzney nit weiter versuch/ sunder man mag in schneiden lassen.“

Das folgende Kapitel handelt „von rauden vnd eyssen vnd löchern“. Darunter fallen der Beschreibung nach Ekzeme, Furunkulose und Ulcera (eyssen halte ich für identisch mit unseren volkstümlichen „Ästen“ statt Furunkel). Die Rauden soll man nicht hineintreiben, vielmehr durch Wärme und allerlei Wässern heraus; unter letzteren findet sich auch das Erdreichwasser, was hier die Mütter noch heute geben, damit die Exantheme herauskommen und nicht hineingehen, wie sie sagen. Furunkel soll man nicht „aufreißen“, sondern mit Diachylonpflaster erweichen und ausziehen. Die Löcher sind mit einem Gemisch von Glättensalbe und weißer Salbe zu heilen.

Fieber haben die Kinder, wenn sie heißer sind, als sich gebührt, oder wenn bei ihnen Kälte und Hitze wechselt. Fieber der Säuglinge wird wiederum durch die Amme (Diät, Aderlaß, Laxieren)

behandelt, während das fiebernde Kind nur zum Durstlöschen Agrestsirup u. ähnl. erhält. Nur wenn das nicht hilft, soll man Brust und Rückgrat mit einer Salbe aus einigen Pflanzen, Korallen, Kampfer, dem Herzknochen des Hirsches, weißem Wachs und Rosenwasser früh und abends einreiben. „Soliche salb ist so krefftig für das Fieber als das gift wider das hercz/ vnd ich hab es bewärt.“

Als Gesichtserysipel muß man „die gesegneten“ deuten, wobei die Natur „ausstreibt dz über hitzig plut von inwendig des leibes ausswendig vnd kumpt zū zeyten vnder dē angesicht vnd erhebt sich am spitzlin der nāss vñ preynt sich auss durch das angesicht“. Es ist dann auch auf ein Kapitel AVICENNAS de erisipila verwiesen. Auch dabei wird die Amme behandelt. Das Kind soll Distelwasser trinken und ist in „zymlichē luft“ zu halten, nicht zu warm und nicht zu kalt. Falls das Erysipel nicht schwärt, soll man nach AVICENNA und HIPPOKRATES kalte Wasserumschläge machen; nur muß man warten, bis die Hitze ganz herausgetreten ist, um sie nicht hinein „auff die edlen gelider“ zu treiben.

Das letzte größte Kapitel dies Abschnitts spricht „von durchschlechten vnd platern“.

Diese Krankheiten kommen von Entzündung des Blutes und vom Austreiben der Unreinigkeit, die das Kind empfing, „vñ verheptem plut der frawen in muterleib“. Diese Reinigung muß das Kind, weil sich stets dieses „verhepte“ Mutterblut in seines mischt, einmal durchmachen. Mehrfache Erkrankung freilich kommt von unreinlicher Haltung. Am häufigsten erkranken die Kinder zwischen dem zweiten und siebenten Lebensjahr, zumeist im Frühling und zu Ende des Herbstes, zumal wenn der Sommer trocken und heiß war. Auch den Sternen kommt ein Einfluß darauf zu, wann die Natur diese Unreinheit austreibt. Im Sommer pflegt die Krankheit nur anzutreten, wenn der Sommer feucht und warm ist — zu Ende des Winters nach einem trockenen Herbst. Gern gesellt sie sich dem Auftreten der Pest als Vorläufer, wie schon RHazes wußte. Im Vorstadium haben die Kinder große Hitze, Durst, Atembeklemmung, Kopfweh, Rückenschmerz, unruhigen Schlaf, Wässern der Augen, Gliederschmerzen und Zittern beim Aufstehen, Speichelfluß. Bei den Durchschlechten ist die Augentzündung heftiger, das Rückenweh geringer als bei den Blattern. Es gilt, die Augen, die Nase, den Mund, Lungen und Brust und die Därme zu behandeln; für das Auge Umschläge mit einem Gemisch von Kampfer und Rosenwasser — für die Nase Bestreichen mit Rosenwasser — für den Mund Gurgeln mit Saft von Margarantäpfel oder Rosinenwasser — für die Brust Tragant und Kandiszucker — für den Darm gebranntes Elfenbein, zerrieben in Rosenwasser. Blauer, schwarzer und dunkler Ausschlag (also hämorrhagische Form) ist tödlich, weißer oder roter ist genesungsfähig. Auch pflegt der am 4. und 7. Tag kommende Ausschlag der Genesung zugänglicher zu sein, als der am 6. Tag kommende. Fließt der Ausschlag ineinander, steigert sich die Enge des Atems und schlägt das Herz ungestüm, ist die Prognose letal. Während des Fiebers sind Wein, Eier und Fleisch zu meiden; Gerstenwasser ist zu geben und Fruchtlimonaden. Doch muß man achten, daß kein Durchfall eintritt. Die Blatterpusteln soll man nicht von selbst aufbrechen lassen, damit die Kinder nicht „platermaset“ werden, sondern soll sie „mit einem subtilen scherlin auffzwick“, ohne die Hautdecke zu entfernen; dann darf man keine Feuchtigkeit, also auch keine Salbe, daraufbringen, sondern muß sie ausdörren lassen, was Auflegen von Rosenblättern, Bestreuen mit Bohnenmehl usw. befördert. Aufkratzen der Pusteln durch die Hände der kranken Kinder muß man verhüten.

Komplikationen sind Schmerzen an Händen und Füßen, ferner „wartzen/ dryesen vnd manigerley anders söllichs gewäcks“. Die Gliederschmerzen (Scharlachrheumatismus?) behandelt man mit warmem Wasser; die Drüsen vergehen mit der Zeit von selber. Gegen die entstandenen Blatternarben wird eine Salbe von komplizierter Zusammensetzung empfohlen.

Der letzte Abschnitt des Regiments der jungen Kinder gibt kurz an, wie man die Kinder, nachdem sie reden gelernt haben, bis zum siebenten Jahre aufziehen soll.

Zum Gehen zwingt man die jungen Kinder nicht. Wenn sie nicht rechtzeitig damit beginnen, soll man Füße und Gelenke mit Wasser waschen, in dem Stengel von „kabaskraut“ gesotten wurden. Ziemliche Speisen sind Milch und Mus zwischen anderer feuchter Kost. Schwitzbäder taugen in diesem Lebensalter nicht, auch nicht kalte Bäder. Die Erziehung suche Eigensinn, Zorn, Unmut und Trauer auszuschalten. Angewöhnung guter Sitten nutzt Seele und Leib; dabei soll man die Kinder nicht zu streng in der Strafe halten. Kleine Übel soll man übersehen, wenn größere dadurch vermieden werden. Nach zurückgelegtem sechsten Jahre soll man die Kinder einem Schulmeister zuführen; doch muß der Unterricht durch Kurzweil unterbrochen werden. Die Übungen sollen sie „ordelichen vnd mit vernunft haben/ doch nit ze vil“. Getränke brauchen die Kinder nur, wenn sie Fleisch essen, und dann nach dem Essen frisches Wasser. Wein sollen die Kinder erst in den Entwicklungsjahren erhalten, d. h. Mädchen vom 12. und Knaben vom 14. Jahre an, wie auch GALEN und AVERROES Wein und Bier als schädlich den Kindern erklärten, und, wenn andere gestatten wollen, gemischten Wein zu geben, „das ist zu versten/ wenig weine vnd vil wassers“. Mit zunehmendem Alter darf die Kost gröber werden und die Übung reichlicher bemessen sein „in solcher meinung das di glider der kind gefürt werdent/ vnd wachssen mügent durch die speiss/ vnd dz die überfissigkeit der kost verzert werde durch die übung“.

Diese kurzen Auszüge aus METLINGERS Buch werden genügen, um einen Einblick in den Stand der Kinderheilkunde vor 425 Jahren zu erlauben. Ein Vergleich zwischen heute und damals lehrt uns die Fortschritte, welche uns vor allem die verfeinerten Untersuchungsmethoden mit ihren vorzüglichen Instrumenten, die Heranziehung des Experiments, die naturwissenschaftliche Beobachtung, frei von Spekulation, und der Vergleich des Krankheitsbildes mit dem Leichenbefunde herbeigeführt haben. Wenn man diese Mittel alle, welche uns vielfach, wenn auch durchaus nicht in allem, zum Ziele führten oder ihm nahe brachten, in Rücksicht zieht, wird man dem alten Praktikus BARTHOLOMÄUS METLINGER zu Augsburg seine Achtung als Kinderarzt nicht versagen und ihn gern als deutschen Vorläufer der wissenschaftlichen Kinderheilkunde gelten lassen.

Zum Schlusse geziemt es mir, der k. Hof- und Staatsbibliothek zu München und der Stadtbibliothek zu Nürnberg für die Überlassung der seltenen Inkunabeln zum Studium verbindlichsten Dank auszusprechen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XI.

RIEDEL (Jena): Über das Ulkus der kleinen Kurvatur. (Mit Demonstration von Präparaten.)

Alle Fälle, in denen der Schmerz links angegeben wurde, hatten ein Geschwür mit Tumorbildung links. 2 Fälle, in denen der Schmerz rechts saß, hatten ein Geschwür rechts ohne Tumor. R. verlangt genaue Diagnose, ob das Geschwür rechts oder links sitzt, da nur darauf die Therapie bestimmt werden kann. Vortr. spricht noch über seine Operationstechnik bei dem verschiedenen Sitz und Form der Geschwüre.

FRANCKE (Altenburg): Über zweizeitige Magenresektion.

Vorstellung eines Falles und des Präparates von Carcinoma ventriculi. Zuerst Gastroenterostomie, nach 5 Wochen totale Resektion des Tumors.

BORCHARDT (Berlin): Über Magenvolvulus.

Im Anschluß an einen einschlägigen Fall spricht B. über den Mechanismus der Magendrehung, den er an Tafeln zeigt, die klinischen Erscheinungen und die chirurgische Therapie.

Der Fall war folgender: 44jähriger Mann, erkrankte unmittelbar im Anschluß an ein Trauma mit ileusartigen Symptomen, nur fehlte

an dem klassischen Symptomenkomplex das kotige Erbrechen. 48 Stunden nach Beginn der Erscheinungen fand sich zirkumskripten Meteorismus des Epigastriums und linken Hypochondriums mit Druckschmerzhaftigkeit der aufgetriebenen Partie und abnorm tiefem Perkussionschall, geringer Flüssigkeitserguß im Abdomen; daneben systolische Erschütterung über dem Thorax, Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links, systolisches Schwirren, Fehlen beider Radialpulse, schwache, doch deutliche Pulsation an beiden Femorales.

Diagnose: Aortenaneurysma; akute Magenektasie infolge Thrombose der Magengefäße.

Sondenuntersuchung des Magens fördert nichts zutage.

Laparotomie. 1. l. Blut in der Bauchhöhle, Magen ektatisch, in schräger Vertikalstellung. Lebhaftes Blutung aus der Magenwand. Beim Suchen nach der Quelle der Blutung entsteht ein kleiner Milzriß; wegen starker Blutung Exstirpation des Organes. Magen inzidiert, Gas entleert, Schluß der Inzision. Tamponade der mit Blut gefüllten Bursa omentalis und der blutenden Magenwand. Schluß der Bauchhöhle. — Meteorismus stellt sich wieder ein, Patient geht zugrunde. Sektion ergibt Aortenaneurysma, aber keine Thrombose der Magengefäße, sondern Volvulus des Magens.

B. bespricht die anatomischen Verhältnisse; er unterscheidet einen Volvulus intracolicus, bei dem sich das Kolon an der Drehung beteiligt, und einen Volvulus supracolicus, bei dem sich das Kolon nicht an der Drehung beteiligt. Auf der vorliegenden Magenwand liegt das Netz resp. die Membran des Lig. gastrocolicum. Des weiteren werden die ziemlich eindeutigen klinischen Erscheinungen besprochen, unter denen in ausgesprochenen Fällen der akute Magenmeteorismus, der fruchtlose Singultus und der negative Ausfall der Sondenuntersuchung bei ileusartigen Erscheinungen für die Volvulusdiagnose verwendet werden können. Die Therapie ist einfach: der Magen muß in seine normale Lage zurückgebracht werden, nach vorheriger Verkleinerung seines Volumens durch Inzision.

LAMPE (Bromberg) spricht über die Funktionsstörungen der WÖLFLEER-LÜCKESCHEN Gastroentero-Anastomose innerhalb der ersten beiden Tage, die er durch ein eingelegtes Drainrohr zu heben versucht hat.

Berg (Stockholm) hat 3 Fälle von Magenvolvulus gesehen, ein Fall von Volvulus des ganzen Magens, einen zweiten des Pylorusteil eines Sanduhrmagens, den dritten im Anschluß an eine Bauchhernie.

Pendel (Wien) und **Samster (Königsberg)** geben ebenfalls Erfahrungen kund.

V. BÜNGNER (Hanau) beleuchtet die anatomisch-pathologische Seite der Epityphlitis und die Notwendigkeit der Fortnahme des ganzen Fortsatzes, indem er darauf aufmerksam macht, daß der Appendix durch entzündliche Adhäsionen eine mehr oder weniger lange Strecke in das Zökum hineingestülpt sein kann. Die Operation im akuten Stadium empfiehlt er nicht, dagegen ist er ein unbedingter Anhänger der Frühoperation. Er teilt die Appendizitis in akute und chronische, die akuten in 6 Unterabteilungen.

LAUENSTEIN (Hamburg): Welchen Rückschluß gestatten uns heute die klinischen Zeichen der Blinddarmentzündung auf den pathologischen Zustand des Wurmfortsatzes und der Bauchhöhle?

Die Einteilung v. BÜNGNERS ist dem Vortragenden zu kompliziert. Er möchte die akute Appendicitis einteilen in solche, die mit und ohne Perforation einhergeht und die man nach seiner Meinung klinisch genau differenzieren und diagnostizieren kann. Er ist prinzipiell gegen eine Operation à froid; man wird damit wenige Kranke retten. Unterscheiden möchte er eine Appendicitis initialis, die Form, die sich zurückbilden kann und die von den inneren Medizinern für nicht reif zur Operation gehalten werde, zur Perforation keine Tendenz zeige, weil ihre pathologisch-anatomischen Veränderungen keine Schmerzen sind, die aber doch jahrelange mehr oder weniger heftige Beschwerden machen und bei der deshalb der Appendix fortgenommen werden müßte. Redner geht dann auf die Verlagerungen des Appendix durch entzündliche Verwachsungen ein und auf die klinischen Erscheinungen, den Atmungstypus, auf den er besonderen Wert legt, bei dem die Bauchdecken der rechten Seite die Atmungsexkursionen nicht so ausgiebig mitmachen wie links.

FEDERMANN (Berlin): Adhäsionsileus im Verlauf der Appendizitis.

Bericht über 6 einschlägige Fälle. Der Ileus trat 7 Tage bis 8 Wochen nach der Operation der Appendizitis auf. Das erste Symptom ist das Erbrechen, das weiter in die Augen springende die schmerzhaften Darmkoliken. Kein großer Meteorismus, da der Dickdarm nicht betroffen ist, Leberdämpfung erhalten. Temperatur normal, erst in den späteren Tagen schlecht. Hierauf und auf die Leukozytenuntersuchung will F. größten Wert gelegt wissen. Von den 6 Fällen sind

5 operiert worden mit 3 Heilungen, 2 Todesfällen. 4 sind einseitig operiert worden, einer zweizeitig mit vorhergegangener Dünndarmfistel, eine Operationsmethode, die er in Zukunft stets machen würde. Demonstration einer Patientin.

E. CORDUA (Hamburg): Über den Einfluß von Veränderungen in dem Gefäßsystem des Mesenteriolium auf die Entwicklung der Wurmfortsatzentzündungen.

An einem Injektionspräparat eines erkrankten Wurmfortsatzes hat C. einmal feststellen können, daß die Arterie vollkommen intakt, dagegen die Wurzelvene verschlossen war und sich Kollateralen ausgebildet hatten. Demonstration an Tafeln und Röntgendiapositiven.

KÜTTNER (Tübingen): Über die Glykogenreaktion der Leukozyten und ihre Bedeutung für die chirurgische Diagnose.

Die Resultate seiner Untersuchungen haben ihm gezeigt, daß der EHRLICHschen Jodreaktion der Leukozyten keine besondere diagnostische Bedeutung weder in positivem noch in negativem Sinne beizumessen war. Nur für die Tuberkulose war die Probe insofern von gewisser Bedeutung, als die reinen Formen gegenüber der Mischinfektion gewisse Unterschiede in der Reaktion zeigten. So wenig die Reaktion nun für die Diagnose zu verwerthen war, so konnte K. doch in Bezug auf die Prognose aus ihr einen Schluß ziehen insoweit, als dieselbe stets schlecht war, wenn die Jodreaktion stark, dagegen die Zahl der Leukozyten verhältnismäßig gering war.

KAREWSKI (Berlin): Über den günstigen Zeitpunkt zur Operation bei Appendizitis.

K. glaubt, daß alle Fälle von akuter Perityphlitis hervorgegangen sind aus chronischen Prozessen, Appendiziten, die sich lange Zeit im Innern des Wurmfortsatzes abgespielt haben. Alle Fälle, in denen die „chronischen Darmkatarrhe“ mit Wahrscheinlichkeit auf eine Appendizitis zurückzuführen sind, alle die, in denen man mit interner Behandlung nicht zum Ziel kommt, sollen mit Entfernung des Wurmfortsatzes behandelt werden, ebenso sofort alle die, die den ersten akuten Anfall gehabt haben, ohne lange zu warten, da wir nicht wissen, wie lange wir bereits gewartet haben. Man täuscht sich selten in der Diagnose, häufig aber in der Prognose.

SONNENBURG (Berlin): Zur Verständigung in der Behandlung der akuten Appendizitis.

Der Mangel in der Verständigung der Art des Vorgehens liegt nach S. nur in der Verschiedenartigkeit des Materials. Sie ist heute im allgemeinen besser angebahnt als vor 5—6 Jahren und wir kommen heute viel häufiger infolgedessen zu einer Frühoperation, die fast stets gute Resultate zeitigt, wenn der Prozeß keine Tendenz zur Lokalisation zeigt. Wartet man hier 1—2 Tage, so verschlechtert sich die Prognose bedeutend. Dagegen gibt es Fälle von akuter Appendizitis, die sich von vorneherein lokalisieren und bei denen man gern abwartet. Andere Fälle jedoch, die eine durchaus schlechte Prognose haben, verlaufen mit einer derartigen Toxizität, daß auch sofortiger Eingriff häufig nichts mehr nützt, sie gehen an Sepsis und Herzlähmung zugrunde.

Auf eine Diskussion der Appendizitisfrage wird in diesem Jahre auf Anregung des Vorsitzenden verzichtet.

REHN (Frankfurt a. M.): Weitere Erfahrungen über Blasengeschwülste bei Farbarbeitern.

Seit 1895, seitdem R. die ersten Beobachtungen von Blasengeschwülsten bei Anilarbeitern gemacht hat, verfügt er über 21 Fälle. Da er glaubt, daß diese Fälle recht zahlreich sind, hat er Veranlassung zu einer Sammelforschung gegeben und ersucht auch die Versammlung, auf diese Fälle zu achten. Die Arbeiter waren 5—29 Jahre in den Fabriken beschäftigt. Was die Art des Tumors anlangt, so war 3mal ein Papillom, in den 18 anderen Fällen Sarkom oder Karzinom zu konstatieren. Die Prognose hält er für sehr ungünstig, von seinen Fällen sind bereits 11 gestorben.

Strauss (Frankfurt a. M.) hat auch einen Fall beobachtet, der insofern interessant war, als der Tumor, an einem dünnen Stiel von der Uretermündung ausgehend, die ganze Blase ausfüllte, während die Blasen Schleimhaut vollkommen intakt war bis auf einen kleinen, neben dem Stiel des großen der Blasenwand breitbasig aufsitzenden und die Schleimhaut durchsetzenden Tumor, der makroskopisch und mikroskopisch von dem weichen zerfallenden Tumor ganz verschieden war.

Küster (Marburg) ist der Meinung, daß man auch die übrigen Harnorgane untersuchen müßte, da es doch merkwürdig wäre, daß diese Tumoren nur in der Blase säßen.

Bardenheuer (Köln) hat ebenfalls 3 Fälle beobachtet.

Rehn (Frankfurt a. M.) bedauert, daß keine Sektionsresultate bis jetzt vorliegen.

Groebe (Breslau) weist auf die Ähnlichkeit dieser Tumoren mit den Bilharziageschwülsten hin und glaubt, daß man durch genaues Studium dieser der Frage der Entstehung des Karzinoms vielleicht etwas näher kommen kann.

Schwerin (Höchst) betont ebenfalls die Notwendigkeit einer Enquete über die Frage, die bereits im Gange sei und von allen größten Fabriken Deutschlands unterstützt werde.

Aus englischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse“.)

Royal medical and surgical society.

ALDREN TURNER: Der Geisteszustand bei Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.

Die Beobachtungen des Autors basieren auf mehr als 160 beobachteten Fällen von Epilepsie. Das Geschlecht spielt bei der Frage, inwiefern Epilepsie die Geisteskräfte der Kranken beeinflusst, bloß eine nebensächliche Rolle, doch ist auch hier ein Überwiegen psychischer Störungen bei männlichen Patienten zu konstatieren (91% bei Männern, bloß 78% bei Frauen). Hingegen finden sich die allerschwersten Formen von Demenz gerade bei Frauen. Familiäre Prädisposition zu Epilepsie und anderen Geisteskranken begünstigt auch das Auftreten von speziell epileptischen Geistesstörungen. Auch die Dauer des Leidens ist von Einfluß auf die Demenz. Je eher die Krankheit einsetzt, besonders in Fällen, wo sie schon im Kindesalter oder vor dem Puerperium beginnt, desto geringer ist die Aussicht, daß der Kranke von psychischer Beeinträchtigung verschont bleibt. Die höchsten Grade von Demenz treten auf, wenn Epilepsie und Petit mal zusammen beobachtet werden. Natürlich wirkt auch eine gehäufte Zahl von Anfällen ungünstig auf den Geisteszustand, am verhängnisvollsten ist wiederholter Status epilepticus. Autor ist der Ansicht, daß die interparoxysmale Geistesverfassung in den meisten Fällen die eine Seite der Neurose bildete, während die andere sich in den Anfällen manifestierte. Von 161 Fällen waren 13·6% geistig normal, 31·6% psychisch leicht beeinträchtigt, 25·4% schwachsinzig und 29·1% dement.

Fletcher Beach erklärt sich die schweren Geistesstörungen bei schon von Kindheit an Erkrankten aus dem Mangel einer Erziehung bei dem schon in der frühen Jugend disequilibrierten Individuum. Sorgfältige Schulbildung, soweit sie zu erzielen ist, beeinflusst nach seinen Erfahrungen die Entwicklung der Psyche der Epileptiker stets in günstigem Sinne. Bei epileptischen Idioten, die er in Erziehungsanstalten beobachtete, hatte ein während des Unterrichts eintretender Anfall stets zur Folge, daß die Kranken nicht nur das am selben Tage Erlernte, sondern auch den Lehrstoff der letzten Woche völlig vergaßen.

Bond ist der Ansicht, daß bei den Eltern der Kranken schwere Arbeit und Verehelichung in jugendlichem Alter die hereditäre Belastung der Kinder vermehre. Die epileptischen Anfälle seien nicht das Wesen der Krankheit, bloß Symptome. Ihre wahre Natur ist derzeit noch nicht enträtselt.

Liverpool Medical Institution.

PAUL: Aseptische Operationstechnik.

Ogleich die neueren Methoden der Wundbehandlung keine Revolution gleich der Einführung des LISTERschen Verfahrens bedeuten, sind sie doch immerhin von Wichtigkeit und ist ihre Erörterung für die Praxis angezeigt. Was die Reinigung der Haut betrifft, so ist sie von solcher Wichtigkeit, daß die Ärzte sie nicht, wie es leider oft geschieht, dem Wartepersonal überlassen sollten. Zunächst kommt die Hand des Chirurgen in Betracht. Autor selbst wendet hypermangan-saures Kali an und erzielt damit gute Desinfektionsresultate. Mit Ausnahme septischer Fälle trägt er niemals Gummihandschuhe, seine Assistenten dagegen wollen sie nicht gerne missen. Für Ligaturen und versenkte Näte zieht er das Catgut der Seide vor, für Hautnähte benutzt er Silkwormgut. Falls die Vermutung besteht, daß sich in der Wunde seröse Flüssigkeiten ansammeln könnten, zögert er nicht, Drainage in Form von Gaze oder mit einem Glasröhrchen anzuwenden. Zu Operationsmänteln bevorzugt der Autor sorgfältig sterilisierte, absorbierende Gaze- und Wollstoffe. Zum Schlusse faßt er seine Ausführungen dahin zusammen, daß das LISTERsche Verfahren die Rettung unzähliger Menschenleben ermöglichte, die neueren aseptischen Methoden dagegen die Mittel bieten, Zeit zu sparen, da sie die Wunden rascher und vollkommener zur Heilung bringen.

Barcks, der die Entwicklung der antiseptischen Chirurgie von ihren ersten Anfängen unter LISTER (1865) bis zum heutigen Tage aufmerksam verfolgte, findet, daß sie immer mehr auf eine möglichst vollständige Reinlichkeit der operativen Eingriffe hinarbeitete. Er hält durchaus nicht viel von der verschwenderischen Ausstattung moderner Operationssäle und ist der Ansicht, daß in einfachen Privaträumen gerade so gute Erfolge erzielt werden wie in luxuriösen klinischen Operationstheatern. Er läßt jeden Gegenstand, der mit der Wunde in Berührung kommt, auskochen und zieht daher bei Ligaturen

die Seide dem Catgut unbedingt vor. Zur Reinigung der Haut, wenn sie sorgfältig rasiert ist, genügt Einreiben mit irgend einem milden Antiseptikum vollständig. Er glaubt zuversichtlich, daß die aseptische Chirurgie sich bald darauf beschränken werde, alles, was sich ansukochen läßt, auszukochen und alles, was rasiert werden kann, zu rasieren.

Thomas glaubt, daß der Ausdruck „aseptisch“ im Gegensatz zu „antiseptisch“ nicht glücklich gewählt sei. Eine aseptische Chirurgie im strengen Sinne des Wortes gibt es nicht, denn jeder Chirurg gebraucht auch heute noch zur Hautdesinfektion Antiseptika. Er ist auch der Ansicht, daß die tieferen Schichten der Epidermis sich niemals vollkommen steril machen lassen und ist ein eifriger Anhänger des Tragens von Gummihandschuhen beim Operateur und bei den Assistenten. Desinfektion der Luft der Operationsräume kann in der Privatpraxis entbehrt werden, keineswegs aber in klinischen Operationssälen, wo septische und aseptische Fälle neben- und nacheinander operiert werden müssen. Aus diesem Grunde ist er unbedingt dafür, septische Fälle in eigenen, von den andern getrennten Operationsräumen vorzunehmen.

F. H.

Notizen.

Wien, 9. Juli 1904.

(KAHLER-Feier an der Wiener Universität.) Anlässlich der Aufstellung des Denkmals für den verstorbenen Kliniker OTTO KAHLER im Arkadenhofe der Wiener Universität hat im Festsaal der letzteren eine Feier stattgefunden, an welcher der gesamte Lehrkörper der medizinischen Fakultät sowie zahlreiche Freunde und Verehrer des Verstorbenen teilnahmen. Die Festrede, eine schwingvolle und groß angelegte Darstellung des Lebens und Wirkens KAHLERS, hielt dessen einstmaliger Schüler Geh.-Rat Prof. Dr. FRIEDRICH KRAUS aus Berlin. Das Denkmal ist ein Werk von Richard Kauffungen; es ist von einem aus Freunden KAHLERS bestehenden Komitee gespendet worden.

(Universitätsnachrichten.) Geh.-Rat Prof. Dr. KOCH in Berlin legt am 1. Oktober d. J. sein Amt als Direktor des königlichen Institutes für Infektionskrankheiten in Berlin nieder. — Dr. RUDOLF SEGGERL in München ist auf sein Ansuchen seines Amtes als Privatdozent entbunden worden.

(Personalien.) Die praktischen Ärzte Dr. JOSEF IMRE und Dr. JOHANN BENEL in Kolosvár haben das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten. — Dr. EGON LINDNER ist zum Primarzte der internen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Linz, Doz. Dr. BUSCHKE zum leitenden Arzte der neuen Abteilung für Geschlechtskrankheiten am Urban in Berlin ernannt worden. — Hofrat Prof. Dr. A. v. VOGL ist vom „Philadelphia College of Pharmacy“ zum Ehrenmitgliede gewählt worden. — Die Sanitätskonzipisten Dr. IGNAZ KAUP, Dr. KARL EHLICH und Dr. FERDINAND DOMAZLICKY in Wien sind zu Bezirksärzten, die Sanitätsassistenten Dr. ERNST HERTL, Dr. RUDOLF PARIS und Dr. GUSTAV HAY in Wien zu Sanitätskonzipisten ernannt worden.

(Statistik der Krankenversicherung.) Das Ministerium des Innern veröffentlicht einen vorläufigen Bericht über die hauptsächlichsten Ergebnisse der Statistik der nach dem Krankenversicherungsgesetze eingerichteten Krankenkassen im Jahre 1902. Wir entnehmen demselben folgendes: Im Jahre 1902 waren im ganzen 2939 Kassen tätig. Von diesen Kassen waren: 561 Bezirkskrankenkassen, 1303 Betriebskrankenkassen, 11 Baukrankenkassen, 876 Genossenschaftskrankenkassen, 164 Vereinskrankenkassen. Die Zahl der versicherten Personen betrug durchschnittlich 2,595.474, darunter 572.576 weiblichen Geschlechtes. 172.397 Kassenmitglieder waren nicht versicherungspflichtig. Am größten war der Mitgliederstand am 1. Juli, am kleinsten am 1. Februar, und zwar bezifferte sich zu diesen Zeitpunkten die Zahl der Mitglieder auf 2,761.056 bzw. 2,364.678. Zu Beginn des Jahres betrug die Mitgliederzahl 2,368.938, mit Schluß des Jahres 2,397.955. Die durchschnittliche Zahl aller versicherten Mitglieder verteilt sich auf die einzelnen Kassenkategorien wie folgt: Bezirkskrankenkassen 1,098.005 Mitglieder, Betriebskrankenkassen 655.778, Baukrankenkassen 5210, Genossenschaftskrankenkassen 377.751, Vereinskrankenkassen 458.730 Mitglieder. Hiernach hat die Zahl der Kassen auch im Berichtsjahre wieder eine Abnahme erfahren, während die durchschnittliche Mitgliederzahl abermals gestiegen ist, und zwar um 2·2% des vorjährigen Standes. Von den 2,595.474 durchschnittlich versicherten Kassenmitgliedern erkrankten im Berichtsjahre 990.895 Personen

in 1,235.462 Erkrankungsfällen mit zusammen 21,871.134 Krankentagen. Weiter wurden in 52.113 Entbindungsfällen für 1,430.103 Tage Unterstützungen (Krankengelder) gewährt. Sonach beläuft sich die Gesamtzahl der mit Gewährung von Krankengeld oder Spitalspflege verbundenen Unterstützungsfälle (Erkrankungs- und Entbindungsfälle zusammen) auf 1,287.575 mit insgesamt 23,301.237 Krankentagen. Die Zahl der entschädigten Sterbefälle betrug 23.504. Von 100 Mitgliedern erkrankten also 38·2 mit 47·6 Erkrankungsfällen von durchschnittlicher Dauer von 17·7 Tagen. Auf je 100 weibliche Mitglieder kamen 9·1 Entbindungen. Das Gesamtvermögen der Kassen erreichte mit Schluß des Berichtsjahres die Höhe von 40,544.644 K. Bei Berücksichtigung der Lehrlingskrankenkassen erhöht sich die Zahl der Krankenkassen auf 3308 und die Zahl der versicherten Personen auf 2,663.506.

(Ärzte und Krankenkassen.) Aus Dresden schreibt man uns: Anlässlich der hier tagenden Kassenversammlung, bei welcher Vertreter von 143 sächsischen Ortskrankenkassen zugegen waren, ist auch der Streit der Leipziger Kasse mit ihren Ärzten zur Sprache gekommen und beschlossen worden, Schutzmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung der Kassen anzustreben.

(Zur Ambulatorienfrage.) Der mährische Landesauschuß hat jüngst — wie das „Öst. Ärzte-Kammer-Bl.“ meldet — eine bemerkenswerte Entscheidung gefällt. Der Vorstand der Krankenkasse der k. k. Ferdinands-Nordbahn in Olmütz hatte wiederholt Krankenkassenmitglieder in die Ambulatorien der Olmützer Landeskrankenanstalten geschickt, damit sie dort die ihnen notwendige spezialistische Behandlung finden. Als dieselben aber von den Leitern der Ambulatorien abgewiesen wurden, weil sie als Kassenmitglieder der unentgeltlichen Behandlung in einem Spitalambulatorium nicht bedürfen, beschwerte sich der Kassenvorstand hierüber beim mährischen Landesauschuß und suchte an, daß seinen Kassenmitgliedern der Besuch der Ambulatorien der mährischen Landeskrankenanstalten kostenlos gestattet, eventuell gegen Zahlung einer Gebühr durch die Krankenkassa die ambulatorische Behandlung der Mitglieder der Krankenkassa ermöglicht werde. Der mährische Landesauschuß wies jedoch dieses Ansuchen ab, da in den Statuten der mährischen Landeskrankenanstalten die ambulatorische Behandlung von Kranken nicht vorgesehen ist und der Landesauschuß sich nicht für berechtigt hält, außerhalb der Statuten der Anstalten liegende Verpflichtungen in Bezug auf die Krankenpflege zu übernehmen, wodurch möglicherweise dritte Personen sich als geschädigt erachten könnten.

(Österreichischer Balneologen-Kongreß.) Der Zentralverband der Balneologen Österreichs veranstaltet seinen IV. wissenschaftlichen Kongreß am 13., 14. und 15. Oktober in Abbazia. Die bisher angemeldeten Vorträge — unter den Vortragenden finden sich v. JAKSCH (Prag), KOLISCH (Karlsbad), GLAX, STEIN, TRIPOLD (Abbazia), KISCH (Marienbad), FELLNER (Franzensbad), KREIDL, BIEDL, BUM, OFFER, FRANKL, STRASSER, K. ULLMANN, S. FEDERN, M. HAUDEK (Wien), v. KORANYI und KUTHY (Budapest) — bürgen für die wissenschaftliche Qualität der Versammlung, an welche sich Ausflüge nach Cirkvenica, Lussinpiccolo, den Brionischen Inseln, Pola, Rovigno, San Pelagio und Porto Rosa anschließen werden. Auskünfte erteilt das Sekretariat des Zentralverbandes in Wien, I., Judenplatz 5.

(76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Breslau 1904.) Das offizielle Programm für den Naturforscher- und Ärztekongreß liegt vollständig vor. In der ersten allgemeinen Versammlung am Montag den 19. September spricht ROUX (Halle) über „Die Entwicklungsmechanik, ein neuer Zweig der biologischen Wissenschaft“; GAZERT (Berlin): „Die deutsche Südpolarexpedition.“ An den beiden folgenden Tagen sind Abteilungsitzungen. Am Donnerstag ist die gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe, Verhandlungsgegenstand: „Über die Leukozyten“; ferner gemeinschaftliche Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe, Verhandlungsgegenstand: „Die Eiszeit in den Gebirgen der Erde.“ Donnerstag nachmittags Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen, Verhandlungsgegenstand: „Der naturwissenschaftliche Unterricht an den höheren Schulen.“ Freitag: Zweite allgemeine Versammlung im Konzerthause:

EUGEN MEYER (Charlottenburg) über: „Die Bedeutung der Verbrennungskraftmaschinen für die Erzeugung motorischer Kraft“; HABERLANDT (Graz): „Sinnesorgane im Pflanzenreiche“; RHUMBLER (Göttingen): „Zellenmechanik und Zellenleben.“

(Literarisches.) Soeben erschien das erste Heft des „Zentralblatt für physikalische Therapie und Unfallheilkunde“, welches bestimmt ist, dem praktischen Arzte wie dem Spezialisten die Literatur aller Zweige der Physiotherapie in präziser Form zu vermitteln und auch die Unfallheilkunde und Technik sorgfältig zu berücksichtigen. Das erste Heft der unter Redaktion von Geh.-R. Prof. HOFFA (Berlin) und Dozent Doktor A. BUM (Wien) stehenden, vom Verlage Urban & Schwarzenberg (Wien-Berlin) ausgegebenen Monatsschrift enthält Originalartikel aus der Feder der beiden Redakteure, ferner des Dozenten Dr. L. FREUND (Wien) sowie eine große Zahl von Referaten, die nach den Disziplinen Hydro-, Balneo- und Klimatherapie, Mechanotherapie und Orthopädie, Elektrotherapie, Photo- (Radio-) Therapie, Thermotherapie, Thalassotherapie, Unfallheilkunde, Technik etc. gruppiert sind. Die Namen der Redakteure sowie der überaus zahlreichen ständigen Mitarbeiter aus Deutschland, Österreich-Ungarn, Frankreich, Italien und der Schweiz bürgen dafür, daß das neue Zentralblatt, dessen Ausstattung als mustergültig zu bezeichnen ist, sich des Beifalls der Ärzte erfreuen wird.

(Aus der Praxis.) Der schlesischen Ärztekammer lag in ihrer letzten Sitzung die Anfrage eines Kollegen vor, betreffend die unentgeltliche Bestätigung der Gesundheit im Marodenbuche der Gendarmen ohne Untersuchung. Dieselbe wurde dahin beantwortet, daß diese Bestätigung als standeswidrig erklärt werden müsse, da sie nicht auf Grund der Angaben des Gendarmen, sondern erst auf Grund der Wahrnehmungen des Arztes bzw. nach erfolgter Untersuchung erfolgen könne.

(Diesjährige ärztliche Studienreise.) Anlässlich derselben haben von Autoritäten liebenswürdigerweise Vorträge zugesagt die Herren Professoren BRIEGER, FLÜGGE, GOLDSCHIEDER, OTT, ROSIN, STERN und STRÜMPFELL. Das vorläufige detaillierte Programm, welches eine reiche Fülle von Einzeldemonstrationen, wissenschaftlichen Sitzungen, Besichtigungen bietet, ist nunmehr fertiggestellt und von dem Generalsekretär Hofrat Dr. W. H. GILBERT-Baden-Baden kostenlos zu erhalten.

(Sanatorien auf Madeira.) Aus Berlin schreibt man uns: Hierselbst hat sich eine „Sanatorien auf Madeira-Vorbereitungsgesellschaft, G. m. b. H.“ mit einem Kapital von 800.000 M. gebildet. Geschäftsführer ist Prof. Dr. PANNWITZ in Charlottenburg.

(Das ärztliche Honorar.) Der Geschäftsausschuß der Berliner Landesvereine beschäftigt sich seit einiger Zeit mit der Feststellung von Normen über die Einziehung der ärztlichen Honorare, welche künftig anders als bisher gehandhabt werden soll. Es liegt ein Antrag vor, wonach ärztliche Liquidationen unmittelbar nach Abschluß der Behandlung, spätestens aber nach einem Vierteljahr abgesandt werden müssen. Atteste und Gutachten an Private sollen

nur gegen sofortige Honorierung ausgestellt werden. Nachtkonsultationen durch unbekannte Personen oder Nachtbesuche bei solchen müssen sofort honoriert werden.

(Statistik.) Vom 26. Juni bis inklusive 2. Juli 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7373 Personen behandelt. Hiervon wurden 1664 entlassen, 183 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 78, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 41, Scharlach 23, Masern 428, Keuchhusten 20, Rotlauf 28, Wochenbettfieber 4, Röteln 2, Mumps 34, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 614 Personen gestorben (— 45 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Heidelberg der Extraordinarius für interne Medizin Dr. ZACHARIAS HUGO OPPENHEIMER, in Jena der Assistent der chirurgischen Klinik Doz. Dr. B. GROHÉ im jugendlichen Alter von 30 Jahren.

In der heißen Jahreszeit kann als das beste und zuträglichste Erfrischungs- und Tischgetränk, welches auch zur Mischung mit Wein, Kognak oder Fruchtsäften besonders geeignet ist, Mattonis Gießhübler Sauerbrunn empfohlen werden, derselbe wirkt kühlend und belebend, regt den Appetit an und befördert die Verdauung. Im Sommer ein wahrer Labetrunk.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Tuberkulose. Arbeiten a. d. kaiserl. Gesundheitsamte. Berlin 1904, Julius Springer.
E. Jacobi, Atlas der Hautkrankheiten. 2. Aufl. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.
P. Asch, Über den Einfluß der bakteriologischen Stoffwechselprodukte auf die Niere. Straßburg i. E. 1904, Ludolf Beust.
M. Hirschfeld, Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen und der Prozentsatz der Homosexuellen. Leipzig 1904, M. Spohr.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mussee Cur- und Wasserheilanstalt „ALPENHEIM“
für Nerven- und Magenleiden, rheumatische Reconvaleszenten.
(Phthisiker und Unheilbare ausgeschlossen.)
Kaiserl. Rath Dr. SCHREIBER,
(Steiermark) (Während des Winters in seiner Heilanstalt „Hygiea“ in Meran.)

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin der Quellen: „APENTA“ ACTIEN-GESELLSCHAFT, Budapest
Bei Apothekern, Drogerien 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.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.
Dos.: 0,25—0,50—1,0 g 4—6mal tägl.

Somatose

Hervorragendes Roborans.
Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Lactagogum.
In organischer Verbindung mit 20% Fe als Eisen-Somatose
insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.



Isopral

Neues Hypnoticum; Ersatz für Chloral, doppelt so intensiv wirkend, Herz und Gefäßsystem weniger angreifend.
Dos.: 0,5—1,0 g bei einfachen Agrypnien; 1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen, entweder in Lösung oder in Form von Tabletten.
In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.

Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.
Dos.: 2,0 g in kaltem Wasser gelöst, 3—4mal täglich (am ersten Tage 6mal).

Creosotal

Duotal

Salophen

Hedonal

Theocin-Natr. acetic.

Mesotan

Veronal

Helmitol

Hgurin

Heroinhydrochlor.

Vertreter 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deuschmeisterpl. 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. 30 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ohrensausen bei progressiver Paralyse. Von Dr. A. EITELBERG in Wien. — Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Von Dr. JOSEF A. HIRSCHL, Privatdozent. — Aus der Praxis. Spontanheilung einer Fistula recto-vaginalis. Von Dr. M. TURNOWSKY Bezirksarzt in Maros-Vásárhely. — Referate. SEBRWALD (Trier): Über die Brauchbarkeit des Phonendoskops. — DOLLINGER (Budapest): Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens, der Präaurikular- und der Submaxillarisgegend. — LEWANDOWSKI (Berlin): Über unblutige Nervendehnung. — GEORG KÖHNEMANN (Berlin): Neuere klinische Erfahrungen über Ruhr. — JORDAN (Berlin): Die Indikationen zur Extirpation der Milz. — FABER und BLOCH (Kopenhagen): Über die pathologischen Veränderungen am Digestionstraktus bei der perniziösen Anämie. — L. FEUERSTEIN (Breslau): Über die sogenannte Justrussche Hämoglobinprobe bei Syphiliskranken. — Kleine Mitteilungen. Die Gefahren intrauteriner Injektionen. — Acoin. — Jodipin. — Reposition veralteter Hüftluxationen. — Isopral. — Die Abortivbehandlung der Furunkulose mit überhitzter Luft. — Theocin. — Literarische Anzeigen. Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. Bearbeitet und herausgegeben von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. SENATOR und Dr. med. S. KAMINER. — Über die Behandlung der Hypopyon-Keratitis mit den Sera von Prof. TIZZONI-PANICHI und Dr. ROEMER. Von Dott. CALDERARO SREMA. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) XII. — Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Original-Bericht.) — Notizen. — Eingesendet. An die Ärzteschaft in Österreich! — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Ohrensausen bei progressiver Paralyse.

Von Dr. A. Eitelberg in Wien.

Die Multiplizität seltener Fälle ist eine Erscheinung, welche den Arzt jedesmal in Erstaunen versetzt, eben weil er sie sich nicht zu erklären vermag. Die Tatsache selbst aber steht unanfechtbar da. Und so will ich hier über drei Beobachtungen referieren, welche eine Laune des Zufalles während der letzten Monate in kurzen Abständen mir zugeführt hat. Den einen dieser Patienten kenne ich allerdings schon seit dem Jahre 1899; allein, der unvermutete und daher überraschende Abschluß seiner Leidensgeschichte rechtfertigt es zur Genüge, daß ich ihr die beiden anderen organisch angliedere. Die Koinzidenz der Fälle war mir persönlich insofern willkommen, als ich anfangs von Zweifeln verfolgt wurde, ob nicht in dem ersten Falle das eingeleitete therapeutische Regime mit an dem schlimmen Ausgange schuld war. Wie ich das meine, wird sich aus der sofort zu schildernden Krankengeschichte ergeben.

Allen drei Fällen lag das ätiologische Moment der Lues gemeinsam zugrunde. Die Patienten standen sämtlich im kräftigsten Mannesalter; sie waren 31, bzw. 37 und 45 Jahre alt.

Was nun den ersten Patienten, den 31jährigen Mann betrifft, so ist er in Bezug auf sein Ohrleiden hereditär belastet. Denn auch sein Vater wurde im Laufe der Jahre mehrmals von mir wegen eines beiderseitigen chronischen Mittelohrkatarrhs zeitweilig behandelt. Und wie bei dem Vater, war auch beim Sohne das linke Ohr das erheblich schlechtere und erwies sich gegen ede therapeutische Maßnahme widerspenstig. Hingegen reagierte

bei Vater und Sohn das rechte Ohr jedesmal günstig auf die Behandlung. Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß ein jüngerer Bruder des Patienten gleichfalls an einem Mittelohrkatarrh laboriert.

Der junge, damals 26jährige Mann, stellte sich, wie bereits gesagt, 1899 zum ersten Male mit der Angabe vor, daß er auf dem linken Ohre seit 5 Jahren schwerhörig sei und in der letzten Zeit von kontinuierlichem beiderseitigen Sausen gequält werde. Die beträchtliche Abnahme des Hörvermögens beängstigte ihn um so mehr, als sie ihn bei weiterem Fortschreiten an der Austübung seines Berufes — er war aktiver Offizier — verhindern mußte. In der Tat war es schlecht genug um ihn bestellt. Das linke Ohr erwies sich als absolut taub für Stimmgabeln, Uhr und Sprache. Mit dem rechten Ohre wurde das Uhricken in 8 cm, die Flüstersprache in 2 m gehört. Eine chronische Rhinopharyngitis bildete gleichsam den Hintergrund, von dem die übrigen Beschwerden sich plastisch abhoben. Der Stimmgabelbefund ließ eine hochgradige Mitaffektion des Akustikus vermuten. Die Prognose war somit keine besonders günstige.

Nichtsdestoweniger erzielte eine fünfwochenliche Behandlung den recht hübschen Erfolg, daß jetzt die Uhr rechterseits in 80 cm vernommen, Flüstersprache (Zahl- und andere Wörter) mit dem gleichnamigen Ohre auf eine Distanz von 5 m verstanden wurde. Auch die Intensität des Ohrensausens hatte sich vermindert, dergleichen das lästige Gefühl des Verlegtseins. So weit gebessert, reiste Pat. in seine Garnison ab. Auf eine Reparatur des linken Ohres hatte er nach diesem von Anbeginn aussichtslosen Versuch notgedrungen verzichtet.

Erst im vorigen Jahre sah ich ihn wieder. Die zuletzt erreichte Gehörsverbesserung hatte mit nur sehr geringen Verlusten angehalten — er war mittlerweile in der Provinz von Zeit zu Zeit

nach meiner Anordnung von einem Arzt behandelt worden. Ja, sogar die Erstarrung des linken Ohres schien sich einigermaßen gelöst zu haben. Er vernahm hier die Uhr *ad concham* und verstand mittellaut direkt ins Ohr (selbstredend bei verstopftem anderen Ohre) Gesprochenes hin und wieder, was früher durchaus nicht der Fall gewesen. Trotzdem wurden seine Vorgesetzten auf den Hördefekt allmählich aufmerksam und dies bestimmte den Patienten, mich neuerdings aufzusuchen und sich einer längeren Kur zu unterwerfen.

Ich gehe auf das therapeutische Verfahren, welches eingeschlagen wurde, nicht weiter ein, weil es mit dem Thema, das uns an dieser Stelle beschäftigt, in gar keinem Zusammenhang steht. Nur ein Moment muß ich doch hervorheben. Als nämlich nach länger fortgesetzter Behandlung ein Fortschritt noch immer nicht zu bemerken war, verordnete ich ihm Thyreoidintabletten, deren Gebrauch in diesem Falle ohnedies indiziert war, da es sich um die sklerosierende Form des Mittelohrkatarrhs unbedingt handelte. Auch hatten sie mir beim Vater, wengleich bloß vorübergehend, gute Dienste geleistet. Pat. hatte innerhalb 27 Tage 20 Tablette genommen, ohne irgendwelchen Nachteil zu erfahren. Im Gegenteil, war das Körpergewicht doch um $\frac{1}{2}$ kg sogar gestiegen.

Bei dem Punkte aber mußte ich einen Augenblick verweilen, weil eben er es war, der seinerzeit meine Seele mit Zweifeln indizierte, von denen ich oben sprach. Ich habe die Thyreoidintabletten in einer erklecklichen Anzahl von Fällen verabreicht und meine diesbezüglichen Erfahrungen in mehreren Arbeiten veröffentlicht. Wenn ich bisher keine unliebsamen Zwischenfälle zu notieren hatte, so danke ich das wahrscheinlich der großen Vorsicht, mit welcher ich dabei zu Werke ging. Indes, für gleichgültig halte ich die Medikation beileibe nicht, und ich kann noch immer den Gedanken nicht gänzlich bannen, daß der Genuß der Thyreoidintabletten möglicherweise den Ausbruch der Geisteskrankheit beschleunigt habe. Meine eigene Erfahrung nach der Richtung ist zu arm, als daß ich mir ein entscheidendes Urteil darüber zu fällen erlauben dürfte. Freilich, von Gewissensbissen blieb ich verschont. Denn, daß der Patient bereits im Jahre 1896 eine Lues akquiriert hatte, gelangte erst zu meiner Kenntnis, nachdem die Katastrophe eingetreten war. Und nach einem derartigen ätiologischen Momente zu fahnden, lag für mich kein zwingender Grund vor. Man darf nicht vergessen, daß der Laie zumeist in der Syphilis noch mehr eine Schande als ein Unglück erblickt.

Nun, eines Tages wurde der Patient, welcher sich sonst mit militärischer Pünktlichkeit zur Ordination einzustellen pflegte, für mich unsichtbar, und in dieser Absentierung barg sich — wie mir der Vater eine Weile später mitteilte — ein Mißtrauensvotum gegen meine Person. Und doch hatte er noch kurz zuvor mir gegenüber in gerade entgegengesetztem Sinne sich geäußert. Allein man weiß, wie wandelbar die Gunst der Menschen im allgemeinen und der Patienten im besonderen ist. Ich riet dem Vater, die Sache nicht auf sich beruhen zu lassen, sondern dem Sohne einen anderen Ohrenarzt zu empfehlen. So geschah es auch. Doch schon im Warteraume begann der Tragödie letzter Akt zu spielen. Der Patient fing mit den anderen, ebenfalls dem Offizierskorps angehörenden Herren plötzlich Händel zu suchen an, und es fehlte nicht viel, so wäre es zu einem blutigen Zusammenstoße gekommen, hätte nicht der Arzt noch rechtzeitig beschwichtigend eingegriffen. Des Unglücklichen Los aber war hiermit besiegelt: er wurde an die psychiatrische Klinik abgeliefert.

Der arme Vater erzählte mir noch, daß der Patient in der letzten Zeit fortwährend Romane las und mit deren Inhaltswiedergabe seine Hausgenossen in einer Weise heimsuchte, daß sie sich förmlich wie unter einer Tortur wanden. Der nicht zu hemmende Wortschwall war nur mit ein Symptom der unheilbaren Psychose. Das Gehör soll übrigens nach

Ansicht der Umgebung in der Zwischenzeit eher besser gewesen sein.

Die zweite Krankengeschichte gehört einem 37jährigen Manne an, einem Reichsdeutschen, der sich hier auf der Durchreise befand und mich bei der Gelegenheit wegen intermittierenden Sausens, das besonders des Morgens heftiger zu sein pflegte, und wegen häufigen, wenn auch nur kurz andauernden Schwindels konsultierte. Der Zustand datiert von einer mächtigen seelischen Aufregung, welche der Pat. vor 4 Wochen durchzumachen hatte. Kein Kopfschmerz. Keine Übelkeiten. Verdauung und Schlaf sind gut. Mäßiger Rachenkatarrh, Pat. ist mäßiger Zigarrenraucher. Die Trommelfelle sind eingezogen, das linke trägt überdies im vorderen unteren Quadranten eine Verkalkung. Ob jemals Otorrhöe bestanden habe, vermag sich Pat. nicht zu erinnern. Er sei von Hause aus nervös, habe sich vor 8 Jahren infiziert, und obwohl er damals sorgfältig behandelt worden war und seitdem auch keine luetischen Anzeichen auftraten, lebe er fortwährend in der Angst, geisteskrank zu werden. Das Hörvermögen war ziemlich intakt. In den Schwindelanfällen bestand die Neigung, nach vorn zu stürzen.

Natürlich bemühte ich mich nach Kräften, die Besorgnisse des Mannes zu zerstreuen. Unter gewissen Verhältnissen ist ja die Lüge ethisch höher zu werten als die Wahrheit. Im Augenblicke war er auch noch im Vollbesitze seiner Vernunft. Aber — *utinam falsus sim vates!* — ich fürchte, er entrinnt seinem Gesichte nicht. Es ist sozusagen eine Diagnose auf Sicht, und es würde mich durchaus nicht ärgern, von der Zukunft desavouiert zu werden. Leider ist es in dem Falle nicht schwer, Prophet zu sein. Man beachte nur die nächste Verwandtschaft unseres Patienten.

Ein älterer Bruder, welcher vor 15 Jahren luetisch ward, ist seit mehreren Jahren Paralytiker; eine jüngere Schwester seit ihrem 17. Lebensjahre angeblich blödsinnig. Sie wurde von einem Vater gezeugt, der ein Jahr später der Nacht des Wahnsinnes verfiel. Geschäftliche Widerwärtigkeiten sollen das Unglück heraufbeschworen haben. Man wird jedoch kaum fehlgehen, wenn man es einer viel näher liegenden Ursache aufs Kerbholz setzt. Sei dem indes, wie ihm wolle: um wen das böse Fatum sein Netz so eng zusammengezogen, für den gibt es kein Entweichen mehr. Diese an sich unbedeutenden Krankheitsphänomene: intermittierendes Ohrensausen, schwacher Schwindel, sind in den hier gemeinten Fällen gleichsam der ergreifende Wehruf einer von bangen Ahnungen durchwühlten Seele, bevor die geistige Umnachtung sich schwer auf sie niedersenkt. Wer zagenden Sinnes eine nahende Gefahr wittert, ist ihr zur Hälfte bereits erlegen.

Doch am tragischsten gestaltete sich der Verlauf im dritten Falle. Nicht allein in Anbetracht der Rapidität, mit der er dem letalen Ende zueilte. Der 45jährige Mann war auch Familienvater und mag seinen Kindern ein wenig neidenswertes Erbe hinterlassen haben. Seine zwei Leidensgefährten hatten es in diesem Punkte doch leichter: sie waren Junggesellen. Der Mann wollte sich bei mir Rats erholen wegen eines seit 14 Tagen bestehenden Ohrenklingens, das, zumal im linken Ohre, vor dem Einschlafen mit vermehrter Intensität einsetzte und ihm so die Nachtruhe teilweise raube. Des Tages belästigte ihn das Klingen fast gar nicht. Außer einer mäßigen Trübung und Einziehung der Trommelfelle war nichts Pathologisches zu konstatieren. Das Hörvermögen war beiderseits normal. Vor 2 Jahren wurde er wegen eines Empyems des Antr. Highm. operiert. Sonst wußte er nichts Wesentliches aus seiner Vergangenheit zu melden. Nach den etwas hastigen Bewegungen und dem rascheren Sprechen vermutete ich in dem Patienten einen Neurastheniker, eine Menschenspezies, die in unseren Tagen nicht gar selten ist. Er war ohne Begleitung nach Wien gekommen, gab korrekte Antworten, wohnte in einem Hotel, besuchte Gast- und Kaffeehäuser, ohne sich irgendwie auffällig zu machen. Mit einem Worte: er geberdete sich wie ein Mensch, welcher seiner Sinne mächtig ist.

Der begleitende Arzt aber, der ihn länger und gründlicher kannte, bat mich ins andere Zimmer und eröffnete mir, daß bei dem Manne eine progressive Paralyse im Anzuge sei. Auch ein älterer Bruder des Patienten sei diesem Übel zum Opfer gefallen. Als Ursache in beiden Fällen war Lues eruiert worden. Er ersuchte mich, dem Patienten bloß etwas *solatii causa* zu verordnen

und von einer eingehenderen Behandlung Abstand zu nehmen. Ich riet dem Manne eine leichte äußere Massage an und am nächsten Tage berichtete er mir, daß ihm dieses Verfahren außerordentlich wohlgetan habe; er verspüre fast gar kein Klingen mehr. Sein hiesiger Aufenthalt — redete ich ihm zu — sei mithin zwecklos, und er kehrte auch am selben Tage in seine Heimat zurück.

Nicht für lange. Er bekam bald fürchterliche Aufregungszustände, mußte in eine Privatheilstätte gebracht werden und erlag in überraschend kurzer Zeit seinem Leiden. Er hat seinen Wiener Besuch nur um einen Monat überlebt.

Natürgemäß ist der Ohrenarzt nicht in der Lage, der progressiven Paralyse ein genaueres Studium zuzuwenden. Auch ist diese Erkrankungsform von kompetenter Seite so gründlich erforscht, daß die otiatrische Beihilfe füglich entbehrt werden kann. Zudem sind die subjektiven Gehörsempfindungen ein so vielen Ohr- und selbst konstitutionellen Erkrankungen gemeinsames Symptom, daß sie wohl schwerlich einer festgefügteten Diagnose zum Eckpfeiler dienen könnten. Alles das ist einleuchtend und bereitwilligst zugegeben. Und doch wage ich die Behauptung, daß mitunter ein sonst an sich durchaus nicht charakteristisches Merkmal bei einer gewissen Tonstimmung der Begleiterscheinungen das werdende Krankheitsbild voraussehen läßt. So habe ich vor einiger Zeit¹⁾ aus einem nicht minder vielen Ohraffektionen zukommenden Symptome, dem Ohrschmerz —, durch den Gesamtindruck, den die kleine Patientin bei objektiver Intaktheit des Gehörorgans machte, darauf hingeleitet — auf eine beginnende Meningitis tuberculosa geschlossen, welche sowohl vom behandelnden Arzte als von dem pro consilio berufenen, äußerst tüchtigen Pädiater, da die charakteristischen Kennzeichen vorderhand noch mangelten, erst einige Tage später diagnostiziert wurde. Vor einer langen Reihe von Jahren habe ich einmal Gelegenheit gehabt, ein ähnliches Krankheitsbild zu beobachten, und das war im gegebenen Momente wieder in meiner Erinnerung aufgetaucht und hatte mich auf die richtige Spur gelenkt.

Ob nun dem Ohrensausen gelegentlich die Rolle zufallen könnte, einer zunächst noch ungeklärten Symptomengruppe das physiognomische Gepräge zu verleihen, erkühne ich mich nicht, vorauszusagen. Die drei an dieser Stelle beigebrachten Krankengeschichten vermögen keineswegs so stolze Hoffnungen in mir zu erwecken. In dem ersten Falle ging das Ohrensausen mehrere Jahre dem psychischen Zusammenbruche voran; in dem dritten Falle dürften die ersten deutlichen Anzeichen einer Geistesstörung gleichzeitig mit dem Tinnitus aurium sich gezeigt haben, und im zweiten — dem für uns noch am ehesten verwendbaren — muß die Zukunft erst die Richtigkeit der Diagnose bestätigen. In Erwägung aller dieser erschwerenden Umstände spreche ich auch in der Überschrift vom Ohrensausen schlechtweg, ohne ihm das Attribut eines Initialsymptoms beizulegen, wie es in der zitierten Arbeit bei der zur Illustration herangezogenen Otagie geschehen ist. Und nur als Initialsymptom wäre ihm eine höhere Bedeutung beizumessen. Steht indes die Sache einstweilen noch auf sehr schwachen Füßen, so ist die Möglichkeit durchaus nicht von der Hand zu weisen, daß eine reichere Beobachtung ihr festere Formen zu geben imstande sein wird.

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse.

Von **Dr. Josef A. Hirschl**, Privatdozent.

III.

IV. Paralytische Insulte.

Im Verlaufe der progressiven Paralyse kommt es sehr häufig (die diesbezüglichen Prozentzahlen der verschiedenen Autoren gehen auseinander) zu anfallsartigen Phänomenen. Fast alle Anfälle, die wir bei der Paralyse sehen, können als

Frühsymptome auftreten. Die Erscheinungen der paralytischen Insulte sind bald leichtere, bald schwerere. Wir finden Ohnmachten, Schwindelanfälle, Petit-mal-Anfälle, apoplektiforme und epileptiforme Anfälle häufig schon im Beginne der Paralyse. Die paralytischen Anfälle sensu strictiori, welche gewöhnlich protrahierte JACKSONSche Insulte sind, treten meist wohl in späteren Stadien der Paralyse auf und beschließen häufig genug mit einem Status epilepticus das Leben der Patienten.

Die einfachen Ohnmachten, welche mit einer gewissen Blässe des Gesichtes und kurzdauerndem Bewußtseinsverlust erschöpft sind, sowie die Schwindelanfälle, bei denen es mit oder ohne kurzdauernden Bewußtseinsverlust zu einer vorübergehenden Unsicherheit im Stehen oder Gehen, zu einem Taumeln und zu einem scheinbaren Drehen der Objekte nach irgend einer Seite kommt, sind nicht gerade charakteristisch für die Paralyse. Sie kommen bei arteriosklerotischen Veränderungen im Gehirn wohl häufiger vor.

Viel charakteristischer sind die apoplektiformen Anfälle, bei welchen der Kranke wie vom Schläge getroffen ohne prodromale Erscheinungen zusammenstürzt, das Bewußtsein verliert, eine Extremitätenlähmung der einen Seite zeigt. Nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit etabliert sich eine ganz kurzdauernde leichte Parese der Extremitäten der einen Seite, eine Parese eines unteren Fazialis und des Hypoglossus. Alle diese Paresen schwinden ziemlich rasch. Auch die sehr häufig zu konstatierenden aphasischen Störungen, wie die motorische Aphasie, die sensorische Aphasie, Paraphasie, schwinden ziemlich rasch, so daß manchmal nach Stunden, gewöhnlich aber nach Tagen ein Residuum dieser Anfälle kaum nachweisbar erscheint.

Dem feineren Beobachter fällt alsbald auf, daß der betreffende Fazialis etwas schlaffer bleibt, die Nasolabialfurche etwas weniger ausgeprägt erscheint als früher und diese leichte Parese des Fazialis insbesondere dann prägnanter in die Erscheinung tritt, wenn der Kranke intendierte Bewegungen ausführt, so beispielsweise, wenn er die Lippen spitzt, die Zähne zeigt, während er bei den mimischen Bewegungen keinerlei Störungen des Fazialis erkennen läßt. Auch kommt es nach solchen Anfällen zu einer Persistenz des Abweichens der Zunge nach einer Seite. Gewisse leichte artikulatorische Störungen, welche nur beim Aussprechen schwieriger Worte auftreten, ein leichtes Häsitieren und eine geringe bebende Phonation, leiten die Entwicklung einer paralytischen Sprachstörung ein. Nur ganz ausnahmsweise kommt es nach solchen apoplektiformen Anfällen zu einer dauernden Hemiplegie. In diesen Fällen wird die differentielle Diagnose von der Haemorrhagia cerebri nur durch Beobachtung der anderen Symptome der Paralyse möglich sein.

Die epileptiformen Anfälle sind nicht allzuhäufig, sie unterscheiden sich in nichts von der tardiven Epilepsie. Wir finden auch bei ihnen ziemlich häufig die initiale Blässe, den Schrei der Epileptiker, die allgemeinen klonischen Krämpfe und den dem Anfall folgenden Sopor.

Die Petit mal-Anfälle, welche ziemlich häufig als initiales Symptom der progressiven Paralyse beobachtet werden, zeigen die verschiedensten Formen, wie jene Petit mal Anfälle, welche der Epilepsie angehören. Wir finden da kurze, oft nur durch mehrere Sekunden andauernde, von Bewußtlosigkeit begleitete Anfälle, bei welchen der Kranke auffallend blaß wird, vor sich hinstarrt und entweder die von ihm begonnene Handlung fortsetzt oder unterbricht. Wenn der Patient nach wenigen Sekunden wieder zu sich kommt (gewöhnlich mit einer starken Inspiration, welche das wiedererlangte Bewußtsein anzeigt), setzt er seine Beschäftigung fort und hat oft wegen der totalen Amnesie keine Ahnung von dem soeben stattgehabten Insulte. Bei diesen Anfällen treten sehr häufig auch kleine klonische Zuckungen in irgend einer Extremität oder im Fazialisgebiete ein, gewöhnlich auf der rechten Seite, hie und da sieht man auch Paresen, welche innerhalb der wenigen

¹⁾ „Klin.-therap. Wochenschr.“, 1901, Nr. 6.

Sekunden des Anfalles auftreten und dann wieder schwinden. Gelegentlich bleiben auch ganz leichte Ausfälle in der motorischen Kraft nach dem Anfalle bestehen. Man hat auch oft Gelegenheit, die oben kurz angedeuteten aphasischen Störungen nach solchen Petit mal-Anfällen festzustellen.

Die epileptiformen und die Petit mal-Anfälle können von postepileptischen Verworrenheitszuständen mit Amnesie gefolgt sein.

Ich möchte mir erlauben, an dieser Stelle einen Anfall zu beschreiben, den ein Paralytiker an unserer Klinik vor einigen Tagen dargeboten hat und der so recht die Kompliziertheit dieser Anfälle illustriert.

Der Kranke, ein 37jähr. Agent, welcher seit 28. Juli in der Klinik mit progressiver Paralyse in Behandlung steht, wird am 8. Dezember vormittags zirka $\frac{1}{2}$ 11 Uhr examiniert. Der Kranke zeigt sich, wie es gegenwärtig ziemlich häufig vorkommt, auffällig mißtrauisch, gibt nur ungern Auskunft, glaubt sich vom Arzt sekkiert, zum Narren gehalten. Er äußert, jeder befrage ihn, wolle alle seine Intimitäten erfahren, um ihn dann geschäftlich und in seinen Familienangelegenheiten zu schädigen.

Während der Besprechung wird der Kranke, der auf einem Sessel sitzt, plötzlich auffallend blaß, still, läßt die rechte Hand gelähmt herabfallen, aus dem rechten Mundwinkel fließt Speichel ab, der ganze Oberkörper neigt sich sehr stark nach rechts. Nach zirka 3 Minuten richtet er sich auf, nimmt mit der rechten Hand, die wieder aktionsfähig ist, ein Ei vom Nachttisch, macht dasselbe kunstgerecht auf und stellt es dann wieder mit großem Geschick auf den Nachttisch zurück, wobei er in ganz passender Weise Sorge trägt, daß das offene Ei nicht umfalle. Daraufhin legt er sich ins Bett, wobei er einige Seitenbewegungen mit dem Unterkiefer macht, die einzigen Krampferscheinungen, die während des Anfalles beobachtet wurden. Die Pupillen, welche jetzt untersucht werden, sind gleich, mittelweit, reagieren auf Licht ziemlich gut. Die Lidspalten sind gleich weit, es bestehen keinerlei Augenkrämpfe und keine Deviation der Bulbi. Der rechte Mundfazialis ist deutlich schlaff, die passiv erhobene rechte Extremität fällt gelähmt herab, der rechte Bauchdeckenreflex fehlt, die rechte untere Extremität zeigt keinerlei Störung. Auf Nadelstiche, Anrufen, Rütteln erfolgt keine Reaktion. Patient liegt ruhig, mit offenen Augen und starrt vor sich hin, den Blick geradeaus gerichtet. Er läßt die Umgebung gänzlich unbeachtet. Nach zirka 5 Minuten wird der Kranke wach, schaut wie neugierig um sich herum, er versteht nicht das zu ihm Gesprochene, kommt keiner Aufforderung nach, versucht zu reden, doch gelingt ihm nur ein unverständliches Lallen. Er ist sich dieser Störung bewußt, zeigt mit dem rechten Finger auf den Mund und deutet durch einige verneinende Handbewegungen an, daß er nicht sprechen könne. Auch vorgezeigte Gegenstände, wie eine Uhr, ein Tintenfaß, einen Bleistift, ein Buch usw., kann er nicht benennen, er nimmt auch falsche Bezeichnungen dieser Gegenstände für richtig an.

Nach weiteren 5 Minuten zeigt der Kranke ein gutes Sprachverständnis bei bestehender Einschränkung des Wortschatzes und bei Unfähigkeit, manche Worte überhaupt auszusprechen. Auch das Nachsprechen gelingt ihm nicht.

Die Dauer dieser motorischen Aphasie betrug ungefähr drei Minuten. Nachher war der Kranke relativ wohl, hatte vollständige Amnesie nicht bloß für den Anfall und die nachfolgende Sprachstörung, sondern auch für die zirka $\frac{1}{4}$ stündige, dem Anfall vorausgegangene Besprechung mit dem Arzte. Er äußert, er habe eine Art Traum gehabt, ohne deutliche Erinnerung an ihn behalten zu haben.

Bei den eigentlichen paralytischen Insulten sehen wir Krämpfe nach dem JACKSONSchen Typus auftreten. Diese Krämpfe treten entweder bei vollem Bewußtsein oder bei aufgehobenem Sensorium auf. Viel häufiger ist das Bewußtsein der Patienten erloschen. Die Krämpfe dauern manchmal Minuten (5—10 Minuten), sehr häufig dauern sie stundenlang an. Man findet sie sehr häufig wiederkehrend, mit kurzen Unterbrechungen und dann können sie 4—5 Tage lang andauern. Man zählt dann ungefähr 80—100 Anfälle, auch

mehr, von denen jeder einzelne Anfall mehrere Minuten (2—3 Minuten) in Anspruch nimmt. In solchen Fällen ist die Temperatur gesteigert, es tritt sehr häufig eine Pneumonie ein, welche den Exitus letalis herbeiführt.

Diese paralytischen Insulte treten fast immer in den späteren Stadien der Paralyse auf. Wenn man Gelegenheit hat, sehr viele Paralysen zu sehen, so sieht man wohl hie und da auch einen solchen Anfall im Anfangstadium der Paralyse, ja man kann sagen, daß ein vielleicht im Anfange verkanntes Krankheitsbild durch diese Anfälle erst als Paralyse erkannt wird.

Die epileptiformen Anfälle sowie die Petit mal-Anfälle können ganz isoliert als ein abgeschlossenes Krankheitsbild mehrere Jahre (zirka 10 Jahre) nach der syphilitischen Infektion auftreten und bilden dann das Krankheitsbild der post-syphilitischen Epilepsie. Bei dieser kann man sowohl epileptiforme Anfälle allein als auch Petit mal-Anfälle sehen, gelegentlich kommt es so wie bei der wahren Epilepsie zu einer Vermischung beider Anfälle, bei welcher fast regelmäßig die Petit mal-Anfälle in der Mehrzahl sind. Das Krankheitsbild verdient deshalb die Kenntnis der Ärzte, weil die antisiphilitische Behandlung in diesen Fällen nicht gar so selten von günstigem Erfolge begleitet ist.

V. Die paralytischen Symptome.

Eine Reihe von somatischen Symptomen, welche schon im initialen Stadium der Paralyse auftreten, gehören dieser Erkrankung an und sind zum Teile für die Paralysis progressiva pathognomonisch.

Es ist dies vor allem die auffällige Schläffheit im unteren Fazialisgebiet, bei welchem überdies eine Differenz zwischen links und rechts, in der Regel ziemlich ausgesprochener Natur, zu konstatieren ist. Diese Schläffheit des Fazialis, bei welcher die Parese im Fazialisgebiete, wie schon oben bemerkt, insbesondere bei intendierten Bewegungen deutlich zutage tritt, schwindet bei der mimischen Innervation.

Fast immer sieht man eine leichte Ablenkung der Zunge nach einer Seite. Die Zunge zeigt überdies ein träges, grobwelliges Zittern.

Die Lippen zeigen ein auffälliges faszikuläres Zucken, welches sich beim Sprechen verstärkt. Dieses faszikuläre Zucken in den Lippen ist ein absolut charakteristisches Symptom für die Paralyse und kommt, wie ich glaube, bei keiner anderen Krankheit zur Beobachtung.

Die schlaffen Gesichtszüge, welche aus der Parese des unteren Fazialis resultieren, das faszikuläre Zucken der Lippen, die Ptosis und die Pupillendifferenz veranlassen die eigentümliche Miene des Paralytikers. Da überdies ein lebhaftes Mienenspiel dem Paralytiker nicht eigen ist, so trägt derselbe diese eigentümliche Miene fast immer zur Schau. Diese Miene wurde von KRAFFT-EBING als „fatuöse Miene“ (fatuus=blödsinnig) bezeichnet und es besteht wohl kein Zweifel, daß diese ziemlich charakteristische Miene eine eigene Bezeichnung verdient.

Die Sprache des Paralytikers zeigt häufig eine auffällige Störung. Bekommt man den Patienten kurz nach einem Anfalle, wie es ja nicht so selten geschieht, zu Gesicht, so kann man an ihm noch einen aphasischen Symptomenkomplex, insbesondere aber Zeichen der amnestischen Aphasie konstatieren. Die Sprache des geordneten Paralytikers zeigt in den Frühstadien fast immer eine auffällige Verlangsamung, fast niemals läßt sich ein bereits konstatierbares Beben der Phonation vermissen. Beim spontanen Sprechen sowohl als auch beim Nachsprechen schwer auszusprechender Worte gelingt es gelegentlich, ein Häsitieren zu merken. Die ausgesprochene paralytische Sprachstörung, das Silbenstolpern, gehört wohl späteren Stadien der Erkrankung an.

Nicht selten sieht man eine Parese einer Extremität, fast immer nur dann, wenn eine Extremität an einem Insulte beteiligt war. Kleine Ausfälle in der geordneten Be-

wegung der Extremitäten sind bereits besprochen. Größere Ausfälle in der Koordination sind manchmal nachweisbar. Inwiefern die komplizierten Bewegungen durch ataktische Störungen leiden, ist bereits früher hervorgehoben worden.

Es ist hier am Platze, der Schrift der Paralytiker zu gedenken. Sehr häufig klärt die Umgebung des Kranken den Arzt darüber auf, daß die schriftlichen Aufzeichnungen des Kranken sich von den früheren schriftlichen Aufzeichnungen unterscheiden. Vor allem ist die äußere Form eine nachlässige. Der Kranke verwendet zu seinen Mitteilungen wahllos das Papier, während er früher in der Auswahl des Papiere die Kritik eines geordneten Menschen zeigte. Es finden sich in den Aufzeichnungen Verunreinigungen durch die Finger, Kleckse u. dgl. m. Die Schrift ist eine unregelmäßige, die Zeilen sind schief gestellt, zeigen häufig Konvergenz. Die Buchstaben sind nicht gleich groß, Haar- und Schattenstriche nicht genügend ausgeprägt, die Schrift zeigt etwas Kindliches, der Charakter der Handschrift, welcher fast jedem erwachsenen Menschen eigentümlich ist, ist verschwunden. Sehr bald zeigen sich orthographische Fehler beim Schreiben, der Kranke setzt große und kleine Buchstaben nicht mehr nach den Regeln der Orthographie, er zeigt in seiner Satzbildung große Defekte, wiederholt Worte und Silben oder läßt welche aus. Sind diese Störungen sehr hochgradig und schreibt der Patient irgend einen Brief, so zeigt es sich, daß er das, was er mitteilen wollte, häufig vergißt, so daß der Brief seinen Zweck eigentlich nicht erfüllt.

VI. Die syphilitischen und syphiligen Symptome.

In diese Gruppe von krankhaften Erscheinungen gehören nicht nur diejenigen Symptome, welche nach der Anschauung der meisten Autoren einer bestehenden Syphilis angehören und uns dementsprechend die Konstatierung einer bestehenden Syphilis gestatten, sondern auch jene Symptome und anamnestischen Nachrichten, durch welche wir in die Lage kommen, eine syphilitische Infektion als in früherer Zeit erfolgt anzusehen. Die Konstatierung einer bestehenden Syphilis wird uns die Diagnose der Paralyse selbstverständlich erleichtern; die Symptome der Syphilis, welche zur Zeit der Paralyse, also nach einer Inkubationszeit von ungefähr 15 Jahren auftreten, werden dem gummösen Stadium der Syphilis angehören.

Die Komplikation gummöser Prozesse mit der Paralyse ist selbstverständlich nicht häufig. Sowohl das Gumma als auch die Paralyse folgen ziemlich selten der syphilitischen Infektion und es muß demnach als eine Rarität bezeichnet werden, wenn der syphilitischen Infektion einmal beide Krankheitsprozesse und noch dazu gleichzeitig folgen sollten. Immerhin ist eine Reihe von derartigen Befunden gemacht worden. Man konstatiert da zumeist Gummen der Haut, seltener Gummen parenchymatöser Organe. Als Residuen derluetischen Infektion, welche zur objektiven Konstatierung einer vorhergegangenen Syphilis dienen können, kommen in Betracht: die Skleroseresiduen und die Skleradenitis, diese beiden wohl in den sehr seltenen Fällen, bei denen die Inkubationsdauer der Paralyse, das ist die Zeit zwischen der syphilitischen Infektion und dem Ausbruche der progressiven Paralyse, eine sehr kurze ist. Ferner die charakteristischen (pigmentlosen, nierenförmigen) Narben nach gummösen Geschwüren in der Haut, die glatte Zungenatrophie, Narben und Defekte nach ulzerösen Prozessen am harten und weichen Gaumen, Mastdarmstrikturen nach ulzerösen Prozessen, Leukoderma nuchae, Verdickung des Periosts oder Tophi am Knochensystem, narbige Schrumpfung eines oder beider Testikel nach Sarkokele syphilitica. Diesen Symptomen wäre noch die post-syphilitische Veränderung an der Haut des Hodensackes, welche unlängst von NOBL beschrieben wurde, anzureihen. In einer statistischen Zusammenstellung von 200 Fällen von

progressiver Paralyse habe ich in 12 Fällen, also in 6%, derartige Kennzeichen überstandener Syphilis nachweisen können.

Die Konstatierung einer syphilitischen Infektion, welche vor Jahren stattgefunden hat, ist selbstverständlich bei der Diagnose der Paralyse von einer ziemlich großen Bedeutung, und es wird deshalb das Resultat der anamnestischen Nachforschung gewissermaßen wie ein Symptom, das zur Frühdiagnose der Paralyse berechtigt, beachtet werden. Im allgemeinen wird die Syphilis nicht verheimlicht werden, jedoch muß man bei der Unzuverlässigkeit der Kranken, bei ihrem mangelhaften Gedächtnis und insbesondere mit Rücksicht darauf, daß die venerisch Erkrankten nicht geradezu in klassischer Weise behandelt wurden, gewisse Grundsätze akzeptieren, nach denen man beurteilt, ob eine Syphilis in einem Falle als sichergestellt oder als wahrscheinlich angesehen werden kann. Diese Dinge kommen insbesondere dann in Betracht, wenn man sich eine private Statistik über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse anlegt, wie es meines Wissens bei einigen Ärzten, welche diesem Verhältnis ein Interesse entgegenbringen, der Fall ist.

Man kann den Beweis überstandener Syphilis für erbracht ansehen:

1. bei in einem Spital oder von einem verlässlichen Arzte konstatiertes Initialsklerose und Behandlung mit Inunktionen oder Quecksilberinjektionen;
2. bei einem Ulkus mit sekundärem Exanthem oder anderen konstatierten syphilitischen Allgemeinerscheinungen;
3. bei einer Genitalaffektion, die nicht näher beschrieben werden kann, und typisch-syphilitischem Auftreten von wiederholtem Abortus.

Als wahrscheinlich wird die syphilitische Infektion dann gelten, wenn

1. irgend ein venerisches Ulkus und sterile Ehe angegebe werden wird;
2. wenn eine venerische Affektion zwar geleugnet wird, aber typisch-syphilitisches Auftreten von wiederholtem Abortus zu konstatieren ist.

Um die Wichtigkeit der sterilen Ehe und des wiederholten Abortus bei der progressiven Paralyse hervorzuheben, sei mir gestattet, aus der oben angezogenen Statistik folgende Tatsachen zu erwähnen:

Ich sah unter 175 Fällen von progressiver Paralyse in 31 Fällen, d. i. 17·7% absolut sterile Ehe. Im ganzen hatten diese 175 männlichen Paralytiker 233 lebende Kinder (darunter 2 Frühgeburten), 154 der Kinder starben — meistens an Fraisen. Die Frauen dieser Patienten hatten zusammen 106mal abortiert und 30mal totgeborne Kinder zur Welt gebracht. Auch eine große Zahl der am Leben gebliebenen Kinder hatte Fraisen.

Eine Reihe von Symptomen oder Syndromen weist gleichfalls auf eine syphilitische Infektion hin, wird aber von den meisten Autoren als nichtsyphilitisch angesehen. Es ist hier nicht der Ort, gegen diese, wie mir scheint, nicht vollkommen berechnete Anschauung anzukämpfen. Dadurch, daß die jetzt zu nennenden Symptome oft isoliert der syphilitischen Infektion folgen, stellen sie gewiß eine postsyphilitische Nervenkrankung, die am zweckmäßigsten als syphilogene bezeichnet wird, dar, und es ist ihrer zum Teile bereits an früherer Stelle gedacht worden. Es sind das die Pupillenstarre, die Atrophie des Nervus opticus, die Ophthalmoplegie, die Augenmuskellähmungen, die syphilitische Migräne, die syphilitische Spätepilepsie. Dazu käme noch die syphilitische Neurasthenie, ein neurasthenischer Symptomenkomplex, der fast immer auf eine antiluetische Quecksilberbehandlung eine Besserung oder Heilung aufweist.

Auch die progressive Paralyse selbst stellt eine syphilogene Erkrankung dar und enthält oft in ihrem Krankheitsverlaufe alle syphilogenen Syndrome.

In neuerer Zeit wurde zur Erkennung einer postsyphilitischen Erkrankung die Lumbalpunktion verwendet.

Bei sämtlichen syphilitischen und postsyphilitischen (syphilo-genen) Erkrankungen des Zentralnervensystems fand sich im Liquor cerebrospinalis eine mehr oder weniger hochgradige Lymphozytose. Wenn auch diese Beobachtungen durch eine große Reihe von Arbeiten als sicherstehend anzusehen sind, wird es sich für die private Praxis zum mindesten nicht empfehlen, die Zytodiagnose in den Bereich der diagnostischen Hilfsmittel zu zählen.

Aus der Praxis.

Spontanheilung einer Fistula recto-vaginalis.

Von **Dr. M. Turnowsky**, Bezirksarzt in Maros-Vásárhely.

Ich halte es für meine Pflicht, zur Kasuistik der eigentümlichen und seltenen Vorkommnisse und Spontanheilungen bei Geburten mit der Mitteilung des folgenden Falles einen Beitrag zu liefern.

Frau N. in Maros-Vásárhely entstammt gesunden Eltern. Ihr Vater starb vor 2 Jahren im Alter von 72 Jahren an Arteriosklerose, ihre Mutter im Alter von 64 Jahren an einem chronischen Lungenkatarrh (wahrscheinlich Emphysem). Ihre Brüder starben an Lungenschwindsucht. Sie selbst war immer gesund; in ihrem 21. Lebensjahre erkrankte sie an Lupus, der so rapid fortschritt, daß sie im Verlaufe einiger Monate die ganze Nase verlor. Professor BILLROTH ersetzte die Nase mittelst einer schön gelungenen Rhinoplastik mit der Stirnhaut entnommenem Lappen. Seit dieser Operation war sie wieder vollkommen gesund. Ende 1902 heiratete sie und wurde alsbald gravid.

Am 28. September 1902, zwischen 10 und 11 Uhr vormittags, bekam sie Geburtswehen. Ich konstatierte eine ganz normale Fruchtlage und entfernte mich mit dem Versprechen, sie abends wieder zu besuchen, überzeugt, die Geburt werde erst gegen Mitternacht erfolgen. Nach kaum 2 Stunden jedoch, um 2 Uhr nachmittags, ließ mir die Hebamme sagen, das Fruchtwasser fließe auch aus dem Mastdarne heraus. Ich eilte hin und war nach einigen Minuten schon bei der Kreißenden, die folgenden Status bot: Stürmische, fast ohne Pause aufeinander folgende Wehen, bei denen sich der Kopf immer zeigt und das straffe, lederzähe Perineum kappenartig, 9 cm breit, sich spannt und stark vorwölbt. Der ganze linke Arm, fast bis zur Achselhöhle, hängt aus dem Mastdarne heraus.

Ich entschloß mich rasch zu einer ausgiebigen beiderseitigen Episiotomie, nach welcher der vorgefallene Arm sich sofort zurückzog und das Kind in einigen Minuten geboren war — es war tot, gut entwickelt, 49 cm lang.

Ich vernähte die Episiotomiewunden, führte in die Scheide Jodoformgaze ein, verordnete Opium und empfahl die größtmögliche Ruhe. An der Rekto-Vaginalfistel war wegen der außerordentlichen Körperschwäche und Erschöpfung der Patientin vor der Hand nichts vorzunehmen, um so weniger, als Pat. von dem Vorfalle des Armes durch den Mastdarm absolut nichts wußte und in diesem Zustande an die Vornahme einer Operation nicht zu denken war.

Pat. bekam 5 Tage hindurch ziemlich große Opiumdosen und sehr wenig Nahrung. Aus dem Mastdarm kam kein Tropfen Flüssigkeit, weder Blut, noch später Lochialflüssigkeit. Am 6. Tage bekam sie Rizinusöl, welches eine Darmentleerung bewirkte. In der Vagina keine Spur von Fäzes.

Der Verlauf des Wochenbettes war auffallend günstig. Kein Fieber, minimaler Ausfluß aus der Scheide, absolute Schmerzlosigkeit, fast vollständige Euphorie. Pat. blieb 3 Wochen lang ruhig im Bette liegen, jedwede Körperbewegung wurde während dieser Zeit möglichst vermieden und große Dosen Opium verabreicht, abwechselnd mit Rizinusöl.

Während der ganzen Zeit wurde sorgfältigst beobachtet, aber weder in der Scheide konnten Spuren von Fäzes, noch im Mastdarne solche von Lochialflüssigkeit wahrgenommen werden.

In der 5. Woche nahm ich die erste Digitaluntersuchung vor, in den darauffolgenden Wochen noch einige, konnte aber

keine Spur einer Fistel entdecken. Auch während der seitdem regelmäßig wiederkehrenden Menstruation beobachtete ich genau den Mastdarm, einigemal sogar mittelst in denselben eingeführter Gazestreifen, konnte aber ebensowenig die Spur einer Kommunikation zwischen Vagina und Mastdarm auffinden, wie gelegentlich einigemal aufgetretener Diarrhöen.

Die große Scheiden-Mastdarmfistel also, durch welche ein Arm von mindestens 3 cm Durchmesser vorgefallen war, muß schon in den ersten Tagen vollkommen zugeheilt sein.

Die Ruptur der Scheiden- und Mastdarmwandungen, durch welche der Arm herausfiel, kam evident so zustande, daß sowohl das äußere Genitale als auch das Perineum zäh wie Leder, hart und unnachgiebig waren, folglich bei den plötzlich und stürmisch eingetretenen Wehen der Ort des kleinsten Widerstandes nachgeben und der Riß entstehen mußte, welcher sich ohne die rasch vollzogene Episiotomie gewiß enorm erweitert und noch weiteren Körperteilen der Frucht einen Weg in den Mastdarm geöffnet hätte.

Die überraschend und fast unglaublich schnell erfolgte vollständige Zuheilung dieser großen Fistel ist aus dem Umstande erklärlich, daß die Ruptur der Scheidenwand longitudinal war, sich sofort schloß und infolge glücklicher Verhältnisse, der beobachteten strengsten Körperruhe und anderer Maßregeln weder durch Sekrete noch durch Fäzes verunreinigt wurde.

Referate.

SEHRWALD (Trier): Über die Brauchbarkeit des Phonendoskops.

Das Phonendoskop gibt Geräusche nur sehr unvollständig wieder und ändert in der Regel wesentlich ihren Charakter. Durch den angebrachten Schieber kann die Luftkammer des Phonendoskops teilweise geöffnet und der Resonator dadurch auf einen höheren Ton eingestellt werden. Die Mängel bleiben die gleichen, da das Phonendoskop nun für die tieferen Töne versagt, auf ein ebenso enges Tongebiet beschränkt ist, mit zunehmender Öffnung immer leisere Töne gibt und so seine Eigenschaft als Schallverstärker verliert. Bei geöffnetem Schieber hallen die Geräusche der Außenwelt sehr laut in der Luftkammer wider, während der Schall bei geschlossenem Schieber oft von einem störenden Dröhnen oder Brausen begleitet ist. Bei direktem Aufsetzen der Luftkammer auf den Körper kann die Feuchtigkeit oder Behaarung der Haut sehr störende Nebengeräusche erzeugen, die den Gewinn an Schallstärke kompensieren („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 5 u. 6).

Die Methode der perkutorischen Transsonanz, bei der das Phonendoskop über ein Organ aufgesetzt und die Haut mit einem Pinsel von diesem Punkt aus zentrifugal oder zentripetal gestrichen wird, ergibt deutliche Grenzen, an denen das Friktionsgeräusch leiser wird oder seinen Charakter ändert. Die so erhaltenen Friktionsfiguren, meist Kreise oder Ovale, hängen, abgesehen von der Stärke des Streichens, in erster Linie von der Oberflächenbeschaffenheit der Haut, ihrer Trockenheit, Feuchtigkeit und ihrem Fettgehalt ab, da hierdurch die ursprüngliche Lautheit der Pinselstriche bedingt wird; in zweiter Linie von der Spannung der Haut, da die Haut das reibende Geräusch um so weiter fortleitet, je stärker sie in einer Richtung gespannt ist; und drittens von der Möglichkeit freier Schwingungen für die Haut. Werden feste und zumal massive Körper von außen oder innen gegen die Haut gepreßt, so werden mit der verminderten Schwingungsfähigkeit die Friktionsfiguren kleiner. Von der Haut geht ein Teil der Schallschwingungen auf die unmittelbar darunterliegenden Teile über. Sind diese zum Mittönen geeignet, wie z. B. die starre Thoraxwand, so entstehen dann auch in ihnen Friktionsfiguren, deren Größe und Gestalt von den gleichen Momenten, wie bei der Haut, abhängt. Die von SMITH gefundenen Figuren beweisen nichts für die Gestalt und Größe des Herzens. Die Resultate von SMITH sind vielfach rein willkürlich.

Das gewöhnliche Stethoskop ist zwar für manche Untersuchungen weniger bequem zu handhaben und gibt leisere Töne, dafür sind diese aber in ihrer Fülle ungeschmälert und in ihrem Charakter

unverändert, weitaus zuverlässiger und zur Diagnose brauchbarer, so daß sich für die Praxis das einfache, solide Stethoskop noch nicht durch das kompliziertere und empfindlichere Phonendoskop, das umständlich zusammensetzen ist und mehr Raum beim Transport beansprucht, ersetzen läßt. BRAUN.

DOLLINGER (Budapest): Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses, des Nackens, der Präaurikular- und der Submaxillarisgegend.

Seit der vor 11 Jahren erfolgten Veröffentlichung dieser Methode hat Verf. dieselbe 128mal ausgeführt. Der Vorteil der Methode liegt darin, daß sie dem Pat. eine sichtbare Narbe erspart, indem der Hautschnitt in den behaarten Teil des Nackens verlegt wird. Denselben Zweck suchte BECK dadurch zu erreichen, daß er in der Richtung des projektierten Schnittes einen THIERSCHSchen Lappen bereitete, denselben mit der Haut in Zusammenhang ließ, an seiner Basis den Hautschnitt machte und über den letzteren nach vollendeter Operation den Lappen legte. Die Resultate dieser Methode sind jedoch nach den Erfahrungen des Verf.s sehr schlechte; die Narbe schaut häßlicher aus, als die nach einem gewöhnlichen Hautschnitt („Deutsche Ztschr. f. Chir.“, Bd. 72, H. 1 u. 2).

Die Methode beruht darauf, daß man sich subkutan in die Nähe der Drüse unter genauer Beleuchtung mittelst Stirnreflektors durcharbeitet und dann die Drüsen unter Entgegendrücken durch einen Assistenten mit dem Finger oder dem Elevatorium stumpf ausschält. Es ist daher leicht einzusehen, daß für diese Methode nur bewegliche, mit der Umgebung nicht verwachsene Drüsen sich eignen.

Die Nachbehandlung erfordert ebenfalls große Geduld und Übung; wenn Eiterung eintritt, muß eine kleine Kontrainzision gemacht werden, die aber so klein gemacht wird, daß die Narbe kaum sichtbar ist. In mehr als hundert Fällen trat Heilung per primam ein. Die Methode bietet nach Ansicht des Verf.s so große kosmetische Vorteile, daß sie trotz der Schwierigkeiten, die sie bietet, genau studiert und in geeigneten Fällen angewendet zu werden verdient. ERDHEIM.

LEWANDOWSKI (Berlin): Über unblutige Nervendehnung.

Bei der unblutigen Nervendehnung erfolgt eine Verschiebung und Lockerung des Nerven und seiner Umgebung, wodurch das Druckverhältnis und der Stoffwechsel wesentlich alteriert werden. Die Dehnung eines gesunden gemischten Nerven hat im allgemeinen eine lähmende Wirkung auf dessen Gebiet. Die Lähmung erstreckt sich ziemlich gleichmäßig auf die motorische, sensible, trophische resp. vasomotorische Nerventätigkeit. Der Grad der Lähmung ist proportional der aufgewendeten Kraft. Die Lähmungserscheinungen sind in hohem Grade restitutionstüchtig. Die Hauptindikation der unblutigen Nervendehnungen sind die Erkrankungen des Ischiadikus. Verf. empfiehlt („Die Therapie der Gegenwart“, 1904, Nr. 5), die Nervendehnung in der Weise vorzunehmen, daß der Patient sich so tief als möglich in einen fest an die Wand gerückten Stuhl setzt. Der Arzt umfaßt bei der Behandlung des linken Ischiadikus mit der linken Hand von unten den Unterschenkel etwas unterhalb des Knies, drückt mit seiner rechten von oben energisch das Knie des zu behandelnden Beines durch und bewegt nun zuerst langsam und schwach, dann immer schneller und stärker das gestreckte Bein gegen das Gesicht des Kranken. Diese Prozedur wird 3—6mal gemacht und 2—3mal täglich wiederholt. Eine andere Methode besteht darin, daß sich der Patient mit beiden gestreckten Beinen fest gegen eine Wand gestemmt auf die Erde legt, während der Arzt durch beiderseitigen Schultergriff den Oberkörper nach vorn zu beugen versucht. In Fällen, in denen Verwachsungen des Ischiadikus zugrunde liegen, kann man diese Übungen zweckmäßig mit der Thiosinaminbehandlung kombinieren. Verf. will auf Grund seiner Erfahrungen die unblutige Nervendehnung auch auf trophische und angioneurotische Erkrankungen der Haut ausdehnen, so namentlich auf das trophische Ekzem, die Sklerodermie, multiple neurotische

Hautangrän etc. und behauptet hier, sowie bei der Behandlung der allgemeinen Neurasthenie, gute Erfolge beobachtet zu haben. Die unblutige Nervendehnung verdiene daher eine größere Verwendung als bisher, zumal ihre Handhabung in jedem Falle einfach und ungefährlich sei und dem praktischen Arzte die Möglichkeit gewähre, eine Reihe von Kranken selbständig zu behandeln, die er sonst dem Neurologen zu überantworten gewohnt war. GRÜNBAUM.

GEORG KÜHNEMANN (Berlin): Neuere klinische Erfahrungen über Ruhr.

Gelegentlich einer ausgedehnten Ruhrepidemie konnte Verf. bei der Behandlung von 135 zum Teil sehr schweren Ruhrfällen den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden eingehend prüfen. Folgende Behandlungsmethode der akuten Ruhr hat sich ihm als zweckmäßig bewährt („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 35): In den ersten beiden Krankheitstagen erhalten die Patienten täglich dreimal einen Eßlöffel Rizinusöl. Falls eine unüberwindliche Abneigung gegen Rizinusöl besteht, muß dieses entweder in Kapseln, bzw. als Emulsion, gereicht oder Kalomel 0·2 g dreimal täglich event. Rhabarber gegeben werden. Nunmehr wird eine 12—24stündige Pause gemacht, ehe das zweite Stadium der Behandlung mit anti-diarrhoischen, styptischen oder einhüllenden Mitteln beginnt. Am zweckmäßigsten erweist sich nunmehr das Tannigen (dreimal täglich 1 g) als ein mildes, adstringierendes Mittel, welches den Magen gar nicht belästigt und Appetit und Nahrungsaufnahme nicht beeinträchtigt. Von ausgiebiger Verwendung der Opiate ist im allgemeinen Abstand zu nehmen. Wo es darauf ankommt, die Heftigkeit der Durchfälle unbedingt zu bekämpfen, bewährt sich die Tinct. opii als ein unschätzbares und unentbehrliches Mittel. Man tut dann aber gut, sie nur wenige Male und dann in größeren Dosen (10—1·25 g) zu geben, wenn man die angestrebte Wirkung erzielen will. Von sonstigen Mitteln seien noch genannt das Bismut. subnitricum (3—4mal täglich 1 g), welches sich besonders für den Übergang in die Rekonvaleszenz oder bei gleichzeitigen Magenaffektionen zur Verwendung eignet, die Mucilago Salep als vortreffliches, einhüllendes, reizmilderndes und zugleich nährendes Mittel.

In den schweren Fällen, wo das Sinken der Herzkraft in den Vordergrund tritt, muß die subkutane Kochsalzinfusion angewendet werden.

Treten schwere Magenerscheinungen, anhaltendes Erbrechen, quälender Singultus hinzu, so gibt man die zugeführte flüssige Nahrung (Hafer Schleim, Milch) in gekühltem Zustande, vereinzelt auch Eispillen. Als ein gutes Mittel gegen hartnäckiges Erbrechen bewährt sich die Jod-Jodkalilösung (Tinct. jodi 0·3, Kali jodat. 5·0, Aq. dest. 120·0, dreimal täglich 1 Eßlöffel). Von sonstigen therapeutischen Maßnahmen seien noch erwähnt: Anwendung von Kokainstuhlzäpfchen gegen Tenesmus und subkutane Morphiuminjektionen bei heftigen Koliken und unstillbarem Singultus. Doch ist anzuraten, mit der Anwendung von Narkoticis vorsichtig zu sein.

Über die Wirksamkeit der Radix Ipecacuanhae als Antidysenterikum lautet das Urteil sehr verschieden. In der Mischung als DOWERSches Pulver kommt der Ipecacuanha jedenfalls keine besondere Wirkung zu. — Bei jedem Ruhrkranken ist auf dauernde Warmhaltung des Leibes ein besonderer Wert zu legen. Einer Applikation von Eis auf das Abdomen, etwa bei stärkeren Schmerzen in der linken Unterbauchgegend oder anderer Lokalisation derselben, ist zu widerraten. Dagegen ist die Anwendung von Wärmeblasen oft notwendig. Für Darmeingießungen gilt bei akuter Ruhr als einzige Indikation das Auftreten rein blutiger Stühle. In diesen Fällen wird der etwa 300 cm³ betragenden Flüssigkeit Plumb. acet. 0·1 oder Liqu. ferri sesquichlorat. 2·0—3·0 g hinzugesetzt. Daß eine sorgfältige Auswahl der Diät von ausschlaggebender Bedeutung ist, bedarf kaum der Erwähnung. Am besten wird reine Suppendiät vertragen; unübertroffen ist vor allem die milde Wirkung des Gerstenscheims. Wird Milch vertragen, so ist sie als eines der wichtigsten diätetischen Hilfsmittel bei der Ruhrbehandlung zu empfehlen. Man gebe sie aufgekocht, etwas angewärmt und stets nur in kleineren Quantitäten von 50—100 g halb- bis einstündlich.

In der ersten Krankheitswoche beschränke man sich im allgemeinen auf die genannte Diät und lasse erst in der zweiten Woche einige Änderungen eintreten. Es ist nunmehr Milchsago, eventuell mit Eiweiß oder Tapioka in Suppe oder Bouillon, dünner Milchreis, ein weich gekochtes Ei, ungesüßter Kakao oder Racahout zu gestatten, auch dürfen den Suppen, der Fleischbrühe, der Milch, dem Kakao Zusätze von Somatose, Peptonpräparaten gemacht werden, jedoch immer nur teelöffelweise zu einer Portion und auf nicht zu lange Zeit. Als Getränk empfiehlt sich das Eiweißwasser (daß Weiße eines Hühnereies in 200 g abgekochten frischen Wassers mit wenig Zucker gelöst). Diese flüssige Kost ist beizubehalten, bis die Stühle andauernd fäkalent geworden und mindestens 8 Tage lang normale Stühle entleert sind. G.

JORDAN (Berlin): Die Indikationen zur Exstirpation der Milz.

Eine absolute Indikation bietet die Ruptur der Milz („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 52). Auch bei Vorfall der Milz durch Bauchwunden ist die Exstirpation der Reposition vorzuziehen, da eine Infektion der vorgefallenen Milz nie auszuschließen ist. Bei cystischen Milzgeschwülsten und bei primären Echinokokkuscysten der Milz ist die Ausschneidung das Normalverfahren, da Inzision und Drainage langwierig und nicht ohne Gefahren ist und das Milzparenchym doch schon geschwunden ist, wenn die Cyste lokale Drucksymptome hervorzurufen beginnt. Auch bei den seltenen festen Milztumoren (Sarkomen) hat die Exstirpation schon geheilt. Leider versagt sie völlig bei leukämischen und pseudoleukämischen Milztumoren, alle Versuche endeten mit dem Tode, so daß diese Krankheiten eine absolute Kontraindikation bilden. Die Erfolge bei Malaria milz scheinen eine gewisse Aussicht zu geben, ebenso die Fälle von einfach chronischer Hyperplasie der Milz, wie sie vorwiegend bei Frauen symptomlos vorkommt, bis sie sich durch die Raumbegrenzung bemerkbar macht. Vielversprechend ist die Exstirpation bei der BANTISCHEN Krankheit (Milzhyperplasie mit Leberzirrhose), da durch 17 derartige Operationen 14 Heilungen erzielt sind. Seltener Indikationen bilden die Wandermilz, wenn die Milz gleichzeitig vergrößert ist, und Nekrose sowie Abszesse der Milz. B.

FABER und BLOCH (Kopenhagen): Über die pathologischen Veränderungen am Digestionstraktus bei der perniziösen Anämie.

Man findet bei perniziöser Anämie sehr häufig eine diffuse Gastritis, die eine Tendenz zur Atrophie des Drüsengewebes besitzt und klinisch als Achylia gastrica auftritt („Arch. f. Verdauungskrankheiten“, Bd. X, H. 1). Man kann nicht annehmen, daß die Gastritis eine direkte Ursache der Anämie sein sollte. Eine Gastritis mit Achylie findet man recht häufig bei Pat., welche nicht im geringsten an Anämie leiden, und in einigen, besonders wohl ausgesprochenen Fällen von perniziöser Anämie war keine Achylie vorhanden, also wahrscheinlich höchstens eine wenig ausgesprochene Gastritis. Da es auch nicht denkbar ist, daß die anämische Blutveränderung selber eine Gastritis verursachen kann, so ist anzunehmen, daß Anämie und Gastritis beigeordnete Phänomene mit gemeinsamer Ursache sind, eine Anschauung, die Verf. schon in einer früheren Abhandlung darlegten. Wie sich dies erklären läßt, kann man bei unserer jetzigen mangelhaften Kenntnis über die Pathogenese der perniziösen Anämie nicht sagen. Die wahrscheinlichste Hypothese ist diejenige, welche die Anämie einem Gift ihre Entstehung verdanken läßt, das im Organismus produziert wird. Vielleicht könnte die Gastritis von einer Ausscheidung dieses Giftes durch den Magen herrühren. Der Darmtraktus ist die Stelle, von der man am natürlichsten annehmen muß, daß dort das Gift entsteht. Nachdem man festgestellt hat, daß *Bothriocephalus latus* im Darm die Ursache einer perniziösen Anämie sein kann, und nachdem man gesehen hat, daß dasselbe für Strikturen des Dünndarmes gilt, kann man keinerlei Zweifel hegen, besonders da SCHAUMANN und ROSENQVIST einfach ein blutdestruierendes Gift im *Bothriocephalus* nachweisen konnten. Selbst wenn wir bei der idiopathi-

schen, perniziösen Anämie keine pathologischen Veränderungen im Darmkanal feststellen können, braucht uns das keinesfalls an der Annahme zu hindern, daß das Gift in dem Darmtraktus entsteht. In dem einzigen publizierten Fall über die *Bothriocephalus*-Anämie, wo der Darm kurz ($\frac{3}{4}$ Stunde) nach dem Tode untersucht wurde, fand man auch keine pathologischen Veränderungen des Darmgewebes. BR.

L. FEUERSTEIN (Breslau): Über die sogenannte JUSTUSsche Hämoglobinprobe bei Syphilitischen.

Die von JUSTUS angegebene Hämoglobinreaktion des Blutes Syphilitischer wäre von außerordentlicher Wichtigkeit, weil sie in zweifelhaften Fällen die Diagnose innerhalb zweier Tage gestatten würde, ohne daß die Ausführung besondere Schwierigkeiten bietet. Daß das Blut des Syphilitikers mit den Phasen der Erkrankung gewissen Veränderungen unterworfen ist, war der Pathologie nicht fremd. Nach JUSTUS vermindert sich der Hämoglobingehalt des Blutes in nicht behandelten Fällen, um erst mit dem Schwinden der Krankheitserscheinungen seine normale Höhe zu erreichen; sowie aber der Kranke eine entsprechende Dose Hg erhält, so tritt ein weiteres Sinken des Hämoglobingehaltes um 10—20° der FLEISCHLschen Skala ein, und dieses rapide Absinken ist eben die JUSTUSsche Reaktion, weil sich weder bei Gesunden noch bei anderen Krankheiten auf Quecksilberapplikation etwas Ähnliches hat beobachten lassen. Die Reaktion ist so vorzunehmen, daß zunächst einmal, am besten an zwei Tagen hintereinander, der Hämoglobingehalt zur selben Tageszeit bestimmt wird, dann wird eine der üblichen Injektionen mit einem löslichen oder schwer löslichen Präparat, bzw. eine Einreibung gemacht und nach 8—12—24 Stunden die neuerliche Hämoglobinbestimmung vorgenommen.

Die Nachprüfung der Befunde JUSTUS' durch den Autor bildet das Substrat der vorliegenden Arbeit.

Untersucht wurden („Archiv f. Derm. u. Syph.“, LXVII) 45 Kranke, zum größten Teil mit florider Syphilis, ein kleiner Teil mit tertiären Symptomen, zwei mit Primäraffekten und der von JUSTUS geforderten, bereits vorhandenen Drüsenschwellung, ein Fall ohne diese Schwellung, schließlich auch anderweitig Erkrankte (ohne Syphilis). Die Nachprüfung verlief nach jeder Richtung negativ; von den florid Syphilitischen zeigten bloß 4 von 32 das rapide Absinken des Hämoglobingehaltes, viele reagierten gar nicht, manche zeigten das gerade entgegengesetzte Verhalten, also Steigen des Hämoglobingehaltes um 10°. Ebenso unregelmäßig reagierten die Nichtsyphilitiker, so daß der Autor zum Schlusse gelangt, eine charakteristische und spezifische Hämoglobinreaktion im Sinne JUSTUS' ist nicht zu erweisen und aufrecht zu erhalten. DEUTSCH.

Kleine Mitteilungen.

— Die Gefahren intrauteriner Injektionen erörtert ZWEIFEL („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 17). Die intrauterinen Einspülungen, welche vormals zu den täglichen Eingriffen in der Geburtshilfe und Gynäkologie gehörten, veranlaßten oft erschreckende Zufälle: Schmerz, Ohnmacht, Krämpfe. Manchmal trat Schüttelfrost mit Fieber auf, manchmal ausgesprochene Peritonitis und in seltenen Fällen sogar der Tod. Bei gynäkologischen Patienten mit unverletzter Gebärmutterinnenhaut traten nach intrauterinen Injektionen oft heftigste Koliken mit daran sich anschließender Peritonitis auf, besonders nach Injektion von Liq. ferri sesquichlorati; selbst tödliche Ausgänge wurden danach beobachtet. Diese Unglücksfälle sind durch Eindringen der Injektionsflüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle erfolgt. Deswegen sollte man bei intrauterinen Injektionen nur minimale Flüssigkeitsmengen, 1—2 Tropfen mittelst genau graduierter Spritze in den Uterus injizieren. Intrauterin können folgende Substanzen appliziert werden: Arg. nitric. (2 bis 5%), Protargol (5—20%), Alumol (5—10%), Formalin (20 bis 30%), Jodtinktur in allen Graden der Verdünnung bis zur reinen officinellen, Zinc. chlorat. (5—20%), Liq. ferri sesquichlorati, mehr oder weniger verdünnt, namentlich wo keine Entzündung der

Gebärmutter oder deren Umgebung vorliegt. Empfehlenswerter, weil weniger gefährlich als die Injektionen, sind jedenfalls die Bepinselungen, die bei normal weitem inneren Muttermund mit dem platten Silber- oder Nickelinstäbchen von SÄNGER oder gleichgeformten Hartgummistäbchen von MENGE hinreichend viel von dem Medikament in die Uterushöhle hineinzubringen vermögen.

— Das **Acoïn** benutzte DACONTO („D. Ztschr. f. Chir.“, Bd. 69) in 1%iger Lösung:

Rp. Acoïn	1·0
Natr. chlorat.	0·8
Aq. dest.	100·0

in ausgedehnter Weise zur Lokalanästhesie bei kleineren und größeren Operationen, wie Entfernung von Lymphomen, Radikaloperation von Hydrokele und eingeklemmtem Leistenbruch, und zwar mit „außerordentlich ermutigendem Erfolge“. Trotz Injektion von im ganzen 20 cm³ der 1%igen Lösung in mehreren Fällen sah er nie eine toxische Wirkung des Acoïns; Lösungen von 1—2% riefen an den Einstichstellen keine Nekrosen hervor; die anästhesierende Wirkung des Acoïns war sicher, verhältnismäßig rasch und langdauernd, der Heilungsprozeß verlief ungestört. Wenn unter den nötigen Kautelen zubereitet, waren die Lösungen monatelang haltbar und gebrauchsfertig.

— Aus einem Falle von FRÄNKEL („W. kl.-th. Wschr.“, 1904, Nr. 15) ersieht man, daß **Jodipin** ohne Schaden direkt in eine Abszeßhöhle eingespritzt werden kann; es verursacht gar keine Reizung. Der therapeutische Erfolg war ein auffallend günstiger, indem die gummösen Abszeßbildungen in den Leistenröhren ohne größere Operation in relativ kurzer Zeit und ohne Hinterlassung einer sichtbaren Narbe heilten, was gewiß nicht zu unterschätzen ist.

— Einen Beitrag zur Lehre von der blutigen **Reposition veralteter Hüftluxationen** liefert BRÜNING („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, 1904, Bd. 72) auf Grund von 3 Fällen und Mitteilungen aus der Literatur. Er zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse: 1. Bei veralteten Hüftluxationen sind nur sehr schonende Repositionsversuche gestattet. Gelingt die Reposition nicht, so suche man eine andere Luxationsform in eine hintere umzuwandeln und diese blutig zu reponieren. 2. An den Versuch der unblutigen Reposition schließe man nie direkt den blutigen Eingriff an, sondern lasse der Operation eine mehrtägige Extensionsbehandlung vorausgehen. Je frühzeitiger ein Patient in Behandlung kommt und je jünger er ist, desto größer ist die Aussicht auf ein gutes, funktionelles Resultat. Die mediko-mechanischen Übungen haben möglichst frühzeitig zu beginnen. 4. Distensionsluxationen geben immer ein schlechteres Resultat als die traumatischen Luxationen.

— Das **Isopral** hat ESCHLE („Fortschr. d. Med.“, 1904, Nr. 6) in der ihm unterstellten Kreispflegeanstalt Sinsheim wiederholt verwendet. Das neue Schlafmittel wurde zunächst in Tablettenform in der Dosis von 0·5 g bei einer Reihe von Geisteskranken gebraucht, die zum Teil infolge Jahre hindurch, auch nachts, sich beträchtlich äußernder Unruhe an die Verabreichung von Chloral, das meistens in Gestalt der sog. Charité-Mixtur noch mit Morphinum kombiniert zu werden pflegte, gewöhnt waren. Der Effekt war ein überaus günstiger. Bei schmerzhaften körperlichen Affektionen der verschiedensten Art (Neuralgien, Knochenkaries, Karzinom) blieb der beruhigende, bzw. anästhesierende, anodyne Effekt des Isoprals, wenn er auch in gewissem Grade erkennbar wurde, hinter der Wirksamkeit des Morphinums und der Opiumpräparate beträchtlich zurück. Das Gleiche ließ sich bezüglich der Beeinflussung von dyspnoischen Erscheinungen und Hustenreiz sagen. Resultatlos war die Darreichung bei Epilepsie. Hingegen war bei nervöser Schlaflosigkeit und der Agrypnie der Herzkranken der Effekt ein prompter. Über ähnliche Erfahrungen verfügt RAIMANN („Hlkde.“, 1904, Nr. 3). Er nennt das Mittel bis zu 2 g ungefährlich und glaubt eine kumrierende Wirkung nicht befürchten zu müssen.

— Die **Abortivbehandlung der Furunkulose mit überhitzter Luft** bespricht REICH („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte“, 1904, Nr. 5). Für die alltägliche Praxis genügt der kleine, sehr handliche Kalorisorator von VORSTÄDTER, welcher aus einer kleinen Spirituslampe mit vorgesetztem Asbestrohr besteht, durch welches die bis

zu 160—170° C erhitzbare Luft mittelst Kautschukgebläses getrieben wird. Zunächst bestreicht man mit dem Heißluftstrom ringartig die Umgebung der Furunkel. Je ausgebreiteter die Infiltration ist, in desto größerem Umkreise wird das hyperämische Band mittelst kreisförmiger Bewegungen des Ausflußrohres angelegt. Hierauf gelangt das Infiltrat des Furunkels bei stetem Pendeln des Schlauches unter den Heißluftstrom. Die ganze Prozedur nimmt 3—8 Minuten in Anspruch. Es ist zweckmäßig, sie zwei- bis dreimal am ersten Tage, dann täglich einmal bis zum Abtrocknen vorzunehmen. Nach der Sitzung bleibt der Furunkel unbedeckt. Nur an Stellen, wo stärkerer Druck oder Reibung unvermeidlich sind, legt man einen Wattebausch auf, der mit einigen Mullbindentouren fixiert wird.

— Die günstigen Erfahrungen, die allorts mit **Theocin** bei Ödemen kardialen Ursprungs gemacht wurden, bestätigt HUNDT („Ther. Monatsh.“, 1904, Nr. 4). Bei chronischer Nephritis konnte im allgemeinen nur eine verhältnismäßig geringe Wirkung des Mittels konstatiert werden. Im Gegensatz hierzu bewährte sich das Theocin bei akuter Nephritis überraschend gut. Bei Serositiden ließ sich kein Erfolg erzielen. Verf. gab das Theocin in Pulvern von 4—6mal täglich 0·15 g oder Tabletten von 0·1—0·2. Die Wirkung versagte nach 2—5 Tagen, trat jedoch nach zweitägigem Aussetzen immer wieder ein.

Literarische Anzeigen.

Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. Bearbeitet und herausgegeben von **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Senator** und **Dr. med. S. Kaminer**. München 1904, J. F. Lehmann.

Eine Fülle von Tatsachen, die vollauf geeignet sind, die gebräuchliche ärztliche Auffassung über die hygienische Bedeutung der Ehegemeinschaft auf ein höheres Niveau zu heben und den Blick für die gesundheitliche Wichtigkeit derselben auch im Volksleben zu erweitern, ward in dem vorliegenden Werke aufgespeichert. Die Träger bedeutender Namen wie EULENBURG, EWALD, FÜRBRINGER, M. GRUBER, HAVELBURG, HOFFA, weil. JOLLY, F. KRAUS, LEYDEN, NEISSEB, ORTH, POSNER u. a. haben sich zur Bearbeitung des weltumfassenden Themas vereinigt. Was Wunder, daß so nicht nur ein bedeutungsvolles, sondern auch ein interessantes, anregendes und überaus lesenswertes Werk zustande kam. Die erste und zweite Abteilung desselben enthalten: 1. Einleitung (SENATOR); 2. Hygienische Bedeutung der Ehe (M. GRUBER); 3. Ererbte und angeborne Krankheitsanlagen und Krankheiten (J. ORTH); 4. Blutverwandtschaft in der Ehe und deren Folgen für die Nachkommenschaft (F. KRAUS); 5. Klima, Rasse und Nationalität (HAVELBURG); 6. Sexuelle Hygiene in der Ehe (FÜRBRINGER); 7. Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation (KOSSMANN); 8. Konstitutionskrankheiten und Ehe (SENATOR); 9. Blutkrankheiten und Ehe (ROSIN); 10. Krankheiten des Gefäßapparates (v. LEYDEN und WOLFF); 11. Atmungsorgane (KAMINER); 12. Verdauungsapparat (EWALD); 13. Nierenkrankheiten (RICHTER); 14. Bewegungsapparat (HOFFA); Augenkrankheiten (ABELSDORFF). BR.

Über die Behandlung der Hypopyon-Keratitis mit den Sera von Prof. TIZZONI-PANICHI und Doktor ROEMER. Von Dott. Calderaro Sienna. Heidelberg 1903.

Durch die Untersuchungen von AXENFELD, UTHOFF u. a. wurde bei der Hypopyon-Keratitis fast konstant der FRÄNKELsche Diplokokkus gefunden, so daß es nahelag, das Antipneumokokkenserum zu den subkonjunktivalen Injektionen zu benutzen, u. zw. wurden die Sera von TIZZONI und ROEMER bei 35 Patienten in verschiedenen Graden von Erkrankungen verwendet. Aus seinen Erfahrungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. Der Gebrauch des Antipneumokokkenserums ist bei der Hypopyon-Keratitis indiziert, u. zw. genügen beim Beginn der Erkrankung zwei subkonjunktivale Injektionen und zweistündliche Instillationen in den Bindehautsack.

2. In Fällen vorgeschrittener Krankheit kann jedoch Galvano-kautik und Parazentese nicht entbehrt werden.

3. Das Serum von TIZZONI ist dem von ROEMER wegen seiner größeren Wirksamkeit, Leichtigkeit der Konservierung und seines mäßigen Preises vorzuziehen.
BONDI-Iglau.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XII.

BRODITZ (Frankfurt a. M.): Über die Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen.

Nach Verf.s Erfahrungen ist das Alkoholinjektionsverfahren für ambulante Behandlung, wenn eine Radikaloperation aus diesen oder jenen Gründen nicht ausgeführt werden kann, ein brauchbares Verfahren und hat in einigen Fällen einen vollkommenen Verschluss der Bruchpforte, besonders bei Kindern, im Gefolge gehabt.

Zur Frage der Behandlung großer Hernien nimmt das Wort Helferich-Kiel, der an die von ihm vor Jahren empfohlene Herniotomia externa erinnert.

Kausch (Breslau) sieht nur in dem schlechten Allgemeinzustand eine Kontraindikation zur Operation.

Braun (Göttingen) empfiehlt elastische Bindeneinwicklung.

V. BECK (Karlsruhe): Die chronische Kolitis und ihre Behandlung auf Grund chirurgischer Erfahrungen.

Beobachtungen an 6 Fällen, die zum Teil mit Gastro-Enterostomie, resp. Darmausschaltung behandelt und in 5 Fällen geheilt sind. Die Fälle haben gezeigt, daß der Mensch die Ausschaltung des ganzen Dickdarms verträgt. „Wir können ihn entbehren!“

Braun (Göttingen) fürchtet, daß wir mit solchen Anschauungen über die Unwichtigkeit des Kolon dahin kommen könnten, daß wir mit dem Appendix zugleich das Kolon entfernen.

BORCHARD (Posen): Ileus infolge von frischer syphilitischer Neubildung der Flexura lienalis.

BORCHARD teilt einen seltenen Fall von Darmverschluss mit, der entstanden war durch eine frische syphilitische Neubildung an der Flexura lienalis. Die Neubildung hatte sich in der vorderen und einem kleinen Teil der hinteren Wand ausgebreitet, das überkleidende Peritoneum war mit eigentümlicher fibrinös-sulziger Auflagerung bedeckt und hierdurch war die Darmschlinge an die ähnlich einer zirrhotischen Leber syphilitisch erkrankte Milz herangegangen. Die Affektion wurde als syphilitisch bei der Operation erkannt, der Bauch in der Mittellinie geschlossen, ein künstlicher After am Colon ascendens angelegt und mit antiluetischer Behandlung begonnen. Es trat völlige Heilung mit völliger Rückbildung der vergrößerten Milz ein, nach dem im weiteren Verlauf der künstliche After wieder operativ geschlossen worden war. Die 36jähr. Patientin, die mit 15 Jahren die ersten Erscheinungen einer kongenitalen Syphilis gezeigt hatte, ist jetzt, 1½ Jahre nach der Operation, frei von jeglichen Darmstörungen.

STEINTHAL (Stuttgart): Die Methoden der Dickdarmresektion.

Vortragender wendet sich besonders gegen die Vorlagerungsmethode, die nach seiner Meinung oft Schuld an den Rezidiven sei. Gegen diese Ansicht wendet sich Kausch (Breslau).

WULLSTEIN (Halle): Gangränzerzeugung in der Magen-Darmchirurgie.

W. beschreibt seine Methode der Ausschaltung bestimmter Darmteile und der Herstellung von Kommunikationen — Anastomosen — zwischen Magen und Darm, Darm und Gallenblase etc.; er heilt so Invaginationen, macht Darmresektionen etc. Das Prinzip ist, den betreffenden Darmteil entweder in der einen oder anderen Form zu invaginieren und durch mechanische, chemische (Karbolsäuren) und thermische Mittel zur Gangrän zu bringen, oder nur das letztere zu tun. Dabei hat er schon in 30 Stunden Ausschaltungen des betreffenden Teiles erzielt. Auf diese Weise konnte W. die Gastroenterostomie ohne jede Assistenz, ohne jede Blutung in kürzester Zeit herstellen.

LANZ (Amsterdam): Beitrag zur Splanchnotripsie.

Demonstration eines Instruments zur Darmresektion durch Zerquetschung, wie wir es bereits von DOYEN kennen gelernt haben, und Bericht über seine Erfolge mit demselben.

REHN (Frankfurt a. M.): Demonstration einer Invagination des Diverticulum Meckelii des Jejunum mit sekundärer Invagination des Dünndarms.

Das Divertikel saß mehr nach dem Mesenterium hin, nicht wie gewöhnlich an der Konvexität. Der Patient litt lange unter der Diagnose Neurasthenie. Demonstration des Präparats.

KLAPP (Greifswald): Experimentelle Studien zur Lumbalanästhesie. (Mit Demonstration an einem Hunde.)

K. legt Wert auf den Zusatz von resorptionsverlangsamenden Mitteln zu dem Kokain, Adrenalin, wozu ihm Öl, Gelatine etc. gedient haben. Man kann so die sonst tödliche Dosis von Kokain anwenden, ohne Vergiftungserscheinungen zu beobachten.

BRENTANO (Berlin): Über einen Fall von HIRSCHSPRUNGScher Krankheit.

Der Fall, ein 11jähriger Knabe, wurde erst mit Lösung der Adhäsionen, Ausstreichen des Darminhalts behandelt. Als aber bald ein Rezidiv auftrat, das unter der Diagnose eines postoperativen Ileus wieder operiert wurde, legte B. eine Darmfistel an. Der Knabe ging an Peritonitis zugrunde. Das Präparat zeigte ein Kolon von 120 cm Länge mit einer angeborenen Strikture im Mastdarm und erinnert makroskopisch eher an einen Ochsenmagen als an einen Dickdarm von einem Knaben.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.

TH. RUMPF: Über den Fettgehalt des Blutes und einiger menschlicher Organe.

Votr. berichtet über eingehende Untersuchungen des Fettgehalts des Blutes, welche er gemeinschaftlich mit DENNSTEDT und GRONOVER angestellt hat. Aus diesen Untersuchungen ergibt sich: Der Fettgehalt des Blutes schwankt je nach dem Verdauungsstand außerordentlich und ist deshalb schwer zu beurteilen. Doch ist eine regelmäßige und starke Erhöhung bei Fällen von Coma diabeticum nicht anzunehmen. Sie kommt in geringem Maße vor, scheint sich aber nur ganz ausnahmsweise zu den von ZAUDY und FISCHER erhobenen Werten zu steigern. In höherem Grade und regelmäßiger scheint die Arteriosklerose mit einer Vermehrung des Blutfettes einherzugehen. Der Fettgehalt des Herzens und der Muskulatur kann eine beträchtliche Erhöhung erfahren. Im Herzen sowohl wie in der Muskulatur scheinen 16 Teile Fett auf 100 Teile Trockensubstanz noch den nichtpathologischen Werten zugerechnet werden zu müssen. Es ergibt das 1 g Stickstoff auf 1.2—1.3 g Fett. Dabei muß allerdings in Betracht gezogen werden, daß außer der Fettinfiltration noch ganz andere Veränderungen für die Leistungsfähigkeit in Betracht zu ziehen sind. In pathologischen Verhältnissen fanden sich als höchste Werte auf 100 Teile Trockensubstanz

im Herzen 59.32 g Fett
in der Muskulatur 47.6 g

Es ergibt das 1 g Stickstoff auf 2.3 g Fett. Ein ganz ähnliches Verhältnis läßt sich aus den von ROSENFELD untersuchten Herzen berechnen. Der Fettgehalt der Leber erhebt sich in den Untersuchungen des Votr. bis zu 190% der frischen und 56.6% der trockenen Substanz. Von der Trockensubstanz der Leber können 19.6% an Fett wohl noch als normal bezeichnet werden. Alkoholismus und vorgeschrittene Tuberkulose müssen als die wichtigsten ätiologischen Momente bezeichnet werden. Für den Alkoholismus kommen indessen nur die frühen Stadien in Betracht, da mit den später einsetzenden Schrumpfungsprozessen der Fettgehalt bis zur Norm und unter diese sinken kann. Auch bei Karzinose fanden sich hohe Fettwerte der Leber. In den späteren Stadien des Diabetes fand sich nur ein mittlerer Fettgehalt, bald unter dem Durchschnittswert, bald etwas darüber.

Der Fettgehalt der Nieren schien bei Stauungs- und Schrumpfungen teilweise erhöht zu sein.

Das menschliche Fett enthält unter den festen Fettsäuren neben Palmitinsäure und Stearinsäure noch Myristinsäure oder Laurinsäure; vermutlich sind auch der Ölsäure noch andere flüssige Fettsäuren gelegentlich beigemischt. Eine konstante Zusammensetzung des menschlichen Fettes gibt es nicht.

Medizinische Gesellschaft in Gießen.

V. TABORA: Über Leukämie.

Votr. bespricht die neueren Theorien über das Wesen der Leukämie, insbesondere die NEUMANN-WALZ-PAPPENHEIMSche „einheitlich myelogene“ Auffassung, und demonstriert zwei Fälle der chronischen Form, die nach ihrem Blutbefunde dem „gemischtzelligen Typus“ zugehören. In der Anamnese des einen verdient ein schweres Trauma auf die Milzgegend mit Rücksicht auf die Unfallgesetzgebung besonderes Interesse. Die auffällige Erscheinung, daß die Krankheit so häufig — wie auch in den beiden vorgestellten Fällen — nicht erkannt wird, erklärt sich offenbar aus der Unbestimmtheit der Symptome. Einen wichtigen diagnostischen Anhaltspunkt, auf den bisher nicht mit zureichendem Nachdruck hingewiesen worden ist, bietet das Aussehen des Harns: massiges Harnsäure- und Uratsediment bei normaler Tagesmenge und Farbe. Ein solcher Harn ist geradezu pathognomonisch für Leukämie. Da bei guter Nierenfunktion und einigermaßen gleichmäßiger Ernährung die Bedingungen für das Ausfallen des erwähnten Sediments — mit Ausnahme des spezifischen Gewichts — sich gleichsinnig mit der Größe des Leukozytenzerfalls ändern, bildet die Zahl: $\frac{\text{Sedimentmenge}}{\text{Spez. Gewicht}}$ — die Votr. den „uratischen Quotienten“ zu nennen vorschlägt — einen recht brauchbaren Anhaltspunkt für die Beurteilung eben dieses Zerfalls und ist somit auch prognostisch bis zu einem gewissen Grade wertvoll, namentlich für den Arzt, dem die Hilfsmittel eines Laboratoriums nicht zur Verfügung stehen. In therapeutischer Hinsicht sind namentlich die Versuche einer serotherapeutischen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs von Interesse. So gelang es FRANKE, durch Injektion leukämischen Serums unter die Bauchhaut von Kaninchen ein Lysin, respektive „Leukotoxin“ (METSCHNIKOFF) zu erhalten, das streng spezifische Wirkung zeigte. Leider liegt die erfolgreiche praktische Verwertung dieser Bestrebungen noch in weitem Felde und wir sind nach wie vor auf eine roborierende und symptomatische Therapie angewiesen. Als Tonikum von besonders günstiger Wirkung ist der Sauerstoff zu nennen, falls durch längere Zeit täglich 30–40% inhaliert werden. Man beobachtet danach fast regelmäßig, auch da, wo Arsen, Jod und Eisen versagt haben, eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes, die mit Erhöhung des Stickstoffansatzes und Abnahme der Leukozytenzahl einhergeht.

Notizen.

Wien, 16. Juli 1904.

(Universitätsnachrichten.) Der Assistent an der geburtshilflich-gynäkologischen Abtheilung der Charité in Berlin Privatdozent Dr. FRANZ hat den Professortitel erhalten. — Professor Dr. MENGE in Leipzig ist als Nachfolger VERTS nach Erlangen berufen worden. — Der Hygieniker Prof. Dr. GAFFKY in Gießen hat eine Berufung an das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin angenommen. — Prof. WALDEYER ist von der französischen Akademie der Wissenschaften zum korrespondierenden Mitgliede gewählt, der Extraordinarius für Psychiatrie in Heidelberg Dr. FRANZ NISSEL zum ordentlichen Professor ernannt worden.

(Personalien.) Hofrat Prof. Dr. ERNST LUDWIG beging am 15. Juli sein 40jähriges Doktorjubiläum, am 2. August feiert er den 30. Jahrestag seiner Ernennung zum Ordinarius an der Wiener Universität. — Der mit dem Titel und Charakter eines Hofrates bekleidete Hof-Sanitätsreferent Dr. VIKTOR MAUCZKA ist zum Hofrate ernannt worden. — Der Oberstabsarzt Dr. VOLLBRECHT in Darmstadt hat einen Ruf als Organisator des türkischen Militär-Medizinalwesens angenommen. — Die Bezirksärzte Dr. IGNAZ JELOVŠEK in Radmannsdorf und Dr. JOHANN VASPOTIĆ in Krain sind zu Oberbezirksärzten ernannt worden.

(32. Deutscher Ärztetag.) Aus Rostock schreibt man uns: Der diesjährige Ärztetag hat in unserer kleinen Universitätsstadt am 24. und 25. Juni getagt. Es waren 267 Abgeordnete, welche 20.080 Stimmen vertraten, zugegen. Nachdem der Vorsitzende LÖBKER in seiner Eröffnungsrede die Ausbildung der Mediziner, beziehungsweise das praktische Jahr, und die Zwistigkeiten mit den Kassen in kurzen und treffenden Worten besprochen, erstattete die Kommission über die Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen und die Entwicklung der Selbsthilfe ihren Bericht. Der Referent MAYER (Fürth) konstatierte mit

Genugtuung, daß im Verhältnisse zwischen Ärzten und Krankenkassen eine bedeutsame Wandlung zugunsten der ersteren eingetreten sei und daß sich die Regierungen den Ärzten freundlicher gegenüber zu stellen beginnen. Auch die Kommission für das ärztliche Unterstützungs- und Versicherungswesen vermochte auf ein arbeits- und erfolgreiches Jahr zurückzublicken. Die Kurpfuscherei-Kommission hat unter Zuziehung eines juristischen Beirates Vorschläge zur Änderung der bestehenden Gesetzgebung vorbereitet. Schließlich wurde — wie im Vorjahre — allen Kollegen der Beitritt zu der Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands auf das wärmste empfohlen.

(Ärztammerwahl.) Die Neuwahl der Mitglieder der Ärztekammer für Niederösterreich (mit Ausnahme von Wien) wird am 8. August d. J. stattfinden.

(Die Erhöhung der Spitalsgebühren.) Wir haben seinerzeit gemeldet, daß die Krankenkassen gegen die Erhöhung der Gebühren an den Wiener k. k. Krankenanstalten eine Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof gerichtet haben. Diese Beschwerde ist nunmehr mit der Begründung zurückgewiesen worden, daß die Statthaltereiverordnung, betreffend die Erhöhung der Spitalsgebühren, gesetzlich erlassen worden ist und die Statthalterei keineswegs verpflichtet war, sich vorher mit den Kassenvorständen ins Einvernehmen zu setzen.

(Ein angeklagter Arzt.) Ein Kollege hatte die ihm zugesandte Probenummer der Zeitschrift „Der Impfgegner“ mit einer die Tendenz dieses Blattes kennzeichnenden, geringschätzenden Bemerkung, die er auf die Außenseite desselben geschrieben, zurückgeschickt. Dies veranlaßte den Redakteur des „Impfgegner“ zur Überreichung der Ehrenbeleidigungsklage gegen den Kollegen. Der letztere erbot sich bei der ersten Verhandlung zur Erbringung des Wahrheitsbeweises und beantragte die Einholung von Gutachten eines Gerichtsarztes, der zuständigen Ärztekammer und der medizinischen Fakultät. Da sämtliche Gutachten übereinstimmend die Tendenz der genannten Zeitschrift als höchst verwerflich bezeichneten, wurde der beklagte Kollege freigesprochen.

(Die freie Arztwahl.) Aus Berlin schreibt man uns: Die Anhänger der freien Arztwahl haben in den letzten Tagen ein schweres Mißgeschick erfahren. Die allgemeine Ortskrankenkasse hat nämlich beschlossen, ihr seit mehreren Jahren bestehendes Vertragsverhältnis zum Vereine frei gewählter Krankenkassenärzte zu kündigen und einen Vertrag mit dem Verein Berliner Kassenärzte einzugehen. — Wir bemerken hierzu, daß die drei ländlichen Ortskrankenkassen im Herzogtum Koburg, die Krankenkasse in Hohenneudorf, sowie jene in Wiesbaden und Straßburg i. E. neuerdings die freie Arztwahl durchgeführt haben.

(Krankenhausbauten.) Im Anschlusse an das Kaiser Franz Josefs-Spital in Wien wird aus privaten Mitteln ein neues Kinderkrankenhaus mit einem Fassungsraume für 100 Betten errichtet. — Die Münchener städtischen Kollegien haben am 1. d. M. den Bau eines neuen großen Krankenhauses in München beschlossen.

(Sanitäres.) Der Impfhauptbericht der n.-ö. Statthalterei an das Ministerium des Innern konstatiert einen bedauerlichen Rückgang der Impfungsziffer und sieht die Ursache dieser Erscheinung in dem Mangel des richtigen Verständnisses in der Bevölkerung für die Bedeutung der Impfung und in der ungehinderten Agitation der Naturheilkünstler gegen dieselbe.

(Der 7. internationale Kongreß für Ohrenheilkunde) wird vom 1. bis 4. August 1904 in Bordeaux tagen. Auf der Tagesordnung stehen: Wahl einer einfachen und praktischen akumetrischen Formel; Berichterstatter: POLITZER, GRADENIGO, DELSAUX. Diagnose und Behandlung der Labyrinthierungen; Berichterstatter: BRIEGER, v. STEIN, DUNDAS GRANT. Technik der Operation und Nachbehandlung des otogenen Hirnabszesses; Berichterstatter: KNAPP, SCHMIEGELOW, BOTY.

(Die Tuberkulose unter der deutschen Arbeiterschaft.) Laut statistischem Nachweis hat die deutsche Arbeiterversicherung im Jahre 1902 12.187 tuberkulöse Männer und 4302 tuberkulöse Frauen der Heilbehandlung unterziehen lassen.

(Statistik.) Vom 3. Juli bis inklusive 9. Juli 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7332 Personen behandelt. Hiervon wurden 1710

entlassen, 199 sind gestorben (10,4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 21, Scharlach 29, Masern 380, Keuchhusten 15, Rotlauf 37, Wochenbettfieber 6, Röteln 1, Mumps 19, Influenza —, Botz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 579 Personen gestorben (— 35 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Kreisgerichtsarzt i. P. Dr. WILHELM v. KESSLER aus Hermannstadt; in Berlin der Urologe Geh.-San.-Rat Dr. FÜRSTENHEIM, 68 Jahre alt; in Beckenried der Geh.-San.-Rat Dr. PAGENSTECHEr, Chefarzt der ärztlichen Krankenanstalten in Elberfeld; in Amsterdam der medizinische Historiker Dr. HENDRICK PAYPUS; in Stockholm der bekannte Physiologe Prof. Dr. LOVÉN; in St. Petersburg Dr. HUGO FREMMERT, ein in publizistischer und sozialer Beziehung hochstehender Kollege, im 67. Lebensjahre; in Teheran der türkische Sanitäts-Delegierte Dr. VANNI an der Cholera; in Pittsburg der Gynäkologe Professor Dr. J. M. DUFF; in Palermo der Direktor der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Prof. Dr. PIERLEONE, im Alter von 46 Jahren; in Deutsch-Südwestafrika der Marinearzt Dr. TIBURTIUS an Typhus.

Eingesendet.

An die Ärzteschaft in Österreich!

Zur Aufklärung betreffend den „Österreichischen Ärztevereinsverband“ und dessen Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institut.

An den Geschäftsausschuß des „Österreichischen Ärztevereinsverbandes“ und an einzelne seiner Mitglieder sind Anfragen gelangt, aus welchen hervorgeht, daß viele Kollegen über das Verhältnis des „Verbandes“ zum „Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institut“ und zu den Ärztekammern nicht im klaren sind. Der unterzeichnete Geschäftsausschuß sieht sich daher zu folgender aufklärender Darstellung veranlaßt: Den Bemühungen des Geschäftsausschusses des im Jahre 1878 begründeten „Österreichischen Ärztevereinsverbandes“ ist es gelungen, dem im Jahre 1882 von ihm gegründeten und seither von ihm verwalteten Witwen- und Waisen-Institut zahlreiche neue Mitglieder und erhebliche finanzielle Mittel, in erster Reihe eine staatliche Subvention zuzuführen. Die Mehrzahl der Ärztekammern hat sich bereit erklärt, für ihre Angehörigen als Mitglieder des Institutes den Jahresbeitrag von 2 K zu entrichten und als Landeskommissionen zu fungieren, d. h. die Beiträge der Institutsmitglieder einzuhoben, die einlangenden Unterstützungsgesuche zu prüfen und die Höhe der Unterstützungsbeiträge festzusetzen. Der Geschäftsausschuß des „Ärztevereinsverbandes“ ist den geehrten Ärztekammern für diese ihm gewährte Erleichterung der Verwaltung des Institutes zu großem Danke verpflichtet. Die Verwaltung des Institutes selbst obliegt statutenmäßig dem Ärztevereinsverbande; das Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institut bildet sozusagen einen integrierenden Bestandteil des Verbandes, welcher sich nicht, wie vielfach geglaubt wird, aus einzelnen Personen, sondern aus Vereinen zusammensetzt, während das Institut aus individuellen Mitgliedern besteht, welche durch Entrichtung des Mitgliederbeitrages ihren Witwen und Waisen das Anrecht auf eine Unterstützung sichern; es ist eines der letzten Ziele des Verbandes, diese Unterstützung zu einer Pension zu machen. Eine naturgemäße Folge der Organisation des Verbandes ist es, daß nur Angehörige von Verbandsvereinen ordentliche Institutsmitglieder sein können; um aber allen Kollegen den Eintritt in das Institut zu ermöglichen, kennt das Institut auch außerordentliche, d. h. solche Mitglieder, welche einem Verbandsvereine nicht angehören, dagegen aber erhöhte Beiträge zu zahlen haben. Bei dieser Gelegenheit sei bemerkt, daß vom 1. Juni ab alle Mitglieder des Institutes eine Eintrittstaxe zu zahlen haben werden, und zwar ordentliche eine solche von 5, außerordentliche eine solche von 10 K. Eine weitere naturgemäße Folge der Organisation besteht darin, daß nur die Verbandsvereine und somit auch nur die ordentlichen Mitglieder des Institutes auf die Verwaltung desselben Einfluß nehmen können. Dies geschieht auf den Ärzteeinstagen, zu welchen jeder Verbandsverein seine Delegierten entsendet, und auf welchen die Wahl des Geschäftsausschusses erfolgt. Seinerzeit hat der Verband durch Schaffung dieses Institutes einen seiner vornehmlichsten Zwecke erfüllt; aber damit ist seine Aufgabe nicht erschöpft. Sein Fortbestand ist eine Notwendigkeit; die Ärztekammern haben ihn nicht überflüssig gemacht, denn der Verband repräsentiert die Organisation der österreichischen Ärzteschaft, und diese Organi-

sation mit allen Kräften zu unterstützen und zu stärken, ist in seinem eigenen Interesse Pflicht eines jeden Kollegen. Die durch den Verband repräsentierte Organisation der Ärzteschaft Österreichs hat zunächst den Beruf, die Kammern der Ärzte in der Tätigkeit zu unterstützen, dort aber nach Kräften für die wirtschaftlichen Interessen einzutreten, wo das Gesetz der Tätigkeit ihrer Kammer Grenzen zieht. Mögen daher auch die wenigen Vereine, welche dem Verbands sich noch nicht angeschlossen haben, ihm beitreten und das geringe Opfer des Jahresbeitrages von 20 h pro Mitglied nicht scheuen, um so den Ausbau unserer Organisation zu vollenden.

Der Geschäftsausschuß des österreichischen Ärztevereinsverbandes: Dr. ANTON LOEW, Ehrenpräsident, Reg.-R. Dr. SVETLIN, Präsident, k. Rat. Dr. LERCH, Vizepräsident, Dr. KARL KOHN, Schriftführer, Dr. ED. FISCHER, Kasseverwalter, Dr. SKORSCHBAN, Schatzmeister des Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institutes, Dr. HEINRICH ADLER, Prof. Dr. FINGER, Prim. Dr. HEIM, Dr. SCHWARZ, Dr. SCHOLZ.

Professor BENEDIKT wohnt vom 15. September 1904 IX., Mariannengasse Nr. 1.

Momentphotographie. In $\frac{1}{1000}$ Sekunde Bewegungsmomente auf die lichtempfindliche Platte zu fixieren, war bisher die Höchstleistung, die von der besten photographischen Kamera verlangt wurde. Die Technik ist inzwischen rastlos fortgeschritten. Heute werden Kameras gebaut, die infolge ihrer Konstruktion und Optik Belichtungen bis zu $\frac{1}{2000}$ Sekunde ermöglichen. Es können mit diesen Apparaten Momente festgehalten werden, die das menschliche Auge nicht im entferntesten wahrzunehmen imstande ist. Die ersten Apparate dieser hohen Leistungsfähigkeit sind die bekannten „Union“-Kameras von Hugo Stöckig & Co., Dresden-Bodenbach. Ein Prospekt liegt unserem heutigen Blatte bei.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- W. Mithlacher, Pflanzen und vegetabilische Drogen. Wien und Berlin 1904. Urban & Schwarzenberg. — M. 6.—
G. Mayerhausen, Zifferntafeln zur Bestimmung der Sehschärfe. Berlin 1904, H. Peters.
C. A. Ewald, Gallenblase und Gallengänge. Berlin 1904, L. Simion Nf. — M. 1.—
Th. Landau, Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden. Berlin 1904, A. Hirschwald.
Die hygienischen Verhältnisse der größeren Garnisonsorte der österr.-ungar. Monarchie. Wien 1904.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegt ein Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst über „Valyl“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Bei Rheumatismus, Gicht,

Podagra,

Ischias, Lumbago, Paralyse

badet man am besten in Bädern mit Zusatz von

Mattoni's Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend

schon nach wenigen Bädern.

MATTONI'S Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Indiziert bei
Anämie, Rachitis, Neurasthenie, Kachexien
und Erschöpfungszuständen aller Art als
wirksamstes Kräftigungsmittel
und zuverlässiges Nerventonicum.

Sanatogen

Absolut reizlos,
daher tadelloß bekömmlich, wird gern genommen.
Den Herren Ärzten stehen Proben
und Literatur kostenlos zur Verfügung.
Bauer & Cie., Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.
Generalvertretung: Apoth. C. Brady, Wien, I., Fleischmarkt 1.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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. 30 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 2spaltige Nonpareille-Zelle oder deren Raum mit 50 Pf. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die hygienischen Einrichtungen in Heilanstalten für Lungenkranke. Von Dr. HUGO KRAUS, leitendem Arzt des Sanatorium Wienerwald. — Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Von Dr. JOSEF A. HINZEL, Privatdozent. — Referate. CHMILINSKI (Hamburg): Bemerkungen zum Nachweise und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalte von Magen und Darm. — J. J. KUNST (Batoe Djarjar, Java): Über die Behandlung Malariskranker mit Aristochin. — EDMUND SAALFELD (Berlin): Zur inneren Behandlung der Urethrobrennorrhoe. (Aus Dr. EDMUND SAALFELDS Ambulatorium für Haut- und Harnkrankheiten in Berlin.) — BORCHARD (Posen): Die Bedeutung des Trauma bei der Syringomyelie vom versicherungsrechtlichen Standpunkte. — J. ALMKVIST (Stockholm): Experimentelle Studien über die Lokalisation des Quecksilbers. — RUDOLF v. HÖSSLIN (Neuwittelsberg): Über zentrale Schwangerschaftslähmungen der Mutter. — H. SELLHEIM (Freiburg i. B.): Zur Dosierung der physikalischen Heilmethoden in der Geburtshilfe und Gynäkologie. — CASSEL (Berlin): Über Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten. — **Kleine Mitteilungen.** Über die Wirkung von Arzneimitteln auf das Endometrium. — Veronal als Schlafmittel. — Knochenplombierung. — Behandlung der chronischen Endometritis. — FICKESCHES Typhusdiagnostikum. — Intravenöse Sublimatlösungen. — Aristol. — Die Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes. — Rheumasan bei Tylosis palmaris. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Von Prof. Dr. HERMANN EICHHORST. — Toxikologisch oder forensisch wichtige Pflanzen und vegetabilische Drogen mit besonderer Berücksichtigung ihrer mikroskopischen Verhältnis-e. Von Doz. Dr. WILHELM MITLACHER. — Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung. Von Doz. Dr. ERNST EHRRHOOTH. — **Feuilleton.** Nauheimer Brief. (Orig.-Korresp.) — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** 33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 6.—9. April 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) XIII. — **Aus französischen Gesellschaften.** (Original-Bericht.) — **Notizen.** — **Eingesendet.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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 hygienischen Einrichtungen in Heilanstalten für Lungenkranke.

Von Dr. Hugo Kraus, leitendem Arzt des Sanatorium Wienerwald.*)

Unter den vielen bei Lungentuberkulose versuchten Behandlungsmethoden hat sich nur eine einzige zu behaupten vermocht, nämlich die von BREHMER-DETTWEILER.

Diese Methode hat nicht nur den Vorzug, daß sie vollständig frei ist von schädlichen Nebenwirkungen — was man von vielen, in letzter Zeit gegen Tuberkulose empfohlenen Mitteln nicht sagen kann —, sondern sie hat auch wirklich bleibende Erfolge aufzuweisen, wenn man nur gerechte Forderungen an sie stellt. Werden die Fälle rechtzeitig, d. h. in einem möglichst frühen Stadium der Behandlung in einer geschlossenen Heilanstalt vom Arzte zugewiesen, haben die Patienten Gelegenheit, die notwendige Zeit ganz ihrer Gesundung zu widmen, so bleiben die Erfolge nur selten aus.

Worin die Methode besteht, ist heute allgemein bekannt. Vor allem sorgt sie für den möglichst ausgedehnten, uneingeschränkten Genuß von Luft und Licht, verbunden mit der nötigen körperlichen und geistigen Ruhe, für gute Ernährung sowie für Abhärtung. Selbstredend wird nötigenfalls auch zu Medikamenten gegriffen, um einzelne Symptome oder Komplikationen zu bekämpfen, ebenso wie auch der chirurgische Eingriff bei tuberkulösen Lokalprozessen zu Recht

kommt. Welche Rolle das Tuberkulin oder die verschiedenen Tuberkulosesera spielen, soll hier nicht erörtert werden.

Die wichtigste Komponente der Methode ist die Freiluft-Liegekur. Der ursprüngliche Gedanke BREHMERS, die Phthisiker nahezu den ganzen Tag in freier Luft zu halten, wurde durch DETTWEILER weiter dahin ausgebildet, daß der Aufenthalt im Freien mit möglicher körperlicher Ruhe zu kombinieren sei. DETTWEILERS Ansichten über die Notwendigkeit der Liegekur sind heute fast allgemein anerkannt und die Konsequenzen daraus gezogen.

In der Tat sind die Erfolge der Freiluft-Liegekur überaus überraschend und Ihnen allen bekannt: Das Allgemeinbefinden hebt sich, eventuell bestehendes Fieber schwindet gewöhnlich nach kurzer Zeit, die Nachtschweiß hören auf, der Appetit nimmt in oft unglaublicher Weise zu und das Körpergewicht steigt; der Husten und Auswurf werden geringer und schwinden nach längerer Behandlung ganz. Der anatomische Prozeß kommt zum Stillstand, und in vielen Fällen tritt Heilung ein.

Die Erklärung des Einflusses der Luftkur auf den Lungenprozeß ist noch nicht vollkommen gegeben. Zum Glück ist aber auch in dieser Frage die Praxis weiter gekommen als die Theorie. Wir müssen aber annehmen, daß vor allem die Reinheit der Luft das Wesentliche ist. Wie einerseits die stauberfüllte Luft der Großstadt und der gewerblichen Betriebe, die mit Kohlensäure und anderen vielleicht toxischen gasförmigen Auswurfstoffen geschwängerte Atmosphäre überfüllter und unhygienischer Wohnungen das Entstehen der Tuberkulose begünstigt, so wird die reine, ozonreiche Waldluft wohl die Lunge vor neuen Schädlichkeiten bewahren und die natürliche Heilungstendenz nicht stören.

*) Nach einem in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien am 5. Mai 1904 gehaltenen Vortrage.

Daß auch die Abwesenheit pyogener Mikroorganismen von Bedeutung ist, beweist die Tatsache, daß diejenigen Phthisiker, die in ihrem Sputum reichliche Streptokokken haben, dieselben bei längerem Aufenthalt unter hygienischen Verhältnissen meistens verlieren.

Der Hustenreiz, der auch bei Gesunden durch den Staub angeregt wird, wird in reiner Luft geringer, wodurch allein schon eine Ruhigstellung der kranken Lunge angebahnt wird.

BREHMER nahm an, daß es gewisse Gegenden gibt, die immun sind gegen Tuberkulose. Es hat sich aber herausgestellt, daß es eine wirklich ganz „immune“ Gegend überhaupt nicht gibt. DETTWELER war es, der darauf hinwies, daß die Tuberkulose keine „klimatische Krankheit“ ist, daß sie einem gewissen Klima weder ihre Entstehung noch aber ihre Heilung verdankt. Wir sehen daher heute Sanatorien in allen Weltteilen, in allen Höhen und Breiten entstehen und mit Erfolg wirken: in den Tiefebeneu Hollands und Deutschlands und auf den Abhängen des Montblanc (Leysin), im Norden Finnlands und an der Rivieraküste, in unserem bewaldeten Mittelgebirge und am Rande der Wüste (Helouan).

Die freie, eventuell mäßig bewegte und kühle Luft übt aber auch einen mächtigen Reiz auf die Haut aus. Sie wirkt wie andere physikalischen Heilbehelfe als kräftiges Exzitans, wahrscheinlich regt sie eine kräftigere Assimilation an mit allen Konsequenzen erhöhten Stoffumsatzes, sie erhöht zugleich die Reaktionsfähigkeit der Hautgefäße und wirkt der übermäßigen Schweißbildung entgegen. Im Verein mit der geistigen Ruhe und dem Genuß der freien Natur wirkt sie auch günstig auf das bei Tuberkulösen oft alterierte Nervensystem ein.

Den ausschlaggebenden Einfluß übt aber wahrscheinlich der ungeschmälerte Einfluß des Sonnenlichtes aus. Die Sonne, die Spenderin alles Lebens, wirkt als mächtiger Heilfaktor, wie seit alters bekannt ist. Neue Ansichten über ihren Einfluß haben die letzten Jahre erst gezeitigt, seitdem man ihre bakterizide Kraft und die chemisch-biologische Einwirkung eines Teiles ihrer Strahlen auf gewisse Gewebe kennt.

So leicht es nun ist, dem Gesunden den reichlichsten Genuß von Luft und Licht zu verschaffen, so schwer ist es, dem Kranken den dauernden Aufenthalt in freier Luft zu ermöglichen und dabei auf seinen Zustand und das Wetter Rücksicht zu nehmen. Zu einer zweckmäßigen Durchföhrung der Freiluftkur, die nach dem jeweiligen Befinden des Kranken und nach den Witterungsverhältnissen richtig graduiert ist, ist nur eine entsprechend eingerichtete und geleitete geschlossene Heilanstalt geeignet, wo der Patient in jeder Beziehung unter stetiger ärztlicher Kontrolle ist.

Hier allein kann auch ein anderes Postulat genauest erfüllt werden, nämlich die präzise individualisierende Dosierung von Ruhe und Bewegung, die bei der Behandlung der Lungentuberkulose von größter Wichtigkeit ist.

Die körperliche Ruhe ist ja ein wesentlicher Faktor unseres Heilschatzes für Lungenkranke, von dem man in den meisten Fällen, besonders zu Beginn der Kur, namentlich aber bei Fiebernden in ausgedehntem Maße Gebrauch macht, so daß der Kranke je nach seinem subjektiven und objektiven Befinden den ganzen Tag oder eine entsprechende Anzahl von Stunden im Bett oder auf seinem Liegestuhle im Freien zubringen muß. Der Phthisiker ist bekanntlich bezüglich seiner Temperatur oft sehr empfindlich gegen körperliche Anstrengung: ein kurzer Spaziergang, oft sogar ein kurzes Verweilen außer Bett kann in manchen Fällen ein Ansteigen der Temperatur bewirken. Solche Kranke müssen Gelegenheit haben, ohne jede Anstrengung ins Freie resp. wieder in ihr Zimmer zu gelangen. (Aufzug!)

Die notwendige Körperbewegung in Form von Spaziergängen oder leichtem Sport muß ebenfalls genau abgestuft werden.

Die Ansprüche, die an eine solche Anstalt gestellt werden, sind nicht geringe. Vor allem muß die Gegend, in der sie errichtet wird, allen hygienischen Ansprüchen voll nachkommen. Auf das Klima kommt es wenig an, wie bereits erwähnt wurde. Im allgemeinen gilt da der Satz: daß der Kranke in dem Klima geheilt werden soll, in dem er fortan leben muß.

Wohl muß aber auf die örtlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden. Die Anstalt soll möglichst weit von größeren Orten und Fabrikanlagen gelegen sein, nicht zu nahe an der Eisenbahn, aber doch so, daß dieselbe leicht zu erreichen ist. Für unser Klima eignet sich am besten das bewaldete Mittelgebirge, bevorzugt wird der Südbhang mäßig hoher, beforsteter Berge, die dem Sanatorium den unbedingt notwendigen Schutz gegen rauhe Nord- und Ostwinde verleihen. Die Sonne muß natürlich ungehindert den ganzen Tag über das ganze Terrain bestrahlen können, auch ist bei der Anlage darauf zu achten, daß das Sanatorium über der Nebelgrenze situiert ist.

Die Anforderungen, die das Sanatoriumgebäude selbst erfüllen muß, hängen mit der Behandlung und dem ganzen Regime innig zusammen. Vor allem muß Vorsorge getroffen werden, daß es jedem Patienten, auch dem schwachen oder bettlägerigen, ermöglicht wird, Luft und Licht in ausgiebigem Maße zu genießen; dazu müssen geräumige, gut ventilerte Zimmer vorhanden sein, ebenso zahlreiche Balkone, Terrassen, Liegehallen usw.

Eine weitere wichtige Forderung ist die nach größter Reinlichkeit. Wenn dies in allen Krankenanstalten gefordert wird, so ist die peinlichste Sauberkeit in einer Anstalt für Lungenkranke erst recht angezeigt. Nicht nur, daß jede Staubeentwicklung und Staubansammlung vermieden werden muß, ist es auch notwendig, besondere Vorkehrungen zu treffen, um das tuberkulöse Sputum unschädlich zu machen. Im Zusammenhange damit muß sowohl das Haus als auch die ganze Einrichtung in jeder Beziehung so eingerichtet sein, daß jeder einzelne Teil leicht zu reinigen und zu desinfizieren ist.

Es ist selbstverständlich, daß der Phthisiker nicht ganz einseitig bloß durch Liegen in freier Luft kuriert werden darf. Alle Hilfsmittel der modernen Therapie müssen dem behandelnden Arzte zur Verfügung stehen. Insbesondere muß es möglich sein, die Hydrotherapie, deren Wichtigkeit bei der Behandlung der Lungentuberkulose insbesondere WINTERNITZ hervorhebt, in jeder Form (Voll- und Halbbäder, Abreibungen, Dusche) anzuwenden.

Auch jede geistige Emotion schadet dem schwachen Phthisiker; so weit es in der Macht der Ärzte gelegen ist soll daher jede Aufregung von ihm ferngehalten werden, die von außen auf ihn einwirkt; ebenso soll ihm möglichst wenig Gelegenheit gegeben sein, trüben Gedanken nachzuhängen, Gedanken, die gar oft auch dem leichtsinnigsten Phthisiker auftauchen. Ablenkung durch geselliges Leben, durch Musik, Spiel und leichten Sport, durch Naturbeobachtung und nicht zuletzt durch Bequemlichkeit und Eleganz seiner Umgebung soll ihm die Gelegenheit zum Grübeln nehmen.

Allen diesen Anforderungen entspricht eine moderne geschlossene Heilanstalt. Sie unterscheidet sich gar wesentlich von den ursprünglichen primitiven Lufthütten BREHMERS. In wenigen Jahrzehnten ist der Bau von Lungenheilstätten ein hoch entwickelter Spezialzweig des Krankenhausbaues geworden; Medizin und Technik, Industrie und Gärtnerkunst wetteifern miteinander bei der Anlage eines modernen Sanatoriums.

Die Art der Ausführung einer Lungenheilstätte ist selbstredend nicht stereotyp, sondern richtet sich nach verschiedenen Faktoren. Die Volksheilstätten mit ihren gemeinsamen Krankensälen haben ein anderes Gepräge als die Privatsanatorien mit Einzelzimmern für alle Kranke; die Mittel, die den Erbauern zur Verfügung stehen, sind maß-

gebend für die Größe und Ausstattung der Anlage. Auch auf das Klima muß Bedacht genommen werden: im milden England, im heißen Süden ist eine andere Bauart notwendig als im rauheren Klima Mitteleuropas. Eine große Rolle spielt auch der individuelle Geschmack des Erbauers sowie spezielle Anforderungen desselben.

Ein alter Streit herrscht darüber, ob die Anlage aus einem alles in sich fassenden Gebäude bestehen soll, oder ob eine größere Anzahl von Pavillons, die verschiedenen Zwecken dienen, errichtet werden soll. Ich habe vor kurzem¹⁾ darauf hingewiesen, daß es für Volksheilstätten in den meisten Fällen zweckmäßiger ist, alle für Patienten bestimmten Räume in einem Gebäude unterzubringen. Dasselbe gilt meist auch für Privatsanatorien. Die Gründe sind einleuchtend: Die Einrichtungskosten sind bei weitem niedriger, die Kommunikation im Hause ist eine leichtere, die Überwachung, Bedienung und Verpflegung ist einfacher. Notwendig ist bloß ein separat stehendes Maschinenhaus für die elektrische Anlage, Desinfektionsapparate und Waschmaschinen.

Schwierigkeiten macht im allgemeinen die Unterbringung der Küche und des Speisesaales wegen des Geruches, der von diesem Teile des Gebäudes ausströmt. Oft werden diese Wirtschaftsräume in einem separaten Haus untergebracht, der dann natürlich mit einem gedeckten Gang mit dem Hauptgebäude verbunden ist oder in einem Anbau, der nur diesen Räumlichkeiten dient. Es ist vorgeschlagen worden, Küche und Speisesaal auf den Dachboden zu verlegen. Ich halte diesen Vorschlag nicht für zweckmäßig, schon deshalb nicht, weil man die Vorratsräume: Kohlenraum, Flaschen- und Gemüsekeller, vor allem aber den Eiskeller nicht leicht anders situieren kann als eben in das unterste Geschoß. Ich habe folgende Anordnung öfters gesehen und als sehr zweckmäßig erkannt: Die Küchen und Nebenräume befinden sich in einem Flügel im Souterrain, drüber im Parterre die Speiseräume, über welchen in den Stockwerken nur Arztwohnungen, Kanzleien etc. situiert sind. Die Küchenräume sind dann zum Teil direkt ins Freie, z. T. über Dach genügend ventiliert und sind durch zahlreiche Türen gegen das übrige Haus abgeschlossen. Von der Küche führt eine eigene Treppe in den Speisesaal, von der Anrichte geht ein Speisenaufzug, der noch besonders ventiliert ist, zum Speisesaal und in alle Stockwerke.

Ob nun ein oder mehrere Krankenvavillons vorhanden sind, immer müssen dieselben wegen der genügenden Besonnung mit der Hauptfront gegen Süden gelegen sein. Man hat getrachtet, durch Anbringung von Seitenflügeln an das Haus für die dazwischen liegende Liegehalle einen größeren Windschutz zu schaffen. Da der Westflügel aber am Nachmittag, sobald die Sonne im Westen steht, über die Vorderfront Schatten wirft, kam man von denselben wieder ab und läßt die Front ganz gerade laufen oder läßt nur schmale Risalite vorspringen.

Die Krankenzimmer liegen in solchen Anstalten nahezu alle nach Süden, da die in anderen Richtungen situirten Zimmer kalten Winden wie überhaupt den Unbilden des Wetters eher ausgesetzt sind und nicht dieselbe Besonnung genießen. Freilich ist dies im Sommer oft ein Nachteil und es werden dort, wo auch Zimmer gegen Osten oder Norden vorhanden sind, dieselben in der warmen Jahreszeit mit Vorliebe aufgesucht. Notwendig ist es jedenfalls nicht, daß lauter Südzimmer vorhanden sind, doch soll die überwiegende Zahl derselben gegen Süden gehen.

Die Krankenzimmer sind dadurch nur auf einer Seite des Korridors gelegen, während auf der Nordseite desselben neben zahlreichen Fenstern nur Stiegen, Aborte, Badezimmer und andere Nebenräume vorhanden sind.

Diese Anlage des Hauses bringt es mit sich, daß sowohl die Front des Hauses sehr lange wird, als auch,

daß daselbe in mehreren Stockwerken aufragt. Hygienische Nachteile haben die mehrgeschossigen Gebäude keine, besonders nicht die vollkommen freistehenden Heilanstalten.

Natürlich muß ein Personenaufzug vorhanden sein, wodurch es dann den Insassen aller Zimmer ermöglicht ist, ohne Anstrengung die verschiedenen Gesellschaftsräume und Liegegelegenheiten aufzusuchen.

Die letzteren müssen ausreichend vorhanden sein. Im allgemeinen sind vor allem die gemeinsamen Liegehallen für die Freiluftkur bestimmt.

Es sind dies luftige, geräumige, langgestreckte Hallen, in denen eine größere oder kleinere Zahl von Kranken nebeneinander liegt. Sie sind meist an die Vorderfront des Hauses angelehnt, um gegen Wettereinflüsse mehr geschützt zu sein. Natürlich dürfen in dieselben nicht die Fenster von Krankenzimmern einmünden, da sonst sowohl den Krankenzimmern als auch den Liegehallen nicht genügend reine Luft zugeführt wird. Überhaupt trachtet man die Liegehallen jetzt meist ganz frei zu stellen, jedoch so, daß der Zugang direkt vom Hause möglich ist. Das Material, aus dem sie hergestellt sind, ist ziemlich gleichgültig. Holz hat als schlechter Wärmeleiter sowohl bei großer Kälte als auch bei großer Hitze bedeutende Vorzüge gegenüber der Eisenkonstruktion. Der Boden derselben muß glatt und leicht zu reinigen sein, dabei trocken und fußwarm, starke Plachen müssen Schutz vor Schnee, Regen und Sonne bieten.

Übrigens müssen für den Sommer im Park und Wald kleinere Pavillons und schattige Plätze vorhanden sein, wo die Patienten ihre Liegestühle aufstellen können, auf welchen sie den größten Teil des Tages zubringen. In manchen Anstalten sind drehbare Pavillons errichtet worden, doch bieten dieselben keine wesentlichen Vorteile. Die Liegehallen müssen natürlich ausreichend beleuchtet sein, damit die Kranken eventuell zum späten Abend sich hier aufhalten können.

Wenn auch die gemeinsamen Liegehallen manchen Vorteil bieten, so hauptsächlich wegen der Geselligkeit, die hier herrscht, so muß aber auch dafür gesorgt werden, daß in besonderen Fällen jeder einzelne Kranke in seinem Stockwerk Raum für die Liegekur findet. In dieser Beziehung ist es am besten, wenn möglichst viele Zimmer eigene Loggien, Veranden oder Balkone haben, die für einzelne Patienten durch transportable Wände abgeschlossen werden können.

Hier können auch Schwerkranke weilen und können sogar in ihren Betten hinaustransportiert werden. Natürlich müssen die Balkone ebenfalls genügend gegen Wetter und Sonne geschützt und beleuchtet sein und eine Klingelleitung besitzen.

Sehr zweckmäßig sind auch einige, gegen Norden gelegene Balkone und Terrassen, die im Sommer einen angenehmen Aufenthalt bieten.

Für die Zeit, die der Patient in seinem Zimmer zubringt — es ist das im allgemeinen nur während der Nachtstunden —, muß er auch hier jederzeit die beste Luft finden. Dazu ist nötig, daß für reichliche Ventilation gesorgt ist. Eine künstliche Ventilation wird für diese Zwecke selten mehr angewendet, besonders da man weiß, daß die Ventilationsschläuche unkontrollierbare Staubnester darstellen. Sie sind aber auch nicht notwendig, da die natürliche Ventilation vollkommen genügt. Es müssen natürlich die Fenster entsprechend groß dimensioniert sein, speziell müssen sie möglichst hoch zur Decke hinaufreichen und mit großen, bequemen, verstellbaren Oberflügeln versehen sein, so daß zu jeder Jahreszeit ein entsprechend großer Teil des Fensters geöffnet werden kann. Denn auch im Winter muß das Fenster bei Nacht offen bleiben. Natürlich darf der kalte Luftstrom den Kranken nie direkt treffen und es muß zu diesem Zwecke die ganze Einrichtung des Krankenzimmers entsprechend angeordnet sein. Das Bett darf nicht unmittelbar beim Fenster stehen und der Heizkörper ist auf der dem Fenster entgegen-

¹⁾ „Wiener klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 15.

gesetzten Seite des Zimmers placiert, um eine gleichmäßige Erwärmung und Luftzirkulation zu erreichen.

Auf zweckmäßige Beheizung ist überhaupt großer Wert zu legen. Nicht nur die Krankenzimmer, auch die Gesellschaftsräume, Gänge, Aborte und Bäder müssen jederzeit eine konstante Temperatur haben, die im ganzen Hause gleich hoch und auf zirka 15° eingestellt sein soll. Diese Forderung erfüllt nur eine prompt funktionierende Zentralheizungsanlage, am besten Niederdruckdampf- oder Warmwasserheizung. Die Heizkörper müssen in jedem Zimmer separat und leicht regulierbar sein, ihre Oberfläche muß glatt und leicht zu reinigen sein, da etwa darauf haftender Staub beim Erhitzen Destillationsprodukte entwickelt, die das Gefühl der Lufttrockenheit erwecken.

Auch die übrige Ausstattung der Zimmer muß, wie überhaupt die des ganzen Hauses, so eingerichtet sein, daß sie ein gründliches Reinigen ermöglicht. Alles muß möglichst glatt, ohne Ritzen und Ecken, alles mit Seife und Desinfektionsmitteln zu reinigen sein. Dies bezieht sich sowohl auf alle Flächen der Räume als auch auf die der Einrichtungsgegenstände.

Die Wände sollen möglichst glatt sein, die Ecken, in denen sie zusammenstoßen, sollen rund gehalten werden. Als Wandverkleidung werden glasierte Kacheln oder Öl-anstrich verwendet. Es werden jetzt Tapeten erzeugt aus Papier oder Leinwand, die vollkommen desinfizierbar und waschbar sind und sich für den vorliegenden Zweck ausgezeichnet eignen. Sie sind zum Teil auch nicht teuer und können öfters entfernt und durch neue ersetzt werden. Ebenso ist es vollkommen zweckentsprechend, gewisse Räume niederer Kategorie mit wetterfesten Fassadefarben zu streichen, die ebenfalls oft erneuert werden können.

Die Frage des Fußbodenbelages ist auch heute noch schwer zu lösen. Der glatte, leicht waschbare Boden aus Fliesen, Terrazzo und Beton ist für Nebenräume ganz zweckmäßig, für Krankenzimmer wegen ihrer Kälte jedoch nicht geeignet. Die viel angepriesenen Holzpräparate, wie Xylolith, Legolith, Targament, Asbestit etc., die alle aus einer Mischung von Sägespänen und Magnesit bestehen, haben zwar gewisse Vorteile, haben sich aber bisher nicht immer bewährt; vor allem sind sie ebenfalls kalt, bekommen leicht Risse und geben zu Staubeentwicklung Anlaß.

Brettelboden ist nur dann verwendbar, wenn er bester Qualität ist, aber auch dann bekommt er mit der Zeit Fugen. Außerdem macht er ohne Teppiche einen sehr kahlen Eindruck. So bleibt als bester, wenn auch nicht als ganz fehlerfreier Bodenbelag das Linoleum übrig. Natürlich muß es tadellos gelegt sein. Als beste Unterlage hierfür eignet sich Korkstein und Beton. In letzter Zeit wird ein Gips-Schlacken-Beton erzeugt, der relativ leicht und überall, auch auf Tramböden, anwendbar ist. Wenn man ihn als Unterlage für das Linoleum benutzt, kann man aus demselben Material die Hohlkehle als Übergang von der Wand zum Fußboden herstellen lassen, wie dies zuerst im Sanatorium Wienerwald geschehen ist. Bei entsprechender Auswahl des Linoleums hat man einen dauerhaften, warmen und schalldämpfenden Belag, der zugleich allen ästhetischen Ansprüchen nachkommt.

Auch die Türen und Fensterrahmen müssen leicht zu reinigen sein und durch einfache Profilierung Staubansammlung verhindern.

Dasselbe gilt von allen Möbeln, besonders in den Krankenzimmern. Sie sollen, ohne daß ihr gefälliges Aussehen beeinträchtigt wird, möglichst einfach gehalten sein; ihr Anstrich muß eine gründliche Desinfektion vertragen. Da Tischdecken zu vermeiden sind, sind die Tischplatten aus Holz entsprechend auszustatten oder mit poliertem Linoleum (Wienerwald) zu versehen.

Die Decke der Kleiderschränke ist aus denselben Gründen dachförmig oder kuppelartig zu gestalten. Vorhänge sind waschbar und auf das Minimum beschränkt, die Polstermöbel

entweder mit Leder oder mit abknöpfbaren waschbaren Stoffen überzogen. Alle Teppiche sind zu verbannen, bis auf kleine, waschbare Bettvorleger.

Die erwähnten Liegestühle müssen so beschaffen sein, daß der Körper in denselben vollkommen bequem, mit Entspannung aller Muskeln liegt, die Atmung nicht gehindert und die Beschäftigung mit Lesen, Handarbeiten oder Schreiben ermöglicht wird. Obzwar jetzt in Deutschland eiserne Liegestühle in den Handel gebracht werden, so muß doch vorläufig den alt eingebürgerten Rohrheiselongues der Vorzug gegeben werden. Eine dicke, weiche Rohhaarmatratze ist natürlich unerlässlich. Für kürzeren Aufenthalt im Wald sind auch die transportablen Ruhestühle aus Holz und Segeltuch zu brauchen; sie sind aber für längeres Liegen nicht zweckmäßig, da durch die konkave Rückenlehne die Atmung behindert wird. Noch schlechter und aus demselben Grunde nicht zu empfehlen sind Hängematten.

Die Reinigung aller Räume muß immer so vorgenommen werden, daß ein Aufwirbeln von Staub peinlich vermieden wird. Das Auskehren mit Besen ist daher strengstens verpönt; der Fußboden darf nur feucht abgewischt oder mit Zuhilfenahme von ölprägnierten Staubtüchern oder Lignolstreu (ölprägnierte Sägespäne) gereinigt werden. Das Klopfen von Matratzen, Decken etc. muß in großer Entfernung von der Anstalt geschehen, für das Reinigen der Kleider und Schuhe sind eigene Räume vorzusehen.

Eine nahezu sichere, zum mindesten aber für die Praxis genügend verlässliche Desinfektion von Räumen und Möbeln erreicht man heute durch Einwirkung von Formalindämpfen. Ob die Entwicklung der Dämpfe durch Erwärmen von festem Formalin oder durch Versprayen von Formalinlösungen geschieht, dürfte von keinem großen Einfluß auf den erzielten Effekt sein. Jedenfalls geschieht die Desinfektion mittelst Formaldehyd bei weitem gründlicher als durch irgend eine andere Methode und ermöglicht es uns, auch Räume, die nicht gerade nach Art aseptischer Operationssäle eingerichtet sind, auf eine einfache, billige und schonende Weise genügend zu sterilisieren. Natürlich muß die Formalindesinfektion mit gründlicher mechanischer Reinigung kombiniert sein.

Auf die Vernichtung des Sputums ist natürlich die größte Sorgfalt zu verwenden. Es muß strengste Spuckdisziplin herrschen. Das freie Ausspucken ist überall verboten, das Sputum ist nur in das immer bei der Hand befindliche Spuckfläschchen zu entleeren. Es gibt viele Konstruktionen solcher Fläschchen (DETWILLER, SCHRÖTTER, KNOPF etc.), die alle ihre Vorteile haben. Nur bettlägrige und sehr schwache Kranke mit viel Auswurf bekommen Spuckschalen zur Benutzung. Am besten sind die von Papier (SCHRÖTTER), die samt dem Sputum verbrannt werden. Das Einsammeln des Sputums geschieht am einfachsten in der Art, daß dasselbe in wasserdichte Papiersäcke zusammen mit Torfmull geworfen und dann in eigenen Öfen oder im Feuer der Zentralheizung verbrannt wird (SCHRÖTTER). Zum Abwischen des Mundes sind Sacktücher aus Papier recht zweckmäßig, die nach Gebrauch verbrannt werden.

Die mit Sputum verunreinigten Leinwandsacktücher müssen ebenso wie die gesamte gebrauchte Wäsche gründlich desinfiziert werden. Eine Desinfektion in eigenen Apparaten ist nicht notwendig, besonders da die Dampfsterilisation die Wäsche sehr ruiniert. Es genügt vollkommen, die Wäsche einige Stunden in Seifenwasser stehen zu lassen und sie in Dampfwaschmaschinen zu kochen und zu reinigen.

Jeder Kranke deponiert seine gebrauchte Wäsche in einem Leinwandsack, der mit seinem Inhalt ausgekocht wird. Es muß also niemand mit der schmutzigen, infizierten Wäsche hantieren.

Zur Reinhaltung des ganzen Gebäudes ist es notwendig, daß das Hineintragen von Schmutz von außen möglichst verhindert wird. Es ist daher ein dringendes Erfordernis, daß jede Anstalt eigene Garderoberräume besitzt, wo die Patienten

ihr schmutziges Schuhwerk ausziehen und reine Hausschuhe anlegen können. Hier sind auch Haken für die Oberkleider sowie reichliche Waschgelegenheiten zum Reinigen der Hände. Auch in den Abortvorräumen müssen Waschbecken und Handtücher vorhanden sein.

Daß die Beleuchtung elektrisch ist, ist heute nur natürlich. Das Angenehmste ist, wenn der Austalt, die gewöhnlich nicht darauf rechnen kann, von einer fremden Zentrale die Kraft zu beziehen, reichliche Wasserkraft zur Verfügung steht. Der Betrieb mit Turbinen ist so billig, daß man daran denken könnte, in diesem Falle auch die Heizung auf elektrischem Wege zu betreiben. Wo man gezwungen ist, einen eigenen Motor aufzustellen, muß man darauf achten, daß derselbe rauchlos, geruch- und geräuschlos arbeitet. In dieser Beziehung entheben uns die modernen Rohölmotoren aller Sorgen. Die elektrischen Leitungen liegen ebenso wie die Rohre der Wasserleitung und Zentralheizung innerhalb den Mauern.

Eine sehr wichtige Frage ist die Versorgung der Abwässer. Da dieselben auch Tuberkelbazillen enthalten können, macht die Kanalisation den Behörden sehr viel Sorgen, als ob die Abwässer der Großstadt und der Inhalt der Senkgruben frei von pathogenen Mikroorganismen wären. In Deutschland gelangt das Abfallwasser auch großer Anstalten oft auf einfache Rieselfelder, deren Bewirtschaftung und Nutznießung den betreffenden Gemeinden zufällt.

In anderen Anstalten wird das biologische Klärverfahren angewendet. Am meisten verbreitet ist das Fäll- und Desinfizieren der Abwässer mit Substanzen, die sich mit dem Eiweiß derselben verbinden; bei uns in Oesterreich wird am öftesten die Kalkmilch verwendet. Das Sediment wird ausgehoben, während die geklärten Abwässer in Flußläufe geleitet oder der Versickerung zugeführt werden.

Das Hauptaugenmerk ist natürlich auf die zweckentsprechende Ernährung der Kranken zu richten. Es ist daher für rechtzeitige und reichliche Verproviantierung mit Viktualien tadelloser Beschaffenheit Sorge zu tragen. Wo es halbwegs angeht, soll eine eigene Meierei Milch und Eier, eine eigene Gärtnerei das Gemüse liefern. Überhaupt soll die Anstalt sich in jeder Beziehung unabhängig von ihrer Umgebung machen, eine kleine Gemeinde für sich bilden.

Und wenn dann all die technischen und hygienischen Einrichtungen wie ein Uhrwerk ineinander greifen, ein tüchtiges geübtes Personal mit militärischer Pünktlichkeit, aber auch mit Liebe zu seinem Beruf den Arzt in seiner schweren Aufgabe unterstützt, dann wird die Anstalt voll und ganz ihren hohen Zweck erreichen.

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse.

Von **Dr. Josef A. Hirschl**, Privatdozent.

IV.

Damit wären wohl die Symptome des Frühstadiums der progressiven Paralyse erschöpft, und es erübrigt nur noch, einige differentialdiagnostische Momente hervorzuheben.

Die Paralyse muß zunächst von den anderen Psychosen differenziert werden. Im allgemeinen kann man sagen, daß das initiale Stadium der progressiven Paralyse wohl schwerlich mit einer akuten Psychose verwechselt werden wird. Tritt jedoch frühzeitig irgend eine paralytische Geistestörung auf, eine paralytische Manie oder paralytische Melancholie, Erkrankungen, welche in der Regel in das zweite Stadium der progressiven Paralyse fallen, so wird es mitunter schwierig sein, zu entscheiden, ob wir eine einfache Manie oder Melancholie vor uns haben oder ob diese Erkrankungen Teilerscheinungen einer progressiven Paralyse sind. Im allgemeinen werden die früher beschriebenen somatischen Erschei-

nungen, insbesondere die Pupillenstarre, die Sprachstörung, die Paralyse erkennen lassen. Dort, wo dies nicht der Fall ist, werden wir vielleicht auf Grundlage der anamnestischen Nachrichten in der Lage sein, den langsamen intellektuellen und ethischen Verfall des Individuums zu konstatieren bzw. nachzuweisen. Sehr häufig werden wir in der Ungeheuerlichkeit der Wahnideen die Demenz des Paralytikers erkennen. Es läßt sich aber nicht verschweigen, daß eine Reihe von Fällen von Melancholie und von Manie im allgemeinen sich von der Paralyse nicht differenzieren lassen wird, so daß wir uns begnügen müssen, bei diesen akuten Psychosen, wenn sie innerhalb des kritischen Lebensalters auftreten, also zwischen dem 35.—55. Lebensjahre, die Möglichkeit einer progressiven Paralyse nicht aus den Augen zu lassen. In sehr seltenen Fällen wird eine Autointoxikationspsychose das Bild der Paralyse vortäuschen. Bei der Autointoxikationspsychose sind manchmal die Pupillen starr und die Patellarsehnenreflexe fehlen. Sehr häufig sind die Kranken nicht genau untersuchbar. Liegt also keine Anamnese vor, in welcher eine Charakteränderung des Kranken berichtet wird, so wird die Stellung der Diagnose eine äußerst schwierige sein, wenn das **ARVILL-ROBERTSONSche** und das **WESTPHALSche** Zeichen vorhanden sind. Folgende zwei Beispiele mögen die Verhältnisse illustrieren.

I. Vor mehreren Jahren kam in die Klinik ein Professor der klassischen Philologie. Derselbe war bei seiner Einbringung tobstüchtig und blieb es durch längere Zeit. Er war ziemlich verwirrt, entwickelte dabei Größenideen, hielt sich für einen griechischen Gott, gelegentlich für Prometheus, wollte wegen seiner angefressenen Leber nach Karlsbad gehen. Der Kranke war somatisch schwer untersuchbar, doch konnte Pupillenstarre und das Fehlen der Patellarsehnenreflexe festgestellt werden. Eine Anamnese fehlte. Die anfängliche Diagnose auf Taboparalyse wurde fallen gelassen, als ich erfuhr, daß die Krankheit plötzlich nach Darmstörungen eingesetzt habe und gleichzeitig Pupillenreflex und Patellarreflex wiederkehrten. Der Kranke wurde zwei Monate nach Beginn der Erkrankung geheilt entlassen.

II. Ein 40jähr. Börsebesucher wurde bei einem Landaufenthalte von einem praktischen Arzte und einem ausgezeichneten psychiatrischen Fachmanne beobachtet. Derselbe hatte nämlich plötzlich eine größere Anzahl, zirka 20 epileptiforme Insulte, erlitt dabei eine Luxation der linken Schulter. Schon einige Tage vorher hatte er klonische Krämpfe in der rechten oberen Extremität. Die Anamnese, welche die bestürzten Angehörigen lieferten, berichtet darüber, daß der Kranke stets reizbar war, keine Lues hatte, seit einem Jahre über Blasenbeschwerden klagte und seit längerer Zeit (mehreren Monaten) von Kopfschmerz und Schwindel spreche. In der letzten Zeit zeigte sich in seinen Reden eine gewisse Vergeßlichkeit. Seit einem Jahre soll er auch getrunken haben. Der Status, den die beiden Ärzte aufnahmen, ergab Miosis, schlechte Lichtreaktion, gute akkommodative Reaktion der Pupillen, Lidenschluß rechts minder kräftig als links. Im unteren Fazialis und in der oberen Extremität keine Differenz zwischen beiden Seiten. Die Stereognose scheint rechts etwas herabgesetzt zu sein. Nadelstiche werden an der unteren Körperhälfte überall als solche erkannt, aber fehlerhaft lokalisiert. Der Nervus ulnaris ist rechterseits nicht druckempfindlich. In der rechten unteren Extremität finden passive Bewegungen einen größeren Widerstand als links. Patellarsehnenreflex fehlt beiderseits, ebenso die Bauchdeckenreflexe (starker Pannikulus). Wenn der Patient mit geschlossenen Augen zu stehen versucht, fällt er gewöhnlich nach hinten. Er kann einige Schritte mit Unterstützung gehen. Psychisch ist eine sehr starke Euphorie auffällig und eine gestörte Merkfähigkeit. Die beiden Ärzte einigten sich auf die Diagnose der progressiven Paralyse.

Der Kranke wurde mir 17 Tage später gezeigt. Ich erhielt eine andere Anamnese. Es wurde mir berichtet, daß der Kranke, welcher keine psychisch auffälligen Erscheinungen gezeigt hatte, etwa 14 Tage vor den epileptischen Insulten beim Umdrehen auf einer Treppe einen Fehltritt gemacht habe und dabei eine Sehnenzerrung mit starken Schmerzen an einer unteren Extremität davon-

getragen hatte. Der Kranke lag nun einige Zeit im Bette, war sehr schreckhaft und dachte lange Zeit an das Trauma, schwere Folgen befürchtend. Seine habituelle Obstipation verstärkte sich, und es war schwer, bei ihm Stuhllentleerung herbeizuführen. Nun traten die oben beschriebenen Insulte ein. Der Kranke erholte sich auf die von den beiden Ärzten verordnete Therapie (Kalomel) und wurde mir als völlig genesen vorgestellt.

Ich finde einen Stotterer von guter Intelligenz, ohne irgend welche psychische Auffälligkeit. Pupillen und Patellarsehnenreflexe waren normal. Die linke Schulter zeigte eine Bewegungseinschränkung. Im Plexus brachialis links traten spontane Schmerzen auf, der Plexus war auch stark druckschmerzhaft. Die habituelle Obstipation bestand noch immer. Es war jedoch für tägliche Stuhllentleerung Sorge getragen worden. Ich glaube, daß es sich in diesem Falle um eine abgelaufene Autointoxikation mit Status epilepticus gehandelt habe. Von nicht zu unterschätzender ursächlicher Bedeutung wird der Chok beim Fehltritt auf der Treppe gewesen sein.

Von chronischen Psychosen kommen in Betracht die Paranoia, der chronische Alkoholismus und die senile Demenz.

Die Paranoia wird bei jenen wenigen Fällen in Betracht zu ziehen sein, in denen ein Verfolgungswahn das initiale Bild der progressiven Paralyse kompliziert. Sie wird auch dann in Betracht kommen, wenn der früher beschriebene Eifersuchtswahn vorhanden ist. Ich habe schon oben angedeutet, daß der Verfolgungswahn des Paranoikers im allgemeinen auf Halluzinationen aufgebaut ist, hie und da allerdings auch auf Kombinationen, und ein bis auf die Prämissen logisch aufgebautes System darstelle. Es werden uns neben den Intelligenzdefekten des Paralytikers, welche eine logische Begründung des Eifersuchtswahnes nicht zulassen, die somatischen Erscheinungen auch hier die Diagnose der progressiven Paralyse klar machen.

Der chronische Alkoholismus zeigt sehr häufig eine Reihe von Symptomen, welche den Symptomen, die der Paralytiker darbietet, sehr ähneln; dieselben psychischen Ausfallerscheinungen, dieselbe Veränderung des Charakters in progressiver Form. Dazu kommt noch, daß häufig genug der Patellarreflex beim Alkoholiker fehlt, weil eine Neuritis das Krankheitsbild kompliziert. Fast immer wird in diesen Fällen die Pupillenstarre die Diagnose der progressiven Paralyse ermöglichen. Wir müssen jedoch des Umstandes eingedenk sein, daß beim Delirium tremens eine Pupillenstarre vorübergehend wahrzunehmen ist. Diese betrifft dann sowohl die Lichtreaktion als die akkommodative Reaktion der Pupillen. Auch der chronische Alkoholiker zeigt sehr häufig eine träge und unausgiebige Lichtreaktion der Pupillen. In diesen Fällen wird eine kurzdauernde Abstinenz meist wiederum prompte Reaktion der Pupillen zur Folge haben.

Das Krankheitsbild der senilen Demenz betrifft zu meist das vorgeschrittene Lebensalter. Fast immer läßt sich am Kranken eine Arteriosklerose der peripheren Gefäße oder am Herzen konstatieren. Diese Arteriosklerose sieht man beim Paralytiker selten. In einer ganzen Reihe von Fällen wird zweifellos die senile Demenz mit der progressiven Paralyse verwechselt und erst eine längere genaue Beobachtung schafft die Möglichkeit, diese beiden Prozesse voneinander zu sondern.

Zu den wichtigsten differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Erkrankungen gehört die Neurasthenie. Der Umstand, daß der Paralytiker oft das klassische Bild der Neurasthenie aufweisen kann, macht die differentielle Diagnose dann, wenn somatische Symptome nicht in prägnanter Form vorhanden sind, zu einer geradezu unmöglichen. Im allgemeinen wird man aber doch somatische Symptome der Paralyse finden. Man muß sich jedoch vor Augen halten, daß die Neurasthenie eine konstitutionelle Erkrankung ist, welche durch genaue Aufnahme der Anamnese schon in der Jugend des Individuums fast immer nervöse Antezedentien aufdecken läßt. Sehr häufig ist man in der Lage, die Familie als eine

neurasthenische Familie zu erweisen, und so gewinnt die Diagnose einer Neurasthenie an Wahrscheinlichkeit.

Die Depression des Paralytikers, die das neurasthenische Stadium begleitet, ist eine schwere Depression und ist sehr häufig durch die vagen Klagen des Paralytikers nicht eigentlich begründet. Diese Klagen betreffen hypochondrische Vorstellungen, deren Inhalt von vornherein nicht recht wahrscheinlich ist. Dabei fällt es auf, daß gewisse objektiv sofort nachweisbare Störungen, wie Störungen der Merkfähigkeit, gar nicht zum Gegenstande von Klagen gemacht werden. Der Neurastheniker hingegen zeigt eine Depression, welche fast immer seinen Klagen entspricht. Sehr häufig betreffen solche Klagen Störungen, welche gar nicht oder wenigstens nicht in dem Maße vorhanden sind, als sie der Neurastheniker vorbringt, zumeist aber sieht man Neurastheniker in ziemlich geordneter Weise ihr Krankheitsbild aufbauen. Hat man Gelegenheit, die Kranken mehrmals zu untersuchen, so findet man beim Neurastheniker eine gewisse Konstanz der Klagen, während das Krankheitsbild, welches der Paralytiker vorbringt, häufig Veränderungen durchmacht. Die beschriebene Veränderung des Charakters zeigt der Neurastheniker nicht. Wo also eine gut beobachtende Umgebung vorhanden ist, wird die differentielle Diagnose nicht schwer sein. Bei einer Reihe von Fällen wird die differentielle Diagnose zwischen Paralysis progresiva und Neurasthenie nicht gestellt werden können.

Die bereits mehrfach erwähnte syphilitische Neurasthenie erscheint als eine gewöhnliche Neurasthenie, welcher eine syphilitische Infektion vor vielen Jahren vorangegangen ist und bei welcher man irgend eines der früher erwähnten postsyphilitischen Symptome, etwa die Pupillenstarre, konstatieren kann. Die Differenzierung einer derartigen Neurasthenie von einer progressiven Paralyse gehört wohl häufig zu den Unmöglichkeiten. Auch hier wird uns nur die Veränderung des Charakters einen Anhaltspunkt für die Diagnose einer Paralyse darstellen. Bringen wir eine solche Neurasthenie zur Heilung, so sind wir nicht in der Lage, festzustellen, ob wir nicht etwa eine Frühform der Paralyse geheilt hätten.

Gegen Tumoren des Gehirns werden wir die Paralyse durch Konstatierung objektiver Tumorsymptome abgrenzen, also vor allem durch Feststellung der Stauungspapille. Selbstverständlich werden ausgeprägte Herderkrankungen, die der progressiven Paralyse gewöhnlich nicht angehören, die Diagnose „Tumor cerebri“ dann wahrscheinlicher machen, wenn wir die Allgemeinsymptome des Hirntumors, also intensiven Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, psychische Symptome, Pulsverlangsamung, epileptische Insulte und Stauungspapille konstatieren können. Selbstverständlich werden wir nicht verlangen, daß alle diese Allgemeinsymptome des Hirntumors bei einem Individuum vorhanden sein müssen.

Das Gumma des Gehirns wird von der progressiven Paralyse ebenso differenziert wie ein anderer Tumor cerebri.

Diffuseluetische Prozesse der Rinde werden uns in vielen Fällen große Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose darbieten, insbesondere dann, wenn irgend eine Erscheinung, welche auch der Paralyse angehört, im Krankheitsbilde sich vorfindet, beispielsweise die Pupillenstarre. In diesen Fällen werden wir auf die differentielle Diagnose der Paralyse verzichten und den Patienten einer antisiphilitischen Behandlung unterziehen.

Die postsyphilitische Demenz kann nur dann von der progressiven Paralyse geschieden werden, wenn eine größere Anzahl von körperlichen Symptomen als Residuum der zerebrospinalen Syphilis zurückgeblieben ist. Ist dies nicht der Fall, so kann nur der weitere Verlauf die differentielle Diagnose ermöglichen.

Die multiple Sklerose, deren Krankheitsbild bei sehr oberflächlicher Betrachtung manchem paralytischen Krank-

heitsbild ähnelt, ist selten mit der progressiven Paralyse zu verwechseln. Das jugendliche Alter der Kranken, die langsam einsetzenden somatischen Symptome, das späte Auftreten der psychischen Störungen, die ungestörten Pupillenreflexe, die früh einsetzende, meist typische Gangstörung (spastisch-paretisch-ataktischer Gang) differenzieren die multiple Sklerose von der progressiven Paralyse, wenn die Sprachstörung den Verdacht auf progressive Paralyse hervorgehoben hat.

Nach einmaliger Untersuchung kann die Diagnose der Paralyse nur in späteren Stadien gestellt werden. Im initialen Stadium wird man immer mit Vorteil eine gewisse Beobachtungszeit verlangen, ehe man eine so schwerwiegende Diagnose der Umgebung mitteilt. Die Mitteilung der Diagnose an die Umgebung hat so zu erfolgen, daß stets die Möglichkeit einer Remission ins Auge gefaßt wird. Schon oft hat das Einsetzen einer nicht angemeldeten Remission, die längere Zeit gewährt hat, den Arzt um das Vertrauen seiner Kranken und ihrer Angehörigen gebracht.

Ich empfehle bei beginnender Paralyse oder bei Paralyseverdacht immer eine antisiphilitische Behandlung mit Quecksilber. Remissionen, die nach dieser Behandlung auftreten, sind auf die Behandlung zurückzuführen. Wenn die Diagnose zwischen syphilitischem Hirnprozeß (gummöse Meningitis) und progressiver Paralyse schwankt, ist das Unterlassen der antisiphilitischen Behandlung ein Fehler, der in manchen Fällen nicht mehr gut gemacht werden kann. Die Jodtherapie hat meist keinen Erfolg.

Literatur: HOCH, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Halle 1896, Bd. I, H. 1, Marhold. — ERNST EMIL MORAVCSIK, Über die Frühsymptome der progressiven Paralyse. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1901, LVIII, pag. 871. — EMIL RAIMANN, Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Die Heilkunde, 1903, VII. Jahrg., H. 1. — KRÄPPELIN, Psychiatrie. Leipzig 1899, Barth. — HIRSCHL, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. Jahrbücher für Psychiatrie, 1896, XIV, pag. 321.

Referate.

CHMILINSKI (Hamburg): Bemerkungen zum Nachweise und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalte von Magen und Darm.

Nur auf chemischem Wege nachweisbare Blutungen bei Magen- und Darmkrankheiten kommen bei gesunden Personen, bei Atonie des Magens, der Gastritis acida und anacida, sensiblen und Sekretionsneurosen des Magens im allgemeinen nicht vor. Sehr häufig aber sind okkulte Blutungen beim Ulcus ventriculi und fast konstant beim Magenkarzinom. Es scheint außerdem, daß auch schwere motorische Störungen, die nicht durch Ulkus oder Karzinom bedingt sind, an und für sich durch die größere und prolongierte Belastung des Magens zu Blutungen aus der Mukosa Veranlassung geben können. Was die klinische Bedeutung dieser Befunde anbelangt, so verdient in erster Linie, hervorgehoben zu werden, daß auf den Blutnachweis allein keine Diagnose aufgebaut werden kann. Er ist zwar ein sehr wichtiges Symptom, kann aber nur im Verein mit anderen Verwendung finden. Beim Ulkus werden wir ihn in klinisch sicheren Fällen als einen weiteren Baustein zur Diagnose willkommen heißen. Viel wichtiger ist er aber noch bei zweifelhaften Fällen, wo andere Erkrankungen, wie Neurose, Cholelithiasis, Darmerkrankungen etc., differentialdiagnostisch mit in Konkurrenz treten. Der negative Ausfall der Probe spricht natürlich nicht gegen Ulkus, er wird aber doch immer zu denken geben und zu weiterer Untersuchung und Beobachtung anregen („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 19).

Von großer Bedeutung ist der Blutnachweis für die Diagnose des Magenkarzinoms. Das gilt besonders für die Fälle mit nicht palpablem Tumor und gut erhaltener Motilität. Diese boten der Diagnose bis jetzt häufig Schwierigkeiten, weil ihnen außer dem Katarrh des Magens, sowie den Zeichen der Einwirkung der Krank-

heit auf den allgemeinen Kräfte- und Ernährungszustand jedes weitere zur Klärung der Sachlage beitragende Symptom fehlte. Hier nun tritt die Untersuchung auf okkulte Blutung in die Lücke; ihr positiver Ausfall wird uns in dem Verdacht bestärken, der negative den Krebs sehr unwahrscheinlich machen. Die Karzinome mit stärker herabgesetzter Motilität und nicht palpablem Tumor waren auch bisher schon diagnostisch weniger schwierig, weil sie an der Rückstauung des Mageninhalts, die für ein Hindernis am Magenausgang, dem Lieblingssitz des Krebses, spricht, ein weiteres für diese Diagnose in die Waagschale fallendes Moment besaßen. Sie gewinnen durch den Blutnachweis nicht sehr viel, da, wie erwähnt, Blutungen schon durch die Stauung als solche bedingt sein können. Fehlen der Blutung oder Aufhören derselben nach Magenspülungen und schonender Diät macht aber einen malignen Prozeß unwahrscheinlich. Das gilt übrigens auch für die Differentialdiagnose zwischen Karzinom und Ulcus pylori. Erwähnt sei schließlich, daß auch beim Ösophagus- und Darmkarzinom okkulte Blutungen vorkommen.

BR.

J. J. KUNST (Batoe Djarjar, Java): Über die Behandlung Malariakrankter mit Aristochin.

Die Zahl der behandelten Patienten beträgt 11, wovon 5 an Tropenfieber, 6 an Tertiana litten. („Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene“, VIII, 1904.)

Bei der Mehrzahl der Kranken war das Allgemeinbefinden nicht günstig, was für die Beurteilung der Wirkung des Mittels von der größten Bedeutung ist, weil im allgemeinen das Fieber sich desto schwieriger bekämpfen läßt, je mehr die Konstitution des Kranken bereits durch vorhergegangene Krankheiten gelitten hat. Von den 11 Kranken hatten 9 in den letzten Monaten oder Jahren schon wiederholt an Sumpffieber gelitten und zeigten mehr oder weniger die Symptome der chronischen Malaria-Intoxikation. Die Wirkung des Aristochins auf das Fieber wird durch 11 beigegebene Temperaturkurven erläutert. Man sieht, daß in 10 von 11 Fällen das Fieber nach Gebrauch von ein paar Dosen des Mittels sofort aufhörte. Nur bei einem einzigen Kranken traten nach der ersten Gabe noch drei Anfälle von unverminderter Intensität ein. Als einen besonders großen Vorzug des Aristochins möchte Verf. die Tatsache hervorheben, daß sich bei keinem der 11 Kranken irgend eine unangenehme Nebenwirkung zeigte. Die Beschwerden über Brustbeklemmung, Herzklopfen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhöe usw., welche man bei der Chininbehandlung so oft zu hören bekommt, fehlten hier gänzlich, obgleich man die Patienten wiederholt daraufhin befragte. Dies ist um so mehr bemerkenswert, als besonders Kranke wie diese, welche zum größten Teil Störungen der Herz-tätigkeit aufwiesen, außergewöhnlich empfindlich für die unangenehmen Nebenwirkungen größerer Chiningaben sind. Aus den mitgeteilten Beobachtungen dürften folgende Schlüsse zu ziehen sein: Das Aristochin ist ein kräftig wirkendes Mittel gegen das Sumpffieber. Es ist durch seine Geschmackfreiheit und durch das Fehlen unangenehmer Nebenwirkungen bei seiner Anwendung wahrscheinlich ein wichtiges Hilfsmittel bei der Malariabehandlung, besonders in Fällen, wo die Chininanwendung auf Schwierigkeiten stößt, wie bei gewissen Malariakranken mit organischen Fehlern und bei Kindern.

L.

EDMUND SAALFELD (Berlin): Zur inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe. (Aus Dr. EDMUND SAALFELDS Ambulatorium für Haut- und Harnkrankheiten in Berlin.)

Verf. hatte bei der Behandlung der Urethroblennorrhoe die Erfahrung gemacht, daß man, um günstige Resultate zu erzielen und unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden, ein absolut unverfälschtes, reines ostindisches Sandelöl zur Anwendung bringen muß. Die Schwierigkeit, die sich dieser Behandlung bisweilen entgegenstellte, war die, daß die verordneten Sandelölkapseln (3mal täglich 2 Stück à 0.5) nicht immer den an sie zu stellenden Anforderungen entsprachen. Die Mängel bezogen sich teils auf das Öl als solches, teils auf die Qualität der Kapseln; entweder entsprach das Öl nicht den Anforderungen, welche man an die Rein-

heit desselben stellen muß, oder aber die Kapseln zeigten — bei gutem Inhalt — eine derartige Härte, daß es einiger Mühe bedurfte, sie mit einem Hammer zu zerkleinern. Daß solche Kapseln, wenn sie eine gewisse Zeit als Fremdkörper im Magen liegen, Schmerzen bewirken, ist leicht erklärlich („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 12).

Es war Verf. daher interessant, zu erfahren, daß ein neues Präparat hergestellt wurde, dem diese Mängel nicht anhaften, daß dieses Präparat aber eine zweite wirksame Substanz, das $\alpha + \beta$ -Kawaharz, enthält, dessen günstiger Einfluß auf die Heilung der Gonorrhoe, zwar schon früher bekannt, für einige Zeit in Vergessenheit geraten und in letzterer Zeit wieder von einigen Autoren, so besonders von FINGER, betont worden war. Dieses unter dem Namen Gonosan bekannte Präparat — die Kapseln zu 0.3 enthalten je 0.06 des Harzes und 0.24 Sandelöl — wurde von BOSS in die Therapie eingeführt. S. hätte es nun nicht für nötig gehalten, den zahlreichen günstigen Beurteilungen dieses Präparates seine eigenen hinzuzufügen, wenn ihm nicht der Zusatz der Kawakawa zum Sandelöl wertvoll erschienen wäre, außerdem aber eine wichtige Eigenschaft desselben, die, von den bisherigen Autoren noch nicht genügend gewürdigt, hervorgehoben werden sollte. Er hebt auch bei dieser Gelegenheit die hohe Bedeutung der inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe in vielen Fällen hervor. Es muß zugegeben werden, daß man eine Krankheit mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln behandeln soll, und so ist auch der Standpunkt erklärlich, daß die Behandlung der Gonorrhoe mit Injektionen von Protargol, Argentamin und Adstringentien und gleichzeitiger Darreichung von Gonosan die beste ist. Doch gilt dies nach Verf.s Ansicht bloß für die Privatpraxis. Ein besser situierter Patient findet die Zeit, sich täglich vom Arzt Spülungen machen zu lassen oder selbst mehrmals am Tage eine Injektion vorzunehmen. Anders liegen die Verhältnisse bei der großen Zahl der Arbeiter und solcher Kranken, die die poliklinische Klientel bilden. Einerseits mangelt hier die Zeit zu den eben erwähnten Maßnahmen, andererseits werden die Einspritzungen von diesen Patienten oft so unzuverlässig gemacht, daß sie statt Nutzen nur Schaden bringen. Hiervon hat sich jeder nur einigermaßen beschäftigte Arzt schon des öfteren überzeugt, und daraus leitet nun S. die Berechtigung seines wiederholt betonten Standpunktes der inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe ab.

Die Verordnung des Gonosan hat vor der des Sandelöls neben dem bereits Erwähnten den Vorteil, daß seine ischämisierende Wirkung die Sekretion der Harnröhre vermindert und daß seine anästhesierende Eigenschaft die Schmerzen des gonorrhoeischen Prozesses herabsetzt. Dazu kommt dann auch noch ein anderer Faktor, der aus den beiden genannten Eigenschaften resultiert, daß dem neuen Präparate sedative Eigenschaften zukommen. Dementsprechend beseitigt auch das Gonosan die Schmerzen bei der Erektion, eine Eigenschaft, die u. a. FINGER dem Kawakawa zuschreibt. Daß die Erektionen selbst vermindert und in ihrer Stärke herabgesetzt werden, diese Annahme entspricht nicht einer theoretischen Spekulation, vielmehr konnte Verf. dieses Faktum bei seinen Patienten feststellen, da er bei den beobachteten 75 Fällen nur zweimal genötigt war, ein Sedativum zu verordnen. Vielleicht ist das Fehlen oder das seltenere Auftreten von Erektion bei den beobachteten Patienten darauf zu beziehen, daß S., um einen vollen Erfolg zu erzielen, meist 10—12 Gonosankapseln pro die verordnet hat. Die von anderer Seite beobachtete Tatsache, daß nach Beginn der Gonosanbehandlung die Sekretion bald geringer, ihr eitrigere Charakter bald in einen schleimigen verwandelt wird, kann auch Verf. bestätigen. Des weiteren geht er aber auch noch auf die subjektiven Beschwerden ein, die sich als leichtes Aufstoßen in allen Fällen nach Gonosan bemerkbar machten. Bei den Patienten S.s gehörte das Aufstoßen zu den selteneren Ausnahmen, überhaupt ist spontan von den Patienten niemals über Beschwerden geklagt worden. Bei den behandelten Fällen handelte es sich 53mal um akute und 22mal um chronische Gonorrhoeen; es wurden von den 53 akuten Fällen 28 geheilt, 16 Patienten blieben, meist gebessert, aus und 9 befinden sich noch in Behandlung; die analogen Zahlen bei den 22 chronischen Gonorrhoeen sind 10 — 7 — 5. Diese Zahlen sprechen für sich.

Exantheme kamen nicht zur Beobachtung, ebensowenig konnte bei 20 daraufhin mehrfach untersuchten Fällen Eiweiß im Urin nachgewiesen werden; ebenso gehörten Komplikationen, wie Cystitis, Epididymitis, akute Prostatitis, Bubo inguinalis, zu den seltenen Ausnahmen. Die beobachteten Komplikationen waren Epididymitis, Oedema praeputii und Bubo inguinalis. Über die Behandlungsdauer der Gonorrhoe mit Gonosan bis zur Heilung eine durchschnittliche Angabe zu machen, hält S. nicht für richtig, da hierbei die verschiedensten Momente in Betracht gezogen werden müssen. Es kommt hier ja auch auf die Stärke der Infektion und auf die Widerstandskraft des Patienten dem Virus gegenüber, auf seine häuslichen Verhältnisse, ferner darauf an, ob die diätetischen Vorschriften gewissenhaft ausgeführt werden etc. Die günstige Wirkung des Gonosans auf den gonorrhoeischen Prozeß erklärt sich aus seiner desinfizierenden Eigenschaft, welche Verf. durch seine daraufhin angestellten bakteriologischen Untersuchungen hat stützen können. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die Einführung des Gonosans in die Gonorrhoeotherapie als ein bedeutungsvoller Fortschritt anzusehen ist. Das Mittel verringert bei der Urethritis gonorrhoeica in kurzer Zeit die eitrige Sekretion und verwandelt sie in eine schleimige, es setzt die Schmerzhaftigkeit des gonorrhoeischen Prozesses herab und vermindert das Auftreten der im akuten Stadium der Gonorrhoe oft so schmerzhaften und die Heilung verzögernden Erektionen. Die damit geübte innere Behandlung des Trippers genügt in vielen Fällen zu seiner völligen Heilung und hat vor der äußeren Behandlung den Vorzug, daß die Patienten vor den Nachteilen der Injektionen bewahrt bleiben. G.

BOCHARD (Posen): Die Bedeutung des Trauma bei der Syringomyelie vom versicherungsrechtlichen Standpunkte.

Der Autor faßt seine Anschauungen („Monatschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen“, 1904, Nr. 2) dahin zusammen, daß eine äußere Veranlassung, welcher Art sie auch ist, nicht imstande sei, eine Syringomyelie hervorzurufen. Da aber die ersten Anfänge äußerst schleichend sein können und andererseits erwiesen ist, daß äußere Einwirkungen in dem syringomyelitisch erkrankten Rückenmark Verschlimmerungen herbeizuführen vermögen, so muß man den Standpunkt vertreten, daß bei einer Gewalteinwirkung, welche ihrer Art und Schwere nach imstande ist, Veränderungen des Rückenmarks herbeizuführen, die kurz nachher in Erscheinung tretende Syringomyelie bei einem bis dahin scheinbar gesunden Menschen als Verletzungsfolge anzusehen ist. Der zwischen Unfall und Erkrankung liegende Zeitraum muß mit längstens 1 Jahr begrenzt sein. Bei schon bestehenden syringomyelitischen Erscheinungen kann ein Trauma Verschlimmerungen des Zustandes herbeiführen. Die Annahme einer ascendierenden Neuritis oder der Überleitung auf andere Körperteile durch die Nervenbahn der betroffenen Extremität ist nicht angängig. Bei bestehender konstatierte Syringomyelie kann selbst ein intensiver Unfall ohne weitere Verschlimmerung verlaufen. Die Einschätzung der Erwerbseinbuße soll vorläufig auf 1—2 Jahre erfolgen und erst nach diesem Zeitpunkte die definitive Schätzung vorgenommen werden. GRÜNBAUM.

J. ALMKVIST (Stockholm): Experimentelle Studien über die Lokalisation der Quecksilbers.

Mit dem chemischen Nachweise von Quecksilber in den einzelnen Organen von Versuchstieren, welche mit Quecksilber vergiftet worden waren, haben sich bereits zahlreiche, in der Literatur vorliegende Untersuchungen beschäftigt, dagegen gab es zur Zeit, als der Autor seine Studien begann, noch keine Methode, welche Gewebsfixation, Quecksilberfixation und Quecksilberdifferenzierung zuließ, also noch keine histo-chemische Methode. Während A. sich seine Methode, Niederschlagen des Quecksilbers als Schwefelquecksilber in stark angesäuertem Fixationsflüssigkeit, zurechtlegte, erschien bereits die Arbeit von JUSTUS über den gleichen Gegenstand, die im wesentlichen wohl keine Abweichungen zeigt, nur

daß JUSTUS das im Gewebe als Albuminat supponierte Quecksilber zunächst durch Einlagerung in Zinkchlorid in Chlorquecksilber umwandeln zu müssen glaubt, weil das Albuminat durch Schwefelwasserstoff nicht gefällt werde. Diese Annahme ist nach A. nicht stichhaltig, so daß er, seiner Methode sicher, sich der Untersuchung der einzelnen Organe von Tieren zuwandte, die durch einige Zeit Hg intern oder subkutan erhalten hatten; Kontrolluntersuchungen an nicht behandelten Tieren wurden nicht unterlassen. („Nord. Med. Arkiv“, Abt. II, H. 2.)

Bezüglich genauerer Einzelheiten dieser Befunde muß wohl auf das Original verwiesen werden. Wir möchten bloß des Befundes im Darm gedenken; dort zeigen sich im histologischen Bilde die Hg-S-Körnchen unmittelbar unter dem Epithel, auch wenn vorher nicht mit Schwefelwasserstoffwasser ausgefällt wurde, namentlich dort, wo erhebliche Fäulnis stattfindet, wo also die natürlichen Vorgänge den Schwefelwasserstoff liefern. Ferner lassen sich hier die Körnchen überaus häufig in Leukozyten nachweisen, so daß der Autor daraus schließt, die Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Darmlumen entspreche keiner sekretorischen Zellaktivität, sondern geschehe einfach durch Leukozytenwanderung. Bei starker Quecksilberwirkung findet sich der Niederschlag auch in den Gefäßwänden (Endothelzellen) und erfüllt schließlich auch das ganze Lumen, was infolge der hochgradigen Schädigung der Gefäßwände zur Nekrose führe. Überdies zeigte sich die Schwarzfärbung der Blinddarmschleimhaut weniger parallel dem Grade der Quecksilberintoxikation, als dem Reichtum des im Darmlumen vorhandenen H₂S. Da dem Munde ähnliche Zersetzungsprozesse nicht fremd sind, bringt der Autor die Quecksilberstomatitis auch mit der daselbst durch Leukozytenwanderung vermittelten Quecksilberelimination und mit den analogen Zirkulationsstörungen in Zusammenhang.

Ein abschließendes Urteil wird erst nach weiteren ähnlichen Untersuchungen möglich sein, denn die JUSTUSsche Arbeit, die sich im Prinzip von der des Autors nicht unterscheidet, fand in zwei Arbeiten aus der Klinik NEISSER, sowie durch die Arbeit R. FISCHERs entschiedenste Ablehnung. DEUTSCH.

RUDOLF v. HÖSSLIN (Neuwittelsberg): Über zentrale Schwangerschaftslähmungen der Mutter.

Ein pathologisch-anatomischer Befund fehlt bei den hysterischen Schwangerschaftslähmungen und den Lähmungen infolge von Myasthenia gravis. Die ersteren sind sehr selten, ihre Diagnose ist mit großer Vorsicht zu stellen, die Flüchtigkeit von Lähmungserscheinungen rechtfertigt keineswegs schon die Diagnose auf Hysterie. Zu denjenigen Schwangerschaftslähmungen, welche infolge von organischen Veränderungen im Zentralnervensystem entstehen, gehört vor allem („Münch. med. Wschr.“, 1904, 8. März) die genuine Schwangerschaftsapoplexie. Sie tritt fast ausnahmslos in der Zeit kurz vor der Geburt, während derselben oder während des Wochenbettes auf. Ätiologisch ist sie nicht ganz klar, individuelle Disposition, Blutdruckschwankungen während der Geburt, Herzhypertrophie, durch toxische Einflüsse hervorgerufene Gefäßveränderungen kommen in Betracht. Die Schwangerschaftsapoplexie setzt plötzlich ohne alle Vorboten ein, ihre Prognose ist infaust. Klarer ist die Ätiologie der albuminurischen Schwangerschaftslähmung, welche durch die mit der Albuminurie einhergehenden urämischen Zustände bedingt ist und bei der wir die Fälle ohne und mit Gehirnblutungen pathologisch-anatomisch auseinander halten müssen. Die albuminurischen Lähmungen kommen nicht ohne Vorboten; handelt es sich nicht um Blutung, dann kann ein rascher Rückgang erfolgen, während die Prognose bei den durch Blutung bedingten Fällen schlecht ist. Die Thrombose der Gehirngefäße entsteht entweder infolge von puerperalen Infektionen oder nach starken Blutungen post partum oder abortum. Sie entwickelt sich langsam, das Bewußtsein ist meist erhalten, große Schwankungen und auch rascher Rückgang der Lähmungen wurden wiederholt beobachtet. Bei den Schwangerschaftslähmungen durch Gehirnembolie

kommen ätiologisch insbesondere die ulzeröse Endokarditis, ferner während der Gravidität rezidivierende alte Endokarditiden, sowie die sogenannte schleichende Graviditätsendokarditis in Betracht. Sie beginnt plötzlich, kann in jeder Periode der Schwangerschaft auftreten, zeigt oft große Schwankungen im Verlaufe, sowie manchmal raschen Rückgang. In direktem Zusammenhang mit der Gravidität stehen auch diejenigen Lähmungen, welche Folge einer Encephalitis nach puerperalen Erkrankungen und Folge von metastatischem Gehirnabszeß bei Puerperalfieber sind.

Von Rückenmarkserkrankungen, welche ätiologische Beziehungen zur Gravidität zeigen, ist die Kompressionsmyelitis zu nennen, welche teils infolge erstmaliger Gibbusbildung während der Schwangerschaft entsteht, teils auf in der Gravidität rezidivierende ältere Wirbelkaries zurückzuführen ist. Im Anschluß an schwere Geburtsabteilungen treten Paraplegien auf, denen spinale Anämie oder spinale Thromben zugrunde liegen können. Im Verlaufe schwerer Puerperalerkrankungen kommt die Meningomyelitis vor; Spinalapoplexien wurden sowohl bei bestehender Amylomatose des Rückenmarkes, aber auch bei gesundem Mark, sowie bei albuminurischen Frauen beobachtet. Nach normaler Schwangerschaft und normalem Wochenbett kamen noch zur Beobachtung: Eine unter dem Bilde der akuten Ataxie verlaufende Encephalo-Myelitis, ferner die Poliomyelitis acuta und subacuta adultorum, endlich eine teils chronisch, teils subakut oder akut verlaufende Myelitis. Auch die multiple Sklerose läßt sich unzweifelhaft in einer Reihe von Fällen auf eine Gravidität oder ein Wochenbett zurückführen. Diese vier zuletzt angeführten Rückenmarkserkrankungen haben das Gemeinsame, daß sie häufig nach infektiösen und toxischen Einflüssen entstehen und darum liegt der Gedanke nahe, daß sie auch hier, wie viele andere während der Schwangerschaft entstandene Nervenerkrankungen (Tetanie, Chorea etc.) auf eine Autointoxikation vom Darmlumen aus zurückzuführen seien. Infaust ist die Prognose bei den septischen Erkrankungen, bei der Hämomyelitis und den mit Albuminurie zusammenhängenden Paraplegien, während die Paraplegien nach schweren Blutungen oder erschöpfenden Wochenbetten keine schlechte Prognose geben. Wenn mit der Fortdauer der Gravidität eine Verschlimmerung bestehender oder erst entstandener Spinalerkrankungen eintritt, so wird die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert sein. FISCHER.

H. SELLHEIM (Freiburg i. B.): Zur Dosierung der physikalischen Heilmethoden in der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Druck und Zug wendet man bei Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane vielfach als Heilmittel an. Die bisher üblichen Verfahren ermöglichen keine genauere Abschätzung der angewendeten Kraft und daher auch nicht des erzielten Effektes. Um diesem Übelstande abzuweichen, hat Verf. einen Apparat zusammengestellt, welcher durch auswechselbare Ansätze die Anwendung von Gummiballons in Scheide, Uterus und Mastdarm unter minutiöser Regulierung von Druck und Temperatur in einfacher Weise gestattet. Als Kraftquelle benutzt Verf. den Druck, unter welchem das Wasser in den Hausleitungsröhren steht. Die Dosierung desselben geschieht in der Weise, daß bei gleichbleibendem Zuflusse der Abfluß des Wassers allmählich gedrosselt werden kann. Ein in die Leitung eingeschaltetes kleines Manometer dient der genauen Messung des Druckes. Kaltes und warmes Leitungswasser werden in einer sogenannten Mischbatterie, wie man sie an den üblichen Händewaschapparaten vorfindet, gemischt. Den gewünschten Temperaturgrad zeigt ein in der Zuleitung eingeschaltetes Thermometer an. Der Apparat ermöglicht, sowohl eine gleichmäßige Temperatur über beliebig lange Zeit festzuhalten, als auch durch abwechselndes Öffnen und Schließen der Warm- und Kaltwasserleitung Temperaturschwankungen herbeizuführen. Auch die Druckschwankungen lassen sich in jeder Höhe und in beliebig raschem Wechsel hervorrufen. Der Apparat läßt sich in allen seinen Teilen bequem sterilisieren. Verf. empfiehlt den Apparat („Zeitschr. f. diätetische u.

physikalische Therapie“, Bd. 7, H. 12) ganz besonders zur Behandlung der chronisch-entzündlichen Zustände im Para- und Perimetrium und bei hartnäckigen Mastdarmstrikturen. Die genaue Dosierung des Druckes und der Temperatur ermöglicht es vor allem, daß bei der Anwendung von Druck und Zug als Heilmittel mancher Schaden, der durch die bisher üblichen Verfahren gestiftet wurde, bei der Benutzung dieses Apparates mit Sicherheit verhütet werden kann. GRÜNBAUM.

CASSEL (Berlin): Über Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten.

Die Nephritis heredo-syphilitica der Säuglinge macht bei Lebzeiten selten klinische Erscheinungen. („Berl. kl. Wschr.“, 1904, Nr. 21.)

Die makroskopische Betrachtung der Nieren von an angeborener Syphilis gestorbenen Früchten und Kindern liefert ebenfalls nur ausnahmsweise positive Befunde.

Die Gewichtsbestimmungen des Organs nach (HECKER) konnte C. leider aus äußeren Gründen nicht ausführen. Die histologische Untersuchung erweist indessen, daß sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen in den Nieren finden, die im Einzelfalle große graduelle Verschiedenheiten zeigen. Bei den Kindern, die einige Zeit gelebt haben, stehen die interstitiellen und die periadventitiellen Wucherungen und die cystische Degeneration der Glomeruli im Vordergrund. Bei den Föten treten zu diesen Veränderungen noch die Entwicklungshemmungen an den Organen hinzu.

Die Untersuchungen C.s haben nicht nur ein rein theoretisches, sondern auch praktisches Interesse. Sie lehren uns Manches verstehen, was sich im Lebenslauf vieler dieser Patienten, keineswegs aller, ereignet. Die durch Entwicklungshemmung und entzündliche Prozesse hervorgerufene Minderzahl von Elementen, die lebenswichtige Funktionen zu erfüllen haben — Entwicklungshemmungen, die wie in der Niere doch auch in anderen Organen statthaben werden —, erklären uns die mangelhafte Entwicklung vieler mit Erbsyphilis behafteter Individuen, die parasymphilitischen Affektionen, das Zurückbleiben im Längenwachstum, den Infantilismus u. a. m. Wir vermögen auch zu verstehen, warum solche Individuen den Einflüssen des Lebens gegenüber, wie z. B. den Infektionskrankheiten, eine nur mangelhafte Widerstandsfähigkeit besitzen. Das mit Erbsyphilis behaftete Kind ist für den Kampf um das Dasein schwächer ausgerüstet als das nichtsymphilitische.

L.

Kleine Mitteilungen.

— Über die Wirkung von Ätzmitteln auf das Endometrium veröffentlicht WELANDER folgende Erfahrungen („Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.“, 1904, Bd. 51, H. 3). Bei intrauterinen Ätzungen ist die alkoholische Lösung des Medikamentes wegen ihrer leichteren Ausbreitung über die Fläche, und wahrscheinlich auch die Tiefe, der wässrigen vorzuziehen. Mit Anwendung der PLAYFAIRSchen Sonde, armiert mit in Alkohol gelösten Stoffen, kann man eine gleichmäßige, genügend tiefe Ätzwirkung über die gesamte Mucosa uteri erzielen, ebenso mit schmelzbaren medikamentösen Stiften, weshalb die BRAUNSche Spritze zu entbehren ist. Die Mucosa uteri ist für ätzende Mittel infolge ihres maschigen Baues leicht durchgängig, während die kompakten Muskelzüge dem Eindringen derselben ein Hindernis in den Weg stellen. Das Eindringen der wässrigen Lösung in die Schleimhaut geht allmählich vor sich, das der alkoholischen sehr schnell (in ersterem Falle bedeutende Gewebsveränderungen, in letzterem schnelles Fixieren der Gewebe). Bei Anwendung einer 30%igen alkoholischen Formalinlösung ist der Ätzschorf bereits nach 24 Stunden in Abstoßung begriffen und die Regeneration der Schleimhaut kann beginnen. Eine Einwirkung des Ätzschorfes auf die Tube, auch in ihrem Anfangsteile, findet bei Anwendung einer PLAYFAIRSchen Sonde nicht statt.

— Beobachtungen über Veronal als Schlafmittel publiziert PFEIFFER in Wiesbaden („Deutsche med. Wochenschrift“, 1904,

Nr. 20). Das Präparat ist imstande, bei funktionellen Störungen des Nervensystems bei und nach Influenza in den meisten Fällen einen hinreichenden, angenehmen Schlaf zu erzeugen. Es übt auch in Dosen von 0.5 bis höchstens 1.0 keine schädlichen Nebenwirkungen auf Herz, Gefäße und Nieren aus, darf daher in diesem Sinne als indifferent für den Organismus angesehen werden. Da dasselbe ferner keine kumulative Wirkung hat, so kann es wochenlang fortgegeben werden, wobei nur nach längerem Fortgebrauch eine kleine Abnahme in der schlafmachenden Wirkung eintritt. Als durchschnittliche Dosis wäre 0.5 zu bezeichnen; eine Steigerung bis 1.0 ist zulässig, doch nicht darüber hinaus; meist genügt die mittlere Dosis von 0.5. Der Schlaf tritt je nach dem Grade der Schlaflosigkeit in 1—2 Stunden ein und ist meist ein erquickender, kräftigender. Das Erwachen ist ein angenehmes, mit Stärkung einhergehendes, von keinen unangenehmen Begleiterscheinungen gefolgt.

— Über Knochenplombierung berichtet BRÜNING („Deutsch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 15): HACKMANN füllt die trocken ausgetupfte Knochenhöhle mit einer Mischung von Cetaceum 40.0, Ol. Sesami 20, Jodoform 30, resp. 60. Die Masse wird kurz vor dem Gebrauch im Wasserbade erwärmt, geschüttelt, damit das Jodoform sich gleichmäßig verteilt, und wird dann in die auszufüllende Höhle hineingegossen; hier erstarrt sie innerhalb weniger Minuten. Diese Masse läßt sich leicht sterilisieren (das Jodoform und das Fettgemisch für sich); sie wirkt antiseptisch durch ihren Jodoformgehalt. Die Gefahr einer Jodoformvergiftung besteht nicht, da die Masse nur nach und nach resorbiert wird. Auch gegen Blutungen scheint diese flüssige Plombe Schutz zu gewähren. Blutungen aus den Knochen werden durch Wasserstoffsperoxyd zum Stehen gebracht. Auf diese Weise gelingt es, nicht nur in Knochenhöhlen, sondern auch in Weichteilhöhlen und in Gelenken nach der Resektion größere Plombenmassen zur reaktionslosen Einheilung zu bringen. An der Gießener chirurgischen Klinik wurde in einer Anzahl von Fällen genau nach der Vorschrift von MOSETIG verfahren; die Behandlungsdauer wird durch dieses Verfahren wesentlich abgekürzt. Für die Plombierung eignen sich jedoch nicht die Fälle, in denen es nicht gelingt, die Höhle mit Meißel und scharfem Löffel vollständig zu glätten und zu säubern.

— Zur Behandlung der chronischen Endometritis hat RICHTER („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 3) die MERCKsche konzentrierte H_2O_2 -Lösung verwendet. Er hat im Verlaufe von etwas mehr als $1\frac{1}{2}$ Jahren etwa 50 Fälle von subakuter und chronischer Endometritis zu behandeln Gelegenheit gehabt und dabei die besten Resultate erzielt, wenn er nicht die 30%ige Lösung alle 8 Tage anwendete, sondern eine 15%ige, durch Verdünnung mit gleichen Teilen destillierten Wassers frisch hergestellte Lösung jeden 4. Tag benutzte. Während die Originallösung, welche in Flaschen mit Paraffinverschluß abgegeben wird, unbegrenzt lange haltbar ist, verlieren Verdünnungen sehr bald ihre ätzende Kraft und müssen daher stets frisch hergestellt werden. Der Modus procedendi bei der Anwendung des H_2O_2 ist nicht der, daß man ein mit Watte bewickeltes Stäbchen in die Flüssigkeit taucht und in die im Klappenspekulum eingestellte Portio einführt, sondern man stellt im Röhrenspekulum die Portio ein, entfernt gründlich, aber vorsichtig, damit ja keine Blutung entsteht, alle Sekretspuren und gießt 1—2 cm^3 der zu benutzenden Lösung in das Spekulum hinein. Ist eine Blutung aufgetreten, so wird sofort das ganze Spekulum mit Schaum ausgefüllt, der aus Sauerstoff in statu nascendi besteht und eine stark ätzende Wirkung, auch auf die Haut der Finger, ausübt, so daß man möglichst vermeiden muß, mit diesem Schaum in Berührung zu kommen. Der katalytische Einfluß des Blutes ist ein so gewaltiger, daß augenblicklich die ganze Menge des H_2O_2 in H_2O und O zersetzt wird. Bei dieser momentanen, explosionsartigen Katalyse ist natürlich die Ätzwirkung eine oberflächliche; sie ist so gering, daß sogar von einer blutstillenden Wirkung des H_2O_2 , wegen der dasselbe doch eigentlich berühmt ist, bei Anwendung konzentrierter Lösungen keine Rede ist. Jede Berührung des Endometrium mit dem Watteträger kann eine neue Blutung hervorrufen, so daß man zur Blutstillung schwache, 2—5%ige Lösungen anwenden muß, deren Wirkung auf die Endo-

metritis natürlich nur eine geringe ist. Wiederholt man nach einigen Tagen die Prozedur, ebenso in den Fällen, in denen keine Blutung eingetreten ist, so sieht man nach dem Eingießen der Flüssigkeit an den Stellen, aber nur an den Stellen, an denen die Flüssigkeit mit dem erkrankten Endometrium in Berührung gekommen ist, das Auftreten von kleinen Gasbläschen, und man hört die Entstehung des Sauerstoffs an leisen explosionsartigen Geräuschen. Führt man nun den Watteträger durch die im Spekulum stehende Flüssigkeit in den Zervikalkanal oder in die Uterushöhle ein, so vermehrt sich die Gasbildung und die Zahl der Explosionsgeräusche. Je nachdem die Ätzung eine oberflächliche oder mehr in die Tiefe gehende sein soll, zieht man den Watteträger ganz heraus oder führt ihn, nachdem er wieder mit der Flüssigkeit in Berührung gekommen ist, bis ein dutzendmal in die Zervix oder in den Uterus hinein. Mit dem Wiedereinführen wartet man, bis die Blasenbildung am Orificium aufgehört hat. Glaubt man, daß die Ätzung eine genügend tiefe ist und tupft die überflüssige Lösung mit Watte fort, so sieht man an den erkrankten Stellen einen weißen Ättschorf, der zuweilen an Stellen auftritt, wo man, bei ungenügender Beleuchtung, nichts von einer Erkrankung gemerkt hatte. Ist die Endometritis geheilt, so kann man den mit der Flüssigkeit angefeuchteten Watteträger so oft man will einführen; man sieht dann weder etwas von einem Ättschorf, noch von einer Gasbildung. Man kommt im Durchschnitt mit 10—12 Ätzungen aus, d. h. die Behandlung hat niemals ganz 2 Monate gedauert.

— Mit dem **FICKERSchen Typhusdiagnostikum** hat **EHR SAM** in Meiningen Versuche angestellt („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 13). Es wurden zunächst Proben mit Serum bei sicher festgestelltem Typhus gemacht, sodann Kontrollversuche bei anderen fieberhaften Erkrankungen vorgenommen. Es fand sich, daß bei Typhus abdominalis auf dem Höhepunkte der Erkrankung, bei Rezidiven und während der Rekonvaleszenz regelmässig positives Ergebnis bei Zusatz des **FICKERSchen Diagnostikum** eintrat, und zwar nach 3—24 Stunden, ferner daß die Reaktion bei anderen schweren, fieberhaften Krankheiten regelmässig negativ ausfiel. Weitere Versuche werden festzustellen haben, in welcher Periode einer typhösen Erkrankung frühestens Agglutination eintritt; insbesondere ob die Reaktion bereits in einer Zeit positiv ausfällt, in der andere sichere Symptome des Typhus abdominalis noch fehlen. Immerhin scheint es schon heute, daß wir in dem **FICKERSchen Typhusdiagnostikum** ein für die Praxis sehr brauchbares Mittel zur sicheren Erkennung des Typhus abdominalis haben, welches vor der **GRUBER-WIDALSchen** Reaktion den Vorzug besitzt, daß jeder praktische Arzt die Untersuchung außerhalb des bakteriologischen Laboratoriums auszuführen in der Lage ist.

— Die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit bei Infektionskrankheiten bestrittenen **BACCELLischen intravenösen Sublimatlösungen** haben im Laboratorium der inneren Klinik Genuas durch **MARIANI** („Policlinico“, Bd. VIII) eine exakte Bestätigung ihrer Wirkung erfahren. Das injizierte Sublimat vermehrt im tierischen Organismus (Kaninchen) die Widerstandskraft und bewirkt die Bildung von Antitoxinen, welche sowohl gegen Toxine als gegen pathogene injizierte Keime eine erhöhte Resistenz verleihen. Indessen kommt es behufs Entfaltung dieser wohltätigen Wirkung darauf an, daß die Dosis klein ist und mehrere Male am Tage wiederholt wird: $\frac{1}{50}$ mg pro Kilogramm Tier dreimal täglich. Die therapeutischen Dosen wirken nicht, wie man annehmen zu müssen glaubte, durch ihre bakterizide, sondern vielmehr durch ihre antitoxische Eigenschaft.

— Nach eingehender Darlegung seiner Untersuchungen über das Wesen des Heufiebers empfiehlt **FINK** („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 4) therapeutisch sehr warm das **Aristol** als ein rationelles Heilmittel gegen dieses Leiden. Die Behandlung muß beim Heufieber in der Regel in jeder Saison wiederholt werden. Der Modus procedendi ist für denjenigen nicht schwer, der die Technik endonasaler Manipulationen beherrscht und eine gewisse Dexterität besitzt. Unter diesen Voraussetzungen und beim Gebrauch sehr dünner Kanülen mit entsprechender, der Konfiguration der unteren Muschel und der Tiefe des mittleren Nasenganges angepaßter Biegung gelingt es in fast allen Fällen mit der Kanüle in die Kieferhöhle einzudringen. Mit dieser Kanüle wird nun ein eigens

zu diesem Zwecke konstruierter Pulverbläser verbunden und das **Aristol** eingeblasen. Die Behandlung pflegt Verf. in den drei ersten Tagen täglich auszuführen, später je nach Maßgabe der Erscheinungen.

— Die **Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes** erörtert **BEHRING** („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 2). Ist die Diagnose durch den Nachweis von Gonokokken im Urethralsekret erhärtet, so wird ein gutes Suspensorium verordnet und die Diät durch Verbot aller reizenden Speisen und Getränke geregelt. Gegen Entzündungen der äußeren Genitalien werden Umschläge mit essigsaurer Tonerde gemacht, eine etwaige Phimose wird operiert. Wenn nicht sofort mit Injektionen begonnen werden kann, wird von vornherein Sandelöl wegen seiner reizmildernden und sekretionsbeschränkenden Wirkung verordnet oder auch Gonosan, eventuell Helmitol. Dann wird mit Ausspülungen der Harnröhre mit Kal. hypermangan. 1 : 4000 warm allmorgendlich begonnen. Sie werden mit der **ZEISSLSchen** Handspritze zu 200—250 g gemacht. Nach ungefähr 14 Tagen wird in der Konzentration auf 1 : 2000 gestiegen. Zu Hause machen die Pat. täglich 2—3 Injektionen von Albargin, Protargol oder Arg. nitr. 1 : 1000 bis 1 : 500, ohne aber die Flüssigkeit längere Zeit in der Harnröhre zu belassen. Nach ungefähr 6—8 Wochen läßt sich in vielen Fällen morgens noch ein Tropfen Sekret auspressen, in welchem sich aber nur noch selten Gonokokken finden. Sonst wird Arg. nitr. vorgezogen und zu Hause Resorziinjektionen gemacht (1—3%). Hierdurch schält sich die oberflächliche Schleimhaut ab und wird der natürliche Heilungsprozeß unterstützt. Manchmal wird auch mit $\frac{1}{2}$ % Zinc. sulf. carbol. abgewechselt. Tritt nicht in kurzer Zeit Heilung ein, so wird zu Dilatationen übergegangen. Bei eintretenden Komplikationen wird die lokale Behandlung natürlich ausgesetzt, um nach einiger Zeit wieder mit den Spülungen zu beginnen, welche bei Urethritis post. in die Blase gemacht werden. Bei Cystitis werden Helmitoltablets à 0.5 g, 6 Tabletts täglich, angewendet. Bei Miterkrankung der Prostata wird wöchentlich zweimal Massage vorgenommen.

— Über **Rheumasan bei Tylosis palmaris** bei Erwachsenen ist eine Arbeit von **TH. MAYER** aus der Klinik des Prof. Dr. **LASSAR**, Berlin, erschienen („Derm. Monatsh.“, 1904, Nr. 5). Rheumasan ist eine weiche, dauernd haltbare, 10%ige Salizylsäureseife, welche im Gegensatz zu den bisherigen Seifen die Salizylsäure nicht als Alkalisalz enthält, sondern in freiem, bei äußerlicher Anwendung allein resorptionsfähigen, wirksamen Zustande. Die Kombination von Salizyl mit einer weichen Seife, wie sie das Rheumasan darstellt, legte ferner nahe, dasselbe auch in der dermatologischen Praxis zu verwenden, und zwar geschah dies zunächst bei Tylosis palmaris, worüber sich der genannte Autor in sehr günstiger Weise äußert. Die Anwendung geschah in folgender Weise: Die befallenen Flächen der vorher mit Wasser und Seife gereinigten Hände werden des Abends mindestens fünf, bei hartnäckigeren Fällen zehn bis zwölf Minuten mit Rheumasan massiert und diese Kur nicht vor einem Monat beendet. Die Massage wird zur Vermeidung etwaiger Reizerscheinungen, wenn sich solche in geringem Maße zeigen sollten, ein bis zwei Tage lang unterbrochen.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Von Prof. Dr. Hermann Eichhorst. I. Band. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.

Das weitbekannte und gediegene Werk des bedeutenden Klinikers liegt uns in sechster Auflage vor. Sein vorläufig erschienener erster Band enthält die Krankheiten des Zirkulations- und Respiationsapparates. Mit bewunderungswürdigem Fleiße ist der unermüdete Autor allen Publikationen unserer Literatur gefolgt; kritisch sichtigend und beobachtend hat er sich das Material für die Neuaufgabe seines großen Handbuchs zurechtgelegt, so daß dieses nunmehr zum getreuen Spiegelbilde unseres dormaligen Wissens geworden ist. Durch übersichtliche Anordnung des Stoffes, unübertrefflich klare Diktion und leichte, eindrucksvolle Darstellungsweise

ausgezeichnet, kann das EICHHORSTsche Werk, wie ehemals, zu den besten Darbietungen gezählt werden, welche unsere Literatur dem Studierenden an die Hand gibt. Die eingehende Berücksichtigung der Therapie sei mit Rücksicht auf den Lehrzweck ganz besonders hervorgehoben.

BRAUN.

Toxikologisch oder forensisch wichtige Pflanzen und vegetabilische Drogen mit besonderer Berücksichtigung ihrer mikroskopischen Verhältnisse. Von Doz. Dr. Wilhelm Mittlacher. Mit 106 in den Text gedruckten Abbildungen. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg.

Die pharmakognostische Untersuchung liefert nicht selten bei forensischen Fällen einen besseren Aufschluß über die Natur des in dem Mageninhalt oder in den Fäzes vorhandenen Materials, als die chemische oder physiologische Methodik; sie kann einerseits nachweisen, ob eine etwaige Vergiftung durch Pflanzenteile herbeigeführt wird, und andererseits kann sie die Provenienz von Pflanzenteilen feststellen, wenn sie äußerlich auch bereits vollkommen unkenntlich zerkaut, mazeriert oder gepulvert vorliegen. Das vorliegende Buch greift die in forensischer Beziehung wichtigen Pflanzen heraus und bespricht genau ihre mikroskopischen Verhältnisse, mit besonderer Berücksichtigung der mikroskopischen Reaktionen; auf

diese Weise ist dem zur Untersuchung berufenen Arzte ein Leitfaden in die Hand gegeben, mit dessen Hilfe er sich in die Methodik der pharmakognostischen Untersuchung rasch einführen und aus dem er sich erforderlichenfalls zuverlässig Rat holen kann. Die zahlreichen, vorzüglich ausgeführten Abbildungen ermöglichen es, sich schnell über gewisse Merkmale zu orientieren und die Arbeit in bestimmte Richtungen zu lenken.

FL.

Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung. Von Doz. Dr. Ernst Ehrnrooth in Helsingfors. Berlin 1904, August Hirschwald.

Aus den Untersuchungen des erfahrenen Autors geht die forensisch wichtige Tatsache hervor, daß die plötzliche Herzlähmung sich aus keinen sicheren anatomischen Merkmalen erkennen läßt, sondern fast mehr durch die negativen Leichenbefunde und auf Grund der Kenntnis der Umstände, unter welchen der Tod eingetreten ist. Es ist daher für den Obduzenten von allergrößter Bedeutung, möglichst vollständige Angaben darüber zu bekommen, wie der Betreffende gestorben ist, und ob er etwa auch früher unter Umständen in ähnlicher Weise und mit ähnlichen Symptomen plötzlich erkrankt war. — Das im Anhang enthaltene Literaturverzeichnis umfaßt 132 einzelne Angaben.

BR.

Feuilleton.

Nauheimer Brief.

(Original-Korr. der „Wiener Med. Presse“.)

Wenn ich heute, anstatt aus Berlin, Ihnen aus Bad Nauheim einen Brief sende, so bitte ich die geschätzten Kollegen, welche den Leserkreis der „Wiener Med. Presse“ bilden, vor allem wegen dieser außergewöhnlichen Korrespondenz um freundliche Nachricht. Reisebriefe sind meist für den Schreiber eine Art Bedürfnis, sich manches vom Herzen herunterzureden, für den Leser aber bisweilen ein zweifelhaftes Vergnügen. Nun bin ich hier diesmal nicht als Arzt, sondern als Patient, um mein durch die Anstrengungen der Praxis etwas aus der Ordnung gekommenes Herz wieder herzustellen, und dies ist mir auch in recht befriedigender Weise gelungen. Ich kann aber dies Mekka der Herzkranken nicht verlassen, ohne meine Eindrücke, wie die Doppelrolle des „ärztlichen Patienten“ sie mir an die Hand gibt, zu Nutz und Frommen derjenigen, die Nauheim noch nicht aus eigener Anschauung kennen, hier wiederzugeben. Ich hoffe, ein ganz unparteiisches, von Voreingenommenheit freies Urteil, das nichts von einer Oratio pro domo an sich hat, bieten und den geschätzten Kollegen ein treues Bild dieses weitberühmten Kurortes entwerfen zu können.

Zuerst ein Wort über das Landschaftliche und das Exterieur. Es ist weit besser, als sein Ruf. Mit Unrecht gilt es vielfach als arm an landschaftlichen Reizen, wenn es sich auch nicht mit dem herrlichen Taunus messen kann, dessen Ausläufer von Stüd-Osten her zu dem Nauheimer Tale herübergrüßen. Die Perle Nauheims ist der 105 Hektar große, ausgezeichnet schön angelegte Park, in welchem Natur und Kunst glücklich zu einem lieblichen Gesamtbilde vereinigt sind. Für den Kurgast und Erholungsbedürftigen, der sein Herz und Gemüt ausruhen und kräftigen will, kann es kaum etwas Angenehmeres geben, als diesen Park mit seinen mannigfaltigen, zum Teil alten und seltenen Bäumen, grünen Matten, malerischen Durchblicken, wohlgepflegten, ebenen Wegen und zahllosen bequemen Bänken, die geschickt an den schattigsten oder aussichtsreichsten Plätzen aufgestellt sind. Tausende von Leuchtkäfern schweben jetzt, wo ich dies schreibe, bei Einbrechen der Dunkelheit durch Busch und Wiese. Eine wohlthuende Ruhe überkommt hier den Kranken; er kann ungestört den vielen Singvögeln lauschen oder an dem (bescheiden nur als Teich bezeichneten) ausgedehnten See rasten, über den Schwäne und Enten mit ihrer zahlreichen kleinen Nachkommenschaft ziehen, aber auch nicht wenig Gondeln hingleiten. Die sportlustige jüngere Welt findet treffliche Tennis- und Golfplätze

mitten im Grün, und wer Musik hören will, kann dies auf der imposanten Terrasse des Kurhauses genießen.

Wenn „Ruhe die erste Bürgerpflicht“ ist, so ist sie es noch mehr für die hiesigen Herzkranken, und diese Ruhe tut sichtlich wohl. Wurde sie diesmal auch häufig durch Automobile unterbrochen, welche vom Gordon-Bennett-Rennen her den Ort benzinduftend durchrasten, so ist dieser Übelstand doch jetzt, wo Homburg seine gewohnte Physiognomie wieder angenommen hat, bereits im Schwinden, keineswegs schlimmer als anderwärts. Den Gipfel der Ruhe bietet aber doch der Park, dieser „Heilige Hain“, in welchem die Herzleidenden langsamen Schrittes wandern und alle 50 Schritte Station machen können.

Die vielfach asphaltierten Straßen, teils mit Glühlicht, teils elektrisch beleuchtet, haben ein modernstädtisches Aussehen, sind sehr sauber und mit hübschen Villen, Logier- und Privathäusern, Pensionen und Hotels ausgestattet. Niemand braucht zu fürchten, er könne nicht leicht und bequem ein seinen Wünschen entsprechendes Quartier, sowie beste Verpflegung finden. Aufs reichlichste ist dafür gesorgt und — man darf hinzufügen — zu zivilen Preisen. Zahlreiche Geschäfte kommen allen Wünschen der Gäste entgegen; vorzügliches Obst ist in Hülle und Fülle vorhanden. Wasserversorgung und Kanalisation sind gut — kurz — es läßt sich hier sehr gut hausen. Will man die Umgegend kennen lernen, so bringt einen die Bahn binnen wenigen Minuten nach dem altertümlichen, malerischen Städtchen Friedberg oder Butzbach. In kürzester Zeit kann man Frankfurt a. M., Homburg v. d. H. und die Saalburg erreichen. In nächster Nähe aber kann, wer die kleine Mühe einer Fußwanderung noch scheuen muß, mit Droschken den Johannisberg, den Frauenwald oder Hochwald mit ihren alten Eichenbeständen erreichen. Überall sind Ruheplätzchen, überall gute Restaurants, kurz man fühlt sich in einem „Qui si sana“ schon dank der lokalen Verhältnisse.

Und nun zu den balneologischen! In stattlichen Komplexen dehnen sich am Rande des Kurparks die Badehäuser aus, in denen 269 Zellen mit 277 Wannen zur Verfügung stehen und füglich über 2000 Bäder verabreicht werden. Die Badehäuser sind vorzüglich eingerichtet, lustig, sauber, komfortabel. Ein gut geschultes Badepersonal bedient die Kurgäste exakt und zuvorkommend. Angesichts der großen Zahl der Badegäste ist eine strenge Ordnung bezüglich der Reihenfolge geboten und diese wird eingehalten, so daß Gerechtigkeit waltet. Mißvergnügen erregt nur, daß die Sprudelbäder, welche den vollen Kohlensäuregehalt besitzen und gewöhnlich den Schluß der Kur bilden, offenbar nicht in genügender Menge verabreicht werden können. Ob die betreffende Zellenzahl oder das Wasser dem großen Bedarf gegenüber nicht

ausreicht, vermag ich nicht zu entscheiden. Viele Badegäste, die sich schon vor 5 Uhr früh einfinden, müssen trotzdem manchmal stundenlang warten, bis ihre Nummer aufgerufen wird. In den anderen Bädern ist dieser Übelstand nicht vorhanden und ich denke, da jetzt Millionen für neue Badehäuser usw. aufgewendet werden sollen, wird auch eine größere Ergiebigkeit des Sprudels und eine Vermehrung der Zellen ins Werk gesetzt werden.

Eine bewundernswerte Spezialität Nauheims, durch die es zweifellos in der Behandlung der Herz- und Arterienkrankheiten seine glänzenden Erfolge erzielt, ist die vorzügliche Abstufung der Bäder, ihre feine Nuancierung, die es ermöglicht, den Kranken ganz allmählich an die stärkeren Hautreize, an die Veränderungen der Gefäßfüllung und des Blutdruckes zu gewöhnen. Das Vermächtnis von SCHOTT und BENEKE hat Nauheims Ruf begründet und die 47 Ärzte, welche hier praktizieren, sind bemüht, es treu zu wahren. So wird der Kranke, selbst wenn er mit starken Beschwerden hierher kommt, nach und nach, fast unmerklich, von den Thermalbädern (der natürlichen Soole) zu den durch Zusatz von Mutterlauge verstärkten Thermalbädern geleitet, sodann durch eine Mittelform, die Thermal-sprudelbäder mit nur geringem Kohlensäuregehalt, allmählich für die kohlensäurereichen Sprudelbäder gestärkt. Ja, für besonders kräftige Konstitutionen hat man noch, als höhere Leistung, die schäumenden Sprudelstrombäder in Bereitschaft.

Diese hier wirklich tadellos vervollkommnete Anwendung der natürlichen Quellen wird noch dadurch wertvoller, daß man die Temperatur, die Badedauer, die Höhe der Wannenföllung, die Ableitung vom Kopfe und andere Kautelen sorgfältig reguliert, so daß plötzliche Unfälle, denen gerade unvorsichtig behandelte Herzkranke leicht ausgesetzt sind, hier zu den Seltenheiten gehören und dann mehr die Folge des natürlichen Krankheitsverlaufes als der Therapie sind. Gerade diese günstigen Ergebnisse einer vorsichtigen balneologischen Behandlung mit natürlicher kohlensäurereicher Soole veranlassen mich, auf die Gefahr aufmerksam zu machen, welche bei inkompenzierten Klappenfehlern, bei Sklerose der Koronararterien, bei Herzschwäche usw. eine kritiklose, schablonenmäßige Anwendung künstlicher kohlensaurer Bäder so leicht mit sich bringt. Ich erkenne den hohen Wert derselben für häusliche Kuren gern an, zolle auch der sehr dankenswerten Einführung dosierter kohlensaurer Soolbäder in allmählich ansteigender Stärke meinen vollsten Beifall. Allein zur Bedingung jeder häuslichen Behandlung mit den für Herzleidende keineswegs gleichgültigen Bade-Ingredienzien muß man in jedem einzelnen Falle ein sehr sorgfältiges, vorsichtiges Individualisieren verbinden. Erst wenn der Kranke die kohlensäurefreien Bäder in steigender Konzentration, immer kühlerer Temperatur (von 33—31° C) und von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ voller Wanne, 5—10 Minuten Dauer gut vertragen hat, sollte man vom 6. bis 8. Bade an zu anfänglich schwächerem, dann stärkerem Kohlensäurezusatz übergehen. Dabei ist eventuell eine kalte Kopfkompresse, ist ein mindestens einstündiges Ruhen nach dem Bade nicht zu vergessen. Es ist unverantwortlich, die an sich nützlichen, künstlichen kohlensaurer Soolbäder Herzkranken daheim in anderer Weise, unvermittelt, sofort in voller Stärke zu geben. Wenn dann Synkope, Lungenödem oder dergleichen erfolgt — wie kann man sich über so erklärliche Folgen starker Blutdruckschwankungen wundern?

Wie sehr Nauheim geschätzt wird, zumal als das Kevlaar, nach welchem sich eine Wallfahrt derer, die „am Herzen krank“ sind, lohnt, kann man daraus ermaßen, daß im Jahre 1835 noch die bescheidene Zahl von 1235 Bädern an 95 Kranke verabreicht wurden, während 1903 hier 24.340 Patienten aus aller Herren Länder 348.491 Bäder nahmen, unter denen sich 2589 Russen, 1257 Engländer, 961 Amerikaner etc. befanden. An dieser hohen Frequenz sind aber, außer den Herzkranken, auch, wie erklärlich Skrofalöse, Respirationskranke und andere mitbeteiligt. Auch die Krankheiten des Zentralnervensystems und die Frauenkrankheiten stellen ein großes Kontingent. Im Osten des Ortes erheben sich große Gradierwerke, Zeugen davon, daß Nauheim bis vor 50 Jahren nur der Salzgewinnung diene. Daß diese aber schon zu den Römerzeiten hier florierte, lehren die Funde von Salzpfannen, die man hier bei Ausgrabungen macht. Heute dient nur eines

dieser Gradierwerke noch als Ruheaufenthalt und Wandelbahn für solche, welche die Salzpartikelchen noch in der alten Weise einatmen wollen. Modernsten Ansprüchen kommt aber ein vor 2 Jahren erbautes Inhalatorium entgegen, das teils Säle mit freier Soolzerstäubung nach den Systemen WASSMUTH und HEYER, teils Einzelapparate nach HEYER-SCHNITZLER und GÖBEL, pneumatische Doppelapparate etc. enthält, nach den neuesten Fortschritten der Wissenschaft opulent eingerichtet ist und den Vergleich mit Ems oder Reichenhall nicht zu scheuen braucht. Rechnet man hierzu eine treffliche Appenzeller Molkeerei, ein luxuriöses Zander-Institut für alle Formen der mechanischen Therapie und Institute für Elektrizität, Lichttherapie, Massage etc., so muß man zugeben, daß Nauheim auch für Leute mit gesundem oder rekonvaleszentem Herzen, welche der Stärkung, der Hebung ihrer Energie und Widerstandskraft bedürfen, alle nötigen Kurmittel enthält. Für Nachkuren wird man freilich, da der Ort eine weiche, warme, etwas erschlaffende Luft hat, gut tun, einen Platz zu wählen, dessen Luft erfrischend, anregend, kräftigend wirkt. Und solche Plätze findet man im nahen Taunus, im Schwarzwald oder an der See zur Genuge. ∞

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

33. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 6.—9. April 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XIII.

PAGENSTECHER (Wiesbaden): Entstehung und Behandlung der angeborenen Blasendivertikel und Doppelblasen.

Entwicklungsgeschichtliche Betrachtungen über die Entstehung dieser Mißbildungen und Mitteilung der Kranken- und Operationsgeschichten einiger einschlägiger Fälle.

v. Elselsberg (Wien) berichtet über ein Harnblasendivertikel, das ursprünglich für ein Karzinom gehalten wurde.

MADELUNG (Straßburg): Die Behandlung von übergroßen Hernien, solchen, die durch kein Verfahren in die Bauchhöhle zurückgebracht werden können, die, wie M. sich ausdrückt, ihr Heimatsrecht daselbst verloren haben.

Nach einleitender Besprechung der Symptomatologie und klinischen Erscheinungen dieser großen Hernien, der Schmerzen, Kotstauungen, Einklemmungen, Darmgangrän etc. kommt Vortr. auf die chirurgische Therapie zu sprechen, die Schwierigkeiten der Operation, die lange Dauer derselben, die die Herzkraft derartig schwächt, daß man die Operation unvollendet lassen muß, die enorme Schwierigkeit der Reposition, wenn man schon die Operation bis dahin führen kann und die Erfolglosigkeit des ganzen Vorgehens, wenn der Patient nach wenigen Stunden trotzdem zugrunde geht. Er empfiehlt dann die Anlegung einer Darmfistel am zuführenden Ende, eventuell Ausschaltung größerer oder kleinerer Darmabschnitte.

PETERSEN (Heidelberg): Zur Therapie des Magen- und Rektumkarzinoms.

PETERSEN hat gemeinsam mit COLMERS und KÜPPERLE 212 Rektum- und 68 Magenkarzinome eingehend anatomisch und klinisch untersucht. Er glaubt, daß die verschiedenen anatomischen Formen dieser Karzinome schärfer geschieden werden müssen. So fand er, daß beim Rektumkarzinom (von dem er 8 Formen aufstellt) Dauerheilungen überhaupt nur bei 3 Formen erzielt werden, während bei den übrigen 5 Formen, selbst wenn sie im Anfangsstadium operiert wurden, stets Rezidive auftraten. Er empfiehlt daher, vor jeder Radikaloperation eine Probeexzision zur Feststellung des anatomischen Charakters der Geschwulst vorzunehmen. Er bespricht dann eingehend die Verbreitungswege der verschiedenen Formen in Magen und Darm und die sich daraus ergebenden operativen Schlußfolgerungen. Im Magen ist stets am stärksten befallen die kleine Kurvatur. Das Duodenum ist nicht, wie noch vielfach geglaubt wird, immun, sondern in seinem Anfangsteil gleichfalls in zirka 30% der Fälle erkrankt. PETERSEN berichtet schließlich über verschiedene Erfahrungen, die es wahrscheinlich machen, daß beim Rezidiv des Magenkarzinoms das Organrezidiv (im Magen selbst) die Hauptrolle spielt, während Drüsenrezidive außerordentlich selten sind. Es ist wahrscheinlich, daß beim Magenkarzinom Krebszellen innerhalb

der Drüsen zugrunde gehen können. Beim Rektumkarzinom dagegen ist das Organrezidiv selten; die Rezidive erfolgen meist im Zellgewebe und in den regionären Drüsen.

RIESE (Britz): Über das Schicksal von in der Bauchhöhle zurückgelassenen Kompressen.

Beobachtung eines Falles, der unter dem Bilde eines Ovarialtumors operiert wurde und gezeigt hat, daß sich solche sterile, in der Bauchhöhle zurückgelassene Fremdkörper vollkommen encystieren können. Vortragender demonstriert dann noch Präparate von Tierversuchen, die er daraufhin angestellt hat und die beweisen, daß sich der Fremdkörper spontan in den Darm hinein, nach Perforation deselben, ausstoßen kann.

KUTTNER (Tübingen), demonstriert das Präparat einer seltenen Luxation der Patella, die sich nach Drehung mit der Gelenkfläche nach unten zwischen Femur und Tibia eingeschoben hat, ohne daß der Bandapparat derselben zerriß.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

MAHU: Behandlung offener Karzinome mit Adrenalin.

M. hat in vielen Fällen durch Einpinselungen von Adrenalin auf Karzinomwunden eine Herabsetzung der Sekretion, Verhinderung, bzw. Stillung der Blutungen und Linderung der Schmerzen erzielt. Die Kachexie stellt sich gewissermaßen nur unmerklich und langsam ein. Der schließliche Exitus letalis ist freilich nicht anzuhalten. Die Injektionen direkt in die Geschwulstmasse verwirft Autor als unzweckmäßig.

TRIBOULET: Die Diagnose der BARLOWSchen Krankheit.

Unter Anführung zweier Fälle erläuterte Tr. die Schwierigkeit der Diagnose dieser Erkrankung. Irrtümer sind um so schlimmer, weil sie die geeignete, in wenigen Tagen erfolgreiche Therapie hintanhaltend.

MAUCLAIRE glaubt, daß viele Fälle von sogenannter Osteomyelitis haemorrhagica besser als BARLOWSche Krankheit angesprochen werden sollten. COMBY ist der Meinung, daß das Bild der in Rede stehenden Affektion den Ärzten noch zu wenig geläufig sei. Von besonderer Wichtigkeit in diagnostischer Hinsicht sind die bei jeder Bewegung hervorgerufenen Schmerzen und die subepithelialen Blutungen am Zahnfleische rings um die Insertionsstellen.

RENON: Typhus und Diabetes mellitus.

Es handelte sich um einen 45jährigen Mann, dessen Urin pro Liter 45 g Zucker und außerdem etwas Albumen und Indikan enthielt.

Dieser Pat. erkrankte im Dezember 1902 an einem schweren Typhus mit hohem Fieber. Zu Beginn der dritten Woche bekam der Pat. plötzlich eine foudroyante, das ganze Bett überschwemmende Darmblutung, der er binnen 2 Minuten erlag. Der Typhus hatte auf die Glykosurie keinen Einfluß ausgeübt, aber die letztere hatte jedenfalls die Entwicklung der Typhusmikroben wesentlich begünstigt. In der Literatur sind nur wenige derartige Fälle bekannt.

ACHARD: Über einen Todesfall nach massenhafter Seruminjektion.

A.s Fall betraf eine Frau, bei welcher wegen einer starken inneren Blutung nach Hysterektomie binnen 24 Stunden 10 l eines Serums, das pro Liter 5 g Natrium chloratum und 10 g Natrium sulfuricum enthielt, injiziert worden waren. Die Patientin starb unter den Symptomen eines Lungenödems. Die Autopsie ergab außer den Lungenveränderungen auch Ödem der Nieren, besonders der Pyramiden, mit epithelialen Läsionen der Tubuli. Diese Veränderungen dürften nicht auf die Salzwirkung, sondern auf die Einverleibung einer so enormen Flüssigkeitsmenge zurückzuführen sein.

BABINSKI: Über Lumbarpunktionen bei hämorrhagischer Meningitis.

Eine junge Frau litt seit fast einem Jahre an einer kompletten kruralen Paraplegie mit starken Kontrakturen und intermittierenden heftigen Muskelspasmen. Der Patellarreflex war stark gesteigert und es bestand Fußklonus. Dazu kam noch eine eitrige, fieberhafte Cystitis, Sphinkterlähmung und Starrheit der rechten Pupille. Bei einer ersten, 4 Monate nach den ersten Anzeichen der Erkrankung vorgenommenen Lumbarpunktion ergoß sich im Strahle eine grüngelbe Flüssigkeit, die nicht gerann, aber reichlich Lymphozyten enthielt. Die am folgenden Tage wiederholte Punktion hatte ein ähnliches Ergebnis. Im Verlauf von 5 Wochen wurden 5 Punktionen ausgeführt, die jedesmal eine

wesentliche Besserung zur Folge hatten. Jetzt, ein Jahr nach der Erkrankung, ist die Patientin fast gänzlich geheilt, sie geht beschwerdefrei und leidet an keinen Blasenstörungen. Doch besteht die Pupillenstarre fort. B. faßt den Fall als eine hämorrhagische, fibrinöse Meningitis, unbekannter, eventuellluetischer Ätiologie auf. Die Paraplegie, die jetzt fast gänzlich verschwunden ist, muß entweder durch Kompression des Rückenmarks infolge der hämorrhagischen Meningitis oder durch eine begleitende Myelitis erklärt werden. Der Erfolg der Punktionen war bei diesem Falle überaus deutlich ersichtbar.

Widal berichtet über eine Patientin mit einem Kleinhirntumor, der sich durch Kopfschmerz, Erbrechen und Amblyopie äußerte. So oft man nun der Patientin eine kleine Menge der Zerebrospinalflüssigkeit — 10–30 cm³ — durch Punktion entzog, fühlte sie sich so erleichtert, daß sie selbst diesen Eingriff verlangte, der denn auch 17mal vorgenommen wurde. Einmal wurde die Patientin durch die Lumbarpunktion aus einem tief komatösen Zustand erweckt.

FOVEAU DE COURMELLES: Die Radiotherapie als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei gewissen Fibromen.

F.s Fälle betrafen zwei Frauen mit suspekten Uterustumoren, bei denen die Kachexie, der gelbliche Teint und die heftigen Schmerzen die Möglichkeit eines malignen Neoplasma erwägen ließen. In beiden Fällen war die Operation verweigert worden. Bei der ersten, 47jähr. Patientin überragte der Tumor die Nabelhöhe um 20 cm. Nach 27 Sitzungen kehrten der gesunde Teint, die Kräfte und der Appetit wieder; der Tumor reichte kaum mehr bis zum Nabel. Im zweiten Fall wurde nach einigen Sitzungen der eigroße Tumor um die Hälfte kleiner und das Allgemeinbefinden sehr gebessert.

BARTH: Leukozytose und Appendizitis.

Votr. teilte mit, daß er bei einem 23jährigen Mädchen eine überaus beträchtliche Leukozytose während einer Appendizitis zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Zahl der weißen Blutkörperchen betrug bis 60.000 im Kubikmillimeter. Mit der spontanen Entleerung des Eiterherdes in den Darmkanal verschwand die Leukozytose nach und nach. B. betont die Wichtigkeit der systematischen Blutuntersuchung zur Beurteilung des Verlaufes. Die Patientin hatte außerdem eine Leberkongestion, die sich nach Ablauf der Darmaffektion langsam zurückbildete.

Vaquez betont, daß bei Appendizitis stets eine Eiterung vorhanden sei, wenn die Zahl der Leukozyten 25.000 überschreite. Die Rückkehr der weißen Blutkörperchen zur Normalzahl bedeute stets den Ablauf der akuten Entzündung.

Achard hat bereits vor 10 Jahren anlässlich eines Falles von Leberabszess nach Appendizitis die Hypothese aufgestellt, daß die letztere Erkrankung in der Pathogenese gewisser Zirrhosen eine Rolle spielen dürfte. Auch andere Beobachter, insbesondere aber DIBULAFOW, haben eine appendikuläre Leberzirrhose beschrieben.

CHAUFFARD: Über Kochsalzzufuhr und Kochsalzentziehung bei Leberzirrhose.

Ein 38jähriger Mann mit atrophischer Leberzirrhose litt an hochgradigem Aszites und Ödemen der unteren Extremitäten. Bei Entziehung des Kochsalzes verschwanden nur die Ödeme an den untern Extremitäten, während der wiederholt durch Punktionen entleerte Aszites stets wiederkehrte. Das Körpergewicht nahm um 11 kg ab. Bei reichlicher Zufuhr von NaCl, 10 gr pro die, nahm Patient um 3,5 kg zu. Der Aszites nahm derart zu, daß abermals punktiert werden mußte, wobei 18 l entleert wurden. Die Versuche ergaben also, daß durch die Kochsalzentziehung wenigstens partielle Besserung erzielt werden kann, während Kochsalzzufuhr eine beträchtliche Verschlimmerung bedingt.

Vaquez: Über gonorrhoeische Arthritis.

Votr. berichtet über zwei Schwestern, die gleichzeitig an einer monartikulären, ankylosierenden Arthritis gonorrhoeischen Ursprungs erkrankt waren. Die Infektion bei den Patientinnen war durch dasselbe Individuum erfolgt, das seinerseits ebenfalls im Verlaufe seiner Gonorrhoe rheumatische Beschwerden gehabt hatte. Der Gonokokkus besitzt also unter Umständen eine gewisse Spezifität, die sich in identischen Reaktionen äußert. Hierher gehört auch die Beobachtung von ANTONY, der ein Ehepaar gleichzeitig an gonorrhoeischer Arthritis erkrankten sah.

VASCHIDE: Über den Geruchssinn im hohen Alter.

V. hat genaue Beobachtungen an 66 Individuen im hohen Greisenalter, welche in Versorgungshäusern untergebracht waren, angestellt. Er kam zu dem Resultate, daß der Geruchssinn im Alter eine sehr wesentliche Abschwächung erfährt. Unter den Versuchspersonen hatten 24 den Geruchssinn fast völlig eingebüßt, und zwar 15 von 36 Männern

und 9 von 30 Frauen. Es scheint also, daß die Frauen im Greisenalter bezüglich des Geruchsinns gegenüber den Männern eine gewisse Superiorität besitzen.

WIDAL: Über die Bedeutung der Chlorsalze für das Zustandekommen von Ödemen.

Vortr. hat zusammen mit JAVAL bei mehreren Patienten, die er längere Zeit beobachtete und bei denen er eine diffuse epitheliale Nephritis konstatiert hatte, dadurch Ödeme erzeugt, daß er mehrere Tage hindurch ihrer gewöhnlichen Nahrung 10g NaCl hinzufügte. Die Ödeme traten sehr hochgradig auf; bei einem Patienten schwankte das Gewicht während des Experiments zwischen 56 und 66 kg. Auch Gehirn- und Lungenödeme wurden auf diese Art erzielt, so daß die vermehrte Salzzufuhr unterbrochen werden mußte. Bei vier Patienten mit arteriosklerotischen Nierenveränderungen konnten durch NaCl-Zufuhr keine Ödeme erzeugt werden. Bei diesen Fällen war während des Versuches die Zufuhr und Ausscheidung von Kochsalz annähernd gleich. Bei den Fällen von epithelialer Nephritis hingegen wurden die experimentell eingeführten Kochsalzmengen gänzlich oder zum allergrößten Teil zurückgehalten. Damit also NaCl zu Ödemen führt, muß es also im Organismus zurückgehalten werden. Das im Überschuß eingeführte Salz zieht Wasser an sich und erzeugt so Ödeme. WIDAL glaubt, daß der Effekt der Milchtherapie bei Nephritis durch den geringen Salzgehalt dieses Nahrungsmittels zu erklären sei. Er stellt eine Tabelle von anderen Nahrungsmitteln zusammen, die durch ihren gleichfalls geringen Salzgehalt die Milchtherapie wirksam zu unterstützen geeignet sind.

Notizen.

Wien, 23. Juli 1904.

(Universitäts-Nachrichten.) Dem Ordinarius für Physiologie in Budapest Dr. FERDINAND KLUG ist der ungarische Adel mit dem Prädikate „von Tamásfalva“ verliehen worden. — Die Professoren ANTON GENERSICH, ANTON BOKAY und EMERICH RECSEY in Budapest haben den Hofrattitel erhalten. — Der Sekundararzt der kantonalen Irrenanstalt in Karlsruhe Doktor GUSTAV WOLFF ist zum Extraordinarius für Psychiatrie in Basel, Dr. H. SVENSON zum Extraordinarius für Psychiatrie in Upsala, Dr. SPENGLER zum a. o. Professor für gerichtliche Medizin in Lausanne ernannt worden. — Die Universität Odessa hat die Proff. Dr. SSAPJESKO und LYSSENKOW zu Ordinariis für Chirurgie, den Prof. Dr. BORISSOW zum ordentlichen Professor für Pharmakologie ernannt.

(Habilitationen.) Dr. HEINRICH PEHAM hat sich als Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. FRIEDRICH LÜTHLEN für Dermatologie und Syphilis, Dr. RUDOLF WEISER für Zahnheilkunde und Dr. ERNST PICK für angewandte medizinische Chemie, sämtlich an der Wiener Universität, habilitiert.

(Personalien.) Hofrat Prof. Dr. POLLITZER ist zum offiziellen Delegierten des internationalen otologischen Kongresses in Bordeaux ernannt worden. — Sanitätsrat Dr. ADOLF EISEL in Laibach feiert am 6. August d. J. in körperlicher und geistiger Frische sein 60jähriges Doktorjubiläum. — Der Leiter des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in Znaim Dr. EMANUEL ULLMANN hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten.

(76. Jahresversammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.) Das Programm der diesjährigen Naturforscherversammlung, die unter dem Vorsitze von CHIARI (Prag), v. HEFNER-ALTENECK (Berlin) und v. WINCKEL (München) vom 18.—24. September d. J. zu Breslau tagen wird, liegt uns vor. Wir entnehmen demselben — neben dem in Nr. 28 unseres Blattes bereits Mitgeteilten —, daß diesmal für die „Medizinische Hauptgruppe“ eine ganz besonders große Anzahl bemerkenswerter Vorträge angemeldet wurde. Auch die Zahl der Anmeldungen aus Österreich-Ungarn hat heuer, im Vergleiche zum Vorjahre, erheblich zugenommen. Es werden unter anderem Vorträge halten: CHIARI (Prag) „Über kongenitale Sakraltumoren“, JOLLES (Wien) „Beiträge zur Kenntnis der Blutfermente“, C. STERNBERG (Wien) „Zur Pathologie der Tuberkulose des Kindesalters“ und „Ein Fall von Überwanderung des menschlichen Eies“, ROTH-SCHULZ (Budapest-Nervi) „Die Entstehung der Wassersucht bei Nierenkrankheiten“, J. SCHREIBER (Meran-Aussee) „Seltenerer Formen und

Lieblingssitze des rheumatischen Prozesses“, SICKINGER (Brünn) „Luhatschowitz und verwandte Bäder“, ED. WEISZ (Pistyan) „VolksHygiene und Militär“, NEUBURGER (Wien) „Einige biologische Ideen SWIDENBORGS“ und „Historisches zur Lehre von der Periodizität“, v. EISELSBERG (Wien) Thema vorbehalten, v. HOVORKA (Wien) „Über Behandlung des entzündlichen Plattfußes“, CHROBAK (Wien), Thema vorbehalten, HAHN (Wien) „Zur Therapie der Dysmenorrhoe“, KUMPF (Karlsbad) „Über die THURE-BRANDTSche Methode“, NENADOVICS (Franzensbad) „Zur Balneotherapie der Frauenkrankheiten“, TUSZKAI (Marienbad) „Physikalische Heilbestrebungen in der Gynäkologie“, v. BÓKAY (Budapest) „Über die DUKESSche Krankheit“, HAMBURGER (Wien) „Über Verdauung und Assimilation“, v. PIKQUET (Wien) „Gewichtsbestimmungen bei akuter Nephritis“, S. WEISS (Wien) „Zur Symptomatologie des Morbus Barlow“, ZAPPERT (Wien) „Über paradoxes Schwitzen beim Kinde“, A. PICK (Prag) „Zur Pathologie des Schläfelappens“, F. PICK (Prag) „Über Erkrankungen der Cauda equina“, E. STANSKY (Wien) „Zur Lehre von der Amentia“, BONDI (Iglau) „Schule und Auge“, HAJEK (Wien) Thema vorbehalten, RÉTHI (Wien) „Über die Innervation des Gaumens, insbesondere mit Bezug auf die Sekretion“, ALEXANDER (Wien) „Ohrerkrankungen bei Leukämie“, HOLZKNECHT (Wien) „System der Strahlungs-therapien“, WINKLER (Wien) „Histologie syphilitischer Lymphdrüsen“ und „Indikationen der elektrischen Behandlung von Hautkrankheiten“, TRAUNER (Wien) „Resorptionsvorgänge an Zähnen“, F. SICKINGER (Brünn) „Vorschläge für Ernährung der Mannschaften, Einrichtung des Mannschaftsbettes und Pflege der Zähne“, KOLISKO (Wien) „Über symmetrische Hirnerweichung nach CO-Vergiftung“, HAMBURGER (Wien) „Immunität gegen Pferdeserum“. — Das Vergütungsprogramm umfaßt eine Festvorstellung im Stadttheater, ein Festmahl, ein Gartenfest im zoologischen Garten, einen Bierabend im Südpark, dargeboten von der Stadt Breslau, und zahlreiche Tagesausflüge nach Salzbrunn, Görbersdorf, Gräfenberg etc. — Geschäftsführer der Versammlung sind die Proff. WILHELM UTHOFF und ALBERT LADENBURG in Breslau. — Am 21. September findet, gleichfalls in Breslau, die IX. Jahresversammlung des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes und eine Versammlung des „Deutschen Vereines für VolksHygiene“ statt. — Über das Programm der diesjährigen ärztlichen Studienreise haben wir bereits berichtet.

(Unterlassung der Infektionsanzeige.) Der Verwaltungsgerichtshof hat die Beschwerde eines Kollegen gegen eine Ministerial-Entscheidung, betreffend Strafverhängung wegen Unterlassung der Anzeige einer Infektionskrankheit und mangelhafter Durchführung der Desinfektion, ohne weiteres Verfahren zurückgewiesen, weil Polizeistrafsachen — und zu diesen gehören auch die Strafverfügungen wegen Übertretung der sanitätspolizeilichen Vorschriften — nach dem Stande unserer Gesetzgebung von der Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofes ausgeschlossen sind.

(Ärztammerwahl in Kärnten.) Ein Erlaß der Landesregierung von Kärnten macht Mitteilung davon, daß die Neuwahlen in die Ärztekammer für Kärnten resultatlos verlaufen sind, denn die gesetzlich geforderte Anzahl von mindestens 9 Mitgliedern und ebenso vielen Stellvertretern ist nicht erreicht worden. Als wahrscheinlichen Hauptgrund der Wahlenthaltung, wenigstens der Landärzte, nennt das „Österr. Ärzte-Kammer-Bl.“ die Tatsache, daß den Ärzten diesmal kein Wahlzettel zugeschickt wurde. Es hieß bloß, die Ärzte sollen den Stimmzettel, enthaltend den Namen eines Kammermitgliedes und eines Stellvertreters, deutlich unterschrieben und mit der Aufschrift „Stimmzettel für die Ärztekammerwahl“ einsenden. Viele Kollegen warteten nun, daß ihnen, wie immer so auch diesmal, ein Stimmzettel zugeschickt werde und — versäumten so den Wahltermin. Tatsächlich ist bei den früheren Wahlen immer ein Wahlzettel zugeschickt worden. So konnte also der zur Verwaltung des Vermögens der Ärztekammer aufgestellte Kurator von seiner Tätigkeit vorläufig noch nicht entbunden werden.

(Denkmal-Enttüllung.) Das Land Schlesien hat dem vor 2 Jahren verstorbenen Primararzte des schlesischen Krankenhauses in Troppau Dr. OTTO ZINSMEISTER, der bekanntlich den Folgen einer in Ausübung seines Berufes entstandenen Blutver-

giftung erlegen ist, ein Grabdenkmal errichtet. — In Paris ist am 16. d. M. ein PASTEUR-Denkmal feierlich enthüllt worden.

(Ein merkwürdiges Judikat) publiziert die „Frankf. Ztg.“ aus München. Das Oberste Landesgericht hat in einem Spezialfalle ausgesprochen, daß eine Ärztin, welche die ärztliche Prüfung bestanden hat, Geburtshilfe nicht leisten darf, wenn sie nicht die Approbation als Hebamme habe, obwohl sie sich über höhere Kenntnisse auszuweisen vermag, als Hebammen sie besitzen. Die Gewerbeordnung kenne nämlich nur Hebammen, keine Ärztinnen als Geburtshelferinnen (!).

(Kongresse und Versammlungen.) Der französische Kongreß für innere Medizin wird am 24. Oktober in Paris tagen. Folgende Themen stehen auf der Tagesordnung: 1. „Der Blutdruck in Krankheiten.“ 2. „Quecksilberinjektionen.“ 3. „Fettsucht.“ — Der diesjährige französische Chirurgen-Kongreß wird am 17. Oktober in Paris stattfinden. Offizielle Themen sind u. a.: „Chirurgische Behandlung der Leberzirrhose“ und „Blutuntersuchungen in der Chirurgie.“ — Der amerikanische Ärztekongreß hat vom 7.—10. Juni in Atlantic City unter Beteiligung von mehr als 3000 Ärzten stattgefunden.

(Preis-Ausschreibung.) Eine von Geh. Rat CERNY errichtete „KUSSMAUL-Stiftung“ ist für einen Preis bestimmt, welchen die Heidelberger medizinische Fakultät alle 3 Jahre an KUSSMAULS Geburtstag (22. Februar) für die beste therapeutische Leistung verteilen soll, die zuerst in der deutschen Literatur niedergelegt worden ist und sich im Laufe der drei letzten Jahre bewährt hat.

(Behandlungskosten für ortsfremde Arme.) Die mährische Ärztekammer hat auf die Anfrage eines Arztes, wer die Behandlungskosten für ortsfremde Arme zu tragen habe, Folgendes geantwortet: Zunächst die Aufenthaltsgemeinde, jedoch hat diese das Regreßrecht an die Zuständigkeitsgemeinde, wenn sie dieselbe sofort von der Erkrankung verständigt hat. Durch diese letztere Bedingung wird aber dieses Regreßrecht und damit auch die Bezahlung des Arztes fast ausnahmslos illusorisch.

(Statistik.) Vom 10. Juli bis inklusive 16. Juli 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7119 Personen behandelt. Hiervon wurden 1724 entlassen, 167 sind gestorben (8% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 82, ägypt. Augenzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern 3, Varizellen 23, Scharlach 30, Masern 245, Keuchhusten 24, Rotlauf 21, Wochenbettfieber 4, Röteln 1, Mumps 6, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 669 Personen gestorben (+ 90 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Königsberg der a. o. Professor der Augenheilkunde Oberstabsarzt Dr. HEISRATH; der bekannte Chirurg Dr. KOTTMANN in Solothurn, 58 Jahre alt; in Paris der Dermatologe Prof. SCARENZIO, der Erfinder der Kalomelinjektionen bei Syphilis; der Chirurg Prof. Dr. J. H. DUNN in Minneapolis; in Rio de Janeiro der Dermatologe Prof. Dr. J. P. GABIZO.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. Goldscheider, Anleitung zur Übungsbehandlung der Ataxie. 2. Auflage. Leipzig 1904, Georg Thieme.
- Albert Stange, Die Zeitalter der Chemie in Wort und Bild. Lief. 2 u. 3. Leipzig 1904, Paul Schimmelwitz. — à M. 1.50.
- E. Martini, Insekten als Krankheitsübertrager. Berlin 1904, Leonh. Simion. — M. 1.—
- C. Kotelmann, Schulgesundheitspflege. München 1904. C. H. Beck. — M. 5.—

Verantwortlicher Redakteur: Dozent 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: „Transfusion und Infusion.“ Von Dr. de Bruine Ploos van Amstel in Amsterdam. — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt des Apothekers Franz Xav. Linde in Melk über „Laxatol Linde“ bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Krondorfer
 natürlicher
 alkalischer SAUERBRUNN
 Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
 Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
 Athmungsorgane des Magens und der Blase.
 Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
 CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
 WIEN BUDAPEST
 IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.


„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.

Anschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma S. Ungar Jun., k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4

<p>Mesotan</p> <p>Helmitol</p> <p>Protargol</p> <p>Aristochin</p> <p>Theocin-natr. acetic.</p>	<p>Tannigen</p> <p>Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder. Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend. Dos.: 0,25—0,50—1,0 g 4—6mal tägl.</p> <p>Somatose</p> <p>Hervorragendes Roborans. Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Lactagogum. In organischer Verbindung mit 2% Fe als Eisen-Somatose insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.</p>		<p>Veronal</p> <p>Vorzügl. Hypnoticum u. Sedativum. Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen. Geruchlos, fast ohne Geschmack. Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst z. n.</p> <p>Agurin</p> <p>Bewährtes Diuretikum. 60% Theobromin, sonst keine differenten Bestandteile enthaltend. Gut bekömmlich; schon in verhältnismäßig geringen Gaben prompt wirkend. Dos.: 1,0 g 3—4mal tägl. in Oblaten oder in Pfefferminzwasser.</p>	<p>Creosotal</p> <p>Duotal</p> <p>Aspirin</p> <p>Trional</p> <p>Heroinhydrochlor.</p>
<p>Vertreter für Oesterreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.</p>				

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beiträge zur praktischen Händedesinfektion. Eine experimentelle Studie. Von Dr. JOSEF v. JAWORSKI in Warschau. — Über die Resorption und den Nährwert von Albumosenpräparaten bei Erwachsenen (mit Ausschluß von Nervenkranken). Von Dr. RICHARD FRAENKEL, Distriktsarzt in Lechwitz bei Znaim. — Referate. HEICHELHEIM und KRAMER (Gießen): Über den Einfluß von Salzsäureeingeblößen auf den Pepsingehalt des Mageninhaltes bei Achylien. — E. SIEMERLING (Berlin): Über den Wert der Untersuchung des Liquor cerebro-spinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten. — JOH. BRODZKI (Hermsdorf-Berlin): Über den prognostischen Wert der alimentären Chlorprobe bei Nephritis. — EDUARD HITSCHMANN (Wien): Über Venenpulse an den Vorderarmen bei atrophischer Leberzirrhose. — TAURE (Tübingen): Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie. — v. HOVORKA (Wien): Beitrag zur Behandlung von Nabelbrüchen. — LUDWIG KANTOROWICZ (Posen): Eierstockschwangerschaft. — STEPPAN (Prag): Ein Fall pathologischen Schlafes. — EUGÈNE FÉLIX (Paris): Die Perforationen der Nasenseidewand mit Ausnahme derluetischen. — LENZMANN (Duisburg): Zur Frage der Indikation und des Erfolges der TALMASCHEN Operation bei der atrophischen Leberzirrhose. — Kleine Mitteilungen. Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica. — Behandlung der Gicht. — Einfluß ther-mischer Anwendungen auf das Blutgefäßsystem. — Die Malaria und ihre Prophylaxis. — Erfolge der inneren Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. — Erfahrungen mit Acoïn. — Die Behandlung des Abdominaltyphus bei Kindern. — Cholelysin. — Einfluß von Nährklistieren auf die Peristaltik. — Zimtsäurebehandlung der Lungenschwindsucht. — Literarische Anzeigen. Politische Anthropologie. Eine Untersuchung über den Einfluß der Deszendenztheorie auf die Lehre von der politischen Entwicklung der Völker. Von Dr. phil. et med. LUDWIG WOLTMANN. — Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cyst-n und Steine. Von Privatdozent Dr. PAUL LAZARUS, Assistent der I. med. Universitätsklinik zu Berlin. — Der Arzt und Philosoph Asklepiades von Bithynien. Historisch-kritische Studie von Dr. HANS v. VILAS. — Über Therapie und Heilerfolge bei Skrofulose und chirurgischer Tuberkulose der Kinder im Kaiserin Elisabeth-Kinder-Hospital in Bad Hall. Von Dr. WALTER SPITZMÜLLER. — Feuilleton. Berliner Briefe. (Orig.-Korresp.) IV. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus italienischen Gesellschaften. (Orig.-Korresp.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Beiträge zur praktischen Händedesinfektion.

Eine experimentelle Studie.

Von Dr. Josef v. Jaworski in Warschau.*

Die Methode der Händesterilisation gehört zu den Streitfragen der Wissenschaft und der Theorie. FÜRBRINGER sah sie schon vor 14 Jahren für genügend bearbeitet an, aber auch heute noch beschäftigt sie alle Chirurgen und Gynäkologen.

Wenn wir uns die Frage selbst und die entscheidenden Schlüsse der reichhaltigen Literatur retrospektiv vorstellen, dann bemerken wir eine bestimmte Gruppierung einzelner Forscher in Bezug auf ihre Ansicht über die Methode der Händesterilisation.

Die erste Gruppe mit AHLFELD an der Spitze entschied sich bestimmt für den Gebrauch des Alkohols bei der Händedesinfektion; bei Befolgung aller AHLFELDSCHEN Regeln soll man vollständige Händesterilisation in 100% aller Fälle erhalten.

Diese noch seit FÜRBRINGER herrschende Ansicht über die Wirkung des Alkohols wurde in letzter Zeit stark bestritten. Auf Grund chemischer Arbeiten bestritt man die fettlösende Kraft des Alkohols in manchen Fällen (SCHLEICH, HAEGLER), durch bakteriologische Versuche (KÖNIG) überzeugte man sich, daß der Alkohol keine bakteriziden Eigenschaften besitze und seine Wirkung sich auf Verhärtung des Gewebes und mikroskopischen Schmutzes im Eiweißmilieu begrenze.

*) Vortrag, gehalten am 27. April 1904 in der geburtshilflichen Abteilung des I. Provinzialärzte-Kongresses in Warschau.

Infolgedessen nennt KÖNIG die Händedesinfektion mit- telst Alkohol eine Scheindesinfektion, weshalb man zur Ent- fettung statt Alkohol Stearinpaste (SCHLEICH), Gipsmasse, Mandelschrot (HAEGLER), gewöhnlichen Lehm vorschlug.

Andere Verfasser (POTEN, SAULIEN, DUBOIS) geben zu, daß Alkohol eine desinfizierende Wirkung ausübt, doch sei sie un- bedeutend, und die Autoren bevorzugen deswegen die kombi- nierte Methode FÜRBRINGERS: Säuberung der nicht durchaus kurzen Nägel; eine Minute langes Händewaschen in warmem Wasser mit Seife und Bürste; eine Minute langes Hände- abspülen mittelst 80% Alkohols; Eintauchen der nassen Hände in Sublimatlösung 1:500.

Noch andere Verfasser, enttäuscht von den Erfolgen der oben erwähnten Methoden, gebrauchen bei der Operation Handschuhe (MIKULICZ, DÖDERLEIN, KOSSMANN, SCHÄFER) und andere Mittel zwecks Bedeckung der Hände.

Einen besonderen Standpunkt nimmt der alte KÖNIG ein mit seiner Ansicht, man solle die Oberfläche der Wunde über- haupt nicht mit den Händen anrühren und den Gebrauch der Hände durch Instrumente ersetzen.

Ganz entgegengesetzter Ansicht ist der berühmte französische Chirurg LUCAS-CHAMPIONNIÈRE: es ist kein Grund vorhanden — meint er —, anzunehmen, daß die Händedesin- fektion unerreichbar ist; die Praxis straft in dieser Beziehung die bakteriologische Untersuchung Lügen. (L.-CH. hatte auf 1000 große Operationen, auf 107 Resektionen im Kniegelenk keine Komplikationen.)

Nach diesem Verfasser ist die Händesterilisation mög- lich und ist es überflüssig, sich nach anderen Mitteln zur Abhaltung der Hände von den Wunden umzusehen.

Man darf aber nach ihm nicht auf einmalige Händedesinfektion rechnen, sondern auf die stete, oder eine von Zeit zu Zeit wiederholte. Sogar das Anstoßen an eitrige Substanzen hat, der Ansicht des französischen Chirurgen nach, seinen Wert, denn es zwingt, auf seine Hände streng zu achten. Nebenbei bemerke ich, daß Prof. BERGMANN sein volles Zutrauen in die stete, häufige Händedesinfektion durch sein geradezu herausforderndes Verhalten rechtfertigte: Morgens lehrte er Studenten an Leichen, nachmittags operierte er.

Schließlich propagiert SCHLEICH in letzter Zeit energisch die Händedesinfektionsmethode mittelst Antiseptik und bestätigt deren Erfolge durch bakteriologische Untersuchungen.

SCHLEICH stellt den „reinen Aseptiker“ dar, deren Zahl, wie wir wissen, immer wächst. SCHLEICH sagt, die Grundlagen der Asepsie analysierend, daß „das Verständnis der eigenen Säuberung eine gewisse Kunst ist“, die auf einer besonderen Begabung beruht; dort, wo dieses Talent fehlt, müsse man durch Übung lernen. „Wer“, sagt der Verfasser, „nicht das instinktive Bedürfnis besitzt, seine Nägel sauber zu halten, sein Haar zu kämmen, seine Sohle weich, seinen Atem reinzuhalten, der erreicht auch nichts in Glasbassins mit modernen antiseptischen Mitteln und der ändert sich nicht innerlich durch äußerliche Einflüsse.“ „Ich“, sagt SCHLEICH, „bin der Ansicht, daß wir die wirkliche Begabung zur Asepsie im täglichen Leben durch Waschtische, Spülungen, Wannen und Klosetts erreichen, und daß die Grundlage zur chirurgischen Asepsie die bis zur höchstmöglichen Grenze geführte Sauberkeit des Menschen sein sollte, dem im Gegenfall vom Standpunkt des Bakteriologen der Händedruck nach GOTTSTEINS Worten nur ein amikaler Austausch seiner Bakterien ist.“

Die Gruppe der Aseptiker also, mit SCHLEICH an der Spitze, vertritt statt des chemischen Prinzips in der Händedesinfektion ein rein mechanisch-physisches.

Zugestanden, daß die Vernichtung der Bakterien auf der Haut überhaupt nicht erreichbar ist, weder durch chemische noch physische Mittel, glauben die Anhänger dieser Ansicht dennoch, daß es ganz gut möglich sei, deren Entwicklung aufzuhalten, sie wegzuschaffen, abzuwaschen, abzuspielen.

Die verschiedenen Ansichten über die erwähnte Frage lassen sich dadurch erklären, daß alle bis jetzt bekannten und gebrauchten Händedesinfektionsmethoden ungenügend sind und demnach weitere Forschungen nach neuen Methoden verlangen.

Jedenfalls wird die Notwendigkeit der Händedesinfektion von Allen eingesehen und wird immer eine wichtige Rolle in den verschiedenen Maßregeln der Anti- und Asepsie spielen.

Der Kern und Zweck aller dieser Maßregeln zur Händedesinfektion sind die Bemühungen, von der oberen und inneren Handoberfläche wie auch vom Vorderarm die Glycerin- und Cholesterinfette, dann die verhornten Schuppen der Epidermis und zuletzt die Bakterien samt allem anderen Schmutz wegzuschaffen.

Der Hauptteil und sogar, wie manche denken, die ganze Aufgabe fällt der mechanischen Säuberung zu, die jedenfalls die Grundlage jeder Desinfektionsmethode bildet.

Gewöhnlich gebrauchen wir dreierlei mechanische Mittel zur Händedesinfektion, und zwar: heißes Wasser, Seife und Bürste.

Nach der Reinigung der Hände in kaltem Wasser mit gewöhnlicher Toilettenseife wächst die Zahl der Bakterien auf der Oberfläche; sie wächst auch nach dem Abwaschen in warmem Wasser. Bei Anwendung der Bürste (resp. Sand) oder eines Frottierhandtuches vermindert sich die Zahl der Bakterien (HÄGLER).

Jedenfalls besitzt das heiße Wasser in gewissem Grade die Eigenschaft, die Fette, den Schmutz auf der Haut, zu lösen, ruft die Quellung der oberen Epidermisschichten hervor, befreit die Schweißdrüsen von Bakterien, die dann von

der Oberfläche abgespült, abgewaschen, abgerieben werden können. Das heiße Wasser erleichtert es nach FÜRBRINGER der Haut, ihre „Plebsbevölkerung“ loszuwerden, es beseitigt auch die für dieselbe bereitstehende Nahrung.

Das zweite Mittel zur Händedesinfektion ist die Seife. Sie erweicht die Hautschuppen und entfettet.

Augenblicklich besitzt die sogenannte grüne Seife, welche freie Alkalien enthält, die meisten Anhänger. Diese Seife hat die gute Eigenschaft, daß sie nach genauem und starkem Einreiben in die Haut der Hände eindringt (einreiben mit der Hand, die Bürste glitscht) und sich nicht so leicht und schnell abwaschen läßt; man muß also dazu nicht nur die „traditionelle Minute“, sondern längere Zeit verwenden, wodurch die Sauberkeit gewinnt.

Das dritte Mittel zur Händedesinfektion ist die Bürste. Dem Scheine nach ist die Bürste ein großartiges Mittel hierzu, in Wahrheit jedoch besitzt sie den großen Fehler, sich leicht zu verunreinigen; ihre Desinfektion ist beschwerlich.

Die Frage über den Wert und die Schädlichkeit der Bürste wurde besonders in letzter Zeit oft besprochen und bestritten. SCHLEICH führt geradezu einen Kreuzzug gegen die Bürste als Instrument zur Händedesinfektion.

Vom chirurgischen Standpunkte und nach dem Prinzip der Asepsie behauptet SCH., daß man nur ganz einfach gebaute Instrumente gebrauchen darf, und sieht daher in der Bürste eine volle Verneinung dieser Theorie.

Die Bürste ist ein wahres Labyrinth von Haarröhren, wie Trichter, verschlossener Ritzen, toter Flächen usw., mit einem Worte, sie stellt ein Instrument dar, das sich großartig zur Ansammlung allen Schmutzes aus den Händen eignet.

HÄGLER sieht gerade in dieser Eigenheit der Bürste, allen Schmutz von den gesäuberten Händen aufzusammeln, eine gute Eigenschaft und sagt daher nicht ohne Ironie: „Es ist mir lieber, den Schmutz in der Bürste, als auf den Händen zu wissen.“ Viele Chirurgen jedoch sind anderer Ansicht und sehen die Bürste für einen Herd aller Mikroben an, die bei günstigen Verhältnissen beim wiederholten Gebrauch der Bürste wieder auf die Hände gebracht werden können. Infolge der Ansicht, daß die Bürste ein schwer zu desinfizierendes Instrument ist, sind die Bemühungen vieler Chirurgen und Gynäkologen dahin gerichtet, die Bürste durch andere Mittel zu ersetzen.

Auf Vorschlag und Initiative NEUBERS kamen zur Händedesinfektion Spongienhäufchen in Gebrauch; FARBS schlug flache Roßhaarkissen vor; AHLFELD Flanellappen; HÄGLER ein raues Handtuch; SCHLEICH Marmorpulver; SÄNGER grobkörnigen Sand. All diese Mittel als Ersatz der Bürste haben die gute Eigenschaft, daß das einmal gebrauchte Material zur wiederholten Händedesinfektion nicht mehr dient.

Von den oben erwähnten Mitteln zur Händedesinfektion sah ich die Anwendung des Sandes, aber in Verbindung mit der Bürste, das erstemal im Jahre 1897 in der SÄNGERSchen Klinik in Leipzig. Schon damals schien mir der Sand ein sehr geeignetes Mittel zu diesem Zwecke, besonders in den Fällen gynäkologischer Praxis, wo sich die Bürste in unsauberem Zustande befindet.

Neben der zunehmenden Überzeugung, daß die Bürste in den Händen unserer Hebammen und erst recht unserer Dorfhebammen nach längerem Gebrauch direkt eine Ansammlung von Schmutz bildet und augenscheinlich aller Asepsie, ja sogar der einfachen Sauberkeit trotz, bestärkte mich auch die Erfahrung noch mehr darin, den Sand als ein wertvolles Mittel zur Händedesinfektion anzusehen.

Deswegen führte ich in meiner Praxis seit einiger Zeit in manchen Fällen den Sand zur Händedesinfektion ein und empfahl ihn den Hebammen und Dorfhebammen (in Polen sind die meisten Dorfhebammen Analphabeten), mit denen ich öfters bei Geburten Gelegenheit zusammenzukommen habe.

Meine Ansichten, zu denen ich durch die Erfahrung über diese Frage gekommen bin, will ich nunmehr bei un-

seren diesmaligen Beratungen über die Verbesserung der Geburtshilfe in der Provinz Ihnen übermitteln.

* * *

Von den die Bürsten ersetzenden Mitteln zur Händedesinfektion zeichnet sich der Sand in mancher Hinsicht günstig aus:

Erstens kann er auf sehr einfache und leichte Weise, und zwar durch Kochen in Leinwandsäckchen oder Ausbrennen sterilisiert werden und dann in gänzlich sauberem Zustand als aseptisches Mittel aufbewahrt werden.

Zweitens wirkt er, dank seiner Form und seinem Bau, beim Händewaschen energisch auf die Haut, von der er die oberen Epidermisschichten und den Schmutz abreibt, was eben das Wesen der mechanischen Wirkung bildet.

Drittens geht bei Verbindung des Sandes mit Seife das Waschen gleichmäßig, ununterbrochen vor sich.

Viertens ist der Sand für jeden und überall erreichbar und beinahe wertlos.

Fünftens kennt das Volk den Sand und gebraucht ihn als ein ausprobiertes gutes Mittel zur Wegschaffung des größten Schmutzes aus Töpfen und Geräten wie auch zum Händewaschen.

Die beiden letzten Punkte, die Leichtigkeit, das Material zu bekommen, und die gerechtfertigte Überzeugung, beinahe der Glaube des Volkes an seine desinfizierenden Eigenschaften, können auf die Verbreitung und Aneignung des Sandes in der Praxis unter den Dorfhebammen von großem Einfluß sein.

Man kann noch hinzufügen, daß der feinkörnige, gelbe Feldsand, beim Waschen mit Seife verbunden, eine Masse bildet, die sogar eine verweichlichte Haut verträgt.

Beim genauen Einseifen werden, wie ich mich überzeugte, die Ränder selbst des grobkörnigen Sandes gleichsam in eine Schleimseifehaut gehüllt und wird auf diese Weise seine Rauheit gemildert.

Der Sand übertrifft bei weitem die Bürste, denn man gebraucht ihn ein zweites Mal nicht mehr, er steht ihr aber in gewisser Beziehung auch nach. Die Bürste schmiegt sich nämlich beim Reiben mit der ganzen Oberfläche an, vielleicht sogar genauer und gleichmäßiger, und kann auf allen Stellen der Hand gleich gut angebracht werden. Sowohl Sand als auch Bürste geben der Haut eine gewisse Weichheit, Schmiegsamkeit.

Das Waschen selbst führe ich auf folgende Weise durch: Die Hände und Vorderarme taucht man in heißes Wasser ein, seift sie dann gut mit sogenannter grüner Seife ein paar Minuten lang (1—2), dann nimmt man aus dem Säckchen oder streuend aus einem von mir erfundenen Apparat eine Handvoll Sand, zereibt ihn mit Seifenschaum und reibt dann die Sandseifenmasse während 6—8 Minuten ein, d. h. bis zum Augenblick, wo unter dem Einfluß der Reibung das Gefühl von Weichheit und Schmiegsamkeit der Haut eintritt; schließlich wäscht man mit sehr warmem Wasser die Hände genau ab und zuletzt taucht man sie für eine Minute in eine Sublimatlösung 1:1000 ein. Bei den hier erwähnten Versuchen gebrauchte ich Sublimat nicht. Die Hände waren nur aseptisch behandelt.

Die Fingerspitzen und Nägel wäscht man durch starkes Reiben in der Sandseifenmasse, auf der Hand gut verrieben. Den Nagelfalz schiebt man beim Waschen mit einer Beinplatte zurück. Für die Dorfhebammen empfehlen sich zu diesem Zwecke Gräten von einem Karpfenkopf.

Um meine Erfahrung in dieser Richtung wissenschaftlich zu beweisen, unternahm ich bezüglich der veränderten Methode der Händedesinfektion eine Reihe von bakteriologischen Versuchen und Experimenten nach der sogenannten autoptischen Methode HÄGLERS. Wenn auch die bakteriologische Methode in der Schätzung des praktischen Wertes

einer zu erprobenden Händedesinfektionsmethode noch recht ungenau ist, so ist sie dennoch seit KÜMMEL und FÖRSTER allgemein angenommen.

Der klinische Erfolg wird von einer großen Masse von Faktoren bedingt, deswegen kann auch der Mortalitätsprozentsatz oder jener der Genesung nicht allein dieser oder einer anderen Händedesinfektionsmethode zugeschrieben werden.

Meine Versuche veranstaltete ich bei drei Gruppen von Personen: bei solchen, welche die Prozedur der Händedesinfektion selbst vorzüglich kennen (Ärzte, Chirurgen), bei solchen, denen sie lediglich bekannt ist (Hebammen, Dorfhebammen, barmherzige Schwestern) und zuletzt bei überhaupt nicht Geschulten (Kranken im Krankenhaus).

Von vornherein mein Thema begrenzend und bezweckend, den Wert des Sandes als mechanisches Mittel zum Händewaschen zu untersuchen, was doch das Wesen jeder Händedesinfektionsmethode bildet, begrenzte ich die bakteriologischen Versuche zur Bestimmung der Gattung von Bazillen, die ich zu meinen Versuchen verwendete.

Bei den Versuchen operierte ich mit dem *Bacillus pyocyaneus*. Die reine Kultur dieser Bazillen rieben sich Personen in die Hände, deren Hände ich dann untersuchte. Die Untersuchung führte ich nach allgemein bei solchen Arbeiten gebrauchten Regeln und Grundsätzen durch.

Die erste Inokulation auf Gelatine, in PETRISCHEN Schalen, machte ich mit destilliertem Wasser, das vorher zur letzten Abspülung der desinfizierten Hände gedient, mittelst einer ausgekochten Kornähre.

Die nächstfolgenden Versuche machte ich nach der HÄGLERschen Methode.

Das Material zur Inokulation ward gesammelt aus der Nagelgegend und der inneren oder oberen Handfläche, mittelst desinfizierter Seidenfäden. Diese Seidenfäden wurden einer Person, deren Hände untersucht werden sollten, mittelst einer durch die Flamme geführten Pinzette gereicht. Die Person rieb alle möglichen Stellen der Hand damit und bemühte sich, den Faden in möglichst nahe Berührung mit der Handoberfläche zu bringen. Dann wurden Probiergläschen mit flüssiger Gelatine und Agar untergeschoben und in dieselben mittelst desinfizierter Schere kleingeschnittene Fadenstücke nach dem Herausziehen des Pfropfens eingelassen. Der Inhalt der Probiergläschen wurde geschüttelt und dann mit den Fäden zugleich auf die PETRISCHEN Schalen ausgegossen.

In den demonstrierten Präparaten sind einerseits die aus dem *Bacillus pyocyaneus* erhaltenen Kulturen vor dem Händewaschen¹⁾, wie auch jene nach einem gewöhnlichen Händewaschen andererseits zu sehen; daneben sieht man verschiedene Bazillenexemplare des Nährbodens. Das Material zu dieser letzten Inokulation wurde nach dem Einreiben der Bazillen in die Händepidermis, nach vorangehendem Waschen mittelst Sand und Seife gewonnen.

Außer der bakteriologischen Methode wandte ich, wie erwähnt, zur Bestimmung des Wertes des Sandes, als Abreibungsmittel HÄGLERS autoptische Methoden an.

Diesen Versuch²⁾ führte ich folgendermaßen durch: Auf eine vorher desinfizierte Hand tropfte ich 20—30 Tropfen einer Tuschlösung und zerrieb sie genau auf der ganzen Oberfläche. Nachdem die Lösung getrocknet war, wurden die Hände mechanisch mittelst Seife und Sand gereinigt, wobei man auf den Prozeß des Verschwindens der Farbe achten muß.

¹⁾ Meine Vergleichsproben über Sand- und Seifenwaschen mittelst der SCHLEICHSCHEN Marmorseife, worüber SARVEY, HÄGLER und die SPENGLERSCHE Klinik in Braunschweig sich dahin aussprachen, daß eine Händedesinfektion so nicht erreichbar sei, bewiesen, daß der Sand unvergleichlich energischer auf die Haut wirkt als die SCHLEICHSCHEN Seife. Ich glaube, daß die Komponenten dieser Seife, die Paste und das Wachs, die Wirkung der Reibung abschwächen.

²⁾ Die Angaben für diese Arbeit entnahm ich hauptsächlich dem Werke: „Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz, eine experimentelle und kritische Studie.“ Von Dr. C. S. HÄGLER, Dozent für Chirurgie und I. Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Basel. Basel 1900.

Zunächst bemerkt man, daß bei Personen mit kürzeren Nägeln die Farbe sich fester ansetzt, besonders auf der unbedeckten Oberfläche unter den Nägeln. Hier sieht man die Farbe zwischen den Hornschichten, die sich bei kurz geschnittenen Nägeln stets bilden. Eben solange hält sich die Farbe trotz allem Waschen auf nichtpolierten, gespaltenen Nagelrändern.

Dann zeigen sich besonders entsprechend der Radialoberfläche des Zeigefingers und der ulnar-volaren des Daumens farbige Stellen. Diese Teile sind gewöhnlich mit zickzackartigen Linien und Streifen versehen. Überhaupt behalten alle Verdickungen, Aufschichtungen, Abdrücke, Rhagaden etc. trotz langem Waschen die Farbe bei.

Hingegen lassen sich doch alle Vertiefungen und Ritze, die eine natürliche Eigenheit der Hand darstellen, viel leichter entfärben, also reinigen. Auf die oben erwähnte Weise ist jeder imstande, die individuellen Eigenheiten einer Hand zu erkennen, und er kennt daher auch den für ihn am besten passenden mechanischen Reinigungsprozeß.

Die von mir mittelst HAEGLEERS Methode durchgeführten Parallelversuche der Händedesinfektion mit Sand und Bürste lehrten mich also, daß der Sand der Bürste durchaus nicht nachsteht.

Ich bin in der Lage, Ihnen hier erstens die guten Eigenschaften dieser Methode an zwei Händepaaren verschiedener Individualität, sowie den Wert des Sandes bei mechanischer Säuberung im Vergleich mit der Bürste zu verbildlichen. Man kann, wie Sie sehen, in Bezug auf die schwarze Färbung durch Waschen Prädispositionsstellen der Hände, einzelner Fingerteile und der Volarseite jeder Hand unterscheiden. Unabhängig davon kann man die individuellen Eigenheiten jeder einzelnen der hier vorgestellten Hände zweier Personen bemerken.

Schließlich rechtfertigt der Vergleich beider Personen, von denen die eine die Bürste, die andere Sand gebrauchte, unsere gute Meinung über das letztere Mittel.

Über die Resorption und den Nährwert von Albumosenpräparaten bei Erwachsenen

(mit Ausschluß von Nervenkranken).

Von **Dr. Richard Fraenkel**, Distriktsarzt in Lechwitz bei Znaim.

Mag auch die Literatur über die Nährpräparate im allgemeinen, über Albumosenpräparate und die Somatose im besonderen bereits ins Unermeßliche angewachsen sein, so möge es mir doch gestattet sein, an der Hand einer Statistik von 20 ausschließlich mit Somatose von mir behandelten Fällen die Wirkung derselben insbesondere auf die roten Blutkörperchen, die Steigerung des Appetits und damit auf die Hebung des Kräftezustandes etc. darzulegen.

Somatose ist ein Albumosenpräparat, bei welchem anscheinend schon die weiteste Grenze, die man derlei Präparaten stecken kann, erreicht sein dürfte; denn Somatose enthält über 90% lösliche Fleischeiweißstoffe (Albumen). Es ist bekanntlich ein gelbes, fast geschmack- und vollkommen geruchfreies, in Wasser leicht lösliches Pulver.

Daraus geht mit Evidenz hervor, daß Somatose alle Vorzüge besitzen dürfte, die man von einem für Kranke und Rekonvaleszente geeigneten Nahrungsmittel beanspruchen kann, da es nebst leichter Verdaulichkeit und vollkommenster Resorption den Vorteil bietet, kein Ekelgefühl hervorzurufen und daher durch längere Zeit ohne Widerwillen vertragen wird.

Ich will aus meiner Versuchsreihe 4 Fälle einer eingehenderen Würdigung und Beschreibung unterziehen, die anderen aber nur tabellarisch zusammenstellen.

Nr. 3. In meiner Ordination erschien ein 56jähriger Mann mit konstatiertem Carcinoma ventriculi. Derselbe war bereits bei verschiedenen Ärzten in Behandlung und wurden

ihm von denselben alle möglichen Nährpräparate zur Hebung seines Kräftezustandes verordnet. Trotzdem aber sank seine Ernährung immer mehr, so daß er bei seinem Erscheinen bei mir sich in einem ganz desolaten Zustande befand. Feste Nahrung wurde nicht mehr vertragen, sondern erbrochen; Pat. konnte also nur flüssige Nahrung, resp. leicht lösliche Nahrungsmittel bekommen. Die verschiedenen Fleischextrakte, Eiweißpräparate etc., die er bisher versucht hatte, konnten keine Wirkung erzielen, da sie nach 3- bis 4maligem Gebrauche infolge des Widerwillens, den sie durch Geruch und Geschmack hervorriefen, nicht mehr genommen werden konnten.

Nur schwer war der Mann zu bewegen, auch mit Somatose einen Versuch zu machen; jedoch schon nach 4 Tagen kam er ganz froh und zufrieden wieder; sein geschwundener Appetit hob sich wieder und er erbrach nicht. Nach Verlauf von weiteren 8 Tagen konnte er bereits eine Gewichtszunahme von 35 *dkg* konstatieren. Und er nahm Somatose noch durch mehr als 3 Monate und verzeichnete wöchentlich eine Gewichtszunahme von 20—25 *dkg*, bis schließlich ein vollkommener Verschuß des Pylorus zustande kam, so daß die Ernährung per os vollkommen aufhören mußte.

Nr. 8. Meine eigene Frau hatte nach einer protrahierten Geburt eine beiderseitige Mastitis und eine chronische Para- und Perimetritis durchzumachen und war im Gefolge dieser Krankheiten bereits sehr anämisch. Auch das Körpergewicht war von 63 *kg* auf 54 *kg* herabgesunken, Appetit lag ganz darnieder, dabei heftige Migräne, Schwindelanfälle und leichte Ermüdbarkeit. Ich versuchte zunächst einige Eisenpräparate, jedoch ganz erfolglos. Nun griff ich zur Somatose, ich gab 4 Kaffeelöffel täglich, nämlich zu jeder Mahlzeit je einen Kaffeelöffel voll. Die erste Wirkung war eine baldige bedeutende Besserung des Appetits, schon nach Verlauf von 8 Tagen; in derselben Zeit waren auch die roten Blutkörperchen um zirka 400.000 gestiegen, das Gewicht hatte um nahezu $\frac{3}{4}$ *kg* zugenommen.

Nach Verlauf eines weiteren Monats war das Gewicht auf 58 *kg*, die roten Blutkörperchen auf 4 Millionen angewachsen. Nach dem zweiten Monate hatte das Gewicht die Höhe von 61 *kg*, die roten Blutkörperchen die Zahl 4,600.000 erreicht. Somatose wurde fortgesetzt, so daß meine Frau am Ende des dritten Monats ein Gewicht von nahezu 64 *kg* (also höher als das ursprüngliche) bei roten Blutkörperchen fünf Millionen verzeichnen konnte. Natürlich waren Migräne, Schwindelanfälle und leichte Ermüdbarkeit bereits in den ersten Wochen vollkommen geschwunden.

Hervorzuheben ist bei diesen beiden Fällen, daß Somatose trotz des langen ununterbrochenen Gebrauches — über 3 Monate — von den Patienten sehr gerne genommen und stets gut vertragen wurde im Gegensatz zu den anderen Nährpräparaten, die bereits nach kurzer Dauer Widerwillen und Ekelgefühl erzeugten.

Nr. 14. Ich wurde zu einem 21jähr. Mädchen gerufen; auf den ersten Blick erkannte ich, es mit einer schweren Chlorose zu tun zu haben. Erste Menstruation im 18. Lebensjahre, sehr unregelmäßig, oft spärlich, manchmal profus, dabei schwere Allgemeinerscheinungen, Kopfweg, Schwindel etc., auch immer bei Stiegensteigen Beklemmungsgefühle, Unfähigkeit zu beschwerlicher Arbeit. Sie erklärte mir sofort, daß sie absolut keine Eisenpräparate nehme, da selbe für sie ganz erfolglos blieben, und brachte mir auch ein ganzes Paket Rezepte der verschiedenen Ärzte, die sie bisher behandelten; da waren BLAUDSche Pillen, Roncegnowasser, Eisenarsenpräparate, Eisenweine, Eisenpepsin usw. Angeblich hatte sie darauf noch den letzten Rest Appetit verloren, erbrochen, an Stuhlverstopfung zu leiden, kurz ihr Leiden nur verschlechtert. Ich ließ nun, entgegen der alten Gepflogenheit, alle Eisenpräparate beiseite und verordnete Somatose, wobei mich der Gedanke beherrschte, auf Umwegen, also wohl langsamer, jedoch um so sicherer ans Ziel zu gelangen.

Kategorien unterscheiden: a) Die I. Kategorie, zu der akute Nephritiden zu zählen sind, die eine absolut günstige Prognose geben, zeigt dasselbe Verhalten wie die gesunde Niere. Wir sehen hier ebenfalls ziemlich dieselbe auffallende Steigerung und wiederum Abfall der Na Cl-Ausscheidung, sobald man mit der Na Cl-Zufuhr aufhört. Die Exkretion der chlorfreien Elemente verhält sich fast schritthaltend mit der Chlorausscheidung. b) Bei der II. Kategorie (hierher gehören 1. akute Fälle, die Neigung zum Übergang in chronische Formen haben, 2. bereits ausgesprochene chronische Formen, aber noch im Beginn ihres Bestehens) tritt die gesteigerte Na Cl-Ausscheidung zwar auch ein, aber um 1—2 Tage verspätet, dafür aber um ebensoviel Tage die erhöhte Chlorzufuhr überdauernd. Ein gleiches Verhalten zeigen die chlorfreien Elemente. Die Prognose dieser Kategorie von Fällen ist zweifelhaft. c) Bei der III. Kategorie, und zu dieser gehören die weit vorgeschrittenen, prognostisch auch absolut infausten Fälle chronischer parenchymatöser oder interstitieller Nephritis, ändert sich die Chlorausscheidung überhaupt nicht mehr; nur die Ausscheidung der chlorfreien Elemente ist teils gesteigert, teils auch unverändert. Wenn wir auch mit Hilfe der Zentrifuge und des Mikroskops die Art der Nierenentzündung wohl diagnostizieren können, so bietet die alimentäre Chlorprobe eine wertvolle Handhabe, um die Schwere der Nierenkrankung zu erkennen bzw. feststellen zu können, ob es sich in nicht ganz klaren, zweifelhaften Fällen um persistierende oder bloß vorübergehende Funktionsstörungen der Niere handelt. Sie ist deshalb ein wertvolles Hilfsmittel, ja eine Bereicherung der sogenannten funktionellen Diagnostik der Nierenkrankheiten, wertvoll genug, um neben anderen neueren Methoden derselben, z. B. der Kryoskopie, die sich mit der Bestimmung der osmotischen Nierenarbeit durch molekulare Konzentrationsbestimmung des Urins befaßt, in die Klinik Eingang zu finden. Natürlich ist es bei kranker Niere geboten, die Chlorprobe stets mit einer gewissen Vorsicht anzuwenden. Kochsalz wirkt ja in hohen Dosen auch als Zellgift und kann erhebliche Läsionen des Nierenepithels hervorbringen.

B.

EDUARD HITSCHMANN (Wien): Über Venenpulse an den Vorderarmen bei atrophischer Leberzirrhose.

Unter der Haut des Vorderarmes und auch des Handrückens sieht man bei vielen Kranken mit atrophischer Leberzirrhose, oft nur vorübergehend, oft aber durch viele Monate, konstant die zarten, nicht gestauten, sogar meist eingesunkenen Venen sich bewegen und näheres Zusehen läßt erkennen, daß es sich um starke, sowohl mit der Respiration als mit der Herzaktion synchrone „Pulsationen“ handelt. Jedes Inspirium erzeugt starken Kollaps der Vene und überdies besteht ein sehr deutlicher negativer Venenpuls („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1904, Nr. 2).

Betrachtet man die Venae jugulares, so ist sofort ersichtlich, daß dieselben analog pulsieren. Diese auffälligen Bewegungerscheinungen an den Vorderarmvenen sah H. ohne jedes Zutun oft stundenlang in schönster Ausbildung, am besten an der der Radialseite des Unterarmes angehörigen Hautvene. Bestand das Phänomen momentan nicht, so konnte es durch Erwärmen oder durch bessere Blutfüllung der oberen Extremität nach Hängenlassen oder Distalstreichen erzeugt werden; leichtes Erheben der Hand wirkte gleichfalls verdeutlichend. Bauchpunktionen blieben ohne erheblichen Einfluß auf das Phänomen. Verf. faßt diese Bewegungerscheinungen an den Venen als direkte Folge des durch die peripylephlebitische Zirrhose eigenartig modifizierten Venenblutkreislaufes auf.

BRAUN.

TAUTE (Tübingen): Über tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie.

Die Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur ergab, daß 2·5% der Tracheotomierten an Blutung infolge Usur eines größeren Gefäßes zugrunde gehen. Auf der Klinik BRUNS' beobachtete Verf. 3 Fälle von tödlicher Blutung, deren einer einen Erwachsenen, die zwei anderen Kinder betrafen. Beim Erwachsenen erfolgte die Blutung aus dem aneurysmatisch erweiterten Arcus aortae, bei den

Kindern aus der Anonyma. Bei den Kindern kann die Usur der Trachealwand und des anliegenden Gefäßes um so leichter eintreten, als die Kinder durch Unruhe im Bett und durch Zerren am Schild der Kanüle das untere Ende derselben in fortwährender scheuernder Bewegung erhalten.

Nach Ansicht des Verf.s sind die Patienten in der Zeit zwischen dem 6. und 10. Tag nach der Tracheotomie am meisten gefährdet („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 41, Nr. 1); man wird daher um diese Zeit ganz besonders auf das Verhalten der Patienten achten müssen.

Als Zeichen, welche einer Arrosionsblutung als Vorboten vorausgehen können, werden kleine Beimengungen von Blut im Sputum und Schmerz hinter dem Sternum angegeben. Man wird daher bei diesen Anzeichen oder bei einem sonst konstatierten Dekubitusgeschwür sofort das Décanulement ausführen müssen. Wenn die Dyspnoe die Entfernung der Kanüle nicht zuläßt, wird man eine kürzere, mit ihrem unteren Ende am Dekubitusgeschwür nicht scheuernde Kanüle einführen müssen; unter Umständen könnte mit der Intubation auch ein Erfolg erzielt werden. Diese Vorsichtsmaßregeln haben einen größeren praktischen Nutzen, als die Versuche, die bereits eingetretene Blutung zu stillen; bei Arrosion eines größeren Gefäßes kommt man mit der Hilfe fast immer zu spät.

ERDHEIM.

V. HOVORKA (Wien): Beitrag zur Behandlung von Nabelbrüchen.

An Stelle der lästigen, häufig Ekzeme hervorrufenden Heftpflasterverbände empfiehlt Verf. („Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie“, 1904, Bd. 2, Heft 2) zur Behandlung von Nabelbrüchen bei Säuglingen und kleinen Kindern ein eigenartiges, von ihm angegebene Bruchband. Dasselbe besteht aus zwei mit Klavierfilz überzogenen, am äußeren Rande stumpfkantig auslaufenden kulissenartigen Kompressionsteilen, zwischen welchen die in 2 Längsfalten, parallel den Mm. recti, aufgehobene Bauchhaut festgeklemmt wird. Zwischen beiden Kompressionsteilen verläuft ein breiter, elastischer, in der Mitte durch Schnürring verstellbarer Gummigurt. Zusammengehalten wird das Bruchband mit Hilfe eines gegabelten und eines einfachen Riemens, die an Metallknöpfen befestigt werden. Die Kompression durch dieses Bruchband erfolgt wie beim Heftpflasterverbande von der Seite her. Zum sicheren Anlegen des Bruchbandes ist die Rückenlage anzuempfehlen. Ein besonderer Vorzug liegt darin, daß man jeden Moment kontrollieren kann, ob das Bruchband richtig angelegt ist oder nicht, was bei den bisher üblichen Nabelbruchbändern wegen der vorliegenden Pelotte nicht möglich ist.

GRÜNBAUM.

LUDWIG KANTOROWICZ (Posen): Eierstockschwangerschaft.

LEOPOLD hat für die Diagnose einer Ovarialschwangerschaft die folgenden Forderungen aufgestellt: 1. Fehlen des Eierstockes und Aufgehen desselben in den Fruchtsack. 2. Verbindung des letzteren mit dem Eierstockbände. 3. Völlige Nichtbeteiligung der gleichseitigen Tube und der Plica infundibulo-ovarialis und der Fimbrie. Diesen Kriterien ist noch ein viertes hinzuzufügen: Der genaue mikroskopische Befund, während Punkt 2 infolge ausgehnter Verwachsungen oder infolge eingetretener Atrophie nicht immer nachweisbar sein könnte. K. gibt eine kritische Übersicht über alle in der Literatur mitgeteilten Beobachtungen, die er in sichere, wahrscheinliche und unsichere einteilt, und beschreibt zugleich 2 Fälle eigener Beobachtung („Samml. klin. Vortr.“, Nr. 370). In diesen beiden Fällen zeigte die Tube nur entzündliche Veränderungen, die Wandungen der Ovarialhöhle waren aber mit typischen Deziduazellen ausgekleidet. Fötale Elemente fehlten, was wohl darauf hinweist, daß es sich um Eierstockschwangerschaften aus dem ersten Monate handelte, bei denen der Fötus zur Resorption kam. Im Falle 2 war die Eihöhle fast im Zentrum des Eierstockes gelegen, was K. so erklärt, daß zuerst ein oberflächlicher Follikel platzte, dann ein unter diesem gelegener, so daß das Spermia bis zu letzterem vordringen konnte.

FISCHER.

STEPAN (Prag): Ein Fall pathologischen Schlafes.

Eine 29jähr. Frau, sonst gesund, die sich am Ende ihrer neunten Schwangerschaft befand, geriet infolge eines Todesfalles in der Familie in große Aufregung. Nach der Geburt des Kindes, das bald starb, veränderte sich der psychische Zustand der Frau, indem er manche hysterische Charaktere aufwies und ungefähr ein Jahr dauerte (Revue v. neurol., psych., fys. a. diät. ther., Bd. 1, H. 4). In dieser Zeit, die Pat. befand sich wieder in anderen Umständen, wurden bei ihr Anfälle pathologischen Schlafes, der auch bis 37 Stunden dauerte, beobachtet. Die Kranke stand nur auf, um ihren körperlichen Bedürfnissen nachzukommen, und die Intensität des Schlafes ward fortwährend stärker und stärker, so daß es kaum möglich war, sie aus dem Schlafe zu wecken. Dieser Schlafzustand dauerte einen Monat, in welcher Zeit die Pat. etliche somatische Merkmale der Hysterie darbot, und nach einem Monate besserte sich der Zustand, höchstwahrscheinlich infolge einer angenehmen seelischen Anregung, Ankunft der Schwester der Kranken. Nach beendeter Schwangerschaft trat ein in jeder Hinsicht normaler Zustand ein. Verf. hält diesen Fall für eine hysterische Narkoepilepsie. Als interessant wäre noch hervorzuheben, daß die Pat. auch in der Zeit ihrer ersten Schwangerschaft, die im vierten Monate durch einen Abortus endete, durch drei Tage von unüberwindlicher Schlafsucht gequält wurde. STOCK.

EUGÈNE FÉLIX (Paris): Die Perforationen der Nasenscheidewand mit Ausnahme derluetischen.

Verf. übergeht die kongenitalen Perforationen wegen ihrer großen Seltenheit. Die erworbenen Perforationen teilt er in idiopathische und symptomatische: In die erste Gruppe gehört zunächst das sogenannte Ulcus perforans simplex, wie es von ZUCKERKANDL und HAYEK bei Autopsien gefunden wurde. In vivo wird es wegen des Mangels von Beschwerden nur sehr selten diagnostiziert.

Von größerer Wichtigkeit sind die sogenannten professionellen Perforationen. Diese kommen bei ganz bestimmten Gewerben vor: Die Zementfabrikation, Industrien, bei denen man sich der Chromsalze bedient, die Fabrikation von Phosphorzündhölzchen, Kobaltgewinnung, Betriebe, bei welchen es zur Entwicklung von Salzsäuredämpfen kommt, wie insbesondere bei der Sodaerzeugung, und endlich Gewerbe, in denen mit Arsen zu tun ist, können die Ursache professioneller Perforationen sein, die durch Ätzwirkung zustande kommen. In die Reihe der idiopathischen Perforationen gehören auch die nach Rhinitis atrophicans auftretenden Substanzverluste am Septum, ferner solche nach Traumen, Perichondritis, Fremdkörpern und Operationen bei Deviationen der Nasenscheidewand („Sem. méd.“, 1904).

Symptomatische Perforationen kommen in seltenen Fällen bei akuten Infektionskrankheiten, wie Typhus, Diphtheritis und Variola, vor.

Von chronischen Infektionskrankheiten — Lues ausgenommen — kommen Tuberkulose, Lupus, Lepra, Rotz und Rhinosklerom in Betracht! Sarkome, Schleimhautpolypen und Zahncysten führen in seltenen Fällen ebenfalls zur Perforation. Je ein Fall wurde auch bei chronischer Nephritis und Tabes beobachtet. J. S.

LENZMANN (Duisburg): Zur Frage der Indikation und des Erfolges der TALMASchen Operation bei der atrophischen Leberzirrhose.

Geeignet für die TALMASche Operation bei Leberzirrhose sind („Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 48):

1. Die Fälle, in welchen eine deutliche Schrumpfung der Leber noch nicht eingetreten ist, aber sich die Zeichen der Pfortaderblutstauung schon durch Bildung von Aszites etc. bemerkbar machen.
2. Die Fälle, in welchen die Leber zwar schon geschrumpft ist und in welchen Aszites besteht, die aber die Annahme noch genügend erhaltenen funktionsfähigen Lebergewebes nicht ausschließen lassen. (Kein oder nur mäßiger Ikterus.)

Ungeeignet sind:

1. Die Fälle, in welchen sehr hochgradiger Ikterus (Melasikterus) besteht.
2. Die Fälle, welche die Zeichen des Urobilinikterus aufweisen.
3. Die Fälle, in welchen Schleimhautblutungen, Delirien etc. ein vollständiges oder hochgradig ausgebildetes Versagen der gallenbildenden Leberfunktion annehmen lassen. B.

Kleine Mitteilungen.

— Die **chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica** bespricht NEHRKORN („Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, Bd. XII). Maßgebend für den Eingriff waren bedeutende subjektive Beschwerden (Koliken, Tenesmen) im Vereine mit schwerster Anämie und Erschöpfung infolge unstillbarer, zuweilen kaum zählbarer Entleerungen blutig-schleimiger, diarrhoischer, oft aashaft stinkender Stühle, hohem Fieber. Die Erfolge der bisher vorliegenden Operationen müssen entschieden als günstige bezeichnet werden; am empfehlenswertesten ist die Anlegung eines Kunstafters, am besten an der Flexur (9 Fälle mit 7 Erfolgen); auch mit der Ventilstelbildung am Zökum nach KADER-GIBSON wurden in 7 Fällen gute Erfolge erzielt; daraus geht hervor, daß es nicht allein auf die Ruhigstellung und Ausschaltung des erkrankten Darmes ankommt, sondern daß auch die lokale Behandlung des Darms mit Durchspülungen von maßgebender Bedeutung ist.

— Bei **Behandlung der Gicht** fand HARTMANN („Deutsche Praxis“, 1904, Nr. 12), daß das Citarin imstande ist, speziell bei akuten Gichtanfällen sehr gute Dienste zu leisten. Es wirkt prompt schmerzstillend, bringt die Schwellungen zum Schwinden, u. zw. in relativ kürzerer Zeit, als dies bei anderen Behandlungsmethoden der Fall ist. Ein wesentlicher Vorteil ist der angenehme Geschmack, die gute Verträglichkeit und die völlige Unschädlichkeit des Mittels, da selbst große Dosen (14 g pro die in einem Falle) ohne schädliche Nebenwirkungen vertragen werden. Gegenüber den nicht unbedenklichen Colchicumpräparaten ist dies ein wesentlicher Vorzug des Citarins, da man seinen Patienten beruhigt gleich ein größeres Quantum verschreiben kann, damit dieselben für etwa auftretende Rezidive gleich ein kleines Depot im Hause haben. Das sofortige Einnehmen massiger Dosen zu Beginn des Anfalles bietet die meiste Aussicht, die Dauer des Anfalles abzukürzen. Nur bei chronischer Gicht war die Wirkung des Citarins weniger verlässlich. Um die Citarinkur billig zu gestalten, verordnet man am besten Citarintabletten à 2 g Nr. X in Originalpackung, deren Preis als mäßiger bezeichnet werden kann.

— Beiträge zur Lehre über den **Einfluß thermischer Anwendungen auf das Blutgefäßsystem** bringt MARTIN („Zeitschr. für diät. u. phys. Ther.“, Bd. VII). Er begann mit dem Versuch der Kälteanwendung auf die Wirbelsäule, wobei Chapmanbeutel verwandt wurden. Dieselben waren so angeordnet, daß je zwei und zwei die ganze Wirbelsäule bedeckten, während einer quer im Nacken lag. Bei seinen Versuchen konnte M. feststellen, daß bei Applikation von Eisbeuteln an der Wirbelsäule Verengerung der Hautgefäße der Extremitäten, antagonistisch Erweiterung (wahrscheinlich durch Wirkung der Dilatatoren) der Muskelgefäße auftritt. Eine sekundäre Erweiterung der Hautgefäße war auch bei längerer Dauer der Applikation nicht festzustellen. — Was die lokalen Kälteapplikationen betrifft, so fand Verf. mit Hilfe der Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Pulswelle, daß sich die Gefäße der Extremität, die nicht vom Kältereiz getroffen wurde, auch kontrahierten. Die Kontraktion ließ aber eher nach, als auf der direkt getroffenen Seite, und zwar mit dem Eintritt der Reaktion, vollständig bei kurz dauernden, unvollständig bei länger dauernden Kältereizen.

— Die **Malaria und ihre Prophylaxis** durch Chiningebrauch in Klempopo erörtert Regierungsarzt Dr. KÜLZ in Togo („Arch. für Tropen-Hygiene“, 1903). Er legt seinen Ausführungen die Resultate einer einjährigen Sammelforschung zugrunde. Eine kurze Chronik des bisherigen Gesundheitsstandes in den genannten Ansiedlungen gebend, beschreibt er die verschiedenen Arten der Chininprophylaxis sowie die in die Erscheinung tretenden Nebenwirkungen. Was das Präparat anbetrifft, so wird in Klempopo zu prophylaktischen Zwecken fast ausschließlich seit mehreren Monaten

das Euchinin verwendet. Es wird als Pulver in Oblaten oder pur, seltener in Tablettenform gegeben. Zwei wesentliche Vorzüge dieses Präparates vor dem salzsauren Chinin geben die Veranlassung zu seiner Empfehlung: der geringere Geschmack und die an Intensität entschieden geringeren Nebenwirkungen. Ersterer Vorzug ist unbestritten, letzterer wurde von sämtlichen hiesigen Prophylaktikern, soweit sie früher Chinin. hydrochl. nahmen und zum Euchinin übergangen, angegeben. Die prophylaktisch zu nehmende Dosis wurde immer, auch für Euchinin, auf 1 g festgesetzt. Die Dosis wird abends entweder 1/2 Stunde vor dem Abendessen genommen oder zirka 3 Stunden nach demselben, um durch den Eintritt des „Chininrausches“ nicht am Tagewerk verhindert zu sein. Als Hauptsache bezeichnet der Autor die prompte Resorptionsmöglichkeit der verordneten Chinindosen und betont auch hierbei die Vorteile des leichter pur zu nehmenden Euchinins.

— Die **Erfolge der inneren Behandlung der tuberkulösen Peritonitis** erörtert LEOTA („Sbornik klinicky“, Bd. 5). Die Methode des Verf.s besteht in täglich einmal vorzunehmenden Einreibungen des Abdomens mit grüner Seife, der Jodoform im Verhältnis 1:20 zugesetzt ist; nach der Einreibung wird ein Prießnitzumschlag angelegt. Die Zahl der beobachteten Fälle betrug 11; davon waren 10 (= 90·8%) mit Pleuritis kompliziert, also in prognostischer Beziehung durchaus schlecht und zur Operation ungeeignet. Das Behandlungsergebnis war folgendes: eine Heilung der Peritonitis im klinischen Sinne (Rückgang des Aszites) erfolgte in 7 Fällen (= 63%), wesentliche Verminderung des Aszites in 2 Fällen (= 18%); das pleuritische Exsudat verschwand vollständig in 5 Fällen (= 45%), verminderte sich in 2 (= 18%) und blieb stationär in einem Falle. 2 Fälle starben, der eine infolge vorgeschrittenen Lungenprozesses, der andere infolge einer Sterkoralfistel nach Laparotomie wegen der Peritonitis. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß bei sorgfältiger Auswahl der Fälle, namentlich jener, die als zur Operation geeignet angesehen werden, die Erfolge der medikamentösen Therapie gewiß ebenso gut sein müßten, wie jene der operativen Therapie.

— Über seine **Erfahrungen mit Acoïn** berichtet SIMON („The Dental Cosmos“, 1904) an der Hand von 125 Fällen. Er fand, daß die anästhesierende Wirkung seiner Lösung

Rp. Acoïn	0·5
Morph. sulfar.	0·03
Natr. chlorat.	0·8
Glyzerin	0·2
Phenol	0·2
Aq. dest.	120·0

in allen einfachen Fällen vollkommen war und daß ihre Anwendung nie von Nekrose, Nachschmerz und anderen bei Kokain eintretenden Störungen gefolgt wurde. Bemerkenswert ist die von S. vorgenommene, vollständig schmerzlose Extraktion von 18 arg verfaulten Wurzeln auf einmal bei einer nervösen, herzschwachen Pat. unter Injektion von 15 cm³ seiner Lösung. Die anästhesierende Wirkung des Acoïns versagte nur in einem einzigen Falle, wo zur Entfernung zweier verwachsener Backenzähne das Elevatorium zu Hilfe genommen werden mußte. Sonst war sogar die Extraktion von Zähnen mit Abszeß schmerzlos und nur die Injektion manchmal ein wenig schmerzhaft. Als erforderliche Durchschnittsmenge der Lösung fand S. 1 cm³ pro Zahn, 7·5 cm³ für sämtliche oberen Zähne.

— Die **Behandlung des Abdominaltyphus bei Kindern** bespricht MERY („Méd. mod.“, XIV, 32). Typhusranke Kinder braucht man in den Spitälern nicht zu isolieren, nur muß man für gehörige Desinfektion der Stühle sorgen. Die Pflege des Mundes der Typhusranke geschieht am besten mit sauerstoffhaltigem Wasser, das man stark verdünnt aufpinselt; Nase und Ohren behandelt man mit Menthol- oder Resorzinöl oder Borvaseline. Abführmittel, am besten Kalomel, sind bei Verstopfung und gegen Ende der Krankheit in milder Form angezeigt, wenn Schädigungen des Magens das Fieber in die Länge ziehen. Zur Desinfektion des Darmes dienen regelmäßige, kalte Einläufe, morgens und abends. Den Antipyreticis sind Bäder vorzuziehen. Sie sollen sich zwischen 32° im Anfang und 24° nach einiger Gewöhnung bewegen; während des Bades (10 Minuten Dauer) gießt man dem Kinde kaltes Wasser

auf den Kopf. Sollten die Kranken nach dem Bade nicht leicht wieder warm, sondern ohnmächtig oder zyanotisch werden, so empfehlen sich herzanregende Mittel, Strychnineinspritzungen; wird dadurch die Herztätigkeit nicht gebessert, so sind die Bäder auszusetzen. Reichliche Ernährung zieht vielleicht die Krankheit in die Länge, doch ist bei schweren Fällen gegen Ende des Typhus nicht zu lange damit zu zaudern. Man gibt Eigelb, Fleischsaft.

— In dem **Cholelysin** besitzen wir nach den Erfahrungen von CLEMM („Zentralbl. f. Stoffwechsel-Krankh.“, 1904, Nr. 1) u. v. a. ein spezifisches Therapeutikum von verläßlich guter Wirkung, welches, bereits vielfach erprobt, auch von Beobachtern wie SCHÜRMEYER, BAUHWOLZ, DINGLREITER u. a., alle dem ölsauren Natron zugesprochenen Vorzüge — ohne dessen Nachteile — in vollstem Maße besitzt und dem behandelnden Arzte das Mittel an die Hand gibt, sowohl bei leichteren Erkrankungen der Gallenwege als auch bei schon bestehender Cholelithiasis einerseits prophylaktisch, andererseits aber auch mit gut begründeter Aussicht auf vollen Heileffekt einwirken zu können und somit auch viele Kranke durch eine vollständig gefahrlose interne Behandlung der Gesundheit zuzuführen. Bei der großen Anzahl Gallensteinranke bietet sich zur Nachprüfung wohl ausreichend Gelegenheit. Man gibt entweder 1—2 Cholelysin-tabletten oder 0·6—1·2 g Cholelysinum siccum.

— Über den **Einfluß von Nährklistieren auf die Peristaltik und Sekretion im Magendarmkanale** berichtet LÖWE („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 50). Verf. hat Versuche an narkotisierten Katzen, denen im Wasserbade die Gedärme freigelegt waren und die nach längerem Fasten Nährklistiere erhielten (zum Teil mit Opium), angestellt. Als Ergebnis seiner Beobachtungen der Peristaltik läßt sich die Regel aufstellen, daß man bei Erkrankungen des Magens und der oberen Darmteile jederzeit Nährklysmata verabreichen darf. Bei Erkrankungen der mittleren Darmabschnitte empfiehlt sich Opiumzusatz. Bei Perityphlitis und bei Typhus (zur Zeit der Schorflösung) sind Nährklistiere kontraindiziert, da sich die peristaltischen Bewegungen bis über die Klappe hinauf erstrecken können. Gelegentlich sah L. auch ein Wandern von Öltropfen bis in den Dünndarm hinauf, also eine Bestätigung der GRÜTZNERschen Versuche.

— Seine Erfolge mit der **Zimtsäurebehandlung der Lungenschwindsucht** erörtert BLUM („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 6). Alle Fälle, die genügend lange der Hetolbehandlung unterworfen waren, zeigten durchgängig das gemeinsame Resultat, daß der durch die Tuberkulose hervorgerufene Verfall aufgehalten wird und eine Gewichtszunahme stattfindet; zweifellos ein Beweis dafür, daß der kranke Körper nach dem Beginn der Kur oder durch die begonnene Behandlung in sich die Kraft fand, der ihm drohenden Vernichtung erfolgreich zu widerstehen. Zugleich sah Verf. bei allen den Fällen, die treu die Kur zu Ende führten, eine beträchtliche Besserung des Lungenbefundes eintreten. Die Besserung war in einigen Fällen eine beträchtliche. Ob die Besserung nun eine dauernde bleiben wird, daß muß allerdings die Zeit lehren.

Literarische Anzeigen.

Politische Anthropologie. Eine Untersuchung über den Einfluß der Deszendenztheorie auf die Lehre von der politischen Entwicklung der Völker. Von Dr. phil. et med. Ludwig Woltmann. Eisenach und Leipzig 1903, Thüringische Verlagsanstalt.

Verf. wird in seinem überaus bemerkenswerten Werke zwei wissenschaftlichen Forderungen zu gleicher Zeit gerecht: Er stellt sowohl die biologisch-anthropologischen als auch die historisch-politischen Tatsachen dar und versucht es, den inneren ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Tatsachenreihen in der allgemeinen und speziellen Geschichte der Völker und Staaten aufzudecken. Bedeutendes Wissen und tiefe kritische Begabung leuchten ihm auf diesem Wege voran. In den vier ersten Abschnitten des umfangreichen Buches werden die Physiologie und Pathologie der Rassenentwicklung mit besonderer Berücksichtigung des Menschen abge-

handelt; in Kapitel V—IX wird der gesetzmäßige Zusammenhang der Rassenentwicklung mit der politischen Geschichte und Gesetzgebung der Staaten besprochen; das letzte (X.) Kapitel erörtert die Bestrebungen und Lehren der wichtigsten politischen Parteien vom Standpunkte der historischen Anthropologie aus in prinzipieller Weise.

BR.

Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreas-erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine. Von Privatdozent Dr. Paul Lazarus, Assistent der I. med. Universitätsklinik zu Berlin. Berlin 1904, August Hirschwald.

Zwei aus der „Zeitschrift für klinische Medizin“ bekannte Arbeiten des fleißigen Verfassers liegen hier zusammengefaßt in erweitertem Abdrucke vor; die ruhige Art seiner Experimental-forschung wirkt wohltuend auf den Leser, und die Sorgfalt der Ausführung läßt die Schwierigkeiten, mit denen derartige Arbeiten verbunden sind, kaum erkennen. Schöne Zeichnungen illustrieren den gut geschriebenen Text und führen zu einem klaren Verständnisse des Vorgetragenen. * * *

Der Arzt und Philosoph Asklepiades von Bithynien. Historisch-kritische Studie von Dr. Hans v. Vilas. Wien und Leipzig 1903, W. Braumüller.

„Von der Parteien Gunst und Haß entstellt, schwankt sein Charakterbild“; dies Wort galt schon im Altertume von unserem

Asklepiades, der unter der großen Zahl von ärztlichen Trägern dieses Namens nicht so leicht zu identifizieren ist. Aber schon der Umstand, daß er als der erste griechische Arzt in Rom eine ausgebreitete Tätigkeit entfaltete, rechtfertigt die liebevolle Behandlung, die VILAS seinem medizinisch-historischen Thema zuteil werden läßt, zumal er damit wirklich eine Lücke — zumindest in der deutschen Literatur — ausfüllt. Uns steht der Grieche schon darum nahe, weil er folgende Dinge als die gewöhnlichsten Heilmittel erklärte: Enthaltensamkeit von Speise (Diät), von Wein (Anti-alkoholismus), Reibungen des Körpers (Massage), Bewegung machen (Terrainkur) und Spazierenfahren (Heilgymnastik). Die mit gründlicher Beherrschung des Stoffes gearbeitete Monographie wird jeden Freund ärztlicher Historie interessieren. FISCHER.

Über Therapie und Heilerfolge bei Skrofulose und chirurg. Tuberkulose der Kinder im Kaiserin Elisabeth-Kinder-Hospital in Bad Hall. Von Dr. Walter Spitzmüller. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Die Broschüre hat als Darstellung von seiten eines vielerfahrenen Praktikers für den Praktiker großen Wert. Gerade die Skrofulose und die Knochentuberkulose, sozusagen das tägliche Brot des praktischen Arztes, begegnen häufig einem Pessimismus der Prognosenstellung, den die Ausführung SPITZMÜLLERS widerlegen. NRTH.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Mediz. Presse“.)

IV.

Wenn ich heute über eine schrille Dissonanz in unserem Vereinsleben zuerst berichte, so geschieht dies nur, weil man, einem alten Grundsatz gemäß, das Unangenehme lieber sofort in Angriff nimmt, um es erledigt zu haben. Im „Verein für innere Medizin“ hatte der I. Assistent der v. LEYDENSchen Klinik, Professor JACOB, eine Mitteilung über seine Versuche gemacht, Lungentuberkulose durch direkte Injektion von Tuberkulin in die Lungen zu heilen. Begegneten diese therapeutischen Versuche am Menschen, trotzdem Tierexperimente vorangegangen waren, schon prinzipiell einer sehr energischen Kritik gelegentlich der Diskussion, so ging dieselbe im Verlaufe derselben noch weit über die in wissenschaftlichen Vereinigungen üblichen Grenzen hinaus. Es entstanden überaus peinliche Erörterungen, die nicht nur das sehr problematische Heilverfahren an sich bekämpften, sondern auch gewichtige Vorwürfe gegen den Vortragenden erhoben, weil er einen Todesfall und zwei Tracheotomien zu erwähnen „vergessen“ habe. Eine ungeheure Erregung war die Folge dieser Beschuldigung „unvollkommener Mitteilung von Krankengeschichten“, des „absichtlichen Verschweigens wichtiger Tatsachen“; da JACOB diese Vorwürfe nicht sofort zurückwies, so wird ihm jetzt entgegengehalten, „daß man unter solchen Umständen den Tempel der Wissenschaft unfreiwillig verläßt, wenn man es nicht vorzieht, freiwillig zu gehen“, und daß die Ärzteschaft „es für geboten erachtet, von ihm weit abzurücken“. Ein Namensvetter in Charlottenburg verwarft sich in der politischen Presse dagegen, mit jenen Versuchen etwas zu tun zu haben. Prof. JACOB selbst aber hat zur Zeit eine Erholungsreise angetreten. Doch ist anzunehmen, daß die fatale Angelegenheit damit noch nicht erledigt, sondern nach den Ferien noch weitergeführt wird. Daß JACOB sich um den weiteren Ausbau der von seinem Lehrer v. LEYDEN begründeten Lehre von der physikalischen und diätetischen Therapie, sowie (mit PANNWITZ) um die Tuberkulosefrage literarisch nicht geringe Verdienste erworben hat, ist bekannt. Um so mehr muß man bedauern, daß er in dieser Mitteilung von Versuchen, die an und für sich schon keine Sympathie erweckten, sich Angriffen aussetzte, die er nicht mit Schlagfertigkeit zu parieren in der Lage war.

Der bekannte Neuropathologe Dr. ALBERT MOLL hatte vor einiger Zeit die Frage der gegenseitigen Honorierung unter Kollegen zur Erörterung gestellt. Er war aus ökonomischen und Billigkeitsgründen zu dem Resultate gekommen, die bare Honorierung der ärztlichen Behandlung eines Kollegen und seiner Angehörigen sei nicht nur nicht standesunwürdig, sondern auch bei der jetzigen Lage des ärztlichen Standes der Revanchierung durch ein Geschenk oder durch bloßen Dank vorzuziehen. Er plädierte also dafür, es möchte gewissermaßen der Usus sanktioniert werden, daß man ärztliche Dienste eines Kollegen nicht umsonst in Anspruch nehmen und diesem die Übersendung seiner Liquidation nicht verbietet werden dürfe. Hiergegen wendet sich nun neuerdings Dr. A. ALEXANDER mit sehr energischem Widerspruch. Er betont, daß es allen herkömmlichen Anschauungen von Kollegialität widerspräche, wollte man ärztliche Hilfeleistungen, die man einem Fachgenossen oder dessen Angehörigen zuteil werden ließ, sich honorieren lassen. In der Tat sind die Anschauungen über diesen delikaten Punkt geteilt. Die meisten Ärzte dürften aber wohl, trotzdem heutzutage unser Stand wirtschaftlich nicht glänzend dasteht, doch die Ansicht vertreten, daß es gerade aus Gründen der Kollegialität und Gegenseitigkeit und gerade wegen der schwierigen Situation manches Arztes und seiner Familie, soweit er für ihren Unterhalt zu sorgen hat, zartfühlender ist, Honorar nicht zu beanspruchen und zu akzeptieren. Es sei — so wird entgegengehalten — die Art, wie sich der Kollege dankbar erweisen will, ganz ihm zu überlassen. Er wird in der Regel je nach seinen Vermögensverhältnissen, nach seinem Verhältnisse zum behandelnden Kollegen, nach dessen Aufwand an Zeit, Mühe und Auslagen schon das Richtige seinem persönlichen Gefühle nach zu treffen wissen. Es wird daher wohl am besten bei den bisherigen Gepflogenheiten bleiben. Ärztliche Ethik und Nationalökonomie dürften so zarte Angelegenheiten nicht durch eine Reglementierung erledigen. Selbst wenn der behandelte Arzt dem Behandelnden eine Aufmerksamkeit, eine Dedikation erweist, wie dies vielfach üblich ist, braucht diese Gegenleistung durchaus nicht der Leistung gleichwertig zu sein. Die Gegenseitigkeit ärztlicher Dienste braucht auch keine an der Person haftende zu sein. Hier herrscht am besten eine allgemeine Solidarität des Standes. Bare Honorierung würde das peinliche Gefühl nur von dem Behandelten auf den Behandelnden übertragen. Man darf wohl hoffen, daß diese Frage, zu deren Aufrollung eigentlich gar kein Anlaß vorlag, bis auf weiteres als erledigt betrachtet werden kann.

Mehr und mehr nehmen jetzt hier in der Hauptstadt des Deutschen Reichs und Preußens die Bestrebungen für das Wohl des Säuglings- und Kindesalters zu. Sie konzentrieren sich in erster Linie auf die Beschaffung guter, billiger Milch, in zweiter auf die Belehrung und Aufklärung der Volkskreise. Ein Verein zur Beschaffung guter Säuglingsmilch entfaltet eine erfreuliche Tätigkeit und versorgt eine seinen bescheidenen Mitteln entsprechende Zahl ärmerer Familien mit dieser für den Säugling notwendigen, die Brechdurchfälle hoffentlich merklich verringernden Kost. In Polikliniken werden täglich Milchmarken verteilt und Anweisungen für die häusliche Behandlung der Milch ausgegeben. Solchen, die nicht notorisch arm, aber wenig bemittelt sind, wird die Vollmilch zu sehr billigem Preise (5—10 Pf. pro Liter) abgegeben, bessere Kindermilch zu 10—15 Pf.; das weitere Publikum erhält sie zu 30 Pf. Die Milch wird in mustergültiger Weise gewonnen. Zahlreiche Stadtmolkereien haben sich hierzu und zur ständigen Unterordnung unter tierärztliche Kontrolle verpflichtet, werden auch von Ärzten aufmerksam überwacht und bieten, da die gewonnene Milch nur von Stallschmutz befreit und stark abgekühlt verabreicht wird, eine weitgehende Garantie für deren Güte. Damit wird hoffentlich der zweifelhaften Milch, welche unkontrollierte Milchhändler von unkontrollierten kleinen Bauerngütern beziehen und in der Zweimillionenstadt massenhaft vertreiben, künftig der Absatz etwas geschmälert werden. Die neugegründete Stadt-Molkereigenossenschaft verfügt schon jetzt über 200 gesunde Milchkühe. In ihren Stallungen ist auf möglichste Sauberkeit des Betriebes hingewirkt. Die zementierte Lagerstatt der Kühe ist höher als der Umgang, so daß eine schnelle Reinigung ermöglicht wird. Als Unterlage (Streu) für die Kühe dienen Hobelspäne, welche schnell Flüssigkeiten aufsaugen. Neu erworbene Kühe werden zunächst in einem Sonderstalle untergebracht, tierärztlich, besonders auf klinische Erscheinungen von Tuberkulose untersucht, mit Tuberkulin eingespritzt usw. Die Kuhmilch wird Versuchstieren (Meerschweinchen, Ratten) injiziert. Erst wenn alles ein günstiges Resultat gibt, wird die Kuh dem Bestande eingereiht; doch wiederholen sich tierärztliche Untersuchungen alle 2—3 Monate. Für diese besteht ein chemisch-bakteriologisches Laboratorium. Besondere Sorgfalt wird dem Futter gewidmet. Hafer wird geschrotet, dem Trockenfutter Alpenheu beigelegt. Die Milch wird durch ein elektrisch betriebenes Pumpwerk auf einen Kühlapparat gehoben und gelangt von hier aus direkt zur Abfüllung in Flaschen, die vorher in einem Laugenbad mit Rotationsmaschine und Bürsten gründlich gereinigt sowie abgespült worden sind. Bis zur Versendung bleiben die gefüllten Flaschen in einem Kühlraum bei + 1° R. Die Ställe sind gewölbt, haben Fußboden von geriffeltem Zement und sind elektrisch beleuchtet.

Die ganze Bewegung zur Verbesserung der Berliner Säuglingsmilch, die im vorigen Jahre durch Dr. C. I. ENGEL eingeleitet wurde, hat in der kurzen Zeit einen überraschenden Erfolg gehabt. Eine „Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“ hat sich der Sache angenommen. 48 Tierärzte unter Oberleitung des Prof. OSTERTAG sind für die umfassende Aufgabe tätig und letzterer — einer der ersten Kapazitäten der Veterinär-Medizin — hat zugleich eine ausgezeichnete Anweisung verfaßt, welche in größter Ausführlichkeit und Gründlichkeit die „Mindestforderungen“ angibt, „die an eine einwandfreie Gewinnung von Säuglingsmilch zu stellen sind.“ — Da nun außerdem noch mehrere, sehr gut eingerichtete Säuglingsheime errichtet worden sind und sehr viel zur Belehrung des Publikums durch Hebammen, Standesämter etc. geschieht, so darf man sagen: Die hygienisch wichtige Angelegenheit befindet sich jetzt im richtigen Fahrwasser.

Um so verfahrener ist leider in jüngster Zeit wieder das hiesige Krankenkassenwesen geworden. Die mühsam für einen Teil der Kassen angestrebte, schwer errungene „Freie Arztwahl“ ist wieder auf Jahre hinaus zu Luft gemacht. Sie haben dieselbe aufgegeben und sich der beschränkten Arztwahl zugewandt, mit dem Verein Berliner Kassenärzte, der etwa 500 Ärzte angestellt hat, zirka fünfjährige Verträge abgeschlossen — kurz, die be-

deutendsten Kassen sind der „Freien Arztwahl“ für längere Zeit entzogen. Das ist die betrübende Konsequenz der Gegenagitatio, die seit Jahresfrist entstanden ist und mit der die Kassenvorstände die Bestrebungen der Ärzteschaft beantworten. Es ist sehr zu wünschen, daß dieser Konflikt, durch welchen zahlreiche Ärzte materiell geschädigt werden, sich nicht noch weiter zuspitze.

2

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

Società Medico-Chirurgica di Modena.

A. FERSARI: Jugendliche Erythrozytenformen bei Syphilis.

Vortr. hat sich an der Klinik MAZZAS der Methode VASSALES bedient und ist zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt: Die Injektionen von Quecksilberpräparaten üben auf das Blut Syphilitischer eine hämatopoetische Wirkung aus, die sich als eine leichte und temporäre Vermehrung der roten Blutkörperchen manifestiert und nach jeder einzelnen Injektion bemerkbar wird. Es treten im Verhältnisse von 0.5—3.5 auf tausend Jugendformen von Erythrozyten auf und gleichzeitig tritt auch eine Erhöhung des Hämoglobingehaltes in die Erscheinung. Die Jugendformen der roten Blutkörperchen scheinen Elemente von wesentlicher Bedeutung darzustellen; ihr Auftreten hängt wohl zweifellos mit der Verbesserung des Funktionsvermögens der blutbildenden Organe zusammen.

FIORI PAOLO: Ligatur des Ureters und deren Effekt.

Vortr. hat eine große Reihe mannigfacher Untersuchungen an Tieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Hunden etc.) ausgeführt und Folgendes gefunden: Hydronephrosen sind in Fällen von unvollkommener Entwicklung des peripherischen Kreislaufs leichter zu erzeugen als in Normalfällen und können gegebenenfalls, wenn sich ein Kollateralkreislauf rasch entwickelt, ausbleiben. Jene Fälle, wo die Niere nach der Ureterabbindung nicht größer oder sogar kleiner wird, sind kein Beweis für eine vorzeitige Atrophie des Organes, denn die Funktion der Niere kann nach Lösung der Ligatur vollkommen wiederkehren. Die Nierensekretion wird vom Anfange an (nach Ureterabbindung) einschneidend verändert, und zwar nimmt insbesondere die Abscheidung von Harnstoff, Extraktivstoffen und Phosphaten wesentlich ab. Trotz vorgeschrittener Hydronephrose kann die Glomerulusfunktion fast normal bleiben, wiewohl das Epithel der Harnkanälchen eine namhafte Veränderung erfahren hat. Die endorenale Flüssigkeit steht dem Blutsrum und dem defibrinierten Blute sehr nahe; intravenös injiziert wirkt sie toxisch und diese Wirkung ist wahrscheinlich auf Nukleoproteidwirkung zurückzuführen. Nach Atresie des einen Ureters zeigen sich Niereninsuffizienzerscheinungen.

A. CEVADALLI: Degenerationen des Rückenmarks bei Phosphor- und Strychninvergiftung.

Vortr. hat eine Reihe von Giften in Bezug auf ihre anatomische Nervenwirkung eingehend untersucht, vor allem den Phosphor und das Strychnin. Es stimmt mit GURRIERI darin überein, daß diese Gifte eine primäre Degeneration der GOLLSchen und BURDACHSchen Stränge und der gekreuzten Pyramidenfasern herbeiführen. C. hat aber auch außerhalb der bezeichneten Zonen mit der Färbung nach DONAGGIO lädierte Fasern auffinden können. Das Strychnin zumal bewirkt in kürzester Zeit Degeneration der Markfasern, speziell in der Region der Pyramidenbündel. Diese Veränderungen dürften in forensischer Beziehung von Bedeutung sein.

U. VACCARINI: Thermalfieber.

Das Thermalfieber ist ein fieberhafter Zustand, der sich an Thermalkuren und an spezielle Affektionen, welche in Thermen behandelt zu werden pflegen, anschließt. Es pflegt sich nach den ersten Sitzungen einzustellen und geht in der Regel mit leichten Rückfällen von Gelenkrheumatismus, seltener mit neuen Lokalisationen desselben einher. Es hält 3—5—7 Tage an, kann aber auch kürzer sein, ist remittierend, seltener kontinuierlich, seine Remissionen sind von reichlichsten Schweißausbrüchen begleitet. Manchmal gehen dem Ausbrüche des Fiebers Störungen des Allgemeinbefindens voraus. Je frischer die Reste von rheumatischen Veränderungen sind, desto schwerer pflegen die Fieberanfalle zu sein; oft handelt es sich aber auch hier um nichts anderes als um minimale Erhebungen der Temperatur über die Norm. Das Auftreten der Fiebererscheinungen ist keine Indikation

zum Aussetzen der Schlamm- oder Thermalbäder, andererseits kann man durch Herabsetzen der Schlammtemperatur, der Badedauer etc. die Temperaturerhöhungen vermeiden oder geringer gestalten. Die letzteren hängen wohl ausschließlich von der hohen Temperatur der Bäder, nicht aber von deren chemischen Beschaffenheit ab.

U. BACCARANI: Der kardiovaskuläre Druck bei Kardiopathischen.

Verf. konnte wiederholt die Beobachtung machen, daß der Blutdruck bei Herzleidenden in der Regel erhöht ist. Er führt diese Erhöhung auf die Vermehrung der peripherischen Widerstände, Stasen in den inneren Organen, speziell der Nieren und auf Flüssigkeitsvermehrung in subkutanen Zellgewebe und den serösen Häuten zurück. Vielleicht kommt auch die Retention von blutdrucksteigernden Substanzen, die durch die veränderten Nieren nicht ausgeschieden werden, in Betracht. Naturgemäß muß, soll der erhöhte Blutdruck aufrecht erhalten bleiben, der linke Ventrikel gut funktionieren. Eine auftretende Blutdrucksenkung ist daher ein Anzeichen der Funktionsläsion des linken Ventrikels und gibt eine zweifelhafte Prognose.

Società Lancisiana degli Ospedali di Roma.

CIMORONI: Thrombose der Bauchorta.

C. hat im Hospitale S. Giovanni einen Fall von Aortenthrombose (Bauchaorta) beobachtet, würdig der Publikation wegen seines Überganges in Genesung. Da das Blut rasch in die Muskeln und die Vasa nervorum zurückkehrte, kehrte auch das Aktionsvermögen der gelähmten, ischämischen Gliedmaßen wieder und die Kranke lebte noch 3 Monate, bis die bedeutende Klappenläsion (Aortenklappen) ihrem Leben ein Ende setzte. Die Paraplegie war peripherischer Natur.

CIMORONI: Ein Fall von Herznaht.

Die Operation war von CAPPELLO im Spitale S. Giacomo ausgeführt worden. Da keine physikalischen Zeichen von Hämoperikardium vorlagen, zudem die Wunde nicht sondiert werden konnte, ließ sich die Diagnose „Herzverletzung“ nicht stellen. Die Naht wurde in regulärer Weise angelegt. Es wurde Drainage des Perikards notwendig, weil die Verhältnisse des Falles ein aseptisches Vorgehen nicht möglich machten, damit blieb aber dem Kranken die zweizeitige Perikardiotomie erspart. Der Kranke überlebte die Operation nur 2 Monate und ging allmählich zugrunde. Bei der Autopsie fand man einen großen subphrenischen Abszeß, amyloide Degeneration der Leber, Milz und Niere, die Herzwunde verheilt, eine leichte Synechie zwischen Herzwand und Perikardialsack.

U. ARCANGELI: Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung bei einigen inneren Erkrankungen.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft ist bei Schwangerschaftsnieren notwendig; bei akuter infektiöser Nephritis ist es opportun, zu warten, ebenso bei Intoxikationen. Bei chronischen Nephritiden richtet A. sich nach dem Leben des Fötus. Bei Hysterischen spricht man am besten niemals von vorzeitigen Unterbrechungen der Schwangerschaft. Bei perniziöser Anämie ist dieser Eingriff erfolglos, bei Chlorotischen kann er für die Mutter heilsam werden. Bei Osteomalazie leitet Votr. niemals die Geburt ein, es sei denn, daß zu Heilungszwecken die Kastration notwendig wird, bei akuten Infektionskrankheiten ist diese Maßnahme im Interesse des Kindes notwendig; dabei darf aber nicht daran vergessen werden, daß die Entbindung selbst während der Infektionskrankheit eine Quelle der Gefahr abgibt. Herzkranken vertragen die Schwangerschaft oft erstaunlich gut, die Lungentuberkulose wird durch Schwangerschaftsunterbrechungen nicht wesentlich beeinflusst. Immer aber sei die Erhaltung des Lebens der Mutter das Leitmotiv für unsere Handlungen.

Notizen.

Wien, 30. Juli 1904.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Geheime Medizinalrat Prof. Dr. BERNHARD NAUNYN in Straßburg hat am 24. d. M. seine reiche klinische Tätigkeit abgeschlossen. — Der große Berliner Chirurg Prof. FRANZ KÖNIG, der noch vor kurzem die Einweihung seiner neuen Klinik tatkräftig geleitet hat, tritt jetzt, durch sein hohes Alter bewogen, von seinem Lehramte zurück. — Die Privatdozenten der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten an der böhmischen Universität in Prag Dr. ANTON VESELY und Dr. LADISLAUS SYLLABA haben den Titel eines a. o. Universitäts-Professors erhalten. — Der Privatdozent und

Oberarzt an der chirurgischen Charitéklinik in Berlin Doktor PELS-LEUSDEN ist zum Professor, der Extraordinarius für Chirurgie an der Universität in Greifswald Dr. O. TILMANN zum ordentlichen Mitgliede der Akademie für praktische Medizin ernannt worden. — Die Wienerin Fräulein Dr. LUCIA MORAWITZ ist zur Assistentin an der MONAKOWSchen Klinik in Zürich ernannt worden.

(Personalien.) Prof. Dr. S. EHRMANN ist zum Primararzte II. Kl. im Stande der Ärzte der Wiener k. k. Krankenanstalten, der Bezirksarzt Dr. ALFRED BERGGGRÜN zum Oberbezirksarzte in Galizien ernannt worden. — Der bekannte, in New York lebende Ophthalmologe Dr. HERMANN KNAPP hat vor wenigen Tagen sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Prof. Dr. PANNWITZ in Berlin hat die Leitung der Deutschen Madeira-Sanatorien-Gesellschaft übernommen. — Der Gemeindefürsorgearzt in Thüringen Dr. PAUL POSCH hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Die Wiener Ärztekammer) versendet folgendes Communiqué: „Die neu gegründete Krankenkasse der nicht protokollierten Handelsangestellten beginnt demnächst ihre Tätigkeit. Diese Krankenkasse ist eine Meisterkrankenkasse im Sinne des Gesetzes vom 23. Februar 1897, RGBl. Nr. 63. Die Annahme einer ärztlichen Stelle bei obgenannter Kasse würde eine schwere Schädigung der Interessen des gesamten Standes bedeuten. Die Wiener Ärztekammer fordert daher die Ärzteschaft auf, diesen neuerlichen Angriff einmütig zurückzuweisen.“

(Der Belagraum und die Verpflegstaxen an den öffentlichen Humanitätsanstalten Österreichs.) Infolge der Vermehrung der Zahl der Anstalten und Erweiterung der früher bestandenen ist nach dem vorliegenden Berichte des „Österr. Sanitätswesen“ der normale Belagraum seit 3 Jahren um 3081 Betten gestiegen. Die Zahl sämtlicher öffentlicher Krankenanstalten in Österreich betrug 195 im Jahre 1895 und 241 im Jahre 1904, der normale Belagraum 26.877 bzw. 34.773. Vor 10 Jahren kam im Durchschnitte auf 122.540 Einwohner eine Anstalt und auf 889 Einwohner ein Bett; heute kommt auf je 108.509 Einwohner eine Anstalt und auf je 752 Einwohner ein Bett. Für Nieder-Österreich stellen sich diese Ziffern folgendermaßen: Im Jahre 1895 gab es 25, 1904: 31 öffentliche Krankenanstalten; der normale Belagraum derselben betrug 6117 im Jahre 1895, 7064 im Jahre 1904. Während damals auf 106.472 Einwohner eine Anstalt entfiel, kommt heute eine auf je 100.005 Einwohner, 1 Bett damals auf 435, heute auf 439 Einwohner. Im Jahre 1895 betrug das Mittel sämtlicher Verpflegstaxen K 1'39, im Jahre 1904 beträgt es K 1'58.

(Einbringung von ausständigen Honorarforderungen.) Das Wiener medizinische Dokorenkollegium beabsichtigt, die nach dem Muster des Berliner Rechtsschutzvereines für Ärzte seinerzeit ins Leben gerufene Einrichtung zur Eintreibung ärztlicher Honorarforderungen aufzulassen, da der Erfolg dieser Einführung in keinem Verhältnisse zu der durch die Buchführung erwachsenden Arbeit steht. Es konnten z. B. im Laufe der beiden letzten Jahre von den von 40 Ärzten angemeldeten 175 Forderungen im Gesamtbetrage von K 8595 nur K 2759 hereingebracht werden.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrat.) In der am 25. Juli d. J. abgehaltenen Sitzung wurden folgende Referate erstattet: 1. Über die Zulässigkeit der Verwendung eines Apparates zur Verhinderung des Bettnässens; 2. über das Projekt der Errichtung eines Krankenhauses in Waidhofen a. d. Th.; 3. über die Errichtung eines Ambulatoriums für Kaltwasserbehandlung in einer Badeanstalt außerhalb Wiens; 4. über das Projekt der Errichtung einer Kuranstalt in Niederösterreich außerhalb Wiens; 5. über einen Antrag, betreffend den Entwurf hygienischer Vorschriften für Schulen in Niederösterreich; 6. über den Entwurf einer Instruktion für das Wartepersonal in einem Abstinenz-Sanatorium.

(Eine Fürsorgestelle für Krebskranke.) Aus Berlin schreibt man uns: Im Anschlusse an das Institut für Krebsforschung und nach dem Muster der „Dispensaires antituberculeux“ in Paris soll hierselbst eine amtliche Fürsorgestelle für Krebs-

krank errichtet und der Leitung v. LEYDENS anvertraut werden. Auch zur Erbauung von Asylen für unheilbare Krebskranke sind aus privaten Mitteln namhafte Summen zur Verfügung gestellt worden.

(V. Internationaler Dermatologen-Kongress.) Der Besuch dieses vom 12.—17. September in Berlin stattfindenden Kongresses wird voraussichtlich sehr rege sein, da schon jetzt zahlreiche Zusagen eingetroffen sind. Unter den Angemeldeten befinden sich die hervorragendsten Vertreter des Faches. Die Eröffnungssitzung wird im Langenbeckhause, die übrigen im Auditorium des pathologisch-anatomischen Instituts der Charité abgehalten werden. Zugleich mit dem Kongress findet eine wissenschaftliche Ausstellung statt und in getrennten Räumen eine zweite von pharmazeutischen Produkten und Instrumenten. Referenten sind für „Die syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates“: v. DÜRING, v. HANSEMANN, JULLIEN, LANG, RENVERS, THOMSON, WALKER; für „Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien“: DUNCAN BULKLEY, RADCLIFFE CROCKER, JADASSOHN, v. NOORDEN, PICK; für „Epitheliome und ihre Behandlung“: DABIER, FORDYCE, LANDERER, MIBELLI, RONA und UNNA. Das Generalreferat in der Leprafrage wird NEISSER erstatten. Außerdem sind bereits 80 Vorträge und Demonstrationen angemeldet. Anmeldungen und Anfragen sind an den Generalsekretär San.-Rat Dr. O. ROSENTHAL zu richten.

(Der Astley-Cooper-Preis) im Betrage von 300 Pfund Sterling wird dem Verfasser der besten Abhandlung „über die makroskopische und mikroskopische Anatomie des Rückenmarks“ zugesprochen werden. Die Bewerbung steht jedem frei. Die in englischer Sprache geschriebenen Aufsätze sind bis zum 1. Januar 1907 an „The Physicians and Surgeons Guys Hospital“ in London zu senden.

(Formularien für ärztliche Zeugnisse in Armenangelegenheiten) will die Statthalterei von Kärnten in ihrem Wirkungskreise einführen. Da nämlich die Distriktsärzte zur Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen für Arme verpflichtet sind, hierdurch aber oftmals mit bedeutender Arbeit und vielen Schreibereien überladen werden, soll durch die Formularien eine Erleichterung des distriktsärztlichen Dienstes und eine größere Gleichmäßigkeit der Zeugnisabfassung bewirkt werden.

(Statistik.) Vom 17. Juli bis inklusive 23. Juli 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 6877 Personen behandelt. Hiervon wurden 1592 entlassen, 160 sind gestorben (9.13% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern 3, Varizellen 23, Scharlach 29, Masern 182, Keuchhusten 20, Rotlauf 23, Wochenbettfieber 1, Röteln —, Mumps 3, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 676 Personen gestorben (+ 7 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. RAFAEL CÖEN DEL FU VITOLE, bekannt durch seine therapeutischen Bestrebungen bei Sprachstörungen; in Lyon der Ophthalmologe Prof. Dr. CH. A. GAYET; in London der Pionier der englischen Hygiene SIR JOHN SIMON im hohen Alter von 88 Jahren; an seinen Namen knüpfen sich mannigfache Großtaten im Dienste des englischen öffentlichen Sanitätswesens.

Es gibt nichts Angenehmeres auf Reisen in den schwülen, überfüllten Coupés als ein Erfrischungsgetränk zur Hand zu haben, das gleichzeitig den Zweck erfüllt, den von der Reise erschöpften Körper schnell zu beleben. Wir möchten daher an dieser Stelle wiederholt darauf hingewiesen haben, daß die Nahrungsmittelwerke in Stadlau unter dem Namen Maltzym ein hochkonzentriertes, kohlenstoffhaltiges Malzextrakt-Tafelgetränk von größter Nährkraft und köstlichem Wohlgeschmack in den Handel bringen, das gerade eben besagtem Zwecke dienen soll. Während der Reisesaison wird franko allen Sommerfrischen geliefert.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- W. Ebstein, Die Gicht des Chemikers Jakob Berzelius. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 2.40.
- H. Goldman, Bewahre Dein Kind vor Erkrankung. Halle a. S. 1904, C. Marhold.
- L. Lewin, Festschrift für A. E. Bitt. v. Vogl, Wien 1904. Die Fruchtabtreibung durch Gifte. 2. Aufl. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- Jullius Hey, Das HANSESCHE Symptom. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- Ebstein u. Schreiber, Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin 1904, 2 Bände, I. H. Stuttgart 1904, F. Enke.
- O. Haab, Atlas und Grundriß der Lehre von den Augenoperationen. Lehmanns med. Handatlanten. Bd. 31. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 10.—.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

APENTA

Das Beste Ofener Bitterwasser.

Eigentümerin 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. Anschließliche Versendung für Oesterreich-Ungarn, Serbien und Rumänien durch die Firma S. Ungar Jun., k. u. k. Hoflieferant, Wien, I., Jasomirgottstraße Nr. 4.

BORNYVAL

(Gesetzlich geschützt.)
Borneol-Jsovaleriansäureester,
der wirksame Bestandteil der Baldrianwurzel.

Zuverlässigstes, völlig unschädliches Mittel gegen alle funktionellen nervösen Beschwerden, besonders gegen nervöse Herzbeschwerden, bei denen Boronyval von geradezu spezifischer Heilwirkung ist.

Dosis: 3 mal täglich 1 Perle von 0,25 gr.
Originaldosen von 25 Gelatineperlen zu je 0,25 gr.
Preis in den Apotheken: Mk 1.80 die Dose

J. D. RIEDEL, BERLIN N. 39. Chemische Fabriken.
(GEGRÜNDET 1814.)

Litteratur zu Diensten.

E. Merck

Chemische Fabrik, Darmstadt.

Wasserstoffsuperoxyd Merck.

Absolut chemisch rein, 30 Gewichtsprozent H_2O_2 , ausgezeichnet für chirurgische, urologische, otologische und odontologische Zwecke, unentbehrlich für die Wundbehandlung.

Methylatropinum bromatum.

Mild wirkendes Atropinderivat von schmerzstillender Wirkung. In Verbindung mit Kokain oder Tropakokain ein ausgezeichnetes Mittel für Augenuntersuchungen.

Veronal.

Neues, ganz vorzügliches Hypnotikum ohne die üblen Nach- und Nebenwirkungen anderer Schlafmittel. Dosis bei Erwachsenen 0,5 g.

Rp. Bromopin 10%, 100 g.

Originalpack. Merck.
S. 2- bis 3mal täglich einen Teelöffel voll und mehr.
Indik.: Neurasthenie, Hysterie, Nervosität.

Rp. Dionin 0,3 g.

Aq. Amygdal. amar. 15 g.
M. D. S. Dreimal täglich 10, Abends 20 Tropfen.
Indik.: Bronchitis, Laryngitis, Phthisis pulmonum.

Rp. Jodipin 10%, 100 g.

Originalpack. Merck.
S. Täglich zwei bis drei und mehr Teelöffel voll in heißer Milch zu nehmen.
Ind.: Skrof. Erschein., Bronchialhusten, Emphysem.

Rp. Jodipin 25%, 100 g.

Originalpack. Merck.
S. Täglich 10 bis 20 cm^3 . 10 Tage lang oder länger subkutan in die Glutäalgegend zu injizieren.
Indik.: Tertiäre Syphilis, Arteriosklerose, Ischias, Emphysem.

Rp. Stypticin 0,05 g.

Fiat tabuletta, dentur tal. doses Nr. 20.
Originalpack. Merck.
S. Täglich 3 bis 5 bis 8 Tabletten zu nehmen.
Ind.: Menstruale Blutungen, Blutungen im Klimakterium, Menorrhagien.

Literatur über diese Präparate den Herren Ärzten gratis u. franko.

Gelatina sterilisata pro injectione Merck 10%, 1g in zugeschmolzenen Röhrchen à 40 g.

Aus frischen Kalbsfüßen unter besonderen aseptischen Kautelen bereitet u. aufs sorgfältigste sterilisiert.

Glykosal.

Glycerin. salicylicum, warm empfohlenes Ersatzmittel f. Salizylate, frei von den unangenehmen Nebenwirkungen der Salizylsäure und deren Verbindungen.

Tannoform.

Bei Touristen, Sportsleuten u. in militärischen Kreisen mit Vorliebe verwendetes Anhydrotikum.

Medizinischer Verlag von Urban & Schwarzenberg
Wien und Berlin.

Sobien erschien:

Das

Geschlechtsleben des Weibes

in physiologischer,
pathologischer und
hygienischer Beziehung.

Von

Dr. E. Heinrich Kisch

a. o. Universitätsprofessor an der deutschen medizinischen Fakultät in Prag, im Sommer dirigierender Hospitale- u. Brunnenarzt in Marienbad, Medizinalrat, Kommandeur etc.

Mit zahlreichen Abbildungen.

Gr. 8°. 716 und VIII Seiten.

Preis: 21 K 60 h = 18 M. geheftet,
24 K = 20 M. gebunden.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten.

Handbuch für Ärzte und Studierende.

Von

Prof. Dr. Albert Fraenkel,

Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.

Mit 62 Abbildungen im Texte und 12 farbigen Tafeln.

Gr. 8°. XIV und 990 Seiten.

Preis: broschiert K 80.— = M. 25.—; Halbfranz geb. K 88.— = M. 27.50.

Lexikon der physikal. Therapie Diätetik und Krankenpflege

für praktische Ärzte.

Unter Mitwirkung der Herren:

Dr. J. Bädeler (Berlin) — Dr. B. Beer (Wien) — Dr. A. Bum (Wien) — Dr. B. Buxbaum (Wien) — Dr. J. Eisenberg (Wien) — Dr. A. Eitelberg (Wien) — Doz. Dr. S. Erben (Wien) — Geh.-R. Prof. A. Eulenburg (Berlin) — Dr. L. Freund (Wien) — Reg.-R. Prof. J. Glax (Abbasia) — Dr. R. Grünbaum (Wien) — Doz. Dr. M. Herz (Wien) — Dr. M. Kahane (Wien) — Prof. Dr. E. H. Kisch (Prag-Marienbad) — Prof. Dr. S. Klein-Baeringer (Wien) — Doz. Dr. R. Kolisch (Wien-Karlsbad) — Doz. Dr. C. Laker (Graz) — Prof. Dr. J. Lazarus (Berlin) — Prof. Dr. A. Loewy (Berlin) — Prof. Dr. M. A. Mendelsohn (Berlin) — Prof. Dr. George Meyer (Berlin) — Dr. N. Reich (Budapest) — Doz. Dr. A. Strasser (Wien-Kaltenleutgeben) — Doz. Dr. K. Ullmann (Wien) — Dr. F. Winkler (Wien) — Dr. W. Zweig (Wien)

herausgegeben von

Dr. Anton Bum,

Redakteur der

„Wiener Medizinischen Presse“.

Mit 388 Illustrationen.

Lex. 8°. IV u. 1448 Seiten.

Preis: Geheftet 21 K 60 h = 18 M., gebunden 24 K 60 h = 20 M. 50 Pf.

MOTTO:

„Es soll die physikalische Therapie nicht nur in den Kliniken betrieben, sie muß Gemeingut der praktischen Ärzte werden.“ E. v. Leyden.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Grundriß der gesamten Radiotherapie

für praktische Ärzte.

Von Dr. Leopold Freund in Wien.

Mit 110 Abbildungen und 1 Tafel.

Gr. 8°. VIII u. 493 Seiten.

Preis: Geheftet 10 M. = 12 K., gebunden 12 M. = 14 K. 40 h.

Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken.

Unter Mitarbeit von

Priv.-Doz. Dr. Blumenthal (I. med. Kl. von Prof. v. Leyden), Dr. A. Buschke (Univ.-Poliklinik von Prof. Lesser), Dr. de la Camp (II. med. Kl. von Prof. Gerhardt), Dr. Croner (Univers.-Poliklinik von Prof. Senator), Dr. Finder (Univ.-Poliklinik von Prof. B. Fränkel), Prof. Dr. Greeff (Dir. d. Univ.-Augenkl. d. k. Charité), Dr. Heine (Univ.-Ohrenklinik von Prof. Luoae), Priv.-Doz. Dr. Pels Leusden (Chir. Kl. d. Char. von Prof. Koenig), Priv.-Doz. Dr. Rosin (Univ.-Poliklinik von Prof. Senator), Dr. Stoeltzner (Kinderpolikl. d. k. Charité von Prof. Heubner), Dr. Wolff (Univ.-Kl. von Prof. v. Bergmann), Dr. Leo Zuntz (Frauenkl. d. k. Charité von Prof. Gusserow)

herausgegeben von

Dr. Wilhelm Croner,

Assistenzarzt an der königl. med. Universitäts-Poliklinik.

Zweite Auflage. 8°. 600 Seiten.

Preis: 10 M. = 12 K. in eleg. Lwbd. gebunden.

Wir können dem Herausgeber und den Mitarbeitern nur zu Dank verpflichtet sein, daß sie auf 600 Seiten in Taschenformat die mustergültige Therapie der Berliner Hochschule in kurzer und bündiger Form gebracht haben, ohne etwas Wesentliches fortzulassen. Das Werk ist für den Studierenden sehr wertvoll, weil es das enthält, was er täglich in den Kliniken hört, nicht weniger wertvoll jedoch für diejenigen praktischen Ärzte, die in Berlin studiert haben. Aber auch denjenigen Kollegen, die auf anderen Hochschulen Deutschlands approbiert, und besonders aber dem vielbeschäftigten praktischen Arzt, der gerade nicht Zeit hat, ein größeres Werk zu wählen, wird das Buch ein schneller und sicherer Ratgeber in allen Fragen der Therapie sein.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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-Zelle 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.

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ein Fall von Myotonia congenita. Von J. A. ANDERSSON. — Über Nährpräparate. Von J. v. SZABOKY emerit. Univ.-Assistent, Kurarzt in Gleichenberg-Arco (Österreich). — **Referate.** KARL GRASSMANN (München): Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken. — OTTO FRANK (München): Die Registrierung des Pulses durch einen Spiegelsphygmographen. — GOLDSCHMIDT (Berlin): Über das Vibrationsgefühl. — HILDEBRANDT (Freiburg i. B.): Eine neue Verbesserung des Stethoskopes. — FR. LESSER (Berlin): Über die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel“ und ihr Verhältnis zur Syphilis. — DE QUERVAIN (Chaux de Fonds): Die akute, nicht eitrige Thyreoiditis und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt. — A. I. GREKOW (St. Petersburg): Über morphologische Veränderungen der Röhrenknochen bei Kindern. — FR. SIMNHÜBER (Berlin): Klinisches und Experimentelles zur Lehre von den perversen Stimmbewegungen bei doppelseitiger Postikuslähmung. — **Kleine Mitteilungen.** Infusion. — Bronchitis und Pneumonie des Kindesalters. — Behandlung des venerischen Bubo. — Behandlung der Nephritis mit Agurin. — Einfluß des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck. — Seekrankheit. — Zur medikamentösen Behandlung der Uterusblutungen. — Mittel zur symptomatischen Karzinombehandlung. — Impfschutzverfahren gegen Tuberkulose. — Theozinliteratur. — Diät bei chronischem Darmkatarrh. — Behandlung der Wanderniere. — **Literarische Anzeigen.** Die Waisensänglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl. Ein Beitrag zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen. Von Privatdozent Dr. H. FINKELSTEIN und Dr. L. BALLIN. — Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie. Von Dr. M. ZONDEK, Berlin. — Stotternde Kinder. Von Dr. ALBERT LIEBMAN. — Körperübungen und Alkoholismus. Von FERDINAND HUEPPE. Vortrag, gehalten in der Eröffnungssitzung des IX. Internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus am 15. April 1903 in Bremen. — Feuilleton. Pariser Briefe. (Orig.-Korresp.) II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus französischen Gesellschaften. (Original-Bericht.) — Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Original-Bericht.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Ein Fall von Myotonia congenita.

Von J. A. Andersson. *)

Die Myotonia congenita ist eine Krankheit, welche eine ganz eigentümliche Störung der Funktion der willkürlichen Muskeln darstellt. Werden dieselben durch psychischen Einfluß oder eine physische Reizung in Kontraktion versetzt, so können sie nach dem Aufhören der letzteren nicht sofort erschlaffen, sie verbleiben eine Zeitlang in schmerzfreier tonischer Kontraktion, weshalb der Patient nur mit Schwierigkeit koordinierte Bewegungen durchzuführen vermag. Hervorgehoben soll werden, daß bei wiederholten Bewegungen derselben Art jede neue Bewegung leichter vor sich geht und daß schließlich diese Bewegungen normal ausgeführt werden können.

Die Wichtigkeit, diese übrigens wohl charakterisierte Krankheit zu erkennen, wurde wiederholt und gelegentlich jeder ausführlichen Beschreibung derselben hervorgehoben. Dort, wo der Arzt um Rat gefragt wird, bei der Berufswahl des Kranken oder wenn es sich um die Entscheidung handelt, ob und wie weit derselbe in der Schule am Turnunterricht teilnehmen kann, bei der Beurteilung der Militärtauglichkeit, bei der Frage, ob Simulation vorliegt oder nicht, muß dieses Krankheitsbild, wo es auftritt, erkannt und richtig beurteilt werden. Da jedoch das Auftreten desselben ein seltenes ist, kann es leicht übersehen werden und dieser Umstand, sowie

das große Interesse, welches die klinischen Symptome des selben darbieten, berechtigen die Publikation und Besprechung jedes einzelnen Falles.

S. L., 21 Jahre alt, Gardist aus Stockholm. In der Aszendenz ist zu bemerken, daß eine verstorbene Tante mütterlicherseits geistesgestört war. Die Mutter des Pat. ist 43 Jahre alt, war immer kränzlich, nunmehr bettlägerig und nach Beschreibung des Pat. scheint sie an einer nervösen Krankheit zu leiden, welche in einem gewissen Grade derjenigen des Pat. ähnlich zu sein scheint, denn er gibt an, daß sie, wenn sie ruhig eine Weile gesessen hat, nicht imstande sei, sich rasch zu erheben — „sie wird steif, aber das geht nach einer Weile zurück“.

Der Patient hat 7 Stiefgeschwister von derselben Mutter, eine Schwester starb im Alter von 2 Jahren anscheinend an Diphtherie, eine 12 Jahre alte Schwester und ein 16jähriger Bruder leiden an gleichen Symptomen wie der Patient, der letztere allerdings nur in bedeutend geringerem Grade, da der Krampf bei ihm beschränkt ist auf die Arme und Beine. Diese beiden Geschwister sind zart und klein, beim Bruder soll der „Krampf“ in den ersten Lebensjahren aufgetreten sein, die Schwester leidet daran seit dem zartesten Kindesalter. Die hygienischen Verhältnisse des Kranken waren nicht die besten, im Alter von 14 Jahren diente er als Knecht, wurde mit 20 Jahren als Gardist assentiert. Alkohol und Tabak hat er wohl genossen, doch nicht mißbraucht. Als Kind war er zart, litt an Kopfschmerz, fühlte sich oft müde und schwach, eine Infektions- oder sonstige fieberhafte Krankheit hat er nicht durchgemacht, Lues wird gezeugnet, mit 17 Jahren akquirierte er Gonorrhöe. Pat. hat im Alter von 14 Jahren zuerst die Krankheitssymptome an sich bemerkt; gelegentlich eines Knabenstreiches wurde er erschreckt und sollte rasch davongehen, fühlte jedoch, daß „er steif wurde am ganzen Körper und die Beine nicht vom

*) Vortrag, gehalten in der schwedischen Gesellschaft der Ärzte. Übersetzt von Dr. LEO KLEMPERR in Karlsbad.

Flecke rühren konnte, sondern umfiel⁴. Früher hatte er ein solches Gefühl nie gehabt, seitdem jedoch wurde er mehrere Male von einem Gefühl der Steifheit zu Beginn einer Bewegung befallen, doch bei fortgesetzter Bewegung hat ihn dieses Gefühl nicht beschwert; es war zumeist in den Armen und Beinen ausgeprägt, hie und da fühlte er es in den Achseln, doch ist es bei Streckung oder Biegung des Rückens nie vorgekommen; bemerkenswert ist, daß er dreimal während des Badens auf Grund der eintretenden Steifheit Gefahr lief, zu ertrinken. Das größte Unbehagen hatte er jedoch beim Militär; da er selbst dem assentierenden Arzte nichts mitgeteilt hat, wurde er ohne jede Anmerkung für tauglich befunden, doch bildete er während des Dienstes oft den Gegenstand des Spottes bei den Kameraden und der Verzweiflung bei den Vorgesetzten wegen seiner „Tölpelhaftigkeit“. Wurde z. B. „Laufschritt“ kommandiert nach dem vorhergehenden „Halt“, konnte er nicht mitfolgen und wenn er zu Beginn der Bewegung zufälligerweise gegen einen Stein stieß, so fiel er sicher um; wurde von einer liegenden Stellung beim Schießen „Lauftritt vorwärts“ kommandiert, so konnte er sich rasch erheben, aber bei der Ausführung dieser Bewegung gerieten die Muskeln in einen Krampfzustand und erst nach einer Weile konnte er laufen. Im Turnen kam er gut durch außer beim Laufen, Springen und Seilklettern, bei der letzteren Bewegung fiel es ihm schwer, die Hände auszutauschen. Beim Sprechen oder Schlingen hatte er nie Beschwerden; Witterungsverhältnisse haben auf seinen Zustand keinen Einfluß. Schrecken sowie das Gefühl des Beobachtetwerdens befördern den Eintritt der Steifheit, dagegen glaubt er weniger davon beschwert zu werden, wenn er längere Zeit in einem warmen Raume sich befand; körperliche Ermüdung sowie niedergestimmte Laune wirken verschlimmernd und gibt der Pat. bestimmt an, daß das Leiden sich während des Militärdienstes verschlimmert hat.

Status praesens. 11.—14. Februar 1902. Pat. ist mittelgroß, von kräftigem Körperbau mit einer ungewöhnlich schön hervortretenden Muskulatur; dieselbe fühlt sich jedoch ziemlich weich an, selbst bei kräftiger Kontraktion. Kubital- und Nackendrüsen sind palpabel, das vegetative Organsystem vollkommen gesund. Der Kranke fühlt sich wohl, klagt nur über das in der Anamnese geschilderte Unbehagen zu Beginn oder richtiger beim Übergange von einer Bewegung zur anderen. Er hatte nie Schmerzen oder eine besondere Schwäche in den Muskeln. Die Psyche, Intelligenz, Sinnesorgane, Sprache und Sensibilität sind normal; Haut- und Pupillenreflexe ohne Anmerkung; die passiven Bewegungen gehen ohne Störung vor sich, keine Zuckungen oder Zittern zu bemerken. Bei den aktiven Bewegungen zeigen die Muskeln eine charakteristische Steifheit, welche jedoch an Intensität zu wechseln schien, an verschiedenen Tagen und unter verschiedenen, den Angaben des Pat. entsprechenden Verhältnissen. Das Kauen ist unbehindert, läßt man jedoch den Patienten in einen Kork kräftig einbeißen und befiehlt ihm nun rasch den Mund zu öffnen, so bemerkt man, daß er diesem Befehle nur langsam zu folgen vermag. Bei Perkussion der Masseteren bemerkt man eine langsame und scharf ausgeprägte Muskelzusammenziehung, welche eine Weile anhält, nachdem die Reizung aufgehört hat. Die vom Patienten beschriebene Steifheit tritt ganz besonders schön hervor bei Beachtung der Augenmuskeln; kneipt der Patient die Augen fest zusammen und versucht er sie rasch zu öffnen, geht das letztere mit viel Anstrengung vor sich gleichsam in Absätzen. Der Pat. fühlt selbst, wenn die Steifheit nachläßt, es dauert dies ungefähr 3—4 Sekunden, hernach öffnet er die Augen ohne jede Schwierigkeit. Die Zungenbewegungen ungestört; bei mechanischer Reizung der Zunge, z. B. mit dem Perkussionshammer, tritt eine deutliche Zusammenziehung der Muskulatur ein, welche sich als eine Vertiefung in der Zunge markiert, die erst 3—4 Sekunden nach der Reizung sich ausgleicht. Dreht der Pat. den Kopf kräftig nach einer Seite, kann er ihn nicht rasch zur anderen Seite drehen und man sieht deutlich, welche Anstrengung dies dem Patienten kostet und wie die Halsmuskeln in einen tonischen Krampfzustand versetzt werden. LEYDENS klassischer Händedruckversuch ist ganz deutlich; noch deutlicher tritt der Krampf in den Beugemuskeln der Finger auf, wenn man den Versuch dahin ändert, daß man den Patienten auffordert,

einen Stock mit den Händen abwechselnd fest zu fassen und dieselben wie beim Klettern die Hände aneinander vorbeizuführen. Man sieht deutlich, wie die Muskeln in Kontraktionsstellung verbleiben, auch wenn der Willensimpuls zu wirken aufgehört hat, und wie schwer es dem Patienten wird, die neue Bewegung, die Extension, auszuführen. Dasselbe Phänomen zeigt sich auch, wenn der stillstehende Patient zu laufen beginnen soll; wenn der Willensimpuls zur ersten Bewegung die Streckung des Beines bewirkt hat, wird die Beinmuskulatur in einen tonischen Krampf versetzt, welcher die Ausführung des nächsten Tempo, die Biegung, verhindert; um die steifen Beine aneinander vorbeizuführen, muß er sie ganz nach der Seite führen, wie auf Stelzbeinen, aber sobald er in Gang kommt, bewegt er sich ganz normal und ohne Beschwerde. Unter solchen Verhältnissen ist die Unsicherheit des Patienten bei den ersten Schritten erklärlich und man begreift es, daß er umfallen mußte, wenn bei den ersten Bewegungen irgend etwas eintrat, das reflektorisch auch andere Muskeln in Krampf versetzte, so daß der Patient die Herrschaft über seinen Körper ganz verlor. Solche Zufälle sind in der Anamnese zweimal angeführt. Die mechanische Reizbarkeit der Nerven ist ganz normal. Bemerkenswert ist, daß der Patient bei Palpation der Muskeln recht empfindlich zu sein scheint. Die mechanische Reizbarkeit der Muskeln ist quantitativ und qualitativ vom normalen Befunde abweichend. Quantitativ ist die Reizbarkeit gesteigert; bei einer leichten Beklopfung der willkürlichen Muskeln mit dem Perkussionshammer tritt sofort eine anhaltende intensive Kontraktion auf, ein stärkerer Schlag oder Kneipen bewirkt eine Kontraktion nicht nur der getroffenen Muskelfasern, sondern auch eine solche der Umgebung oft in der Ausbreitung mehrerer Zentimeter. Qualitativ weicht die Reizbarkeit von der normalen insofern ab, als die Kontraktionen ziemlich langsam entstehen und — was für die myotonische Reaktion ganz charakteristisch ist — sie bestehen noch, wenn die Reizung aufgehört hat und gleichen sich langsam nach einigen Sekunden aus. Auch beim Kneten der Muskeln tritt diese Reaktion auf, so bewirkt z. B. das Kneten des Bizeps eine Beugung des Vorderarmes, welche langsam zur Ausgangsstellung zurückgeht. Indirekte faradische Reizung mit schwachen und mittelstarken Strömen ruff rasche, schnell vorübergehende Zuckungen der Muskulatur hervor; werden die Muskeln mit schwachen faradischen Strömen direkt gereizt, entstehen etwas verlangsamte Kontraktionen, welche die Reizung nicht überdauern; stärkere Ströme rufen langsame Zuckungen hervor, welche bestehen, auch wenn die Reizung aufgehört hat. Die galvanische Erregbarkeit der Nerven ist normal, diejenige der Muskeln ist quantitativ nicht gesteigert, qualitativ ist dieselbe insofern verändert, als die hervorgerufenen Kontraktionen träge vor sich gehen und bei stärkeren Strömen (10 M.-A.) auch die Reizung überdauern. Eine Abweichung vom Zuckungsgesetz konnte nicht beobachtet werden, aber auch die von ERB und anderen beobachtete wogenförmige Kontraktion, welche bei ständiger Einwirkung des galvanischen Stromes z. B. in den Flexoren der Hand und der Finger entsteht, wenn die Elektrode in der Achsel plazierte wurde, konnte ich nicht konstatieren.

Kurz zusammengefaßt hat man es zu tun mit einem Patienten mit kräftig entwickelter, im Verhältnisse zu ihrem Volum jedoch recht auffallend schwacher Muskulatur, einer eigentümlichen Bewegungsanomalie, deren Natur besonders beim Handaustauschversuch hervortritt, einer charakteristisch veränderten Erregbarkeit der Muskeln für mechanische, faradische und galvanische Reizung. Dieser Symptomenkomplex bei Abwesenheit aller anderen Symptome seitens des Nerven- und Muskelapparates, im Vereine mit einer nicht ausschließbaren hereditären Disposition gestattet in diesem Falle die sichere Diagnose der THOMSENSCHEN Erkrankung oder wie selbe nach STRÜMPPELLS Vorschlag nun genannt wird, der Myotonia congenita.

Das klinische Bild des eben geschilderten Falles ist wohl so charakteristisch, daß in dieser Beziehung wohl nichts hinzuzufügen wäre. LEYDEN hat zum erstenmal auf die Schwierigkeit hingewiesen, mit welcher die Patienten bei einem kräftigen Händedruck die Hand wieder öffnen und

hervorgehoben, daß die Krankheit schon beim ersten Handdruck diagnostiziert werden kann. Diesen Handdruckversuch habe ich durch den Handaustauschversuch modifiziert, bei welchem die Bewegungsanomalie besonders deutlich hervortritt. Ebenso wichtig für die Diagnose ist die Untersuchung der mechanischen und elektrischen Erregbarkeit, auf welche ERB besonders aufmerksam gemacht hat; diese myotonische Reaktion werde auch in unserem Falle konstatiert und läßt sich immer leicht nachweisen, ist auch mittelst einer MAREYschen Trommel mit Leichtigkeit graphisch darzustellen.

WISING hat im Jahre 1889 eine ausführliche Studie über die THOMSENSche Krankheit publiziert und es ergibt sich, daß in der Literatur ungefähr 130 Fälle bekannt sind, darunter auch ein im Jahre 1879 von KÖSTER beobachteter. In allen diesen Fällen konnte nur die Übereinstimmung mit den schon im Jahre 1876 von THOMSEN und 1886 von ERB gemachten Beobachtungen konstatiert werden. THOMSEN war der erste, welcher eine ganz klare Beschreibung der Krankheit gegeben hat, ihren Charakter als eine familiäre und angeborene Erkrankung hervorhob und auf deren Bedeutung namentlich die Aufmerksamkeit der Militärärzte hinlenkte. ERB hat dadurch, daß er die eigentümliche mechanische und elektrische Erregbarkeit der Muskeln, sowie die pathologischen Veränderungen in ausgeschnittenen Muskelstücken nachweisen konnte, einen sicheren Grund gelegt nicht nur für eine richtig klinische Beurteilung der Krankheit, sondern auch für die Beurteilung ihrer Pathogenese. Man war vorher geneigt, die Krankheit als ein psycho- oder neuropathisches Leiden aufzufassen, seitdem jedoch ERB die Anwesenheit spezifischer pathologischer Veränderungen in der Muskulatur nachgewiesen hat, Hypertrophie der Muskelfasern, Vermehrung der Kerne und des interstitiellen Bindegewebes, sowie Veränderungen in der feineren Kontraktur der Muskeln, und da diese Beobachtungen von anderen vielfach bekräftigt wurden, ist die Annahme allgemein, daß die Krankheit ein myopathisches Leiden ist, welches in einer angeborenen Anomalie der Muskeln beruht. Inzwischen macht ERB selbst auf die Möglichkeit einer Störung in dem trophischen Einflusse des Zentralnervensystems auf die Muskelstruktur als Ursache des Leidens aufmerksam. Es war jedoch bis jetzt nicht möglich, pathologische Veränderungen des Zentralnervensystems nachzuweisen; meines Wissens ist bloß ein Fall von Myotonia congenita zur Sektion gelangt und wurde histologisch untersucht; derselbe ist von DÉJÉRINE und SOTTA in der „Revue de medecine“ 1895 mitgeteilt und weder in der Medulla spinalis und oblongata, noch in den peripheren Nerven wurde etwas Abnormes gefunden; das Gehirn war nicht untersucht worden. A priori ist es natürlich schwierig, anzunehmen, daß eine Krankheit, deren Symptome nur für einige Augenblicke und unter ganz bestimmten Verhältnissen auftreten und bestehen, auf einer materiellen ständigen Veränderung des Nervensystems beruhen sollte. Während des letzten Dezenniums hat man an eine Autointoxikation als Ursache der Erkrankung gedacht. So hat z. B. BECHTEREW jüngst die Ansicht verfochten, daß die Krankheit weder auf Störungen in den Nervenzentren, noch primär in Veränderungen der Muskeln beruhen könne, er nimmt vielmehr an, daß das Wesen der Krankheit in einer pathologischen Ernährung der Muskelgewebe liege, welche wiederum in einer primären Stoffwechselstörung ihren Grund besitzt; diese seine Hypothese stützt er auf die von ihm und anderen Forschern gefundenen Abnormitäten in der Zusammensetzung des Harnes, in welchem sich eine Vermehrung der Harnsäure, Verminderung des Harnstoffes, der Phosphorsäure und der Chloride nachweisen läßt. In unserem Falle, welcher nur poliklinisch untersucht und beobachtet wurde, konnten derartige Untersuchungen nicht angestellt werden, aber es erscheint schwer glaublich, daß eine Stoffwechselstörung einer Krankheit zugrunde liegen solle, bei der annähernd das ganze Muskelsystem pathologisch verändert ist. Den Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung hat BECHTEREW nicht erbracht, denn sowohl bei der

Beurteilung der subjektiven Beschwerden seines Patienten, als auch in Bezug auf die Zusammensetzung des Urins in seinem Falle darf man nicht außeracht lassen, daß der Kranke zugleich an einer typischen Gicht, mit dem Erscheinen von Zylindern und Eiweißspuren kombiniert, gelitten hat. Aus den bis jetzt vorliegenden Mitteilungen und Untersuchungen über die Pathogenese der Myotonie läßt sich nur der Schlußsatz ziehen, den OPPENHEIMER anführt: „Die Theorie, welche das Leiden auf Autointoxikation zurückführt, entbehrt jedoch jeder weiteren Unterlage, während alles darauf hinweist, daß es sich um eine auf abnorme Entwicklung beruhende Affektion handelt.“

Was die Behandlung anlangt, so stehen wir in der Frage einer wirksamen Therapie machtlos da. In mehreren Fällen sah man von Elektrizität, Gymnastik und Massage günstige Resultate, welche bei anderen ausgeblieben sind. Viel wichtiger erscheint es daher mit Rücksichtnahme auf die Momente, welche in den einzelnen Fällen die myotonischen Anfälle hervorrufen, dem Patienten bei der Berufswahl an die Hand zu gehen oder ihm ein passendes Klima zum dauernden Aufenthalt zu empfehlen. Auf alle Fälle ist ein solcher Kranker für Kriegsdienste untauglich und es sind alle diejenigen Beschäftigungen für ihn ausgeschlossen, welche eine Präzision in den Bewegungen erfordern. Mit Rücksicht auf die Machtlosigkeit jeder Therapie wurde eine Arbeit von GESSLER im Jahre 1899 über „eine neue Behandlung der THOMSENSchen Krankheit“ mit einigem Interesse entgegengenommen. Von der Ansicht ausgehend, daß das Wesen der Krankheit in einer angeborenen Muskelhypertrophie bestehe, welcher man durch eine artifizielle Atrophie entgegentreten könnte, behandelte GESSLER 2 Fälle mittelst blutiger Dehnung beider Nervi crurales, und beobachtete hierbei, daß kurze Zeit nach der Operation die myotonischen Symptome verschwanden. Aber nach 3 Monaten stellten sich dieselben nicht nur unvermindert wieder ein, sondern, was die Sachlage verschlimmerte, es trat auch eine Atrophie der Extensoren mit heftigen Schmerzen in beiden Beinen ein. SEIFFER, welcher seitdem einen von diesen GESSLERSchen Patienten zu behandeln Gelegenheit hatte, ist daher nicht ohne Grund mit einer niederschmetternden Kritik gegen dieses „neue Behandlungsverfahren“ aufgetreten.

Über Nährpräparate.

Von **J. v. Szaboky**, emerit. Univ.-Assistent, Kurarzt in Gleichenberg-Arco (Österreich).

Bedenkt man, wie wichtig es ist, schon bei ganz gesunden Menschen die richtige Ernährung zu wählen und hierdurch ihre Widerstandsfähigkeit zu heben, bzw. ihre Disposition für bestimmte Krankheiten herabzusetzen, so wird es klar, welche große Rolle die Ernährung bei tuberkulösen Kranken spielt, namentlich bei der heranwachsenden Jugend, welche schon in normalen Verhältnissen behufs Förderung des Wachstums einer kräftigen Nahrung bedarf.

Es ist ferner eine Tatsache, daß mitunter die gute Ernährung der Tuberkulösen eine der leichtesten Aufgaben ist, d. h. wenn der Kranke sich eines guten Appetits erfreut, daß sie sich dagegen schwierig gestaltet, wenn der Kranke an Appetitlosigkeit leidet, oder aber aus anderen Gründen (Hämoptye, Schlingbeschwerden etc.) verhindert ist, eine kräftige Nahrung und derbere Kost aufzunehmen. Im letzten Falle ist man daher gezwungen, zu den künstlichen Nährpräparaten zu greifen, weil man auch mit einer geringen Dosis dem Kranken genügende Nahrung zuführen kann. Derlei künstliche Nährpräparate in konzentrierter Form, von welchen wir schon eine große Anzahl besitzen, müssen solche Bestandteile, welche zur Erhaltung des Organismus notwendig sind, in einer leichtverdaulichen Form enthalten. Meine Ansicht geht dahin, daß dies nicht direkt als Arznei, sondern in

Form von Speisen (eventuell Frühstück, Jause oder Mehlspeise, Suppe etc.) geschehe.

Ein Nährpräparat, welches diesen Anforderungen entspricht, ist das Dr. THEINHARDTSCHE Präparat „Hygiama“, das die Dr. THEINHARDTSCHE Nahrungsmittelgesellschaft in Cannstatt seit zirka 15 Jahren in den Handel bringt. Der Geschmack und die Form des Präparats erinnern an Kakao. Es ist ein bräunliches Pulver, welches in Wasser und Milch sehr gut löslich ist. Die Untersuchung von Dr. HUNDSEHAGEN und Dr. PHILIP ergaben in der Trockensubstanz des zubereiteten Hygiamagetränks folgende Zusammensetzung:

Verdauliches Eiweiß inkl. Theobromin	26·82%
Unverdauliches Eiweiß	1·18%
Fett	24·69%
Lösliche Kohlehydrate	38·58%
Unlösliche Kohlehydrate	4·33%
Zellulose	0·21%
Anorganische Stoffe (Nährsalze)	4·19%
darin Phosphorsäure 1·19%	
entsprechend 2·58 Phosphat-Kalzium.	

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß die Bestandteile von Leguminosen und Hafermehlen nicht vorhanden waren, sondern daß von pflanzlichen Substanzen kleberreiche Zerealien und Kakao zur Herstellung des Produktes verwendet sind. Zu weiterem Vergleich über die Nährhaftigkeit des Hygiamagetränkes mag folgende Tabelle dienen:

Eine $\frac{1}{4}$ l haltende große Tasse Rindfleisch-Bouillon (180 g) mit 2 Eiern (100 g) nach Prof. Dr. J. König, Vorstand der chemischen Versuchsstation zu Münster i. W. enthält:

Verdauliches Eiweiß	15·27 g	Hygiama-Getränk aus 20 g Hygiama und $\frac{1}{4}$ l Milch enthält:	12·24 g
Fett	13·01 „		11·21 „
Gelöste Kohlehydrate resp. lösliche Extraktivstoffe	6·79 „		21·48 „
Nährsalze	2·60 „		2·63 „
Summa an Nährstoffen	37·76 g		47·55 g

Ich habe das „Hygiama“ hauptsächlich bei Tuberkulösen, seltener bei an veralteter Bronchitis leidenden Kranken und bei Ulcus ventriculi verwendet. Mit dem Erfolg war ich ganz zufrieden. Bei Tuberkulösen — auch bei vorgeschrittenen Fällen — mit hohem Fieber, ausgebreiteten Infiltrationen, Kavernen konnte ich fast immer durch längeres Darreichen des Hygiama eine Gewichtszunahme konstatieren; in diesem Falle vertrugen die Kranken das Hygiama gut; sie nahmen es gerne und die Verdauung war leicht.

Der Kranke F. V., 17 Jahre alt, suchte mich am 1. Juli 1903 in meiner Ordination auf. Diagnose: Infiltr. apicis pulmonis dextri; Patient schlaflos, appetitlos; stark reduziertes Körpergewicht von 50 kg; nebst anderer Behandlung bekam er zweimal täglich Hygiama. Am 27. Juli war das Körpergewicht schon 50·7 kg, der Appetit besser. Trotz des starken Fiebers und trotz des vielen Hustens nahm er zu und am 11. August steigerte sich das Körpergewicht bis 50·95 kg. Seit diesem Datum hat sich der Zustand kaum verändert und als Betreffender am 25. August Gleichenberg verließ, hatte er 51 kg. Trotzdem also die Krankheit vorgeschritten war, hat Patient doch in den 45 Tagen noch 1 kg zugenommen.

Ein anderer Kranker, M. D., 21 Jahre alt, kam zu mir am 5. Juli 1903 mit Infiltr. apic. pulmon. utriusque; Kranker hustete viel, Fieber variierte zwischen 39—40° (C) R. Körpergewicht 48 kg. Nebst anderer Behandlung bekam der Kranke zweimal täglich Hygiama. Am 18. Juli, trotzdem daß das Fieber sehr hoch war (trotz Darreichen von 0·90 g Pyramidon pro die zwischen 39 bis 39·20) ist das Körpergewicht dasselbe geblieben. Als der Kranke am 14. August abreiste, ohne daß sich sein Zustand gebessert hätte, war das Gewicht auf 48·50 kg gestiegen. Ein so schwerer Kranker nahm also in den 26 Tagen immer noch 0·50 kg an Gewicht zu.

Auffallend gut war die Wirkung sowohl im Anfangsstadium als auch im etwas vorgeschrittenen Stadium der Tuberkulose und auch bei veralteter Bronchitis, Emphysemfällen, wo früher Appetitlosigkeit vorhanden war. Bei diesen

Kranken verbesserte sich der Appetit, sie nahmen an Gewicht zu, kräftigten sich; das Hygiama nahmen sie gerne, klagten nie über Verdauungsstörungen.

Eine Kranke Sch. N. in Gleichenberg kam in meine Sprechstunde mit folgender Diagnose: Catarrh. apicis pulmon. sinistri. Die Kranke hustete, war erregt. Körpergewicht 69·20 kg. Nebst Diät verordnete ich täglich zweimal Hygiama. Am 31. August 1903 war ihr Körpergewicht 72·30 kg. Am 17. September 1903 bei ihrer Abreise war die Spitzenaffektion bereits geheilt und das Körpergewicht 74·50 kg; die Kranke hat binnen 24 Tagen 5·30 kg zugenommen.

Die Kranke F. F. hatte mich wegen Infiltr. apicum pulmonum am 21. August 1903 gesucht; sie hustete viel, hatte Stechen, war appetitlos und abgemagert. Ich verordnete nebst hygienischer diätetischer Behandlung zweimal täglich Hygiama; das Körpergewicht war 52·20. Als ich die Kranke am 28. August 1903 wieder sah, fühlte sie sich bis auf den Husten gut, hatte Appetit und um 2·80 kg an Körpergewicht zugenommen; am 8. September 1903, als die Kranke sich verabschiedete, war ihr Körpergewicht nebst entschiedener Besserung der physischen Veränderung 57·20 kg, binnen 19 Tagen nahm die Kranke 5 kg zu.

Kranke, welche die Milch nicht trinken wollten, nahmen sie mit etwas Hygiama vermengt stets gerne. Bei Hämoptoe verwendete ich das Hygiama sehr häufig; ich reichte es mit kalter Milch, und trotzdem die Kranken wochenlang nur mit Hygiama ernährt wurden und trotz der häufigen rezidivierenden Hämoptoe nahmen sie an Gewicht zu.

Bei einem meiner Kranken, der mich mit Infiltr. apicum pulmonum utriusque am 1. Juli 1903 wegen starker Hämoptoe in Gleichenberg aufsuchte, habe ich nebst absoluter Ruhe Heroin, Ergotin und 4—5mal täglich kaltes Hygiamagetränk verordnet, bei der Aufnahme war das Gewicht 50 kg, am 5. und 11. Juli haben sich von neuem Hämoptoen gezeigt, vom 15. Juli, als das Blutspucken schon sistierte, bekam der Kranke noch zweimal mit Milch und zweimal mit Eiern vermengtes Hygiama. Am 21. Juli 1903 war das Körpergewicht, trotzdem der Kranke bereits 15 Tage gespuckt hatte, 51·60 kg.

In 2 Fällen von Ulcus ventriculi, wo ich die Kranken eine Zeitlang ausschließlich mit Hygiama ernährte, erzielte ich gute Erfolge, indem die Kranken das Präparat gut vertrugen und die Schmerzen sich verminderten, sie nahmen an Gewicht zu und das Mittel wurde ihnen nicht zuwider.

Ich verordnete das Hygiama gewöhnlich mit Milch. Die Zubereitung geschah wie bei Kakao; die Dosis war $\frac{1}{4}$ l Milch und ein Eßlöffel Hygiama. Um dem Kranken eine Abwechslung zu bieten, ließ ich entweder einen Kaffeelöffel Kakao oder Kaffee dazumengen und um die Nährkraft zu vergrößern, gab ich noch 1—2 Eigelb dazu. In den Fällen, wo die Phthisiker durch Nachtschweiß geschwächt wurden, wo ich mit geschwächten Kranken zu tun hatte, die ich exzitieren mußte, verordnete ich einen Löffel Rum oder Arak zu dem Hygiama. Bei den Kranken, wo die Nahrung bloß aus Hygiama bestand, gab ich auch Hygiama mit Crème, auch Auflauf; in den seltensten Fällen brauchte ich die Klystiere; diese wurden folgendermaßen gegeben: ich ließ zu 40—50 g in Wasser aufgekochtem Hygiama 300 g Milch geben und nachdem ich dies nochmals aufkochen ließ, gab ich noch 3 g Salz, ein Ei, eventuell Alkohol dazu.

In 70 beobachteten Fällen, darunter vielen schweren, konnte ich bei 80% eine Gewichts- und Kräftezunahme konstatieren. Die Kranken, bei denen ich Hygiama verordnete, nahmen im Durchschnitt täglich um zirka 8 dg zu. Ich hatte Kranke, die unter 3—4 Wochen 2—3 kg zunahm, einige aber noch mehr. Eine Kranke z. B., die einen Spitzenkatarrh hatte, nahm innerhalb 25 Tagen 4·30 kg zu; eine andere, die dasselbe Leiden hatte, nahm in 30 Tagen 5·30 kg zu; als ganz besonderes Resultat ist noch zu verzeichnen, daß in einem Falle bei Apex-Infiltration die Patientin in 20 Tagen 5 kg zunahm. Ich gebe zu, daß in meinen Fällen die diätetischen, hygienischen und klimatischen Verhältnisse zu den

guten Erfolgen beigetragen haben; aber es ist auch Tatsache, daß in den Fällen, wo ich Hygiama nicht verordnete, ich eine Gewichtszunahme in oben bezeichneter Zeit nicht konstatiert habe.

Aus all diesem geht vorher, daß uns im Hygiama ein sehr gutes, konzentriertes Nährpräparat geboten ist, ein Nährmittel, welches durch rationelle Zusammensetzung die zum Aufbau und zur Erhaltung des menschlichen Organismus notwendigen Bestandteile enthält, leicht verdaulich ist, vom Organismus gut verwertet wird, dadurch das Körpergewicht vermehrt und die Kräfte hebt. Das Hygiama vermehrt den Appetit, die Kranken nehmen es gerne und wegen der möglichen großen Abwechslung, in der man es zubereiten kann, wird es ihnen nicht leicht zuwider. Der verhältnismäßig geringe Preis macht es jedermann zugänglich.

Referate.

KARL GRASSMANN (München): Einiges über den Gebrauch des Morphiums bei Herzkranken.

Es besteht keine Berechtigung, das Morphinum innerhalb der gebräuchlichen therapeutischen Dosen als Herzgift anzusehen und deshalb seine Anwendung bei Herzkranken prinzipiell zu verwerfen. Die plötzlichen Todesfälle, welche sich bei morphinisierten Kranken dann und wann ereignen, müssen im allgemeinen mit jenen in eine Linie gestellt werden, welche bei richtig geleiteten Chloroformnarkosen infolge von Herzlähmung eintreten; ihre Ursache ist noch dunkel („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 28). Über die Indikationen des Morphiumgebrauches bei den verschiedenen Arten der Herzkrankheiten gehen die Anschauungen der Autoren noch auseinander und es würde sich empfehlen, aus einem großen, klinisch beobachteten Material präzisere Indikationen aufzustellen. Die Anwendung des Morphiums bei Herzkranken und Herzschwachen, welche erheblichere, namentlich akutere Erkrankungen der Respirationsorgane haben, erheischt Vorsicht. Bei rein nervösen Herzstörungen kann Morphinum unbedenklich — im Rahmen seiner allgemeinen Indikationen — gegeben werden. Bei organisch basierter Angina pectoris, bei Stenokardie sind kleine Morphinumdosierungen erlaubt, beziehungsweise indiziert. Unbedingt angezeigt ist das Morphinum zur augenblicklichen Hilfeleistung bei allen schwereren Anfällen von Asthma cardiale. Die Anwendung bei der chronischen Dyspnoe ambulanter Herzkranker ist nur beschränkt statthaft und ratsam. Eine Indikation für Morphinumgebrauch besteht da, wo Digitalis und andere Arzneimittel ihre Wirksamkeit nicht entfalten oder bereits eingebüßt haben. Eine wichtige Rolle spielt das Morphinum schließlich als präparatorisches Mittel vor der Digitaliskur bei sehr erregten, schlaflosen und heruntergekommenen Herzkranken. BRAUN.

OTTO FRANK (München): Die Registrierung des Pulses durch einen Spiegelsphygmographen.

FR. hat einen Sphygmographen konstruiert („Münch. med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 42), bei dem die Sichtbarmachung der Pulsbewegung auf optischem Wege, vermittelt eines Spiegels erfolgt. Die Bewegung der Pelotte, die mit wechselnder Federkraft an die Arterie gedrückt werden kann, wird auf einen um eine Achse drehbaren Spiegel übertragen. Auf diesen fällt ein Lichtstrahl, wird an dem Spiegel reflektiert, macht die Bewegungen des Spiegels, bzw. der Pelotte mit und erzeugt auf einem leichtempfindlichen, photographischen Film, der mit gleichförmiger Geschwindigkeit bewegt wird, die Pulscurve. Als Lichtquelle benutzt man am besten eine Nernstlampe. Ihr horizontaler Glühkörper wird durch eine Linse, die sich in der Nähe des Spiegels befindet, scharf auf die Ebene des Film projiziert. Aus diesem scharfen Bilde wird durch einen feinen senkrecht gestellten Spalt, der sich unmittelbar vor dem Film befindet, ein sehr scharfer Streifen ausgeschnitten, der sich proportional den Bewegungen des Spiegels auf dem Film bewegt. Hierdurch entsteht das Kurvenbild. Die Bewegung des Films wird

durch ein kleines Kymographion erzeugt. Die Übertragung der Bewegung der Pelotte auf den Spiegel erfolgt in einfacher Weise. Der Spiegel dreht sich um Spitzen, die wie die Schneiden eines Wagebalkens frei auf konischen Lagern aufliegen, nur durch die Schwere des Systems angedrückt. Ebenso ist der kurze Hebelarm des Spiegels nicht fest mit der Pelotte verbunden, sondern nur durch die Schwere angedrückt. Die Reibung ist hierdurch außerordentlich verkleinert. Der Apparat kann am Krankenbett angewendet werden. BRAUN.

GOLDSCHIEDER (Berlin): Über das Vibrationsgefühl.

Die wesentlichen Ergebnisse der Betrachtung G.s sind folgende („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 14): Das Vibrationsgefühl ist keine spezifische Empfindung. Es ist vielmehr der Empfindungsausdruck der folgeweise unterbrochenen, mechanischen, oszillierenden Reizung. Es ist nicht auf bestimmte Nerven beschränkt, weder auf die Hautnerven noch auf die tieferen Gewebe noch auf die Knochenerven, sondern es ist sowohl Drucknerven der Haut wie den tieferen sensiblen Nerven eigen; alle diese können sich an dem Zustandekommen des Vibrationsgefühls beteiligen. Unter allen Geweben findet sich das Vibrationsgefühl am stärksten und am ausgebreitetsten am Knochen. Insofern haben EGGER und DÉJÉRINE ganz recht: man kann durch die Stimmgabel in der Tat in sehr zweckmäßiger Weise die Knochen erschüttern und die Knochen-sensibilität prüfen. Nur der Standpunkt ist nicht richtig, daß es nur die Knochen seien, die da in Betracht kommen, und das ist sehr wichtig, denn wir werden in praxi ebensowohl durch Hautanästhesie wie durch Knochenanästhesie Störungen bekommen. Der Schluß, den EGGER und DÉJÉRINE ziehen, daß überall da, wo das Vibrationsgefühl nicht gefühlt werde, die Knochen anästhetisch seien, ist unrichtig. Vielmehr ist der Grund für die hervorragende Beteiligung des Knochens am Vibrationsgefühl lediglich in seiner physikalischen Beschaffenheit zu suchen; er ist eben von allen Geweben am besten imstande, die Stimmgabelschwingungen fortzuleiten und in Mitschwingung zu geraten. Die Vibration eignet sich daher praktisch ganz besonders zu Prüfungen der Knochen-sensibilität. Irrtümer in der Prüfung sind bei pathologischen Fällen sehr leicht möglich wegen der verschiedenen Stärke des Aufdrückens und der verschiedenen Spannung der Weichteile. Am sichersten erscheint es, die Stimmgabelprüfung so anzuwenden, daß man den Fuß der Stimmgabel mit starkem Druck auf die Knochen selbst, d. h. wo sie nur von Haut bedeckt sind, setzt. Aber auch dann muß man sich vergegenwärtigen, daß die über dem Knochen liegende Haut eine erhebliche Rolle mitspielt. L.

HILDEBRANDT (Freiburg i. B.): Eine neue Verbesserung des Stethoskopes.

Die Schwierigkeiten, mit denen die Untersuchung der hinteren unteren Lungenteile bei Schwerkranken im Bett verbunden ist, sind bekannt; abgesehen davon, daß man den Kranken passiv in eine möglichst vornüber gebeugte Stellung bringen muß, um ihn der Untersuchung zugänglich zu machen, muß der Arzt seinen Kopf in die oft sehr stark beschmutzten Kissen hineindrücken, um die Auskultation mit dem bloßen Ohre oder mit dem Stethoskop vornehmen zu können. Diese Übelstände werden vermieden, wenn man ein Stethoskop von der gebräuchlichen Form aus starrem Material vorn mit einem abgeboenen Ansatzrohr versieht, welches die Auskultation gestattet, ohne daß sich das Ohr senkrecht über der zu untersuchenden Körperstelle befindet. Man kann mit einem auf diese Weise modifizierten Stethoskope die hinteren unteren Lungenteile untersuchen, ohne daß der Kopf mit den Bettstücken in Berührung kommt und ohne daß der Patient in einer für ihn lästigen Weise vornüber gebeugt zu werden braucht, um für den Kopf und das Stethoskop des Arztes Platz zu schaffen. („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 12.) Die sonst der Auskultation so schwer zugängliche Gegend der Achselhöhle wird nunmehr der Untersuchung keine Schwierigkeiten mehr bieten. Auch für die Untersuchung der vorderen Lungenteile bietet die Auskultation mit dem

Ansatzrohr Vorteile, wenn man vermeiden will, vom Patienten angehustet zu werden. Endlich ermöglicht das modifizierte Stethoskop die bequeme Untersuchung beider Lungen von einer Bettseite aus, was für die Privatpraxis, in welcher die Betten oft längs der Wand stehen, sehr wichtig ist. Die Intensität und Qualität der Geräusche wird durch die Abknickung des Ansatzrohres in keiner Weise beeinträchtigt.

FR. LESSER (Berlin): Über die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel“ und ihr Verhältnis zur Syphilis.

Dieser krankhafte Vorgang war wiederholt schon Gegenstand eindringlicher Untersuchungen sowohl in vivo als auch in cadavere. Auch diese Untersuchungen beschäftigen sich mit Obduktionsmaterial. Nach dem Vorgang von LANGERHANS ist dem Autor für „glatte Atrophie“ die veränderte, derbere Konsistenz der Zungenwurzel besonders wichtig, da ja bei der *Atrophia laevis* erst aus der ursprünglich vorhandenen Verdichtung des adenoiden Gewebes sich die Induration und mit dieser die Atrophie der Drüsen ausbilde; er möchte daher auch lieber von glatter Zungeninduration, *Glossitis laevis (posterior)*, statt von glatter Atrophie sprechen. In den 166 von ihm untersuchten Fällen von *Glossitis laevis* ergaben 44% anatomisch die Diagnose Syphilis, ein Teil durch Vorhandensein von Narben an den Geschlechtsteilen und an der Mundschleimhaut, ein Teil durch Konstatierung von interstitiellen Entzündungen innerer Organe, die als Vorstufen für Gummen angesehen werden konnten. Es muß wundernehmen, daß der Autor bei diesen vagen Anhaltspunkten für die Diagnose Syphilis, nicht zu einem höheren Prozentsatz gelangte. Für ihn sind diese 44% genügend („Berl. klin. Wschr.“, 1903, Nr. 45), um den Zusammenhang beider Erkrankungen fraglos zu machen, wenngleich nicht jede glatte Zunge ohne weiteres auf eine vorausgegangene Syphilisinfektion schließen lasse. Natürlich weisen ausgesprochen strahlige Narben am Zungengrund immer auf Syphilis hin. Schädliche Reize, wie Alkohol und Tabak, scheinen in dieser Beziehung ohne jeden Einfluß, da sonst sicherlich ein Prävalieren des männlichen Geschlechtes sich hätte ergeben müssen, was nicht der Fall war.

Da sich bloß in 21.6% von anatomisch sichergestellter *Lues Glossitis laevis* vorfindet, meint der Autor, daß sich diese Erkrankung noch später entwickle als die tertiär-syphilitischen Affektionen und bezeichne sie als quartäre Syphiliserscheinung. Der Schluß ist unberechtigt, weil er die Voraussetzung hat, als müßten alle oder doch die Mehrzahl der Luetiker tertiäre oder quartäre Erscheinungen bekommen.

DEUTSCH.

DE QUERVAIN (Chaux de Fonds): Die akute, nicht eitrig Thyreoiditis und die Beteiligung der Schilddrüse an akuten Intoxikationen und Infektionen überhaupt.

Auf Grund von mehreren eigenen Beobachtungen (darunter ein operierter Fall) und der in der Literatur niedergelegten Fälle weist Verf. darauf hin, daß die Schilddrüse im Anschluß an Infektionskrankheiten erkranken und daß sich eine akute Entzündung ohne Vereiterung entwickeln kann. Die Fälle von Beteiligung der normalen Schilddrüse an Infektionskrankheiten sind nicht sehr selten und wurden beobachtet bei Typhus, Cholera, Variola, Diphtherie, Masern, Influenza, Erysipel, weiters bei Gelenkrheumatismus, Angina, Malaria etc.

Verf. schildert die Krankheit, die einen typischen Verlauf hat, folgendermaßen („Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, zweiter Supplementband): Die akute Thyreoiditis tritt plötzlich, mit den Allgemeinerscheinungen einer fieberhaften Erkrankung, häufig mit Schüttelfrost auf. Es tritt bald eine schmerzhaft Spannung der Halsgegend mit Schlingbeschwerden ein; gewöhnlich tritt auch bald Schwellung und Druckempfindlichkeit eines Schilddrüsenlappens auf. Die Haut über der Geschwulst ist gewöhnlich verschieblich und nicht gerötet. Wegen des Entzündungsschmerzes bemüht sich der Pat., den Kopf steif zu halten und je nach dem Grade der Entzündung besteht eine Symptomtrias, welche durch Einwirkung des entzündeten

Organes auf die benachbarten Nerven, Speise- und Atemwege hervorgerufen wird: Ausstrahlende Schmerzen gegen Ohr, Hinterhaupt, Schulter und zuweilen Zähne, Schlingbeschwerden und Behinderung der Atmung. Daneben können Erscheinungen von seiten des Rekurrens und Sympathikus auftreten. Die Erscheinungen entwickeln sich in einigen Tagen bis zur vollen Höhe und können dann ebenso schnell zurückgehen; häufig dauert es aber mehrere Wochen, bis die Erscheinungen abgeklungen sind.

Die Therapie kann mangels einer einheitlichen Ätiologie keine einheitliche sein, die Behandlung wird sich der vermeintlichen Ätiologie anpassen müssen. Bei der rheumatischen Form werden Salizylpräparate, bei der Malaria-Thyreoiditis Chininpräparate dargereicht werden. Außerdem wird lokal im Anfange Kälte, später Wärme appliziert werden, daneben werden Narkotika gereicht. Ebenso können Einreibungen mit Unguentum cinereum und Spiritusverbände angeordnet werden. Besonders warm wird vom Verf. *Nat. salicyl.* für alle unklaren Fällen empfohlen, obwohl er keine theoretische Erklärung dafür geben kann; das Präparat hat sich ihm nicht nur bei der rheumatischen Form, sondern auch bei einer klinisch primären Thyreoiditis und einer nach Angina aufgetretenen glänzend bewährt. Wenn die Beschwerden sehr groß sind und Erstickungsgefahr besteht, so muß die operative Entfernung des entzündeten Lappens vorgenommen werden.

Die akute nicht eitrig Thyreoiditis hat nach Ansicht des Verf. noch aus anderen Gründen eine große Bedeutung; sie kann nämlich Anlaß zur Entwicklung der BASEDOWschen Krankheit und des Myxödems abgeben. Verf. kommt zu diesem Schlusse teilweise auf Grund von klinischen Beobachtungen, welche den zeitlichen Zusammenhang zwischen Infektionskrankheit, Thyreoiditis und Myxödem oder BASEDOW deutlicher zeigen, teilweise wieder auf Grund der Ähnlichkeit der histologischen Bilder bei BASEDOW und Thyreoiditis. Weitere klinische Beobachtungen und anatomische Untersuchungen dürften genaueren Aufschluß über diese ebenso wichtigen als interessanten Vermutungen geben.

ERDHEIM.

A. I. GREKOW (St. Petersburg): Über morphologische Veränderungen der Röhrenknochen bei Kindern.

Verf. hat seine bezüglichen mikroskopischen Untersuchungen an Präparaten angestellt, die aus der Mitte der Diaphyse des rechten Oberschenkelknochens, der von Kinderleichen verschiedenen Alters (von einem Tage bis zu 12 Jahren, im ganzen 26 Leichen) entnommen war, stammten (Petersburger Dissert.; „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 7). Bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren ist der Knochen an Gefäßen und Knochenmarkelementen sehr reich, während im Periost die innere zellenreiche Schicht besonders stark entwickelt ist. In den ersten 4 Lebensmonaten nimmt man von seiten des Periosts vorwiegend Ablagerungs-, von seiten des Zentralkanals vorwiegend Resorptionsprozesse wahr, während in der Tiefe der kompakten Schicht diese Prozesse schwach ausgesprochen sind. Im Alter von 4—9 Monaten gleichen sich die Ablagerungs- und Resorptionsprozesse aus, während sie in der Tiefe der kompakten Schicht zunehmen. Im Alter von 9 Monaten bis zu 2 Jahren sind die Ablagerungsprozesse vorwiegend. Mit dem 2., namentlich mit dem 4. Lebensjahre nehmen die Ablagerungs- und Resorptionsprozesse allmählich ab, der Knochen wird an Gefäßen und Knochenmarkelementen, das Periost an Zellen ärmer. Bei einem 2jährigen Kinde, namentlich aber bei einem 4jährigen ist der Knochen nach der gegenseitigen Anordnung der Bestandteile schon dem Knochen eines Erwachsenen ähnlich, während vom 12. Lebensjahre ab Unterschiede überhaupt nicht mehr zu finden sind. Als praktische Konsequenz glaubt Verf. aus seinen Untersuchungen die Ansicht ableiten zu können, daß die Ursache der bei Kindern bis zum 3. Lebensjahre so häufig vorkommenden Osteomyelitis der Reichtum des infantilen Knochens an Gefäßen und Knochenmarkelementen ist. Schließlich käme noch in gerichtlich-medizinischer Beziehung die Möglichkeit in Betracht, nach dem mikroskopischen Bilde der Knochenstruktur das Alter des Knochens, sofern es sich um Kinder in den ersten Lebensjahren handelt, festzustellen.

L—y.

FR. SINNHUBER (Berlin): Klinisches und Experimentelles zur Lehre von den perversen Stimmbandbewegungen bei doppelseitiger Postikuslähmung.

Es ist S. gelungen, bei jungen Tieren experimentell das Bild der Medianstellung mit perversen Stimmbandbewegungen zu erzeugen. Experimentell stehen beide Stimmbänder in einer Ebene, klinisch sind die freien Ränder der Stimmbänder nach unten (pulmonalwärts) geneigt und haben einen nach oben zu (kapitalwärts) offenen spitzen Winkel („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 1 u. 2).

Die experimentell erzeugten perversen Stimmbandbewegungen beruhen wahrscheinlich auf der unterhalb der Glottis entstehenden Luftverdünnung; vielleicht ist es auch nur eine Wirkung der gesamten Hals-, Nacken- und Pharynxmuskulatur, die das Tier in Tätigkeit setzt, sobald es dyspnoisch wird. Die perversen Bewegungen hören nach Tracheotomie auf und bleiben bestehen nach Durchschneidung der M. cricothyroidei, sterno- und hyothyroidei sowie sternocleidomastoidei. Das klinische Bild der Medianstellung dauert nach Tracheotomie fort und ist auf aktive Muskelwirkung, die dem Cricothyroideus zufällt, zurückzuführen, wobei die Fixation der Aryknorpel durch die M. cricoarytaenoidei laterales erfolgt. Die Beteiligung des M. cricothyroideus kommt vermutlich dadurch zustande, daß die Atemreize vom Atmungszentrum zum Kehlkopf- bewegungszentrum gelangen und von hier auf dem Wege der Ansa Galeni und eines in der Medulla gelegenen Reflexbogens zum Laryngeus superior und M. cricothyroideus. Oder mit anderen Worten: es handelt sich um „Koordinationsstörungen“ der Art, daß der Erweiterer seine Funktion eingebüßt hat und nun sein Hauptantagonist bei der Atmung, der M. cricothyroideus, uneingeschränkt seine Tätigkeit entfalten kann. Dabei erfolgt die Innervation der beiden Antagonisten wahrscheinlich nicht gleichzeitig, sondern der M. cricothyroideus erhält den Reiz durch Vermittlung des erwähnten Reflexbogens. Die expiratorische Erweiterung beruht auf einem Nachlassen der inspiratorischen Spannung des M. cricothyroideus.

B.

Kleine Mitteilungen.

— Ein Verfahren der **Infusion** empfiehlt WEBER („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 1). Dasselbe ermöglicht von einer Stelle aus mit leichter Mühe 1 l und, wenn man bei späteren Injektionen dieselbe Stichöffnung wählt, sogar 2 l Flüssigkeit unter die Haut zu bringen. Eine scharfe Kanüle wird an den Schlauch eines Irrigators gesteckt und, um ein Durchsickern der Flüssigkeit zwischen Schlauch und Instrument zu verhüten, mit einer Schnur befestigt. Nachdem die Kanülspritze durch die Watteumwicklung geschützt ist, wird der Irrigator, indem sich der armierte Schlauch befindet, 5 Minuten lang ausgekocht. Zu gleicher Zeit werden in einem anderen Gefäße mehrere Liter Wasser zum Sieden gebracht. In die mit 1 l sterilisiertem Wasser gefüllte Spülkanne wird 0.6 Kochsalz geschüttet und mit der Nadel tüchtig umgerührt. Der Irrigator wird, während die Kanüle in der Kochsalzlösung sich befindet, in einen Eimer kalten Wassers gestellt, welches natürlich den Rand der Kanne nicht erreichen darf. Nach einiger Zeit Erneuerung der Kühlflüssigkeit, bis die Lösung ungefähr Körpertemperatur besitzt. Nach genügender Desinfektion der Hände und der einen Bauchseite des Kranken wird eine hohe Falte der Bauchwand mit der linken Hand abgehoben, an der Basis die Kanüle rasch eingestoßen und im Unterhautzellgewebe soweit wie nur möglich vorgeschoben. Nachdem 250 cm³ abgelaufen sind, wird die Nadel zurückgezogen und unter Kontrolle des linken Zeigefingers und in der Nähe des Einstiches die Spitze wie ein Uhrzeiger um 90° gedreht. Jetzt wird die Nadel nach Bildung der Hautfalte wieder vorgestoßen und in diese Gegend infundiert. Die Prozedur wird zweimal wiederholt bis 1 l eingeflossen ist. Nach Entfernung der Kanüle wird auf die Öffnung eine mit reinem Messer aus der Mitte eines Pfropfens geschnittene zweimarkstückgroße, 1 cm dicke Korkplatte ohne Gazeumhüllung gelegt und damit einige Minuten komprimiert. Für die nächsten 24 Stunden sorgt ein Heftpflasterkreuz für die Fixierung des Korkes.

— Über **Bronchitis und Pneumonie des Kindesalters** und ihre Behandlung mittelst Kreosotals berichtet TOFF („Zentralbl. f. Kinderhkd.“, 1904, 6). Er wendet das Kreosotal seit 5 Jahren mit gutem Erfolg an bei einfachem Bronchialkatarrh ohne Fieber, bei fieberhaften Bronchitiden, bei katarrhalischer und krupöser Pneumonie und hat von 431 Patienten nur 21 durch den Tod verloren; darunter keinen, der von Beginn der Krankheit an mit Kreosotal behandelt worden war. Immer folgte der Kreosotaleinnahme eine Abnahme der subjektiven Beschwerden. Am einfachsten und billigsten ist die Darreichung in Milch, doch wird es von Kindern gern auch in Form der Emulsio oleosa genommen. T. gibt Kindern bis zu 2 Jahren:

Rp. Kreosotal „Heyden“	1.0
Emuls. oleos.	80.0
Syr. Alth.	20.0
M. f. exactissime emulsio.	
S. Stündlich ein Kaffeelöffel voll.	

Von 2 Jahren ab gibt er halb so viele Gramme Kreosotal pro 24 Stunden als das Kind Jahre zählt.

— Zur **Behandlung des venerischen Bubo** mit Injektionen von Jodoformglyzerin empfiehlt HERMANN („Sem. méd.“, 1904, Nr. 25) Folgendes: Nach Desinfektion der Inguinalgegend wird der Bubo mit einem Bistouri punktiert, wobei nicht tiefer eingestochen wird, als zur Erreichung der Eiteransammlung notwendig ist. Die Umgebung des Operationsfeldes wird mit Sublimatkompressen bedeckt, der Eiter behutsam ausgedrückt. Man injiziert dann in die Abszeßhöhle 10% Jodoformglyzerinemulsion in genügender Menge zur Entfaltung aller Gewebstaschen. Darauf zieht man die Kanüle heraus und läßt einen Teil der injizierten Flüssigkeit wieder herausfließen. Die Injektion wird zwei- oder dreimal wiederholt und jedesmal bemüht man sich, ein größeres Quantum Flüssigkeit zu injizieren. Sind mehrere Eiterhöhlen vorhanden, so sucht man mit einem geknüpften Bistouri dieselben miteinander zu verbinden. Nach der letzten Injektion wird ein Druckverband angelegt, wobei darauf zu achten ist, daß möglichst viel Injektionsflüssigkeit in der Abszeßhöhle zurückbleibe. Tags darauf wird die Operation wiederholt; der zweite Verband wird gewöhnlich erst am fünften Tage gewechselt.

— Über **Behandlung der Nephritis mit Agurin** berichtet PETITTI („Deutsche Praxis“, 1904, Nr. 11) Folgendes: Das Agurin wird von den Kranken sehr gut vertragen; es zeigen sich keine Intoleranzerscheinungen. Die Form der Darreichung ist für den Effekt gleichgültig; das Mittel kann in Pastillen, in Tabletten oder wässriger Lösung gegeben werden. Der Organismus gewöhnt sich allmählich an das Medikament, weshalb die Dosis nach und nach erhöht werden muß. Die durchschnittlich gebräuchliche Dosis liegt zwischen 1.5—3 g pro die. Die Diurese steigt rasch, und zwar schon vom ersten Tage der Agurindarreichung an. Die Diurese sistiert mit dem Aufhören der Medikation. Bei parenchymatöser Nephritis mit Ödemen ist das Agurin sowie überhaupt jedes Diuretikum zu vermeiden. Bei der interstitiellen Nephritis ist die Wirkung des Agurins eine ähnliche wie bei Herzaffektionen. Bei Pleuritis und Peritonitis hat Verf. keinen merklichen Erfolg erzielt. Bei Herzaffektionen mit Anzeichen mangelnder Kompensation wirkt es vorzüglich. Der Angriffspunkt seiner Wirkung muß augenscheinlich in der Niere zu suchen sein. Die Harnstoffmenge steigt unter dem Einfluß des Agurins proportional mit der Urinmenge.

— In seinen Untersuchungen über den **Einfluß des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck** fand FINKELNBURG („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 1 und 2) Folgendes: Bei Einführung von Alkohol in den nüchternen Magen narkotisierter Hunde steigt der Druck in dem mit der Schädel-Rückgratshöhle in Verbindung stehenden Steigrohr regelmäßig ganz beträchtlich, hält sich längere Zeit auf einer bestimmten Höhe und sinkt dann wieder langsam unter Umständen bis unter den Anfangsdruck.

— Bei **Seekrankheit** hat KOEPKE folgende Verfahren als bewährt gefunden („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 6). Kommen Patienten im Anfangsstadium der Seekrankheit zur Behandlung, d. h. mit Klagen über nervösen Kopfdruck, schlechten Geschmack, Speichelfluß, Schwindelgefühl etc., so erhalten sie ein Stück Zucker mit 10—15 Tropfen Validol und die Weisung, sich für eine

halbe Stunde niederzulegen. Hinterher dürfen sie ein Glas Wein trinken und etwas Biskuit dazu essen. Dies genügt fast ausnahmslos. Nach einer Stunde fühlen sich die Patienten wieder frisch und zeigen den erwünschten Appetit. Nötigenfalls wird dieselbe Therapie wiederholt. Nicht so einfach ist das Verfahren in den schwereren Fällen bei Personen, welche durch tagelang anhaltende Seekrankheit körperlich und psychisch schon stark heruntergekommen sind. Hier wird sofort Bettruhe verordnet trotz häufigen Widerstrebens. Dann erhält der Kranke sein Stück Zucker mit Validol und wird angewiesen, dasselbe langsam zu zerkaue. Sollte das erste Stück Zucker nach kurzer Zeit erbrochen werden, so erhält der Patient sofort ein zweites Stück, welches fast regelmäßig bleibt.

— Zur medikamentösen Behandlung der Uterusblutungen hat FACKENHEIM („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5) das Styptol, über welches bereits aus der ABELschen Klinik in Berlin günstige Mitteilungen vorliegen, versucht. Der Erfolg war bei Menorrhagie, Blutung nach Abort, klimakterischen Blutungen und Hämorrhagien infolge von Neubildungen ein prompter. Gleichgültig war die Wirkung bei Abortblutungen und nach Abrasionen. Hervorzuheben ist die analgetische und sedative Wirkung des neuen Hämostatikums. F. hat Styptol nie prämenstruell verabreicht, wie dies beim Stypticin empfohlen ist. Styptol, das niemals Wehen hervorruft, kann das Sekale nicht ersetzen, scheint es aber in glücklicher Weise zu ergänzen. Auch die Billigkeit des Präparates kommt wesentlich in Betracht.

— Unter den Mitteln zur symptomatischen Karzinombehandlung räumt RUHEMANN („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 23) dem Aspirin eine hervorragende Stelle ein. Er hat bei fünf Fällen niemals Morphiuminjektionen applizieren müssen; bei einem Magenkarzinom, bei dem in den letzten Lebenswochen zur Erzielung der Nachtruhe 0.015 g Morphium intern verabfolgt wurden, mußte dieses wieder ausgesetzt werden, weil es den Patienten stark erregte, während nach 1.0 g Aspirin stets ruhiger Schlaf erfolgte. Wenn Aspirin auch nicht jeden Schmerz beseitigt, nicht jede Neuralgie bekämpft, so ist auf Grund des beigebrachten Materials von mehr als 60 Fällen von Karzinom die analgetische Wirkung auf die Krebschmerzen fraglos. Letztere tritt nach Gaben von 0.5 g innerhalb 30 Minuten ein und betrifft sowohl die Herd-gegend, als auch das durch die Geschwulst beherrschte Ausstrahlungsgebiet, so z. B. bei Magen-Leberkrebsen den Rücken usw. Da bei Versagen des Präparates innerhalb der ersten halben Stunde auch späterhin selten eine erhebliche Wirkung beobachtet wird, so ist die auch von GÖTTLICH angewandte Ordination zu empfehlen, nämlich in halbstündigen Intervallen Dosen von 0.5 g bis zum Nachlaß der Schmerzen zu verordnen, ohne indes die Gesamtdose von 2.0 g zu überschreiten. Bei manchen Fällen genügen Tagesdosen von 1.5 g, welche in drei Portionen innerhalb des Tages gereicht werden; bei vielen, deren Nachtruhe durch intensive Schmerzen gestört wird, pflegt eine abendliche Einzelgabe 1.0 g eine bis zum Morgen währende Analgesie und Schlaf zu bedingen.

— Ein Impfschutzverfahren gegen Tuberkulose glaubt MARAGLIANO („Gazz. d. osp.“, 1904) darin zu sehen, daß er durch Injektion abgetöteter Tuberkelbazillen einen örtlichen Herd setzt, der keinerlei Zeichen einer Wundinfektion bietet. Derselbe besteht sehr lange und mit dem Bestehen desselben erfolgt eine progressive Zunahme antituberkulöser Schutzstoffe, sowohl der antitoxischen bakteriziden als der agglutinierenden Stoffe, ohne daß die Mengenerzeugung derselben parallel geht. Die Zunahme dieser Schutzstoffe läßt sich beim Menschen wie beim Tier nachweisen; bei letzterem äußert sich die Immunität noch dadurch, daß eine Injektion lebender Tuberkelbazillen in die Blutbahn keinerlei schädliche Wirkung äußert. Dieses Impfschutzverfahren geschieht wie das JENNERSche am Arm; es macht wie dieses ein geringes, schnell vorübergehendes Fieber. Die Heilung des Herdes nimmt indessen viel mehr Zeit in Anspruch. M. hält diesen Weg für sicher und gangbar zu einem allgemeinen Impfschutzverfahren gegen Tuberkulose; nur kann man beim Menschen nicht wie beim Tiere durch Injektion lebender Tuberkelbazillen die Probe auf das Exempel machen.

— Die Theozinliteratur überblickend, gelangt SUTER („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte“, 1904, Nr. 2) zu der Überzeugung, daß

dieser Körper namentlich bei Herzaffektionen, welche ausgedehnte Ödeme bewirkten, eine äußerst prompte diuretische Wirkung hat, die sehr oft in keinem Verhältnis steht zu der durch andere harntreibende Mittel hervorgerufenen Diurese. Auch den mit dem Theozin isomeren Körper, das Theobromin, übertrifft es bei weitem. Außerdem ist hervorzuheben, daß diese Wirkung sehr oft namentlich auch da eintritt, wo mit den verschiedensten andern Mitteln gar keine oder nur eine geringe Vermehrung der Harnausscheidung erzielt werden konnte. Die Wirkung des Theozins ist keine anhaltende. Die Steigerung der Diurese ist eine plötzliche, oft phänomenale. Nach kurzer Zeit jedoch nimmt die Harnmenge ab, um sich immerhin noch längere Zeit über dem vor dem Theozingebrauch beobachteten Mittel zu erhalten. Es ist daher am zweckmäßigsten, das Mittel nicht etwa fortgesetzt, sondern nur während einiger Tage zu verabreichen, dann wieder für mehrere Tage auszusetzen und hierauf wieder von neuem zu administrieren. Zwischenhinein können andere Medikamente, bei Herzkranken namentlich Digitalis u. dgl., zur Anwendung kommen. So vermeidet man vor allem, daß das Medikament dem Kranken verleidet wird. Ähnliche Beobachtungen hat MEINERTZ („Therap. Monatsh.“ 1904, Nr. 6) mit Theocinin natrium-aceticum, das zu 4½% in Wasser löslich ist, an seinem Krankematerialien sammeln können.

— Die Diät bei chronischem Darmkatarrh beschreibt ROSENFELD („Therapia“, 1904, Nr. 3). Wir müssen eine solche Ernährungsweise finden, welche, ohne einen Reiz auf den Darm auszuüben, antidiarrhoisch wirken und das für den Kranken notwendige Nährmaterial besitzen soll. Der Kranke erhält täglich Folgendes: 100 g Zwieback, — womöglich nicht von fester Konsistenz (in Deutschland verordnet man gewöhnlich die sogenannten Friedrichsdorfer Zwieback); 200 g Schokolade oder Kakao (am besten Eichelkakao, welcher tanninhalbig ist); 300 g gekochten Reis mit Milch, Wasser oder Fleischsaft. Dieser Diät entsprechen 2160 Kalorien (genügend für einen Menschen von mittlerem Wuchs). Verf. konnte bei der Anwendung dieser Diät feststellen, daß die Kranken sich an dieselbe leicht gewöhnen und mit derselben zufrieden sind, da sie sich dabei gesättigt und viel wohler fühlen. Bei diesem Diätverfahren kann man im Stuhl fast keine unverdauten Speisereste (sehr wenig Stärkekörner) entdecken; die Anzahl der Bakterien im Stuhl wird geringer; der Stuhl verliert seinen schaumigen, respektive wässerigen Charakter, ist breiartig, bräunlich gefärbt; die Gärungsprobe ist entweder ganz gering ausgesprochen oder negativ. Zugleich mit einer solchen diätetischen Behandlungsweise verordnet Autor innerliche Mittel, die die Gärungsprozesse verhindern und adstringierend wirken, z. B. Infus. Psidii pyrif. 5—10 : 200.

— Die Methode der operativen Behandlung der Wanderniere von FRIEDRICH („Arch. f. Gyn.“) besteht im Prinzip darin, daß das Organ gegen die Haut fixiert wird und daß der laterale Teil der Niere dauernd in Teile der Bauchwand eingelagert bleibt. Zu diesem Zweck wird die gespaltene und teilweise abgelöste fibröse Capsula propria der Niere mit dem Hautwundrand fest vernäht; die Hautwunde wird nicht vernäht, sondern heilt durch Granulation. Dabei geht die Granulationsbildung des Hautwundrandes in die der Nierenkapsel und auf die des Nierenparenchyms über und schließlich überdeckt das Hautepithel auch die Nierengranulation. Heilungsdauer 6—8—10 Wochen.

Literarische Anzeigen.

Die Waisensüuglinge Berlins und ihre Verpflegung im städtischen Kinderasyl. Ein Beitrag zur Frage der Anstaltsbehandlung von Säuglingen von Privatdozent Dr. H. Finkelstein und Dr. L. Ballin. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg.

Die Broschüre bringt neben einem kurzen Jahresbericht mit den üblichen statistischen Daten überaus interessante Ausführungen über Einrichtungen und die Prinzipien, die bei der Anlage und der Organisation des neuen Kinderasyls maßgebend waren. Die in reger Diskussion stehende Frage der Anstaltsbehandlung junger

Säuglinge erfährt in einigen wichtigen Kapiteln des Buches eine eingehende Besprechung, die für den Fachmann dankenswerte Anregungen bringt.
NEURATH.

Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie. Von Dr. M. Zondek, Berlin. Mit Abbildungen im Text. Berlin 1903, August Hirschwald.

Der auf dem Gebiete der Nierenpathologie von früher her rühmlich bekannte Autor hat es unternommen, die gesamte Topographie der Nieren zu bearbeiten. Er befaßt sich nicht nur mit der Lage der Niere zu ihrer Umgebung, sondern auch mit der Topographie in der Niere und kommt häufig zu Untersuchungsergebnissen, welche geeignet sind, die Chirurgie der Niere zu beeinflussen. Der Spezialchirurg und der pathologische Anatom dürften dem Buche ein reges Interesse entgegenbringen.
ERDHEIM.

Stotternde Kinder. Von Dr. Albert Liebmann. (Sammlung von ZIEGLER und ZIEHEN, VI. Bd., H. 2.) Berlin 1903, Reutter & Reichard.

Den primären Kern des Stotterns bildet nach des Verfassers Ansicht die Übertreibung des konsonantischen Elementes der Sprache,

wozu auch der Spiritus lenis gehört. Diese Übertreibung wird auf Grund einer ererbten oder erworbenen nervösen Disposition durch verschiedene Umstände hervorgerufen. Der Stotterer ist nervös. Vor allem sind es psychische Momente, die imstande sind, die Sprache des Stotterers zu beeinflussen. Nach des Verfassers Ansicht sind alle Atmungs-, Stim- und Artikulationsübungen bei der Therapie des Stotterns entbehrlich, die Behandlung muß vorwiegend eine psychische sein. Die Einzelheiten der Pathologie und Therapie werden an 15 Fällen besprochen.
INFELD.

Körperübungen und Alkoholismus. Von Ferdinand Hueppe.

Vortrag, gehalten in der Eröffnungssitzung des IX. Internationalen Kongresses gegen den Alkoholismus am 15. April 1903 in Bremen. Berlin 1903, August Hirschwald.

Die vorliegende, in glanzvollem Stile geschriebene Rede wirkt ganz besonders deshalb, weil sie nicht von einem ultramontanen Abstinente, sondern von einem „Mäßigen“ geschrieben ist, doppelt überzeugend. Das darin aufgestapelte Material reicht weit über das gewöhnlich Gebotene; durch die Menge der enthaltenen Daten belehrt die Rede auch außerhalb des eigentlich vorgetragenen Gegenstandes über vieles Interessante.
L. H.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

(Original-Korr. der „Wiener Med. Presse“.)

II.

(Typhus. — Tuberkulose. — Venerische Erkrankungen. — Kurpfuscher und ihre Bekämpfung. — Frequenz der medizinischen Fakultäten. — Eine merkwürdige Anamnese.)

Paris beherbergte in diesem Frühjahr einen schlimmen Gast: den Typhus. Mit Recht wird das verdorbene Trinkwasser als Ursache dieser Epidemie angesehen, und zwar werden besonders die Quellen de l'Avre beschuldigt. Der Seinepräfekt hat in einem Memorandum, das er dem Munizipalrat vorlegte, den Nachweis zu erbringen gesucht, daß alle erdenklichen Maßregeln zum Schutze der Quellen getroffen wurden. Dieser Denkschrift entnehmen wir auch die erfreuliche Tatsache, daß im Jahre 1882 auf 100.000 Pariser 143 Typhusfälle kamen, während diese Ziffer im Jahre 1903 nur 11 betrug. Die diesjährige Epidemie betraf am meisten die Arrondissements Passy, Batignolles-Monceau und Buttes-Montmartre. Merkwürdig ist der Umstand, daß das von einer sehr armen Bevölkerung bewohnte 20. Arrondissement wie bei früheren Epidemien auch diesmal seine Immunität gegen den Typhus erweist. In der achten Jahreswoche war die Anzahl der Typhusfälle bereits 100; sie stieg bis 151 in der 11. Woche, um von da an kontinuierlich zu sinken.

Der Munizipalrat hat nun eine Kommission eingesetzt, welche die wahren Ursachen des Auftretens des Typhus ergründen soll. Der diesbezügliche Bericht liegt uns noch nicht vor, doch ist die Epidemie in vollem Rückzuge. Glücklicherweise war die Todesziffer während der ganzen Epidemie nur gering. Doch versetzte dieselbe zeitweise die Hauptstadt in große Unruhe und veranlaßte auch viel Erregung in allen Vertretungskörpern. Die Deputierten der Stadt Paris in der Kammer brachten eine Interpellation ein, in der sie die Warnung der Bevölkerung durch Kundmachungen verlangten. Um aber die Beunruhigung der Einheimischen und insbesondere der Fremden nicht zu vergrößern, sah man von Affichen ab.

Sehr gering war die Zahl der Typhusfälle in der Armee. Um so mehr beschäftigte sich die Öffentlichkeit in der letzten Zeit mit der Ausbreitung der Tuberkulose im Soldatenstand. Im Parlament und in Tagesblättern wurde behauptet, daß die entlassenen Soldaten die verderbliche Krankheit in ihre Familien verpflanzen und die Kasernen jährlich den Ausgangspunkt von vielen Tausend Infektionen mit Tuberkulose bilden. In der Académie de Médecine suchte der General-Sanitätsinspektor der französischen Armee diese Behauptungen teils als übertrieben hinzustellen, teils insofern zu

widerlegen, als er ausführte, daß die meisten jungen Soldaten, die an Tuberkulose erkrankten, mit latenten Herden in die Armee treten. Offene bazilläre Herde sind überaus selten. Dagegen konnte durch den positiven Ausfall der Tuberkulinreaktion in einer großen Anzahl von Fällen das Vorhandensein latenter Herde nachgewiesen werden.

Die geeignetste Prophylaxis liegt in der Hebung der physischen Kraft des Individuums und in der Besserung seiner hygienischen und sozialen Verhältnisse.

Eine interessante Statistik über venerische Erkrankungen in der Zivilbevölkerung veröffentlichte jüngst QUEYRAT. Unter 11.000 Geschlechtskranken, die in den letzten 3 Monaten im Hospital Ricord behandelt wurden, waren 2574 im Alter von 14 bis 20 Jahren. Davon waren:

im Alter von 20 Jahren	969 Personen
„ „ „ 19 „	687 „
„ „ „ 18 „	560 „
„ „ „ 17 „	276 „
„ „ „ 16 „	68 „
„ „ „ 15 „	13 „
„ „ „ 13 „	1 „

Unter diesen Erkrankungen gab es 1554 Fälle von Blennorrhagie, 381 Fälle von sicherer und 49 von suspekter Lues. Ulcus molle hatten nur 84 Patienten. Außerdem gab es 506 Fälle von Herpes, Balanitis, Condylomata acuminata etc.

Eine andere Statistik desselben Verfassers sucht bei 117 Pariser Arbeitern im Alter von 12—25 Jahren den Zeitpunkt des ersten sexuellen Verkehrs festzustellen. Der älteste war zu dieser Zeit 24, der jüngste 12½ Jahre alt. Zwei waren 20, 6: 19, 11: 18, 19: 17, 7: 16, 25: 16, 5: 15, 21: 15, 9: 14, 1: 13½ und 6: 13 Jahre alt. Was bewog nun 17 Kinder im Alter von 12 bis 14 Jahren zum Koitus? Der eine mit 12½ Jahren war das unschuldige Opfer einer perversen Gouvernante. Die meisten wurden von älteren Kameraden verführt, die sich über sie lustig machten und sie nicht als „Männer“ gelten lassen wollten. Vielen kam auch das Verlangen infolge des Beispiels das die Eltern ihnen gaben. —

Jüngst hat sich ein Komitee konstituiert, das die Vorarbeiten für die Abhaltung eines Kongresses zur Bekämpfung des Kurpfuschertums energisch betreibt. An der Spitze desselben steht Dr. DUCHESNE. Den Hauptanlaß dazu gaben die wiederholten Übergriffe der Zahntechniker, doch auch die Übergriffe der Apotheker und Hebammen sowie der „wilden“ Kurpfuscher werden ausführlich von gediegenen Referenten besprochen werden. Als geeignete Kampfmittel empfiehlt das Komitee genaue Regelung der gesetzlichen Bestimmungen über Ausübung der ärztlichen Praxis, jährliche Ausgabe von Listen der zur Ausübung der Praxis berechtigten Ärzte, Beschaffung der finanziellen Mittel zur Organisation des Kampfes, Unterstützung durch die Tagesjournale, Auf-

klärung der Bevölkerung, Prüfung des unzulänglichen Gesetzes über die Kurpfuscherei und deren Bestrafung. Da das Kurpfuschertum hierzulande tüpfig in die Halme schießt, ist die Abhaltung des Kongresses freudig zu begrüßen.

Während nun auf der einen Seite die Kurpfuscher den ärztlichen Wohlstand schädigen, tut dies auf der anderen Seite die starke Überfüllung des Berufes, worüber an dieser Stelle bereits gesprochen wurde. Um so bedauerlicher ist es nun, wenn in diesem Jahre abermals eine Zunahme der Mediziner an den Universitäten Frankreichs konstatiert werden muß.

In den letzten Jahren betrug die durchschnittliche Zahl der neu promovierten Ärzte 1100—1200. In diesem Jahr aber waren 1646 erstjährige Mediziner, was leider eine beträchtlich größere Anzahl von jungen Ärzten für die nächsten Jahre verheißt. —

Zum Schlusse wollen wir eines Falles Erwähnung tun, dessen Mitteilung jüngst in einer medizinischen Gesellschaft eine gewisse Heiterkeit erregt hat. Es ist zwar keine Seltenheit, unerwartete Fremdkörper im Rektum zu finden, aber die Erklärungen des Patienten über die Ursache dieses Befundes erregen durch ihre Absurdität zuweilen Aufmerksamkeit. Ein hiesiger Kollege hatte eine ziemlich große Flasche aus dem Rektum eines 63jährigen Mannes entfernt. Der Patient erzählt nun, er habe sich an einem gewissen Ort eben niedersetzen wollen, als er — wohl infolge großer Dunkelheit dieser geheimen Kammer — auf jene Flasche geriet, die alsbald in den Tiefen seines Rektums verschwunden sei. J. St.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Académie de médecine.

CHAUFFART: Tetanus infolge von Gelatineinjektionen.

Vortr. bespricht die prophylaktischen Maßnahmen, welche die von der Akademie anlässlich des Berichtes über 25 durch Gelatineinjektionen verschuldete Fälle von Tetanus eingesetzte Kommission vorschlägt: Die Art der Darstellung der Gelatine muß genau festgesetzt und gesetzlich geregelt werden; 1—2% Gelatine auf eine 7%ige Kochsalzlösung. Sterilisierung im Schnellkochtopf während 30 Minuten, wobei nur Dosen von etwa 50 cm³ auf einmal dem Sterilisationsverfahren ausgesetzt sein sollen.

HAMONIC: Syphillsimpfung bei Affen.

Dem Vortr. ist es gelungen, auch bei Affen, welche der Gruppe der anthropoiden Affen ferne stehen, typische Primäraffekte zu erzeugen. Er präsentiert ein Versuchstier, bei welchem er vor 5 Wochen mit dem Sekret luetischer Schleimhautpapeln an der Glans eine Impfung vollzogen hat. Es entwickelten sich ein charakteristisches Geschwür mit indurierter Basis, sowie multiple, indolente Lymphdrüsenanschwellungen. Sekundäre Erscheinungen sind noch nicht zu beobachten, da ja auch die seit der Infektion verstrichene Zeit zu kurz ist.

MARMOREK: Das Serum gegen Tuberkulose.

Vortr. legte eine Reinkultur junger Bazillen in einem Serum an, welches aus leukotoxischem Kalbserum und Glycerin-Leber-Bouillon besteht. Nach einer Anzahl von Durchgangsstadien, welche der Bazillus in seinem neuen Medium durchmacht, findet man eine toxische Substanz, welche kleine Tiere tötet und gegenüber welchen tuberkulösen Tiere nicht empfindlicher sind als gesunde. Man kann Kaninchen und Meerschweinchen mit diesem Toxin gegen eine spätere bazilläre Infektion immunisieren. Man immunisiert Pferde mit diesen filtrierten Kulturen, welche das Toxin enthalten, und erhält so ein wirksames Serum. Mit diesem hat M. zunächst an tuberkulösen Tieren, sodann an tuberkulösen Menschen erfolgreiche Heilveruche angestellt. 15 bis 20 cm³, die 3 Tage vor der auf dem Wege der intravenösen Injektion versuchten tuberkulösen Infektion einem Kaninchen injiziert wurden, vermochten die Erkrankung des Versuchstieres hintanzuhalten. Je älter die Infektion, desto höhere Dosierung ist zur Heilung nötig. Die Versuche bei menschlicher Tuberkulose ergaben in den Fällen von chirurgischer Tuberkulose die besten Resultate. Fisteln und Abszesse bei Karies kamen zur Ausheilung. Drüsenanschwellungen am Hals und in der Axilla gingen ganz oder zum größten Teil zurück. Das Fieber wurde in den meisten Fällen schon nach wenigen Einspritzungen geringer. Das Serum selbst verursacht weder eine lokale noch eine allgemeine

Reaktion. Bloß bei drei von 2000 Injektionen wurden geringe Abszederungen beobachtet. Die bei einem Fall angewendete Anzahl von Einspritzungen variiert von 6—52. — M. glaubt, daß die bisherigen Erfolge zwar nicht absolut beweisend, immerhin aber ermutigend sind. Deshalb hielt er sich zu einer vorläufigen Mitteilung für verpflichtet. Genaueres werden die Untersuchungen an den meisten Kliniken des In- und Auslandes ergeben.

Dlemlafoy hat keinen günstigen Erfolg gehabt, obgleich die Injektionen von MARMOREK selbst ausgeführt wurden. Von den 7 Patienten, die nach MARMOREKs Methode behandelt wurden, starben fünf nach kurzer Zeit, die andern zwei befinden sich in keinem trostreichen Zustande.

Monod hat im Spitale St. Antoine bei etwa 10 Fällen Besserung der Drüsenanschwellungen gesehen. Doch kann er aus dieser Tatsache keine sicheren Schlüsse ziehen.

Dentu hat in einem Falle von Fungus pedis mit Lungentuberkulose trotz 15 Injektionen eine Verschlimmerung des Gesamtzustandes gesehen.

Hallopeau hat in 7 Fällen von Hauttuberkulose das MARMOREK-Serum ohne jeglichen Erfolg angewendet. Bei drei Kranken entwickelten sich im Niveau der Einstichsöffnung dicke Knoten, die noch nach 14 Monaten persistieren.

Société médicale des hôpitaux.

SOUPAULT: Latente Appendizitis und Menstruation.

SOUPAULT hat im Verein mit JONAUST eine Reihe von Fällen beobachtet, bei welchen zur Zeit der Menstruation Symptome einer Appendizitis auftraten. Zuweilen waren diese sehr auffallend und leicht zu erkennen, bald aber von so vorübergehender Natur, daß sie als Menstruationsbeschwerden verkannt wurden. Außer den spontanen Schmerzen in der Fossa iliaca dextra und dem Druckschmerz am MAC-BURNEYSchen Punkte oder etwas unterhalb desselben besteht leichte Diarrhöe, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz und Kältegefühl. Alle diese Symptome kommen mit Vorliebe einige Tage vor der Menstruation zum Ausbruch, nehmen während des Blutabganges ab, um nach der Menstruation zu verschwinden. Fast nie treten bei den betreffenden Patientinnen zwischen der Menses Appendizitis-Symptome auf, doch wiederholen sie sich oft allmonatlich. Die Pathogenese dieser Erscheinungen erklärte sich durch die Kongestion der Beckenorgane zur Zeit der Menstruation. Die Therapie bietet nichts Abweichendes. Bei wiederholten Attacken empfiehlt sich die Operation im anfallsfreien Stadium.

NIZAY: Über die elektrische Therapie des Pruritus analis.

Vortr. verwendet nur starke konstante Ströme. Er verfährt so, daß ein elektrischer Pinsel 15 Minuten lang in einer Entfernung von 15—20 cm von der juckenden Stelle gehalten wird. Zur völligen Heilung genügt dem Vortr. 3—16 Sitzungen.

Montler hat mit dem häufig unterbrochenen hochgespannten Strömen schon nach 2—3 Sitzungen Heilerfolge, die fast nie durch Rezidive gestört wurden, erzielt.

VIMENT: Über Okzipitaleuralgien bei gewöhnlicher Angina.

Unter 136 Fällen von Angina konstatierte V. 17mal das Vorkommen von Okzipitaleuralgie. Gewöhnlich war die Angina einseitig und betraf vorwiegend die rechte Seite. Die Schmerzen nehmen beim Schlucken, bei Druck auf die Nackengrube, sowie auf die Austrittsstellen der Hinterhauptnerven zu. Die Neuralgie hält oft noch mehrere Tage nach Verschwinden der Angina an. Der Zusammenhang zwischen Angina und Okzipitaleuralgie ist auf die anatomischen Beziehungen zwischen den sensiblen und den Nerven des Pharynx sowie dem II. Zervikalnerven zurückzuführen. Da die in Betracht kommenden Anastomosen keinen konstanten Befund bilden, ist auch das Auftreten der Okzipitaleuralgie bei Angina auf einzelne Fälle beschränkt.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Berliner medizinische Gesellschaft.

ORTH: Die Bedeutung der Erblichkeit für die Pathologie.

Vortr. teilt keine neuen Tatsache mit, er will nur an der Hand der neueren biologischen Feststellungen untersuchen, was von pathologischen Erscheinungen ins Gebiet der Erblichkeit gehört und was nicht. Die ärztliche Sprache läßt in dieser Beziehung an Klarheit viel zu wünschen übrig. So werden die Begriffe ererbt und angeboren sehr häufig, aber mit Unrecht als gleichbedeutend gebraucht: z. B. werden bei einem mit den Erscheinungen der Syphilis gebornen Kinde viele von ererbter Syphilis sprechen, obwohl zunächst dazu keine Berechtigung bestehe; man wisse aber zunächst nur, daß sie kongenital

sei. Was ererbt ist, sei immer kongenital, aber nicht umgekehrt. Das Erbe werde von den Vorfahren übergeben in der Keimzelle, Spermie oder Ovulum. Mit dem Moment der Kopulation beider sei das Individuum mit seinem Erbe ausgestattet; was später dazukommt, ist nicht mehr ererbt, sondern erworben. Ob diese Erwerbung im extra- oder intrauterinen Leben stattgefunden, sei gleichgültig. Zur intrauterinen Erwerbung seien alle fötalen Erkrankungen zu rechnen, z. B. angeborene Stenose des Darmes als Folge intrauteriner Invagination oder Mißbildungen durch Amnionverwachsungen, auch Gelenkverkrümmungen durch zu enge Umschließung des Fötus durch die Gebärmutter. Und wie man nur von erworbener Syphilis sprechen könne, wenn das Kind sich auf dem Wege durch die Geburtswege infiziert, so könne man auch bei intrauteriner Infektion nur von erworbener, von placentarer Infektion sprechen. Führe die Infektion zur Krankheit — zwei wohl zu unterscheidende, aber nicht immer genügend unterschiedene Begriffe! — so könne man diese als placentare Infektionskrankheit bezeichnen. Auch allgemein biologische Betrachtungen führten zu dieser Unterscheidung von Erwerbung und Vererbung; denn es müsse bei der zweigeschlechtlichen Fortpflanzung eine mindestens potentielle Gleichwertigkeit beider Keime angenommen werden; diese aber werde zugunsten der Mutter vernachlässigt, wenn man auch nach der Kopulation den mütterlichen Eigenschaften noch Einfluß auf den Fötus zugestehe.

Wenn ein abgelegtes Vogelei von einem äußeren Einfluß getroffen werde und dadurch pathologische Eigenschaften beim Hühnchen zum Vorschein kommen, so spreche niemand von Vererbung; ganz das Gleiche gelte aber für den Fötus, der zufällig noch in den mütterlichen Geschlechtswegen steckt. Man kann in ein Vogelei Tuberkelbazillen bringen und bazillenträgende Hühnchen zur Ausbrütung bringen, dies sei keine Vererbung — ebensowenig sei es Vererbung, wenn die Bazillen in einen Embryo gelangen und zufällig von der Mutter stammen; dies sei wiederum nur placentare Infektion.

Man müsse aber noch weiter gehen und dürfe nicht einmal Alles, wozu bei der Kopulation der Grund gelegt werde, deswegen schon ererbt nennen. Wenn z. B. eine Spermie, die selbst ganz gesund ist, zufällig einen Tuberkelbazillus mit sich schleppt und der Embryo tuberkulös ist (Experimente von FRIEDMANN: mit Tuberkelbazillen experimentell vermischtetes Spermia eines Kaninchenbockes), so sei auch dieses keine ererbte, sondern erworbene Tuberkulose, eine germinale Infektion. Und eine solche läge auch dann vor, wenn der Bazillus vom Vater stammt und zufällig dem Spermia beigemischt ist. Ererbt sei nur, was durch innere, morphologische, physikalische oder chemische Eigenschaften der Keimzellen begründet ist, und so zeigt es sich, daß die größte Zahl der angeborenen Krankheiten und insbesondere alle angeborenen Infektionskrankheiten nicht ererbte, sondern erworbene seien. Ob es überhaupt ererbte Krankheiten gibt, sei Vortr. durchaus zweifelhaft; denn es sei ihm fraglich, ob aus einer derartig innerlich abnormen Keimzelle regelrecht sich entwickelnde Embryonen hervorgehen. Vielleicht könne die Lebensschwäche oder unvollkommene Entwicklung der Kinder alter Eltern auf ungeeigneter Zusammensetzung der Keimzellen beruhen oder die Dystrophie der Kinder syphilitischer Eltern so erklärt werden. Dabei werde aber nicht die Krankheit als solche vererbt, sondern es lägen Besonderheiten des Baues, bzw. Chemismus von Teilen oder der ganzen Frucht vor. Diese können Krankheitsanlagen bedeuten und seines Erachtens handle es sich überhaupt wesentlich um Vererbung von Krankheitsanlagen. Wie das Keimplasma (WEISSMANN) der Träger der Kontinuität der Art sei, so sei es auch der Träger der Variabilität und phylogenetischen Weiterentwicklung. Besonderheiten desselben müßten also auch vererblichen pathologischen Eigenschaften zugrunde liegen (einzige Ausnahme: Bastardierung, wo normale Keimzellen, aber verändertes, meist pathologisches Produkt).

Die Frage spitze sich also darauf zu, wie entstehen Variationen des Keimplasmas? Aller Wahrscheinlichkeit nach durch Einwirkung äußerer Einflüsse. Diese könnten als primär, das Keimplasma zuerst oder sekundär, den Körper, Soma, zuerst treffend betrachtet werden. Beispiel für erstere sei vielleicht die Beobachtung bei der künstlichen Fischzucht, daß die Eier zu Ende der Laichzeit viel mehr Mißgeburten zeitigen, als zu Anfang derselben. Die sekundären Einwirkungen würden die Grundlage abgeben für Vererbung erworbener Eigenschaften des Soma. Ob es aber solche in Wirklichkeit gibt, sei fraglich. Man könne sich darunter manches denken, man wisse aber nichts (Beziehungen zwischen dem ganzen Körper und seinen Keimzellen). Beispiele von angeblicher Vererbung erworbener Verstümmelung, wie Zirkumzision, Katzen mit kurzen Schwänzen, seien alle nicht stichhaltig, ebensowenig, wie wegen der immer geübten Perforation des Hymens Mädchen ohne Hymen geboren werden. Auch die experimentellen Versuche (Kupieren der Schwänze von Ratten, Exstirpation der Milz, Verstümmelung des Gehirns) seien nicht gelungen. Ebensowenig sei die Entartung der Brustdrüsen der Frauen wegen Nichtgebrauchs und Vererbung dieser

entarteten Drüsen so sicher, wie die Gynäkologen dies darstellen. Am begreiflichsten seien noch die chemischen Veränderungen, welche den Körper treffen und auf das Keimplasma einwirken. Und von diesen chemischen Verhältnissen erhofft Vortr. noch am ehesten eine Aufklärung für die Zukunft.

Notizen.

Wien, 6. August 1904.

(Realschüler und Medizinstudium in Österreich.)

Eine am gestrigen Tage veröffentlichte Ministerialverordnung ermöglicht es dem österreichischen Realschulabiturienten, sich dem Universitätsstudium zu widmen, falls er eine normierte „Ergänzungsprüfung“ aus Latein, Griechisch und philosophischer Propädeutik besteht; er kann sich die zur Ablegung der Ergänzungsprüfung notwendigen Kenntnisse privat aneignen, doch wird auch an einzelnen Realschulen und Gymnasien ein nicht obligater Unterricht aus Latein, eventuell auch Griechisch, für Realschüler eingerichtet werden. — Indem wir uns vorläufig auf die Wiedergabe der Verordnung selbst beschränken, wollen wir nur hervorheben, daß in Deutschland die volle Gleichwertigkeit des Gymnasial- und Realschulstudiums hinsichtlich des Zutrittes zur Universität, bzw. zum Medizinstudium, bereits seit mehreren Jahren gesetzlich ausgesprochen ist, daß also der Realschulabiturient daselbst, wenn er die Universität beziehen will, keine „Ergänzungsprüfung“ nötig hat. Die möglicherweise nur als Übergangsbestimmung aufzufassende und der Reform des Mittelschulstudiums überhaupt präudierende Verordnung unseres Unterrichtsministers hatte den durch die verschiedene Studiendauer der beiden Mittelschultypen in Österreich derzeit gegebenen Verhältnissen Rechnung zu tragen. — Eine Vermehrung der Medizinstudierenden in Deutschland ist seit der Freigabe dieses Studiums für Realschulabiturienten nicht eingetreten.

(Universitäts-Nachrichten.) Geheimrat v. LEYDEN trägt sich — wie uns aus Berlin gemeldet wird — ernsthaft mit dem Gedanken, von seinem Lehramte zurückzutreten. — Dem Prof. PAUL JACOB hat die Charitédirektion seinen am 1. Oktober d. J. ablaufenden Vertrag nicht erneuert. — Der große Physiologe EWALD HERING in Leipzig hat am 5. d. M. seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Prof. FERDINAND HUEPPE in Prag ist vom Royal Institute of Public Health in London zum Ehrenmitgliede ernannt worden. — Der Privatdozent für interne Medizin in Straßburg i. E. Dr. HEINRICH EHRET ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Die Medizinische Gesellschaft in Leipzig hat den Direktor der Universitätspoliklinik in Heidelberg Prof. Dr. VIERORDT zu ihrem korrespondierenden Mitgliede ernannt. — Dem a. o. Professor der pathologischen Anatomie in Würzburg Dr. MAX BORST ist der Warrenpreis im Betrage von 2000 Mark, der alle 3 Jahre von dem allgemeinen Hospital des Staates Massachusetts verliehen wird, für seine Abhandlung „Neue Experimente zur Frage der Regenerationsfähigkeit des Gehirns“ zuerkannt worden.

(Abmahnung von Medizinstudium.) Eine im Auftrage des Deutschen Ärztetages von NEUBERGER (Nürnberg) verfaßte, soeben erschienene kleine Broschüre widerrät den vor der Wahl des Universitätsstudiums stehenden Abiturienten dringendst das Studium der Medizin. Die an die Direktoren von 482 Gymnasien und 131 Realgymnasien versandte Schrift schildert die ungünstigen Erwerbsverhältnisse des ärztlichen Standes und gipfelt in dem Ausspruche: „Als Erwerbsstudium kann daher das medizinische zur Zeit nicht betrachtet werden.“ Die Akte der Notwehr im ärztlichen Lager werden immer bedeutsamer und müssen doch endlich den Behörden die Augen darüber öffnen, daß es an der Zeit ist, dem notleidenden ärztlichen Stande einige Aufmerksamkeit zuzuwenden.

(Oberster Sanitätsrat.) In der letzten Sitzung gelangte ein Initiativantrag des Hofrates Prof. LUDWIG betreffend die Errichtung einer Untersuchungsstelle beim Obersten Sanitätsrate für fachtechnische, im Interesse des praktischen Sanitätsdienstes notwendige Untersuchungen (Untersuchung der Arzneimittel und Arzneispezialitäten in pharmakognostisch-mikroskopischer und chemischer Beziehung, Mineralwässerbegutachtung und Kontrolle, sanitätspoli-

zeitliche Begutachtung von Wasserversorgungsanlagen und Abwässerleitungen auf Grund mikroskopischer, chemischer, bakteriologischer Untersuchung usw.) zur Beschlußfassung. Diese neue „Untersuchungsstelle“ soll einigermaßen einen Ersatz bieten für eine Institution, wie selbe das Deutsche Reich im Reichsgesundheitsamt besitzt.

(Jubiläum.) Der um die Einführung der animalen Lymphe bei der Schutzpockenimpfung hochverdiente Geheime Sanitätsrat Dr. PISSIN in Berlin hat vor wenigen Tagen sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Militärärztliches.) Stabsarzt Dr. ALFRED SCHÜCKING hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten, dem Stabsarzte Dr. JOHANN STEINER ist der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben, Stabsarzt Dr. OTTO PELZL ist zum Garnisonsspital Nr. 7 in Graz transferiert worden.

(Eine militärzahnärztliche Klinik) ist in richtiger Würdigung der Wichtigkeit der Zahnheilpflege von der Militärverwaltung errichtet worden. Für das neue, bereits eröffnete Institut sind mehrere Räume in der ehemaligen Josefs-Akademie bestimmt und mit allen modernen hygienischen Einrichtungen versehen worden.

(Die freie Ärztwahl.) Die Ärztekammer für die Bukowina hat in ihrer letzten Sitzung die eventuelle Einführung der freien Ärztwahl bei allen Bezirks- und Genossenschaftskrankenkassen im Bereiche ihres Sprengels unter Wahrung der Interessen der derzeit bei diesen Kassen angestellten Ärzte beraten und der Landesregierung ein Memorandum vorgelegt, in welchem das derzeitige Mißverhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen scharf betont und zumal auf Unzukömmlichkeiten aus jüngster Zeit bei den Genossenschaftskrankenkassen hingewiesen wird, welche durch die freie Ärztwahl vermieden werden könnten. Die angestrebte Reform — so schließt das Memorandum — wäre nicht bloß für die Ärzte, sondern auch für die beteiligte Ärzteschaft von größtem Interesse und möglichst bald herbeizuführen. — In Straßburg i. E. ist — wie uns von dort berichtet wird — die freie Ärztwahl in der Armenpraxis eingeführt worden; bisher haben sich schon zwei Dritteile der dortigen Ärzteschaft zur Übernahme der Armenpraxis bereit erklärt.

(Die Ärztekammer für Deutsch-Tirol) hat an den tirolischen Landesausschuß die Bitte um eine beschleunigte Durchführung des Landessanitätsgesetzes und der Pensionsnorm für Gemeindeärzte gerichtet. Sie selbst wird zur Förderung ihres Petitions die notwendigen statistischen Ausweise beschaffen, sowie ein versicherungstechnisches Gutachten in dieser Angelegenheit ausarbeiten und vorlegen.

(Weibliche Ärzte bei Krankenkassen.) Aus Berlin schreibt man uns: Die Ortskrankenkasse der Gastwirte in Berlin hatte infolge der überaus hohen Zahl weiblicher Kassenmitglieder im vorigen Jahre zwei Ärztinnen angestellt. Der heutige Verwaltungsbericht äußert sich nun über die diesbezüglichen Erfahrungen nicht sonderlich günstig. Die Inanspruchnahme der Ärztinnen

war eine so auffallend geringe, daß sie in keinem Verhältnis zur Honorarleistung stand und der Vorstand sah sich daher veranlaßt, nur durch Festsetzung ermäßigter Honorarsätze, und zwar pro Kopf des behandelten Mitgliedes, eine weitere Tätigkeit der Ärztinnen zu verantworten. Die Ursachen dieser gewiß auffallenden Erscheinung sieht der Vorstand der Kasse in dem geringen Vertrauen, welches den weiblichen Ärzten noch in manchen Kreisen entgegengebracht wird.

(Statistik.) Vom 24. Juli bis inklusive 30. Juli 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6684 Personen behandelt. Hiervon wurden 1542 entlassen, 156 sind gestorben (9·17% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 61, ägypt. Augenentzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 25, Scharlach 41, Masern 138, Keuchhusten 17, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 4, Röteln 2, Mumps 7, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 708 Personen gestorben (+ 32 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Oberstabsarzt I. Kl. i. R. Dr. EDUARD SPITZER, im 60. Lebensjahre; in Lobendau der Distriktsarzt Dr. FRANZ RAEMITSCH; in Gainfarn Dr. ALFRED BRAUNER, 34 Jahre alt; in Smichow Dr. LUDWIG HORNOW; in Berlin der Chirurg Prof. Dr. ERICH BENNECKE, als Opfer seines Berufes, im Alter von 34 Jahren; in Weinfeld, im Thurgau, der Divisionsarzt Dr. JAKOB BISSEGER, 70 Jahre alt.

Vorsicht bei der Wahl des Trinkwassers möchten wir ganz besonders während des Aufenthaltes in den Sommerfrischen empfehlen, denn leider ist in vielen derselben einwandfreies Trinkwasser nicht vorhanden. Wo frisches und klares Quellwasser fehlt, gewöhne man sich daher an den Genuß der von den Ärzten empfohlenen Sauerwässer, unter denen bekanntlich der natürliche „Kronendorfer Sauerbrunn“ einen ersten Rang einnimmt. Infolge seiner günstigen Zusammensetzung ist er sowohl allein, als mit Wein oder Fruchtsäften gemischt, ein erfrischendes, die Gesundheit förderndes Getränk und in dem alljährlich steigenden Konsum liegt der Beweis, daß das konsumierende Publikum dem Kronendorfer den Vorzug vor vielen anderen Sauerbrunnen gibt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Zuckerlandl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. V. Heft. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller.
 Rud. Neurath, Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. K. 3.—
 A. Bukill, Über die Entwicklung der Pathologie und Physiologie etc. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 1.—
 F. Schenck, Kleines Praktikum der Physiologie. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 1·60.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage liegen Prospekte bei von: **Kalle & Co., chemische Fabrik in Biebrich am Rhein** über „Bismutose“ und „Orexin“; **Johann Hoff, Nährwerke in Stadlau bei Wien** über **Malzextrakt-Nahrung und Maltzym**. Wir empfehlen dieselben der geeigneten Beachtung unsrer Leser.

Creosotal-Bayer

Mesotan

wirkksamstes Creosotpräparat, hellgelb, völlig klar, fast geruchlos, von mildem Geschmack. Frei von jeder Ätz- und Giftwirkung. Anerkannt vorzügliches Präparat zur Behandlung der **Lungentuberkulose, chronischer Katarrhe, Pneumonie, Bronchitis, Influenza, Skrofulose** etc. Man verschreibt Creosotal-Bayer und Duotal-Bayer am besten in der Original-Packung. Duotal auch in Tablettenform.

Helmitol

Protargol

Aristochin

Theocin-natr. acetic.

Somatose

Hervorragendes Roborans. Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Lactagogum. In organischer Verbindung mit 2% Fe als **Eisen-Somatose**, insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.



Duotal-Bayer

weißes, krystallinisches Pulver, geruch- und geschmacklos. Duotal-Tabletten „Original-packung-Bayer“ in Glasröhren zu 20 Stück à 0·5 g. Bestes und reinstes Guajakolpräparat, frei von jeder Ätz- und Giftwirkung, selbst in großen Dosen vollkommen zuträglich. Allgemein anerkannt als vorzüglich bei allen chronischen Erkrankungen der Luftwege, speziell der **Lungentuberkulose, Pneumonie, Bronchitis, Katarrhe** etc.

Agurin

Bewährtes Diuretikum. 60% Theobromin, sonst keine differenten Bestandteile enthaltend. Gut bekömmlich; schon in verhältnismäßig geringen Gaben prompt wirkend.
 Dos.: 1,0 g 3—4mal tägl. in Oblaten oder in Pfefferminzwasser

Cannigen

Veronal

Aspirin

Crional

Heroinhydrochlor.

Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 3spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen. Von Dr. Franz Weisz, emer. Sekundärarzt in Budapest. — Beiträge zur Pathologie und Therapie der primären und sekundären anämischen Erkrankungen. Von Dr. Rudolf Hoffer in Budapest. — Referate. KEIGI SAWADA (Marburg-Niigata): Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose. — A. A. SLATKOW: Über den Blutdruck von Kindern nach GÄRTNER bei Diphtherie und Scharlach. — Th. v. HECKER (Berlin): Über die Funktionen des kindlichen Magens bei Verdauungskrankheiten. — POECK (Tilsit): Zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches bei den Eisenbahnbodiensteten. — ASAKURA (Bern): Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von EDESOHL vorgeschlagene „Nierenentkapselung“. — OPITZ (Berlin): Über Heilungsaussichten und Behandlung der puerperalen Pyämie. — CHAUFFARD (Paris): Die therapeutischen Indikationen bei der infizierten Cholelithiasis. — G. NOBL (Wien): Zur Histologie der blennorrhoidischen Deferentitis und Epididymitis. — KROEMER (Gießen): Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie? — Kleine Mitteilungen. Bewegungstherapie bei Paralysis agitans. — Anwendung von Wärme bei Erkrankungen der Haut und der Geschlechtsorgane. — Behandlung der Kopf- und Gesichtsekzeme kleiner Kinder. — Physiologische Wirkung der Radiumstrahlen. — Wirkung des Adrenalins und der Nebennierenextrakte auf das Blut. — Behandlung der puerperalen Pyämie. — Literarische Anzeigen. Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens. Klinische und anatomische Studien. Von Dr. Rudolf NEURATH. — Über Höhenkuren für Nervenleidende. Von Dr. B. LAQUER, Wiesbaden. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen.

Von Dr. Franz Weisz, emer. Sekundärarzt in Budapest.

Arbeiten über die Samenblasen sind auch heute noch selten, und es scheint ein Grund für das Fehlen von Arbeiten über dieselben ihre tief im Cavum peritonei befindliche Lage zu sein, wie dies schon GUELLIOT 1883 in seinem Buche „Über die Anatomie und Pathologie der Samenblasen“ mit Recht bemerkt.

Und doch sind noch immer viele Fragen strittig — sowohl bezüglich der Anatomie wie auch der Physiologie und Pathologie — und harren ihrer Lösung.

Im 4. Monate entsteht hinter der Harnblase aus den Wolffschen Gängen eine Ausbuchtung, woraus sich die Samenblase entwickelt. Die Samenblasen sind auf der äußeren Seite des Vas deferens gelegen zwischen Rektum und Blase.

Ihre Größe ist sehr verschieden, variiert zwischen 4—5 cm Länge, 2 cm Breite und 1 cm Dicke. Die rechte Samenblase ist meistens größer als die linke. Die Samenblasen sind Divertikel der Pars ampullaris der Ductus deferentes, welche auch innig zusammenhängen. REHFISCH gelang es, die schon von REGNERUS DE GRAAF gekannte Tatsache über diesen innigen Zusammenhang derart zu demonstrieren, daß er von der Ampulle der Duct. deferentes Berlinerblau in die Samenblasen injizierte und erst dann den ersten blauen Tropfen aus dem Ductus ejacul. austreten sah, wenn die Vesiculae seminales ad maximum dilatiert waren. Dies erklärt sich eben daraus, daß die Übergangsstelle des Ductus deferens in die Samenblase viel weiter

ist als das Lumen des engen Ductus ejacul., und daß eine Flüssigkeitsmenge stets dahin entweicht, wo ihr der geringste Widerstand entgegengesetzt wird. Die Samenblase und Ampulle des Ductus deferens wird von einem fibrösen Muskelbündel umgeben, das sich nach unten in die Prostatakapsel fortsetzt, nach oben in das Peritoneum. Aus diesen Kapseln sind sie leicht herauszuschälen, da sich dazwischen meist nur ein lockeres Bindegewebe findet, doch sieht man mitunter bei fetten Leuten ein starkes Fettpolster. M. FRÄNKEL macht auf den ganz enormen Gefäßreichtum dieser Gegend aufmerksam; bloß die Uterusgegend ist noch so gefäßreich.

Mikroskopisch sind in der Samenblase drei deutlich voneinander zu unterscheidende Schichten anzutreffen, nämlich 1. eine bindegewebige, 2. eine Muskel- und 3. eine Schleimhautschicht. Die bindegewebige Schicht ist die dünnste und enthält sehr viel Gefäße (Arterien und Venen). Die Muskelschicht besteht nach den meisten Autoren aus einer mittleren Ringschicht und einer äußeren und inneren Längsschicht, und hierdurch suchen sie die Analogie des Baues der Samenblase mit dem der Ampulle des Vas deferens zu beweisen. GUELLIOT hat im Gegensatz hierzu nur eine äußere, und zwar dünnere Längsmuskulatur und eine innere Ringmuskulatur gefunden, was auch FRÄNKEL bestätigt mit dem Hinzufügen, daß man sehr oft keinen bestimmten Übergang sehen kann.

In der Schleimhautschicht sind „sogenannte Drüsen“ vorzufinden, deren Existenz jedoch immer mehr und mehr bezweifelt wird. Noch unser MIHALKOVICS berichtet in seinem Lehrbuche von Drüsen, ebenso die meisten Autoren, wie HENLE, GEGENBAUER, HYRTL usw. Nur die neuesten Untersuchungen sprechen dafür, daß es keine Drüsen in der Samenblase gibt. Was man als Drüsengewebe ansah, waren die Ausbuchtungen und Faltenbildungen der Schleimhaut. Die Falten sind keine

Drüsen, denn sie haben keine eigenen Wandungen und tragen dasselbe Epithel wie die benachbarten Teile (GUELLIOT, FRÄNKEL).

Wenn wir die neuesten Untersuchungen von POLTIN betrachten, so finden wir, daß die Samenblasen beim Erwachsenen große individuelle Schwankungen aufweisen. Als ursprüngliche Form, von der sich zahlreiche Variationen ableiten lassen, kann jene mit schwach gewundenem Haupteingange und mit schwach entwickelten Divertikeln betrachtet werden. Die Ampulla vasis deferentis besitzt gewöhnlich einen geschlängelten Hauptgang mit meist zweiseitig angeordneten Divertikeln. Die Samenblasen entstehen im 3. Monate durch Abschnürung hohler longitudinaler Falten an den WOLFFSchen Gängen. Zu Ende des 4. Monats entwickeln sich Divertikel und Anfang des 6. Monats kann die Samenblase bereits in ihrer allgemeinen Topographie mit dem fertigen Organe übereinstimmen. Die Ampulla vasis deferentis wird von demjenigen Teil des Samenleiters gebildet, von dem die Samenblase abgeschnürt wurde, und sie entwickelt ihre Divertikel gleichzeitig mit der letzteren, und zwar durch Abschnürung longitudinaler Falten.

Nach FELIX besitzt der Ductus ejaculat. in seinem obersten Abschnitte (auf etwa 3 mm Länge) zwei Lichtungen, die eine dem Ductus deferens, die andere der Vesicula seminalis entsprechend. Diese beide Lichtungen übergehen in eine mächtige Erweiterung der Lichtung des Ductus, den sogenannten Sinus ejaculat. (FELIX). Die unterhalb desselben folgende Strecke der Lichtung des Duktus liegt exzentrisch, seiner zentralen und lateralen Fläche genähert. Die Lichtung des Ductus deferens und ebenso auch diejenige der Vesicula seminalis wird nun bei ihrer Einmündung in den Sinus ejaculat. um 90° gedreht und das gleiche erfolgt beim Übergange der Lichtung des Sinus in diejenige des übrigen Teiles des Ductus ejaculat. Die Folge davon ist, daß die Spermamasse auf ihrem Wege aus dem Ductus deferens und aus der Samenblase und den Ductus ejaculat. um 180° gedreht wird. „Das ejakulierte Sperma erhält also gleich bei seinem Eintritte in den Sinus urogenit. eine Drehbewegung um seine Längsachse und wird sich infolge derselben in einer Schraubenlinie durch die Harnröhre und Vagina, resp. Uterinhöhle weiterbewegen.“ Kaudalwärts vom Sinus ejaculat. bleibt sich die Lichtung des Ductus ejaculat. ziemlich gleich in Bezug auf ihre Form und auf die Richtung ihres langen Querdurchmessers; nur eine geringere Größenabnahme des letzteren ist zu bemerken: „Auch damit erhalten wir gleiche mechanische Verhältnisse für den Durchtritt der Spermamasse, wie sie für das Projektil in dem Laufe des modernen Gewehres gegeben wird, dessen Seele sich ja auch nach vorn zu verengt.“ In der dorsalen und medialen Wand des Ductus ejaculat. konnten fünf Anhangsgebilde nachgewiesen werden. Individuelle Variationen dieser Zahlen sind wahrscheinlich.

Von diesen Anhängen erweisen sich (bei Zählung von unten nach oben) der erste und vierte als echte Divertikel der Lichtung des Duktus, der zweite und dritte als aggregierte tubulöse Drüsen, der fünfte als eine grosse Drüse ähnlich denen in der Wand des Ductus deferens und der Vesicula seminalis.

Die Muskulatur gehört nicht zum Duktus, sondern zu den Anhangsgebilden; diese letzteren, nicht die Lichtung des Duktus selbst, werden von ihr umfaßt. Erst in der Höhe des Sinus ejaculat. umfaßt die Muskulatur auch direkt die Duktuslichtung. Die longitudinale Muskellage findet sich nur an bestimmten Teilen des Duktus und auch da nur an der medialen und lateralen Wand. Die zirkuläre Lage besteht aus schrägen, zirkulären und auch longitudinalen Muskelzügen. Die Schleimhaut der Lichtungen ist gefaltet und enthält geschichtetes und einfaches, aber hohes Zylinder-epithel. Überall sind gelbe Pigmentkörperchen. Von den Falten der Mukosa gehen einfache und T-förmige Divertikel aus; sie enthält ferner echte tubulöse Drüsen, und zwar submukös

und intermuskulär gelagerte. Morphologisch scheint es ausgeschlossen, sie von persistierenden Urnierkanälchen abzuleiten. Sie sind morphologisch ungleichwertig. Während die einen (1 und 4) den Divertikeln des Ductus deferens und der Samenblase homolog sind (und daher auch Samenfäden enthalten können), entsprechen 2 und 3 den Prostata-drüsen. Es sind demnach zwei Haufen von Prostata-drüsen, ein kranialer kleinerer am Ductus ejaculat. und ein kaudaler größerer, die eigentliche Prostata. Komparativ anatomische Tatsachen stützen diese Anschauung: Bei gewissen Affenarten findet sich eine deutliche Spaltung der Prostata in zwei Teile, der eine wird vom Ductus ejaculat. durchbohrt, der andere entspricht der eigentlichen Prostata.

An der Pars ampullaris ductus deferentis und an der Samenblase findet sich nicht die gewöhnliche Muskulatur. In den kaudalen Abschnitten beider Organe läßt sich keine geschlossene Längsmuskulatur nachweisen, und ferner besteht die Ringmuskulatur nicht nur aus zirkulär, sondern auch aus schräg- und längsverlaufenden Bündeln. In der Schleimhaut beider Organe finden sich dieselben Falten, Divertikel und Drüsen wie im Ductus ejaculat. Außerdem kommen hier noch besondere drüsenförmige Bildungen vor. Ein Ausführungsgang mündet in eine Blase mit gelappter Wandung; eventuell hängen auch mehrere dieser Blasen durch Verbindungsgänge zusammen. Als eine solche vergrößerte Drüse ist der fünfte Anhang des Ductus ejaculat. aufzufassen.

Nach den Untersuchungen von AKUTSU (Japan) bestanden die Schichten der Muskulatur der Samenblasen zumeist aus der äußeren longitudinalen und der inneren zirkulären Schicht, hie und da sah man jedoch auf der inneren Seite der zirkulären Schicht einzelne zerstreut liegende, längsverlaufende Muskelfasern, welche keine deutlich abgegrenzte Schicht hatten. Die Gestalt der Epithelzellen betreffend ist die Grundform wohl wesentlich zylindrisch, aber bei Erwachsenen kommt am häufigsten die kubische Form vor. AKUTSU sah das Epithel auf der Höhe der Vorsprünge niemals drei oder mehrfach geschichtet, sondern einschichtig. Die Frage der Existenz von Drüsen betreffend sind die Ansichten dahin geteilt, ob nämlich die Samenblasen entweder nur ein Reservoir des Samens seien, ob sie ausschließlich selbständige Sekretion leisten, oder ob sie beide Funktionen vereinen. Es scheint, daß in denselben ein spezifisches Sekret produziert wird. AKUTSU fand ebenfalls in den Samen keine besonderen Drüsen vor, sondern das Epithel leistet überall selbst sekretorische Funktionen, ohne daß ein Unterschied zwischen den auf der Höhe und den in der Ausbuchtung der Falten liegenden Epithelien bestände. Die Hauptproduktion des Sekretes scheint vielleicht während der geschlechtlichen Erregung zu geschehen, ohne daß sämtliche Zellen zu gleicher Zeit tätig wären. Elastische Fasern kommen hauptsächlich in der Bindegewebsschicht und im Subepithel vor und die Entwicklung geschieht langsam bis zum 30. Jahre. Elastische Fasern kann man beim Neugeborenen nicht finden, erst später mit dem zunehmenden Alter tritt die Vermehrung und Verdickung der Fasern ein; im Greisenalter tritt kein bemerkenswerter Schwund des elastischen Gewebes ein, doch kann man höckerige Verdickung, klumpige Umwandlung wahrnehmen. Pigment kommt außer in Epithel und Muskelzellen auch in den Bindegewebszellen vor. Die Pigmentablagerung ist nach der Pubertät eine regelmäßige Erscheinung. Die Pigmentierung wechselt und hängt von verschiedenen Momenten (Alter, Krankheit usw.) ab.

Die Physiologie der Samenblasen gab den Physiologen schon viel zu denken. Seitdem dieselben von FALLOPIA im Jahre 1562 beschrieben wurden, hat sich Jahrhunderte lang über die physiologische Bedeutung dieser Organe eine Meinungsverschiedenheit darüber erhalten, ob man die Samenblasen als Reservoir für den Samen oder als selbsttätige Drüsen aufzufassen habe. Zwei Lager standen einander gegenüber, FALLOPIA und REGNERUS DE GRAAF sahen die Samenblasen als Samen-

behälter an, während andererseits WHARTON, VAN HORNES, SWAMMERDAM und HUNTER die Samenblasen lediglich als Sekretionsorgane auffassen zu müssen glaubten. Die Entscheidung dieser Frage wurde sogar auf GRAAFS Veranlassung der „Royal Society“ in London seinerzeit überlassen; allein auch diese wissenschaftliche Gesellschaft vermochte kein definitives Urteil abzugeben. Seit der Mitte dieses Jahrhunderts erst hat man sich gewöhnt, den Samenblasen eine doppelte Funktion zuzusprechen. Da nach den neuesten Untersuchungen — wie oben zu ersehen — in den Samenblasen keine Drüsen vorhanden sind, ist die Frage abermals eine offene, denn daß das Epithel selbst überall bloß sekretorische Funktion leistet, ist noch nicht gänzlich bewiesen.

Nach KAYSERS Untersuchungen sind „die Samenblasen Organe, deren Wandungen ein eiweißartiges Sekret liefern, welches sich in den Blasen selbst ansammelt. Sie sind Rezeptakula für ihr eigenes Sekret, dessen physiologische Bedeutung noch nicht bekannt ist. In dem Inhalt der Samenblasen finden sich bald mehr, bald weniger Samenfäden, jedoch nicht so regelmäßig und nicht so zahlreich, daß man deshalb die Samenblasen auch als Sammelbehälter für die Spermatozoen ansehen könnte.“ In den Samenblasen gesunder, im Zeugungsalter stehender Männer sind stets Spermatozoen vorzufinden, jedoch oft gelingt dies auch nicht — so sah ich unter 10 Fällen bloß drei — und sie sind daher ausschließlich als Reservoir für das Hodensekret sicherlich nicht anzusehen. Sie produzieren eine eiweißhaltige Flüssigkeit (eine Proteinlösung), ob nur bei der geschlechtlichen Erregung, oder auch außerhalb dieser Zeit, oder fortwährend, ist noch nicht mit Gewißheit entschieden. Die Hauptproduktion geschieht höchstwahrscheinlich bei der Libido, denn hierfür spricht ihre reiche arterielle Blutversorgung. Welchen Zweck dieses Sekret in den Samenblasen erfüllt, ob es dazu dient, daß die Samenfäden in demselben ihre Vitalität behalten, oder ob die Flüssigkeit notwendig ist, um das Spermasekret zu vermehren und dann das Sperma in den weiblichen Genitalien nach der Ejakulation möglichst weit zu verteilen, ist noch immer ungewiß, ist immer noch Hypothese. Selbst das wissen wir noch nicht gewiß, wie die Samenfäden in die Samenblasen gelangen. Schon REGNERUS DE GRAAF hat nachgewiesen, daß aus dem Ductus ejaculat. erst dann ein Tropfen Flüssigkeit ausfließt, nachdem die Samenblase ganz prall angefüllt war, und neuerdings bestätigte dasselbe REHFISCH. Es bleibt nun nur noch unklar, wie die Samenfäden aus dem Hoden dorthin gelangen. WALDEYER meint: „Die geschlechtlichen Erregungen, welche auf die männlichen Individuen einwirken, lösen höchstwahrscheinlich Bewegungen der Nebenhoden- und Ductus deferens-Muskulatur aus, durch welche nach und nach das Hoden- und Nebenhodensekret mit seinen Spermien in die Samenblasen zur Ansammlung und Aufbewahrung befördert wird.“ Wozu beim Menschen für den Samen ein Reservoir nötig ist, wissen wir auch noch nicht; aber es ist möglich, daß es, wenn im menschlichen Organismus kein Organ wäre — abgesehen von dem beschränkten Raum in der Epididymis —, um dieses Hodensekret aufzunehmen, naturgemäß zu Stauungen im Vas deferens kommen müßte, und eventuell würde sogar durch Überwindung des Tonus der Muskulatur der Ductus ejaculat. eine fortwährende Spermatorrhöe eintreten. Dagegen ist nun durch das Reservoir erstens für genügenden Abfluß aus dem Vas deferens gesorgt, und zweitens, wie BACHET nachgewiesen hat, auch für eine wiederholt ausgeführte Kohabitation genügender Vorrat vorhanden.

Einzelne Autoren sind sogar soweit gegangen, daß sie behaupteten, daß erst durch die pralle Anfüllung der Samenblasen bei den Tieren die Geschlechtstlust produziert wird, jedoch STEINACHS Tierexperimente bei Fröschen haben bewiesen, daß trotz Exstirpation der Samenblasen ihre Geschlechtstlust nicht leidet.

Da nach den FÜRBRINGERSchen Untersuchungen ein befruchtungsfähiges Sperma zum mindesten aus drei Komponenten

besteht — dem Hoden-, Samenblasen- und Prostatasekret, zu dem noch das Sekret der COWPERSchen Drüsen hinzutritt — stellte REHFISCH Kontrolluntersuchungen an, und kam zu dem Schlusse, daß das reine Hodensekret keineswegs zur Befruchtung ausreicht; es ist möglich, daß das Fehlen der entsprechenden Flüssigkeitsmenge dies verschuldet, vielleicht übt das Sekret der Prostata und der COWPERSchen Drüsen eine chemotaktische Wirkung auf die Spermatozoen aus. (Schluß folgt.)

Beiträge zur Pathologie und Therapie der primären und sekundären anämischen Erkrankungen.

Von Dr. Rudolf Hoffer in Budapest.

Die Verarmung des Blutes an Farbstoff bildet in allen ihren klinischen Erscheinungsformen und Symptombildern eine ungemein wichtige Anomalie der Blutzusammensetzung. Zunächst darum, weil der Blutfarbstoff, das Hämoglobin, als Sauerstoffträger, wegen seines regelmäßigen Bestandes an Eisen und Eiweißkörpern ein wichtiges Element des Organismus darstellt, von dessen Zusammensetzung die grundlegendsten Lebensvorgänge abhängig sind. Im allgemeinen kann man den Satz aussprechen, daß anämische Prozesse primärer oder sekundärer Natur im klinischen Bilde sehr vieler Erkrankungsprozesse gegenüber den Symptomen anderer Kategorie in den Vordergrund getreten sind. Andererseits lehrte uns die durch die exakte Methodik der Blutuntersuchung geförderte klinische Diagnostik, daß mancher pathologische Symptomenkomplex, den man früher ohne genaue Blutuntersuchung unter den Sammelbegriff der Anämie einreichte, von diesem losgelöst und aus der ganzen Krankheitsgruppe ausgeschieden werden müsse, weil die strengen Kriterien der Hydrämie, der Leukämie oder der perniziösen Anämie nicht oder nur zum Teile zutrafen. Die Hämatologie, die Lehre von der diagnostischen Prüfung der Blutzusammensetzung, ist in den letzten 15 Jahren eine außerordentlich wichtige Hilfsmethode der klinischen Untersuchung geworden. Durch sie ist in manche vorher ungeklärten Beziehungen zwischen Organveränderungen, Vorgänge bei der Sekretion und der Exkretion und der Blutzusammensetzung einige Klärung gebracht worden.

Allein soweit wir heute das durch die mikroskopische und chemische Technik der Blutuntersuchung gewonnene Tatsachenmaterial überblicken, soweit uns Färbemethoden, Cytodiagnose, Gefrierpunkt-, Zähl- und Färbekraftbestimmungen verlässliche Anhaltspunkte für unsere Diagnose an die Hand geben, haben wir dennoch keinen Anlaß, der wissenschaftlichen Ausbeute, die niemand von uns Ärzten unterschätzt, die für die Praxis, für die Therapie der Blutkrankheiten gewonnenen Ergebnisse der theoretischen Forschung als gleichwertig an die Seite zu stellen. Denn wir müssen uns gestehen, daß die differentielle Scheidung und die klare Einsicht in die charakteristischen Merkmale der einzelnen Blutkrankheiten durch die Hämatologie bis auf den heutigen Tag nicht erreicht wurde. Durch die mühsamen, ein ganzes Sonderwissen erfordernden Methoden der Hämatodiagnostik ist nur eine verschwindend geringe Nutzenanwendung für die sichere Scheidung und exakte Erkennung der einzelnen verwandten Krankheitsbilder gewonnen worden. Trotz der Förderung der Theorie der Blutkrankheiten und der Hinweise auf die Genese der Einzelformen ist dem wichtigsten Teile der praktischen Medizin, nämlich der Krankenbehandlung, durch die Blutforschung ein höchst spärlicher Vorteil erwachsen. Die experimentelle Pathologie und die chemische Physiologie sind aber andererseits in dem Maße in die elementaren Vorgänge des Körperhaushaltes eingedrungen, daß die wichtigen Funde auf dem Gebiete der Blutbildung und -Regeneration,

dem Auf- und Abbau der Organgewebe, dem Stoffumsatz und der Ausscheidung, sowie vieles andere für die therapeutische Methodik, für die Mittel, Wege und die Ziele einer rationellen, d. h. ätiologisch begründeten Therapie wertvoll werden mußten.

In einem lebhaften Kontraste zu den Fortschritten der wissenschaftlichen Blutuntersuchungen steht die Therapie der primären und der sekundären Anämieformen auch heute noch nahezu auf dem gleichen Punkte wie vor 20 Jahren. Von einigen Einzelfortschritten abgesehen setzt sich unsere Therapie der Blutkrankheiten aus der tunlichsten Erfüllung der symptomatischen Indikationen zusammen, denen ja die alten Ärzte der vorhämato-logischen Epoche mit gleicher Sicherheit und mit nicht minderer individualisierender Beobachtungsschärfe wie heutzutage zu entsprechen verstanden. Waren wir somit durch die hämatologischen Studien in der Therapie der Blutkrankheiten nur wenig vorwärts gekommen, so haben andererseits doch die großen Fortschritte der Arzneimittelchemie in empirischer Weise für die erfolgversprechende Behandlung der Blutkrankheiten insofern eine neue Ära inauguriert, als wir dahin gelangt sind, praktisch wertvolle Arzneikombinationen in die Hand zu bekommen, welche den theoretischen Bedingungen gemäß nützlich sein konnten. Durch die erleichterte Resorption dieser Arzneikörper werden dem erkrankten Blute, den experimentellen Voraussetzungen entsprechend, jene Stoffe in vermehrtem Maße oder ersatzweise zugeführt, welche das wesentliche Defizit desselben ausmachen. Den Höhepunkt der Entwicklung hat die Fabrikation der Eisenpräparate, wie uns nach unseren ausgedehnten Untersuchungen auf diesem Gebiete klar geworden ist, dadurch erreicht, daß man die genuinen Eisenverbindungen, wie sie im nativen Blute vorhanden sind, für die Herstellung der Eisenmittel heranzog. In dieser dem lebenden Tierkörper entnommenen Form ist die Resorption und die gründliche Ausnutzung des Eisens im erkrankten Organismus durchaus gesichert. Seit den Experimenten von BUNGE, QUINCKE, v. ZIEMSEN, SCHMIEDEBERG u. v. a. wissen wir, daß das für die Blutbildung nötige Eisen mit den Nahrungsmitteln zugeführt werde und darum im Falle des Eisendefizites im Organismus am besten auf dem Wege der Ernährung in gesteigertem Maße einverleibt werden solle. Bekanntlich hat BUNGE im Eidotter einen eisenhaltigen Eiweißkörper, das Hämatogen entdeckt. MARFORI isolierte die gleiche Substanz aus der Leber des Schweines, in welcher sie sich in einer Menge von 6% vorfand, u. zw. nicht in der Form der gewöhnlichen Albuminate, sondern in organischer Bindung. Diesem Präparate gab er den Namen Ferratin. Nach SCHMIEDEBERG wäre das Ferratin eine Eisenverbindung, die im Organismus fertiggebildet enthalten ist und die mit den Nahrungsmitteln aufgenommen und in den Geweben als Reservesubstanz für die Blutbildung aufgespeichert wird. Es fördert somit das Ferratin nicht bloß die Ernährung und die Zunahme der Körpersubstanz und der Säftemasse, sondern es ersetzt unter pathologischen Verhältnissen den mangelhaften Eisenbestand des Körpers.

Die Richtung der Ernährungs- und der Eisentherapie, wie wir sie gegenwärtig als die herrschende zu bezeichnen berechtigt sind, hat den Eisen-Eiweißverbindungen die erste Rolle zuerkannt. Die ausgedehnte Erprobung dieser Arzneigruppe verbürgt uns die praktisch erfolgreiche Wirksamkeit ihrer Repräsentanten. Naturgemäß verdienen die im Körper vorgebildeten Verbindungen vor allen fabrikmäßig hergestellten Kompositionen eo ipso den Vorzug darum, weil ihre organische Bindung dem Körper Albuminate zuführt, welche sofort im Stoffwechsel ausgenutzt werden.

Die synthetischen Produkte, welche in spekulativer Weise die Vorbilder der Natur nachzuahmen versuchen, sind, trotz ihrer richtigen Komposition und ihrer demzufolge ganz zweckmäßigen Verwertung dem präexistierenden Ferratin nicht ebenbürtig.

Ohne auf die Vergleichung mit anderweitigen Präparaten näher einzugehen, wollen wir uns mit der therapeutischen Verwendung des dem natürlichen völlig adäquaten Ferratin in der Klinik der Anämieformen und der sekundären Blutverarmung eingehender beschäftigen.

Die experimentellen und klinischen Studien von JAQUET und KÜNDIG, von FILIPPI, BATTISTINI, VARESE u. a. haben den Beweis erbracht, daß die Resorption des Ferratins durch den Verdauungskanal in einem Maße statthat, wie bei keinem der sonst angewendeten Eisenpräparate. Die Ziffern der genannten Beobachter ergeben Ausnutzungswerte von 15·5—60% des eingeführten Eisens. Unsere eigenen, auf Jahre sich erstreckenden Beobachtungen haben im Durchschnitte ebenso hohe Werte, rund 50% ergeben.

Wir dürfen sagen, daß wir seit dieser gründlichen Erprobung dem Ferratin und der Ferratose, dem in flüssiger Form hergestellten Präparate einen besonderen Platz in unserer Arzneiverschreibung eingeräumt haben und denselben den Vorrang vor sämtlichen Eisenmitteln geben. Wir waren nie genötigt, bei entsprechender Dosierung, bei der richtigen Darreichung und bei einer dem einzelnen Krankheitsfalle angepaßten, ausreichend langen Verabreichung einen Mißerfolg zu verzeichnen und ein anderes Präparat verordnen zu müssen.

Ferratin ist eine hochmolekulare organische Eisen-Eiweißverbindung und stellt ein hellbraunes, leicht lösliches, geruch- und geschmackloses Pulver dar. Die Lösung trübt sich beim Erhitzen nicht und koaguliert auch beim Kochen nicht. Das Präparat ist nach unseren eigenen Kontrollprüfungen steril und absolut bakterienfrei; es zieht keine Feuchtigkeit an, ist somit unbegrenzt haltbar, so daß eine Schimmelbildung, wie sie bei anderen analog oder nachahmlich hergestellten Verbindungen eintritt, bei Ferratin, in welcher Zubereitungsform immer es auf den Markt gelangt, niemals zu beobachten ist. Ferratinlösungen fanden wir von neutraler Reaktion und sie binden daher, was gegenüber anderen Eisenmitteln besonders wertvoll in Betracht kommt, die ohnedies bei Chlorosen und verwandten Krankheitsformen gewöhnlich in geringen Mengen verfügbare Magensäure nicht. Aus diesen Gründen eignet sich das Ferratin namentlich bei Krankheitszuständen des Blutesystems, bei welchen verminderter Salzsäuregehalt der Magenflüssigkeit, Hypazidität, besteht, wie dies bei zahlreichen Fällen von Anämie, Chlorose und allgemeiner Blutarmut der Fall ist, bei welchen sich der Magen überdies gegen andere Arten der Eisenmedikation, wie namentlich gegen die neueren Eisen-Nährmittelpulver, nicht als tolerant erweist. Ferratin äußert zudem keinerlei Reizwirkung auf die Verdauungsfunktionen, es schädigt die Zähne nicht, verursacht weder Diarrhöe noch Stuhlverstopfung, es ist, um es kurz zusammenzufassen, leicht verdaulich, wird gut vertragen, sehr rasch und leicht resorbiert und entfaltet eine exakte, von allen Unbekömmlichkeiten freie Wirkung. Nachteilige Effekte bekunden sich, selbst nach sehr lange fortgesetztem Gebrauche durchaus nicht, jedwede unerwünschte oder störende Nebenwirkung fehlt diesem Eisenpräparate vollkommen.

Die Arzneiverwendung des Ferratin geschieht entweder in Pulver-, Tabletten oder in flüssiger Form. Wir haben in unserer ausgedehnten, weit über 100 Fälle umfassenden Beobachtungsreihe sehr häufig von der Pastillen- oder Pillenform, mit oder ohne Schokoladebeimischung resp. -Überzug Gebrauch gemacht. Das Präparat wird in diesen Zubereitungen sehr gern und willig genommen. Unsere Pillenverschreibung geschah derart, daß wir Pillen mit 0·1—0·2 Ferratin herstellen ließen, denen wir mitunter je nach Bedarf einen Tropfen Solutio arsen. Fowleri zufügen ließen. Es ist nach dieser Dosierung naturgemäß erforderlich, bis zu 8—12 Pillen pro die wochen-, selbst monatelang fortgebrauchen zu lassen, wenn man auch nur den geringsten Effekt bei einigermaßen schwereren Krankheitsprozessen der blutbereitenden Apparate erzielen will.

In dieser Weise haben wir seit einer Reihe von Jahren das Ferratin bei den verschiedenen Formen und Graden der Chlorose und der sekundären Anämien in Anwendung gezogen und können uns über die damit erzielten Erfolge sehr befriedigt äußern. Wir erachten es nicht für nötig, uns nach einem eventuell besseren Ersatz aus der Reihe der neueren Substanzen ähnlicher eisenführender Kombinationen umzusehen, weil wir eines solchen Ersatzes bei korrektem, lange andauerndem Ferratingebrauche entbehren können. Die methodische Erprobung, welche dem Ferratin schon zuvor an Kliniken und Krankenabteilungen zuteil geworden ist, hat auch nach unseren vielfältigen Untersuchungen an Erwachsenen und Kindern seine Wirksamkeit bei Erkrankungen der blutbereitenden Organe, bei Schwächezuständen und Blutarmut nach erschöpfenden akuten und chronischen Krankheiten und in der Rekonvaleszenz glänzend dargetan und ihm eine wichtige Stelle unter den im Arzneischatze verfügbaren Heilmitteln bei Blutkrankheiten zugewiesen. Eine neuerliche Besprechung seiner guten therapeutischen Effekte wäre daher völlig entbehrlich. Allein unter der großen Anzahl der von uns mit Ferratin behandelten Kranken findet sich mancher besonders markante Fall, der einer besonderen Erwähnung bedarf; andererseits hatten wir, dies erfordert eine besondere Hervorhebung, mit Ferratin häufig dort sehr schöne Erfolge, wo wir solche wegen des Versagens anderer, dem Ferratin als überlegen bezeichneter Mittel, nicht das Geringste hätten erwarten dürfen. Diese überraschende Beobachtung hat uns zu starken Anhängern dieses souveränen Eisenpräparates gemacht. Wir können es heute mit allem Nachdrucke gegenüber den zahllosen Lobhymnen auf alle erdenklichen Neuerscheinungen des pharmazeutischen Marktes, die z. B. längst nicht mehr lebensfähig geblieben sind, hervorheben, wie befriedigend der Erfolg der einfachen Ferratinmedikation in der großen Majorität der Fälle ausgefallen ist. Ein Teil unserer Krankheitsfälle, die wir mit dem Präparate behandelten, wurde, um Täuschungen in den Beobachtungsergebnissen zu vermeiden, von einem oder dem anderen Kollegen gleichzeitig in Observanz gehalten. Andererseits wurden in unseren Beobachtungsreihen durch mikroskopische Blutuntersuchungen, Färbekraft- und hämatochrome Bestimmungen vor, während und nach der Ferratindarreichung genaue Kontrollen geübt; durch vergleichende Zusammenstellung unserer therapeutischen Ergebnisse mit den von anderen Seiten bekanntgemachten klinischen Beobachtungen und den darin verzeichneten Ferratinerfolgen gelangen wir zu einem Resultate, das uns immer mehr in der Ansicht bestärkt, das Ferratin sei als Eisenmittel, welches die Blutbildung und -Regeneration energisch anregt und die Gesamternährung in weiterer Folge in die Höhe bringt, der großen Mehrzahl der Eisenpräparate zumindest ebenbürtig, den Nährmitteln aber insgesamt überlegen.

In unserer großen Reihe von Aufzeichnungen, die hier in ihrer Gesamtheit wiederzugeben der Raum nicht ausreicht, findet sich eine erhebliche Zahl von Personen, deren Gesamtbefinden durch die Verbesserung der Blutzusammensetzung in ganz wesentlichem Maße gefördert werden konnte. Diese in ihrer Ernährung vorher, unter Gebrauch der verschiedensten Heilagenzien der physikalisch-diätischen Therapie nicht oder nur langsam emporzubringenden Kranken nahmen unter Ferratindarreichung (in der Dauer von 2—8 Monaten), vermöge der appetenzbefördernden Wirkung des Mittels in Pillenform oder als Flüssigkeit (Ferratose) in dem Maße zu, daß ihr Gesamteindruck den völligen Umschwung im gesamten Körperhaushalte bekundete. Auf Grund gewissenhafter Beobachtungen dürfen wir uns dahin aussprechen, daß bei einer Reihe chlorotischer Mädchen durch entsprechend energischen Ferratingebrauch sogar eine Heilung der Chlorose im klinisch-hämatologischen Sinne angebahnt oder erzielt wurde. Wir sind uns dessen wohl bewußt, daß ein solcher Heileffekt bloß unter Heranziehung der strengsten Kriterien und nur mit den größten Kautelen ausgesprochen werden darf. Allein in

einzelnen Fällen lehrte das weiter im Auge behaltene Befinden sowie das Verhalten des Blutbefundes, daß wir von Heilung der Chlorose sprechen konnten, eine Tatsache, die sich in den Arbeiten von QUINCKE, ZIEMSEN, LITTEN, v. NOORDEN, HAYEM, KAHANE u. v. a. verzeichnet findet.

Unter der größeren Beobachtungsreihe, welche uns über Chlorosefälle der verschiedensten Grade und der individuellen Färbung der Einzelsymptome zur Verfügung steht, wollen wir als Belege für die Typen des Verlaufes und für ausgesprochene Heilerfolge einzelne Details an der Hand von Krankengeschichten anführen:

I. Sp. M., 19 Jahre alt, Dienstmädchen, stand durch 4 Monate wegen Chlorose in Behandlung. Mit 12 Jahren erste Menses, bis vor 5 Monaten regelmäßig. Seitdem pausierten diese, es stellte sich zunehmende Müdigkeit, Schwäche, blasses Aussehen und Arbeitsunfähigkeit ein. Bei der Aufnahme des Status erwies sich das Gesicht als wachsbleich, die Schleimhäute exzessiv anämisch, die Muskulatur sehr schlaff, das Fettpolster sehr gering. Die Blutuntersuchung ergab 45% Hämoglobin, 3,400.000 rote Blutkörperchen. Das Körpergewicht betrug $45\frac{3}{4}$ kg, der Urin bot keine qualitativen Abnormitäten dar; Harnstoff 17‰. Sogleich leiteten wir die Ferratinbehandlung in Pillenform (à 0.1, 8 Stück täglich, später bei guter Toleranz und gebessertem Allgemeinbefinden auf 10 und 12 Stück steigend) ein. Nach dreiwöchentlicher Behandlung, während welcher Pat. nur leichterer Handarbeit oblag, stellten sich die Menses wieder ein, worauf eine Leukorrhöe mäßigen Grades für eine Woche zurückblieb. Nach weiteren 4 Wochen wurde neuerlich der Blutbefund erhoben; es fand sich ein Hämoglobinwert von 55% und 3,900.000 rote Blutkörperchen. Nunmehr schritt unter Einnehmen von 12 Pillen pro die die Besserung rasch vorwärts; das Mädchen erlangte in Kürze wieder eine blühende Gesichtsfarbe und gerötete Lippen; sie nahm an Gewicht binnen $2\frac{1}{2}$ Monaten um $4\frac{3}{4}$ kg zu, zeigte Fettansatz und fühlte sich derart gekräftigt, daß sie ihren Dienst wieder aufnahm.

Nach einer dreimonatlichen Pause, während welcher sie jeden Monat durch je 14 Tage 6 Ferratinpillen täglich einnahm, hatte sie ein Körpergewicht von 53 kg erlangt, hatte 65% Hämoglobin und 4,150.000 rote Blutzellen. Die anämischen Gefäßgeräusche waren nahezu gänzlich geschwunden; der Harnstoffgehalt auf 22.5‰ gestiegen.

Seine vorzügliche Wirksamkeit bekundete das Ferratin weiters in dem folgenden Krankheitsfalle:

II. A. P., 15 Jahre alt, sehr blaß, von schwächlichem, äußerst grazilem Körperbau, bisher noch nicht menstruiert, zu Ohnmachten neigend. Blutbefund: 2,700.000 rote Blutzellen, Hämoglobingehalt 32%, also eine Blutzusammensetzung, welche an perniziöse Anämie erinnerte. Der Erfolg der Ferratinkur zeitigte bei dieser äußerst hochgradigen Deterioration des Blutes einen erstaunlichen Erfolg. Das Mädchen wurde naturgemäß vom Schulbesuche ferngehalten, zu Bette gebracht und 10 Wochen lang darin belassen. Anfänglich scheiterte jeder Versuch einer Mastkur an der Unmöglichkeit Nährstoffe, namentlich in konzentrierter Form (Eier, Käse, Fleisch, Butter, Kefir), zuzuführen, an dem unüberwindlichen Widerwillen, ja Ekelgefühl der jungen Kranken. Mit dem ersten Versuche der Ferratindarreichung (in Pulverform, dann nebstbei in Gestalt der Ferratose) gestaltete sich die Situation bereits etwas besser. Ganz allmählich begann sich unter dem Einflusse des leicht verdaulichen, wohlgeschmeckenden Eisenpräparates die Eßluft zu heben, um nach und nach erheblich anzuwachsen, so daß wir in der 5. Woche auf voller Höhe einer energischen und besten Erfolg versprechenden Mastkur angelangt waren. Pat. verzehrte unter fortgesetztem Ferratingebrauche (12—15 Pillen pro die à 0.1 Ferratin mit Schokoladefüberzug) zwei Beefsteaks mit Ei, 2 l Milch, 125 g milden Käse und einen Liter Spatenbräubier täglich; abends Schinken (8—10 dg), 2—4 Eier oder Milchspeise. Die Besserung im Blutbefunde trat in ständig steigender Linie ein: von 3 Millionen bis auf 3,700.000 roter Blutkörperchen, bei relativer Verringerung der weißen; die Färbekraft stieg sehr rasch von 34 auf 72%, somit eine geradezu verblüffende Wirkung bei 12wöchentlicher Behandlung.

In ihrem Gesamtbefinden, ihrem Aussehen und Habitus war die überzarte, schwächliche Kranke nicht wieder zu erkennen; sie war vom Kinde zur blühenden Jungfrau geworden. Die Gewichtszunahme betrug in diesen 3 Monaten $14\frac{1}{2}$ kg. Wir wollen diesen eklatanten Effekt nicht, wie manche Panegyriker auf die neuesten Eisen-Eiweißpräparate, ausschließlich dem Ferratin zuschreiben. Die letzte Ursache für die erstaunliche Besserung im Gesamtbilde dieses Krankheitsfalles ist in dem Gelingen der Mastkur zu suchen; diese war aber unserer Überzeugung nach nur unter der mächtig appetitbefördernden Ferratinmedikation angebahnt und zu vollem Gelingen gebracht worden. Denn bei wiederholten früheren Versuchen, das körperlich zurückgebliebene Mädchen durch Eisenmittel und Nährpräparate für eine Mastkur tauglich zu machen, war ein absolutes Fehlschlagen aller Maßnahmen zu verzeichnen gewesen. Insgesamt hatte unsere Kranke an 2000 Ferratinpillen und 12 Flaschen Ferratose verbraucht und die Einnahme bloß während der zum ersten Male nach 10wöchentlicher Mastkur aufgetretenen reichlichen Menses pausiert. Der Fall darf rücksichtlich eines noch nach 12 und nach 18 Monaten konstatierten Hämoglobingehaltes von 82% (zuletzt im Sommer 1903 bestimmt) und von 3,820.000 Erythrozyten als geheilt erklärt werden.

Sehr rasch war die völlige Genesung bei zwei sehr blutarmen Personen, einem 19jährigen Jüngling O. G. und einem $7\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen A. D., bei denen durch jahrelanges Beharbergen von Bandwürmern eine hochgradige sekundäre Anämie zur Ausbildung gekommen war. Nach Beseitigung der Entozoen war die Besserung der Blutzusammensetzung eine mangelhafte; völlige Erholung und befriedigendes Aussehen, Aufblühen und gebesserter Ernährungszustand ließen lange auf sich warten. Die Verabreichung von 8 Ferratinpillen täglich erzielte sehr gute Erfolge; in 5wöchentlicher Behandlung stieg der Hämoglobingehalt von 39 auf 67%, resp. von 52 auf 87%, die Harnstoffausscheidung von 17 auf $22\frac{1}{2}$ ‰, resp. von 18.5 auf 23‰.

Von unseren hier in Rechnung gezogenen zahlreichen Krankheitsfällen, die gegen ihre anämische Leiden mit Ferratin behandelt wurden, betrifft das Gros chlorotische Mädchen und Frauen. Bei einer größeren Zahl der Kranken haben wir eine Kombination von Ferratin mit Solut. arsen. Fowleri in Pillenform gegeben. Unsere Beurteilung des Wertes der Ferratinmedikation ist darum eine so eminent günstige, weil wir es, einige wenige Vorkommnisse ausgenommen, nie erlebten, daß unser Präparat refusierte oder erfolglos genommen worden wäre. Es ist begreiflich, daß bei der geordneten Lebensweise unter Heranziehung der hygienisch-diätetischen Behelfe der Therapie, unter welche die modernen Methoden der unterstützenden symptomatischen Behandlung, wie Mast-, Liegekuren, Aufenthalt im Gebirge oder am Meeresufer, der systematische Genuß dunklen Bieres (M. KAHANE) zu rechnen sind, in der Praxis der besser situierten Kreise eher günstige Erfolge zu erreichen waren als bei minderbemittelten, den Sorgen des Alltages ausgesetzten Kranken. Allein auch bei letzteren verfügen wir über sehr eklatante Heilerfolge. Das Ferratin vervollständigte als ein spezifisch zu bezeichnendes therapeutisches Agens unsere Erfolge, die wir in 86% unserer Fälle als höchst befriedigende bezeichnen dürfen.

Bei Kindern, welche nach schweren Infektionskrankheiten (nach Typhus, Skarlatina, Diphtherie, Parotitis), oder nach Otitis media, Enterokatarren, Dysenterie in ihrem Gesamtbefinden, ihrer Ernährung und ihrem Körpergewichte schwere Einbußen erlitten hatten, haben wir durch Ferratin und durch die wohlschmeckende Ferratose sehr erfreuliche Vorteile für Körpergewicht und Blutzusammensetzung verzeichnen können.

In weiteren Fällen von sekundären Anämien bei Erwachsenen (Hämophilen, Personen nach schweren operativen Eingriffen, wie Perityphlitis, Karies, Neoplasmen etc.), nach schweren körperlichen Strapazen, die Anämie bedingten, haben wir vom Ferratin mit vielem Nutzen Gebrauch gemacht.

Bei Frauen erzielten wir sehr günstige Ergebnisse durch Ferratin-Arsenpillen als Bekämpfungsmittel lange dauernder Schwächezustände infolge von Anämie, nach schwereren Blutverlusten bei Entbindungen oder Fehlgeburten, nach Puerperalfiebern oder nach operativen Eingriffen (Exkochleationen, Totalexstirpation des Uterus u. a.), oder schließlich als Unterstützungsmittel gynäkologischer Lokalbehandlungen. Ein ganzes Heer der genitalkranken Frauen, bei denen die Anämie zweifellos die Grundursache der zahllosen subjektiven Beschwerden und der klinischen Symptome darstellt, gewinnt sehr viele Vorteile, sowohl hinsichtlich der Besserung des Gesamtbefindens, als auch jener der Blutmischung, damit aber auch in Rücksicht auf die erleichterte Beseitigung des lokalen Leidens am Genitalapparate, wenn wir als Tonikum und Roborans das Ferratin therapeutisch in Anwendung bringen. Unsere Erfolge bei Dysmenorrhöe, mit Lageanomalien durch alte Exsudatreste, mit Perimetritis, Endometritis, mit atypischen, oft abundanten Blutabgängen, dürfen wir als Paradigmata einer trefflichen, roborierenden Eisenmedikation durch Ferratineinverleibung anführen.

In zahlreichen anderen Fällen, in welchen wir eine strikte Indikation für die Eisentherapie wohl nicht gegeben fanden, auf welche uns aber die schönen Resultate systematischer Ferratindarreichung einen Hinweis boten, haben wir das Mittel mit erfreulichem Endergebnisse angewendet. So bei Kindern, welche infolge von skrophulöser oder rachitischer Diathese oder nach wiederholt rezidivierten Anginen eine schwächliche Konstitution oder ein zurückbleibendes Wachstum mit graziler Entwicklung aufwiesen. Von diesen relativen Indikationen abgesehen, besteht unserem Ermessen nach die Anzeige für Ferratin- und Ferratosegebrauch immer dann, wenn Kinder in ihrer Eßlust und in ihrer Körpergewichtszunahme längere Zeit im Rückstande bleiben. Wir sahen da vom Gebrauche von 2—5 Ferratin-Schokoladepastillen, je nach Alter, Körpergröße und Toleranz, sehr zufriedenstellende Effekte.

Nach den im Eingange unserer Erörterungen wiedergegebenen Untersuchungsergebnissen früherer Beobachter dürfen wir bezüglich der Zusammensetzung, der Resorptionsverhältnisse und des Chemismus des Stoffwechsels bei Ferratinmedikation so viel Bekanntes voraussetzen, daß wir uns nunmehr auf die Schlußsätze beschränken können, welche wir den Erfahrungen einer mehrjährigen Anwendung des Ferratin bei den allerverschiedensten Formen der Anämien bei Erwachsenen und im Kindesalter entnehmen.

Das Ferratin ist nach allem, was uns die gründlichen Studien an unserem Krankenmaterial lehren, eines der besten Eisenmittel, welches wir in der Reihe der organisch gebundenen Eisen-Eiweißpräparate mit Fug und Recht obenan zu stellen berechtigt sind. Es bekundet seine erfolgreiche Wirkung bei allen Formen der gestörten Blutbereitung als ein treffliches Therapeutikum bei dem Gros der Blutkrankheiten, so bei Chlorose, bei sekundären Anämien, Schwächezuständen und allgemeinen Ernährungsstörungen (Unterernährung).

Es bedarf der besonderen Erwähnung, daß das Ferratin die günstigsten Resorptions- und Ausnutzungsbedingungen bietet, so daß es in der Therapie der Blutkrankheiten einen dauernden Platz einzunehmen berufen ist.

Referate.

KEIGI SAWADA (Marburg-Niigata): Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose.

In 12.3% der für diese Untersuchung verwertbaren Fälle fand sich ein sicher erhöhter arterieller Druck. Die Drucksteigerung hielt sich meist in mäßigen Grenzen und blieb gewöhnlich zwischen 130 und 160 mm Hg, während der Druck bei gesunden

Menschen zwischen 90 und 120 mm schwankte. Zwei Drittel der Fälle mit erhöhtem Drucke zeigten eine Akzentuation des II. Aortentons. Die Drucksteigerung bei ihnen überschritt meist 140 mm Hg. Noch häufiger fand sich aber ein akzentuierter II. Aortenton ohne eine in der Arteria brachialis nachweisbare Drucksteigerung. Bei komplizierender interstitieller Nephritis war der Druck durchschnittlich beträchtlich stärker erhöht als bei bloßer Arteriosklerose. Immer betrug er mehr als 150 mm Hg. In diagnostischer Beziehung darf man wohl sagen, daß Werte über 160 und 170 mm Hg stets den dringenden Verdacht einer interstitiellen Nephritis rechtfertigen, auch wenn zur Zeit der Untersuchung, wie so häufig, Albuminurie nicht nachweisbar ist („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 12). Die Messungen sind mit dem nach v. RECKLINGHAUSEN verbesserten RIVA-ROCCISCHEN Apparate vorgenommen worden. BR.

A. A. SLATKOW: Über den Blutdruck von Kindern nach GÄRTNER bei Diphtherie und Scharlach.

Bei Kindern ist der Blutdruck, sowohl bei Diphtherie wie auch bei Scharlach, zu Beginn der Krankheit gesteigert. Mit dem Nachlassen des Fiebers sinkt der Blutdruck unter die Norm und nähert sich dieser letzteren mit Fortschreiten der Genesung allmählich wieder. Das progressive Sinken des Blutdrucks ist bei Diphtherie ein ungünstiges prognostisches Zeichen, obwohl der Tod auch bei hohem Blutdruck eintreten kann. Wenn der Scharlach eine Komplikation durch hinzutretende Nephritis erfährt, so steigt der Blutdruck, und dieser Blutsteigerung kommt eine diagnostische sowohl wie prognostische Bedeutung zu. Dagegen besteht bei Diphtherie ein Zusammenhang zwischen dem Blutdruck und hinzutretender Albuminurie nicht (Petersb. Dissert.; „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 7). G.

TH. v. HECKER (Berlin): Über die Funktionen des kindlichen Magens bei Verdauungskrankheiten.

Verf. fand („Jahrb. f. Kinderheilk.“, Bd. 56), daß die Resorption seitens des Magens bei Kindern bis zum 4. Jahre schneller erfolgt als im späteren Kindesalter. Je älter die Kinder werden, desto mehr nähern sie sich dem Verhalten beim Erwachsenen. Am stärksten leidet das Resorptionsvermögen des kindlichen Magens bei akuter Gastroenteritis, dann kommen die Dyspepsien; in geringerem Grade leidet es bei akuter Enteritis und akuter Kolitis. Beim Schwinden der akuten Krankheitserscheinungen kommt es gewöhnlich bald zur Besserung der Resorption. Bei chronischen Erkrankungen des Magendarmtraktes wird je nach der allgemeinen Schwere der Erkrankung die Resorption in mehr oder weniger starkem Grade beeinträchtigt. In leichter verlaufenden Fällen hält sie sich noch in den normalen Grenzen. Im Kindesalter wird bei allen Erkrankungen des Magendarmtraktes auch der Chemismus gleichzeitig in Mitleidenschaft gezogen, am wenigsten bei schnell ablaufenden akuten Enteritiden, verhältnismäßig am stärksten bei akuter Gastroenteritis und den chronischen Erkrankungen des Intestinaltraktes. Bei akuter Kolitis liegt der Chemismus der Magenverdauung schwer darnieder, bei gleichzeitig befriedigendem Zustande der Resorptionsverhältnisse. Die Schwere einer Störung der Magenverdauung in chemischer Beziehung kennzeichnet sich durch Fehlen von freier HCl, durch das Vorhandensein organischer Säuren, schwach saure, ja sogar neutrale Reaktion des Mageninhalts. G.

POECK (Tilsit): Zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauches bei den Eisenbahnbediensteten.

Bereits bei der Aufnahmeuntersuchung und sodann bei allen folgenden Untersuchungen von Bewerbern um Beamtenstellen ist seitens der Bahnärzte in erhöhtem Maße denn bisher auf bereits etwa vorhandene Spuren von Alkoholismus zu fahnden („Ärztl. Sachverst.-Ztg.“, 1904, Nr. 4).

Jeder Beamte mußte beim Dienst Eintritt unterschreiben oder kontraktlich ausdrücklich Kenntnis nehmen, bzw. mußte das gesetzlich festgelegt werden, daß er a) in Fällen von akutem Alko-

holismus, von Trunkenheit im Dienst, strenger denn bisher bestraft bzw. im Wiederholungsfalle sofort entlassen wird, resp. daß im Falle eines durch Alkoholmißbrauch eingetretenen Unfalles, also eines selbstverschuldeten Unfalles, er auf Ansprüche irgendwelcher Art gegenüber der Verwaltung sämtliche sonst bestehenden Rechte ohne weiteres einbüßt; b) daß er in Fällen von chronischem Alkoholismus, sofern er sich auf Grund desselben dienstliche Vergehen zuschulden kommen läßt, ebenso auch bei Alkoholmißbrauch außerhalb des Dienstes, betrieben in dem Maße, daß er akut oder chronisch dienstunfähig wird, wie sub a) behandelt werden kann, bzw. daß er bei verfrüht eintretender, durch Alkoholismus bedingter Dienstunfähigkeit seiner Pension verlustig geht; c) daß er auf keinerlei Unterstützung oder Kurkostenentschädigung bei Krankheiten Anspruch hat, die durch Alkoholmißbrauch nachweislich entstanden sind. L.

ASAKURA (Bern): Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum.

STURSBURG (Bonn): Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von EDEBOHLS vorgeschlagene „Nierenentkapselung“.

1. Pathologisch-anatomische Studien haben ergeben, daß bei chronischen Nierenerkrankungen die lokalen Störungen der Blutzirkulation eine große Rolle spielen, und um diesen Störungen entgegenzutreten, steht nur ein Weg offen, nämlich die Eröffnung eines Kollateralkreislaufes. Die günstigsten Bedingungen für die Entstehung eines Kollateralkreislaufes sind dann gegeben, wenn es zur direkten Berührung der Nierenoberfläche mit der gefäßreichen Fettkapsel kommt, und diesen Zustand trachtet EDEBOHLS durch die Nierenentkapselung herbeizuführen. Die Capsula propria wird zu diesem Zwecke gespalten, bis zum Hilus unter möglicher Schonung des Nierengewebes abgezogen und abgetragen und die Niere wieder in die Fettkapsel gelagert.

Um die Tragweite der Operation zu prüfen, hat Verf. an Hunden und Kaninchen zahlreiche Versuche ausgeführt, deren Resultate zum Teil auch auf die menschliche Niere Anwendung finden dürften, um so eher, als auch bei anderen Operationen, der Inzision der Niere und der Resektion, die Niere des Menschen und des Tieres sich analog verhalten („Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“ Bd. 12, H. 2). Verf. konstatierte, daß die Veränderungen, die an der gesunden Niere durch die Dekapsulation entstehen, nur geringer Natur sind; die Tiere vertragen den Eingriff sehr gut. Nach der Dekapsulation entsteht eine neue bindegewebige Hülle als Ersatz der Capsula propria und es erfolgt eine Neubildung von Gefäßen, welche die neue Kapsel und die Nierenoberfläche vaskularisieren. Die Möglichkeit der raschen Ausbildung eines Kollateralkreislaufes ist also durch die Experimente erwiesen.

Da außerdem chronische Nephritiden beim Menschen zu Verdickungen und Verwachsungen der Nierenkapsel führen, die ihrerseits wieder Hindernisse für den Blutaustausch zwischen intrarenalen und extrarenalen Gefäßen bedingen, so ist es leicht verständlich, warum die „Nierenentkapselung“, die die verdickte Kapsel entfernt und die Entstehung eines Kollateralkreislaufes erleichtert, die Aussicht auf Heilung des Krankheitsprozesses gewährt.

2. Zu ganz ähnlichen Resultaten über die Bedeutung der EDEBOHLSschen Operation kommt S. („Mitt. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 12, H. 5), der durch genaue mikroskopische Untersuchungen von entkapselten Nieren bei Tieren den Beweis erbrachte, daß die „Entkapselung der Niere eine Neubildung von Gefäßverbindungen zwischen der Nierensubstanz und den angrenzenden Geweben anregt, die erheblich genug zur Ausübung eines wesentlichen Einflusses auf die Durchblutung der Niere zu sein scheint“.

Diese experimentellen Untersuchungen, die, unabhängig voneinander angestellt, dennoch zu demselben Resultate führten, sind imstande, die wissenschaftliche Berechtigung der operativen Behandlung der Nephritis zu beweisen. In der Tat wurden in der letzten Zeit von mehreren Seiten Heilungen durch die operative Behandlung berichtet. Selbstverständlich wird man in sehr weit vor-

geschrittenen Fällen von Granularatrophie mit massenhafter Neubildung von Bindegewebe keine wesentliche Besserung der Krankheit erwarten dürfen, ebensowenig wird es gelingen, eine Dauerheilung der Nephritis auf operativem Wege zu erzielen, wenn man nicht gleichzeitig die Ursache der Nephritis beseitigt und für die Zukunft den Patienten von den schädlichen Einflüssen befreit. ERDHEIM.

OPITZ (Berlin): Über Heilungsaussichten und Behandlung der puerperalen Pyämie.

Verf. stellt der Behandlung der puerperalen Pyämie zwei Aufgaben („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, 27): Stärkung des Körpers im Kampfe gegen die Krankheitserreger und ihre Herde; Fernhaltung von Schädlichkeiten. Die erste sucht er zu erfüllen durch zweckmäßige Ernährung, d. h. Zufuhr leichtverdaulicher Eiweißpräparate und vielen Rohrzuckers, und durch Entfernung der Toxine aus dem Körper vermittelt einer reichlichen Flüssigkeitszufuhr per os, per rectum und subkutan. Die zweite Aufgabe erfüllt er durch absolute Ruhe, das Verbot jeder Bewegung. Weitere Fortschritte, hofft er, könnten vielleicht von der Nukleinbehandlung mit ihrer konsekutiven Leukozytose, von der Serumtherapie und von einer systematischen Antipyrinbehandlung gemacht werden. CRÉDÉSCHE Salbeneinreibungen waren in 2 Fällen erfolglos; dagegen führten intravenöse Kollargolinjektionen jedesmal eine Besserung des subjektiven Befindens herbei, so daß Patient selbst danach verlangte und Verf. es wohl für möglich hält, daß der schließliche Ausgang in Heilung dieser Therapie zu danken ist. In seinem Schlußwort legt O. nochmals den Hauptwert auf die Prophylaxe, betont die Unsicherheit der Indikationsstellung für chirurgische Eingriffe, die nur in Ausnahmefällen Erfolge gewähre, verspricht sich von seiner nach den erwähnten Grundsätzen durchgeführten Behandlung mehr als von der Alkoholtherapie, und erhofft eine Besserung der geringen Heilungsaussichten durch die Nukleinbehandlung, die systematische Antipyrindarreichung und die intravenösen Kollargolinjektionen. (Daß, namentlich in Salbenform angewendet, das Kollargol für die Prophylaxis wertvoll ist, geht auch aus der Mitteilung von CAMERER, „Ther. d. Gegenwart“, 1904, Nr. 2, hervor.) G.

CHAUFFARD (Paris): Die therapeutischen Indikationen bei der infizierten Cholelithiasis.

CH. vertritt die Anschauung, daß die infizierte Cholelithiasis nicht nach allgemeinen Vorschriften, sondern in streng individualisierender Beurteilung des Einzelfalles zu erfolgen habe („La semaine médicale“, 1904, Nr. 3). Das wichtigste Symptom für die Diagnose einer mit biliärer Infektion komplizierten Cholelithiasis ist das Fieber, das einen ganz verschiedenartigen Typus zeigen kann. Entsprechend der Temperatursteigerung kommt es auch zu einer Vermehrung der Leukozytenzahl. Nur in seltenen Fällen ergibt die lokale Untersuchung einen der vergrößerten Gallenblase entsprechenden Tumor. Der Ikterus kommt sowohl bei der komplizierten als auch bei der unkomplizierten Cholelithiasis zur Beobachtung. Dagegen spielt die Vergrößerung der Milz eine große Rolle.

Am einfachsten ist die Entscheidung, wenn das Fieber schon längere Zeit besteht und der Allgemeinzustand ein schlechter ist. Nicht anders steht es, wenn bei Fieber und Leukozytose ein deutlicher, schmerzhafter Tumor in der Gallenblasengegend tastbar ist. In diesen Fällen ist die Operation jedenfalls stets indiziert. Dagegen sind Frauen, im Alter von 50—60 Jahren, mit langjähriger Cholelithiasis, zumal wenn sie fettreich sind und Hängebauch haben, nicht zu operieren. Bei solchen Kranken hat die Operation nur selten Erfolge, während die interne Behandlung vielfach solche aufzuweisen hat. Überhaupt unterscheidet sich die Cholelithiasis in therapeutischer Hinsicht wesentlich von der Appendizitis, während viele Chirurgen zwischen beiden Erkrankungen eine gewisse Analogie finden und stets sobald als möglich einer operativen Behandlung das Wort reden wollen. Durch ausschließlich flüssige Nahrung, insbesondere durch Milchkost, durch kräftige Diurese, lokale Anwendung der Eisblase, oder, falls diese nicht

vertragen wird, durch feuchtwarme Kataplasmata und endlich durch energische Salizylverabreichung sind schöne Effekte erzielbar. J. S.

G. NOBL (Wien): Zur Histologie der blennorrhoeischen Deferentitis und Epididymitis.

Das anatomische Material zu Untersuchungen dieser Art gelangt ziemlich selten in unsere Hände. Der Autor verdankt es dem zufälligen Umstande, daß der an Gonorrhöe, Epididymitis und Deferentitis erkrankte Patient wenige Wochen nach der Infektion an einer inkarzierten Hernie zugrunde ging. Die in Serienschnitten durchgeführte Untersuchung der Samenstränge, Nebenhoden (und Prostata) zeigt („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, LXVII), daß im Vas deferens sich die entzündlichen Vorgänge vornehmlich in der Intima abspielen; starke Wucherung des Epithels und stellenweise Desquamation sowie spaltförmige, teils von Gerinnungsmasse, teils von Leukozyten erfüllte Hohlräume sind Zeugnis hierfür; Infiltrate in der Tunica propria, Quellung des Bindegewebes mit teilweiser Vermehrung der Kerne und Fibrillen zeigen die Beteiligung dieser Membran. Je näher dem Nebenhoden desto beträchtlicher sind die Entzündungserscheinungen, doch scheint es nicht unwichtig, daß bei alledem die Wegsamkeit des Kanals erhalten bleibt. Im Nebenhoden bietet, wie auch klinisch, die Kauda die meisten Erscheinungen; die Infiltrationsherde in der Membrana propria, der Muskularis und endlich in dem die Ausführungsgänge umgebenden Bindegewebe sind es, welche die klinisch wohlbekanntesten knotigen Auftreibungen der Kauda darstellen. Das Epithel des Nebenhodenkanals zeigt ähnliche entzündliche Veränderungen wie die Intima des Vas deferens, insbesondere fehlt aber auch der Flimmerbesatz der Deckzellen fast vollständig.

Der Ausgangspunkt der entzündlichen Erscheinungen (von der Intima her) weist nach dem Autor einzig und allein darauf hin, daß die Krankheitsbilder der Deferentitis und Epididymitis nur aus der Invasion und Infektion des Epithels mit Gonokokken zu erklären sind und daß hierbei nicht etwa den begleitenden Lymphgefäßen beim Zustandekommen der Deferentitis oder Epididymitis eine ursächliche Bedeutung in der Weiterverbreitung, beziehungsweise Leitung des Prozesses zukomme.

Gonokokken nachzuweisen, gelang dem Autor nicht und er gibt der Ansicht Ausdruck, daß der Nachweis derselben bei den Formen der nicht eitrigen Epididymitis in vivo überhaupt nur ausnahmsweise zu erwarten wäre. In dieser Beziehung sind wohl auch weitere Untersuchungen abzuwarten, insbesondere seit den durch Punktion gewonnenen Befunden BAERMANNs aus der Klinik NEISSERS. DEUTSCH.

KROEMER (Gießen): Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie?

Gegenüber den Empfehlungen, welche das forcierte Verfahren, und insbesondere der vaginale Kaiserschnitt bei Eklampsie erfahren haben, müssen die Erfolge auch bei dem exspektativen, konservativen Vorgehen betont werden. Die Eklampsie entsteht durch eine Intoxikation der Mutter vom Fötus her, sobald eine Insuffizienz der parenchymatösen Entgiftungsvorrichtungen im mütterlichen Organismus eintritt. Die erste vornehmlichste Indikation lautet also auf Entgiftung des Organismus: durch Anregung der Schweißsekretion (heiße Bäder, Packungen), durch Ausspülungen des Magens und des Darmes (hohe Eingüsse), durch Venäsektion, subkutane Infusion. Ein Teil dieser Maßnahmen wird hierbei auch noch das Gute haben, daß er die Wehentätigkeit anregen oder befördern und damit für schonendere Entbindungsmethoden vorbereitet. Auch die Sprengung der Fruchtblase wird durch Ablassen des Fruchtwassers und Entlastung der Ureteren eine günstige Wirkung im Gefolge haben.

Narkotika werden in der Gießener Klinik zur Bekämpfung der Eklampsie nie gebraucht. Wenn beim Abklingen der akuten Erscheinungen eine Psychose mit maniakalischer Erregung sich einstellt, werden kleine Dosen von Hyoszin (0·001) injiziert. Zur Narkose bei der Entbindung wird Ätherrausch verwendet.

Für die forcierten Verfahren und insbesondere die Hystero-
tomie vom Abdomen oder der Vagina aus werden nur Ausnahmen
maßgebend sein, namentlich die „fötale Indikation“, wenn es sich
z. B. darum handelt, einen langersehnten Erben zu erhalten und
man durch die forcierte Entbindung mit größerer Wahrscheinlich-
keit auf ein lebensfähiges Kind rechnen kann („Zentralbl. f. Gyn.“,
1904, Nr. 19).

FISCHER.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Bewegungstherapie bei Paralysis agitans** bespricht
FRIEDLÄNDER („Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther.“, Bd. 7, H. 12)
und erörtert die Grundsätze, welche man in der Anwendung der
Übungstherapie für die Behandlung der Schüttellähmung zu befolgen
hat. Die hauptsächlichsten Maßnahmen sind: 1. passive Gymnastik,
namentlich Extensionsbewegungen. Aktive Gymnastik der Streck-
muskeln, eventuell mit leichtem Widerstand. 2. Übungstherapie im
engeren Sinne, besonders Gehübungen, bei denen unter Anspannung
des Willens und der Aufmerksamkeit die Haltungsanomalien korri-
giert und die durch die Muskelrigidität bedingten Bewegungsfehler
(Propulsion) bekämpft werden. 3. Besondere Übungsbehandlung
der oberen Extremitäten; passive und aktive Streckbewegungen,
Treffübungen etc. Wenn auch keine wahren Heilungen erzielt
werden, so kann es doch zu erheblichen Besserungen kommen;
durch systematische Übung der zerebralen Bahnungs- und Hem-
mungsinervation werden die den Muskeln zufließenden Impulse
mehr unter die Herrschaft des Willens gestellt; so kann eine
symptomatische Besserung erzielt und dem Fortschreiten des Leidens
entgegengearbeitet werden. Wochenlange Behandlung, Geduld und
Ausdauer von seiten des Arztes und des Patienten sind unbedingt
erforderlich.

— Die **Anwendung von Wärme bei Erkrankungen der
Haut und der Geschlechtsorgane** erörtert MURAWSKY („Russ.
med. Rdsch.“, 1904, Nr. 5). Die Anwendung von höheren Tempe-
raturen ist bei akuten und chronischen entzündlichen Prozessen
verschiedenen Ursprungs indiziert. Bei einigen Krankheiten kann
die Wärme den Heilungsvorgang in günstiger Weise unterstützen;
bei anderen kann sie selbständig die Heilung bewirken und ist
also imstande, mit Erfolg die allgemein üblichen therapeutischen
Mittel zu ersetzen; bei gewissen Krankheiten schließlich ist die
Wärme das einzige, durch nichts ersetzbare Heilmittel. Die niedrigeren
Temperaturen — die Kälte — können für das beste Tonikum,
sowie auch Anästhetikum und Hämostatikum angesehen werden.
In Anbetracht der Einfachheit und Billigkeit der Wärmetherapie
ist es wünschenswert, daß man therapeutisch dieselbe den ver-
hältnismäßig teureren pharmazeutischen Mitteln vorziehe. In den
großen Krankenhäusern muß die Hydro-Thermotherapie auf eine
mehr rationelle Art gehandhabt werden; es ist notwendig, daß man
dieselbe systematisch anwendet und entsprechende Vorrichtungen
dafür bereit hält. In den speziellen Kurorten, wo oft so reiche,
natürliche Warmwasserquellen vorhanden sind, wäre es besonders
zu wünschen, daß eine regelrechte Institution eingerichtet würde,
durch welche die lokale Therapie der Haut- und Geschlechtskrank-
heiten ausgeführt werden könnte.

— Zur **Behandlung der Kopf- und Gesichtsekzeme kleiner
Kinder** hat BRÜNING („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1904, Nr. 12) einen
einfachen, leicht an- und ablegbaren, unverschieblichen Verband
konstruiert, welcher dem Kinde bei ausgiebigster Bewegungsfreiheit
der Arme das Erheben derselben über die Schulterhöhe unmöglich
macht. Der Verband besteht im wesentlichen aus zwei über der
Kleidung zu tragenden, durch je sechs Fischbeinstangen gesteiften,
etwa 12—15 cm langen leinenen Hülsen, welche über die Arme
gestülpt werden, so daß das Ellbogengelenk etwa in die Mitte der
Manschette zu liegen kommt und der obere Teil des Unter- und
der untere Teil des Oberarmes von derselben eingeschlossen ist.
In dieser Lage werden die beiden Hülsen durch ein über die
Nackengegend laufendes, entsprechend langes, daumenbreites Band,
welches an das obere Ende der Hülsen angeknüpft wird, fixiert.
Von der Mitte der Armhülsen aus reichen zwei dem Nackenbände
entsprechende Bänder, welche durch einfache Haken und Schleifen

nach Art von Hosenträgern in ihrer Länge reguliert werden können,
nach unten in die Gegend der Spina anterior, wo sie an einen
in dieser Gegend oder auch weiter peripherwärts umgelegten, etwa
4—5 cm breiten leinenen Gürtel angeheftet werden. Richtiges An-
legen dieses einfachen anpaßbaren Verbandes gestattet dem Kinde,
die Arme nach allen Richtungen hin frei zu bewegen. Der Verband
kann sehr leicht ab- und angelegt werden.

— Über die **physiologische Wirkung der Radiumstrahlen**
und ihre therapeutische Verwendung hat SCHOLTZ Versuche ange-
stellt („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 3). Dieselben ergeben
in Übereinstimmung, daß die Hautveränderungen nach Radium-
bestrahlung klinisch wie histologisch im allgemeinen denen nach
Röntgenbestrahlung gleichen. Es entwickelt sich in der zweiten bis
dritten Woche eine je nach der Intensität der Bestrahlung mehr
oder weniger starke, bis zu tiefer Ulzeration gehende Hautent-
zündung und mikroskopisch findet man an den Zellen des Rete
Malpighi, der Gefäße und des Bindegewebes eigenartige Degene-
rationen, welche zur vollständigen Zerstörung der Zellen führen
können. Abweichend von der Wirkung der Röntgenstrahlen tritt
aber selbst bei kurzdauernder Radiumbestrahlung regelmäßig schon
nach ungefähr 20 Stunden ein ziemlich intensives Erythem auf,
das innerhalb 4—6 Tagen unter Hinterlassung einer bräunlichen
Pigmentation wieder zu verschwinden pflegt und dem mikroskopisch
anfangs eine deutliche Erweiterung der Gefäße des Papillarkörpers,
weiterhin auch leichte Schwellung des Bindegewebes entspricht.
Im Gegensatz zu den Röntgenstrahlen besitzen die Radiumstrahlen
ferner eine recht bedeutende, mit der Annäherung des Radiums
an die beimpfte Agarplatte zunehmende bakterizide Wirkung.
Hinter der des konzentrierten elektrischen Lichts bleibt diese
allerdings weit zurück, was aber dadurch ausgeglichen wird, daß
sie erheblich mehr in die Tiefe dringt. Therapeutisch erwiesen
sich die Radiumstrahlen namentlich wirksam beim Lupus, bei dem
die Abheilung in ähnlicher Weise wie bei Röntgenbestrahlung
erfolgt, und beim Hautkarzinom.

— Die **Wirkung des Adrenalins und der Nebennieren-
extrakte auf das Blut** und die blutbildenden Organe haben LOEPER
und CROUZON studiert („Arch. d. méd. exp.“, Bd. 16). Sie fanden,
daß eine Adrenalininjektion eine vorübergehende Hyperglykämie
bewirkt. Dieselbe scheint nicht eine Folge der Zerstörung des Leber-
glykogens zu sein; vielleicht spielt eine Verminderung der inneren
Pankreassekretion dabei eine Rolle. Außer der Glykämie scheint das
Adrenalin eine Verminderung der fettspaltenden, amylytischen
und glykolytischen Kraft des Blutes zu bewirken. Was die Ein-
wirkung auf die körperlichen Elemente des Blutes betrifft, so ver-
ursachen Adrenalininjektionen stets eine Verminderung der roten
Blutkörperchen, die vorübergehend ist. Auf die Leukozyten wirken
sie reizend. Die Leukozytose betrifft zuerst die neutrophilen poly-
nukleären Leukozyten, dann die mononukleären und eosinophilen.
Was die blutbildenden Organe betrifft, so kommt es bereits nach
einmaliger intravenöser Adrenalininjektion zu einer akuten Intoxi-
kation von Knochenmark und Milz. Das Knochenmark wird rot
und enthält enorme Mengen neutrophiler Myelozyten; die Milz
zeigt Follikelschwellung, enthält zahlreiche mononukleäre neutro-
phile Elemente und sehr viele Makrophagen. Nach wiederholten
Adrenalininjektionen sind im Knochenmark neben den Myelozyten
die eosinophilen Zellen sehr reichlich, ebenso die lymphoiden
Elemente. Die Milz ist stark vergrößert mit sehr zahlreichen
Makrophagen und intensiver Blutkörperchenzerstörung bei reich-
lichem Eisenpigment. Die Verhältnisse sind beim Menschen und
den Versuchstieren beinahe die gleichen. Die Gewöhnung an das
Adrenalin geht mit der lymphoiden Reaktion der blutbildenden
Organe parallel. Im Serum der behandelten Tiere scheint sich ein
dem Adrenalin in der Wirkung entgegengesetzter Antikörper zu
bilden.

— Über Heilungsaussichten und **Behandlung der puerperalen
Pyämie** berichtet OPITZ („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 27)
Folgendes: Eine operative Behandlung der puerperalen Pyämie in
Form der Unterbindung oder Entfernung der erkrankten Venen
nach TRENDLENBURG mit oder ohne Totalexstirpation des Uterus

kann höchstens in Ausnahmefällen Erfolg gewähren, eine sichere Indikationsstellung ist fast unmöglich. Das Hauptgewicht bei der Bekämpfung dieser Erkrankung ist auf die Prophylaxe zu legen. Bei einmal ausgebrochener Pyämie bietet eine Behandlung, bestehend in absoluter Ruhelage, zweckmäßiger Ernährung mit Unterstützung durch Zucker- und Kochsalzinfusionen oder Darmeingießungen, bessere Aussichten als die Alkoholtherapie. Diese lassen sich vielleicht durch die HOFBAUERSche Nukleinbehandlung, systematische Antipyrindarreichung und intravenöse Kollargolinjektionen weiter verbessern.

Literarische Anzeigen.

Die nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten des Keuchhustens. Klinische und anatomische Studien. Von Dr. Rudolf Neurath. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke. (S.-A. aus dem XI. Bande der Arbeiten im OBERSTEINSchen Institut.)

NEURATH hat schon 1896 („Wiener klin. Wochenschr.“, Nr. 23) „über zerebrale Paresen im Gefolge des Keuchhustens“ berichtet. Da die Literatur der postinfektösen Nervenkrankheiten trotz ihrer Reichhaltigkeit die Frage der den Keuchhusten begleitenden Störungen nicht aufgeheilt hat, von einer Infektionskrankheit aber in dieser Beziehung nicht auf andere geschlossen werden kann, so hat Verf. es versucht, durch histologische und bakteriologische Untersuchungen des Zentralnervensystems keuchhustenkranker Kinder (25 Fälle) der Frage näher zu treten. Gleichzeitig erscheint die Literatur sorgfältig benutzt; von den mitgeteilten Fällen werden ungefähr 70 als genauer untersucht angegeben. — Zuerst wird die Klinik der nervösen Komplikationen und Nachkrankheiten besprochen: Konvulsionen, Meningitis, zerebrale Lähmungsformen, zerebrale Kinderlähmung (Hemiplegien und Diplegien); auch die selteneren Vorkommnisse: Psychische, sensorielle Störungen, Rückenmarksaffektionen, Polyneuritis. Die best zu kontrollierende Komplikation, die zerebrale Kinderlähmung, gehört im Beginn des Keuchhustens zu den Seltenheiten; am häufigsten tritt sie in der 3. und 6. Woche auf, doch kommen in der Rekonvaleszenz noch immer 20% aller Fälle zum Ausbruch. Am häufigsten sind Komplikationen bei auch sonst schwerem Verlaufe, d. h. stark gehäuften und intensiven Paroxysmen.

Das klinische Bild der brüsk beginnenden zerebralen Keuchhusten-Komplikationen deutet auf intrakraniellen Bluterguß. Meningeale Hämorrhagien scheinen in den ersten Kinderjahren häufiger vorzukommen als zerebrale. Es ist bemerkenswert, daß die klinische Diagnose der Hirnblutung sich bei der Sektion nur in der Hälfte der Fälle als richtig erwies; die Blutungen betreffen auch die Medulla oblongata und das Rückenmark.

Die Annahme von Embolie oder Thrombose wird nicht durch zwingende tatsächliche Beweise gestützt. Anatomische Befunde: Meningeale und zerebrale Blutungen, Meningitiden, Erweichungen, Enzephalitis, Hyperämie, Ödem, manchmal negativer Befund. Es ergibt sich also weder eine gemeinsame anatomische Basis, noch eine konstante Parallele zwischen klinischem Bild und anatomischem Befund.

Pathogenetisch kommt eine toxische Gefäßalteration in Betracht, bedingt durch das Pertussis-Virus selbst oder durch vorausgegangene oder begleitende andere Erkrankungen, Influenza, Morbillen, Pneumonie, Tuberkulose, einmal in Form von Kapillareurysmen nachgewiesen; die Keuchhustenparoxysmen haben die Bedeutung eines auslösenden Momentes. Die eigenen Untersuchungen ergeben in fast allen Fällen (2 Ausnahmen) entzündliche Meningealveränderungen als die Ursache meningealer oder zerebraler Symptome im Verlauf der Pertussis. Es darf nicht unerwähnt gelassen werden, daß die Tabelle dieselben Befunde in einigen Fällen auch ohne Angabe nervöser Komplikationen verzeichnet. Doch erscheint dadurch der Schluß NEURATHS nicht beeinträchtigt, daß eine Reihe nervöser Komplikationen des Keuchhustens pathologisch-anatomisch auf toxische, entzündliche Meningealveränderungen zu beziehen sei, wodurch die bisher angenommene Bedeutung andersartiger Läsionen, besonders der Zirkulationsstörungen, eingeengt wird. INFELD.

Über Höhenkuren für Nervenleidende. Von Dr. B. Laquer, Wiesbaden. (HOCHSs Zwanglose Abhandlungen, Bd. IV, H. 5.) Halle a. S. 1903, Karl Marhold. 19 S.

Verf. erörtert die einschlägigen physikalischen und physiologischen Fragen und gibt für die Benutzung der Höhenkurorte praktische Ratschläge. Der sthenischen Konstitution, die über Reservekräfte verfügt, entspricht neben Sport und Hydrotherapie Hochgebirge und Seeluft. Asthenischen Naturen, die zunächst der Schonung und reizloser Ruhe bedürfen, entspricht neben warmem Klima und warmen Bädern mittlere Höhe. Natürlich gibt es Übergänge. J.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Biologische Abteilung des ärztlichen Vereines Hamburg.

A. VILLINGER: Über normale und pathologische Reaktion des menschlichen Körpers.

Vortr. fand in Selbstversuchen, daß Adrenalin und Lezithin den Stoffwechsel in entgegengesetzter Weise beeinflussen: Adrenalin vermindert die Oxydation und macht Urin und Speichel weniger sauer, bzw. stärker alkalisch. Lezithin steigert die Oxydation und macht so, durch Vermehrung der anorganischen Säuren (Schwefelsäure), Urin und Speichel stärker sauer, bzw. weniger alkalisch. V. nimmt an, daß Adrenalin und Lezithin im Körper zu Fermenten werden, die normalerweise auch den menschlichen Organismus im chemischen Gleichgewicht halten. Bei allen Krankheiten, welche mit hoher Schwefelsäureausscheidung und intensiver saurer Reaktion von Urin und Speichel einhergehen oder welche relative Vermehrung des Neutralschwefels und verminderte Azidität resp. erhöhte Alkalität von Urin und Speichel aufweisen, muß man also eine Störung des chemischen Gleichgewichtes voraussetzen; die störende Ursache sind nach Ansicht des Vortr. Fermente, die gleich dem Adrenalin und Lezithin reduzierend, bzw. oxydierend wirken; auch die Toxine sind solche Fermente. Diese Überlegung hat Vortr. bereits in der Praxis verwertet; wo die Oxydation pathologisch gesteigert ist, gibt er Adrenalin, bei Hochfiebernden in sehr großen Dosen (1—2g pro die), die sehr gut vertragen werden, das Krankheitsgefühl lindern und direkt heilend wirken; wo die Oxydation vermindert ist (Lues, Koryza, manche Infektionen, die mit Eiterbildung einhergehen, bei Neurasthenie usw.), gibt er Lezithin in Dosen von 0.005 bis (bei Infektionen) 0.1, ein bis mehrstündlich.

Unterelsässischer Ärzteverein.

NAUNYN: Die Wirkung der Digitalis und ihre Bedeutung für die Therapie.

Vortr. möchte kein Arzt sein ohne Digitalis; doch auch der Digitaliswirkung ist ein Ende gesetzt dadurch, daß die Anwendung unmöglich wird, d. h. wenn das Mittel nicht mehr vertragen wird, die Kranken es nicht mehr nehmen können, namentlich wenn es früher einmal in zu großen Dosen gegeben wurde und Intoxikationserscheinungen auftraten. Es kommen auch Fälle vor, in denen primäre kleine Dosen nicht vertragen werden. In diesen Fällen oder wo die Wirkung versagt, macht sich das Bedürfnis nach Surrogaten bemerkbar. Vortr. hat alle Mittel versucht, aber keines ist ein Ersatzmittel, das in Betracht kommt, weder Strophanthus noch die Gifte des Maiglöckchen oder des Oleander.

N. hat sich auch eingehend mit dem Digitoxin (SCHMIEDEBERG) beschäftigt, er hat es per os und per clysmata gegeben und hat in einzelnen Fällen auch da, wo Infusum oder Herba digitalis versagte, Erfolge gesehen. Der längere Gebrauch indessen hat eine unerwünschte kumulierende Wirkung; die rektale Applikation hat infolge der dadurch verursachten Reizung auch ihre Grenzen. Er ist auch für diese Darreichung des Digitoxins kein Enthusiast. Schließlich hat N. auch die subkutanen Injektionen versucht, früher von Inf. fol. digit., dabei aber schlechte Erfahrungen gemacht; es wurde schlecht vertragen, machte Fieberfröste etc. In neuester Zeit hat N. ein von KLOËTTA dargestelltes Digitoxin solubile subkutan versucht. Die Herstellungsweise ist zur Zeit noch nicht publiziert, die Lösung enthält 0.3mg pro Kubikzentimeter und ist gut haltbar! N. hat mit diesen subkutanen Injektionen hochbedeutsame Erfolge gesehen, die zu weiteren Versuchen ermutigen.

So kam im Frühjahr 1903 ein Pat. mit Myodegeneratio cordis auf seine Klinik. Er zeigte deren Folgeerscheinungen im höchsten Grade: Irregularität des Pulses, allgemeinen und Höhlenhydrops. Bei seinem desolaten Zustand und bei völligem Versagen der Digitaliswirkung konnte Pat. 5—6 Monate lang trotz sorgfältigster Behandlung nur notdürftig am Leben erhalten werden, ohne Besserung zu zeigen. Hier hatte die subkutane Digitoxininjektion den glänzendsten Erfolg; derselbe ist am besten an der Urinkurve zu verfolgen, die Menge stieg von 500—900 sofort stark an, der Hydrops verschwand zusehends. Kurz es war eine Wirkung vorhanden, wie sie sonst eben von der Digitalis erwartet wird. Pat. hält sich unter gelegentlichen Digitoxingaben seit dieser Zeit in dem bekannten labilen Gleichgewicht und verträgt jetzt auch Digitalis. Seither hat N. noch verschiedene sehr gute Erfolge gehabt, so daß man wohl sagen kann, das Digitoxin solubile KLOËTTA ersetzt das Digitalis.

Digitalisinfuse wirken zumeist langsamer, als es in einzelnen Fällen wünschenswert ist. Man muß schon sehr starke Dosen, solche, die bereits eine (zu vermeidende) Intoxikation verursachen können, geben, wenn man am 2. Tage eine sichere Digitaliswirkung erreichen will; meist dauert es bei den gewöhnlichen Dosen bis zum 3.—5. Tag. Dieses Latenzstadium wird durch die subkutane Injektion des Digitoxin solubile KLOËTTA verkürzt. Nach Gaben von 0.3mg 1—3mal täglich ist nach 24 Stunden die Wirkung da, d. h. die Diurese steigt. Diese rasche Wirkung ist für die akuten Herzschwächen bei den akuten Infektionskrankheiten von der allergrößten Bedeutung. Vortr. berichtet dann noch über Versuche, die KOTTMANN mit intravenöser Injektion angestellt hat; dieselben sind noch nicht abgeschlossen und werden die Resultate später publiziert.

Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg.

BORST: Über atypische Epithelwucherungen an Drüsen und beginnendes Karzinom.

Bei regenerativen, entzündlichen, hypertrophischen Prozessen, besonders auch bei den infektiösen Granulomen (Tuberkulose, Syphilis), kommen sehr weitgehende Veränderungen an Drüsen vor. Diese bestehen sowohl in Formveränderungen der Epithelzellen als in Bildung mehrzeiliger und mehrschichtiger, zum Teil sogar sehr untergeordneter Epithelbeläge, soliden Ausfüllungen der Drüsenlumina mit gewucherten Epithelzellen, Bildung solider sprossenartiger Fortsätze etc. Diese Drüsenveränderungen können also, für sich allein genommen, nicht im Sinne einer beginnenden karzinomatösen Metamorphose der Drüsen gedeutet werden, und man muß versuchen, diese atypischen Epithelwucherungen von primären krebsigen Epithelveränderungen nach Möglichkeit zu differenzieren. Dies ist vor allem für das Ziel einer möglichst frühzeitigen Erkennung des karzinomatösen Wachstums von Wichtigkeit. B. glaubt nun bei seinen vergleichenden Studien über atypische und krebsige Epithelwucherungen ein brauchbares differential-diagnostisches Mittel gefunden zu haben in dem Nachweis einer gewissen Willkür in der individualistischen Ausgestaltung der Zellen, die sich vor allem in einer oft weitgehenden und wechselnden Abweichung der Protoplasma- und Kernstrukturen vom Normalen kundgibt. Die Differenzen sind bald stärker, bald schwächer; insbesondere legt B. Gewicht auf den Nachweis einer oft innerhalb eines und desselben epithelialen Produktes sehr wechselnden Ausbildung der Kerne nach Größe, Chromatingehalt und Struktur. Das Epithel einer Drüse braucht gar nicht mehrschichtig zu sein, und es ist doch Krebs vorhanden, wenn sich diese Verwilderung in der Form nachweisen läßt. Soweit seine allerdings noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen reichen, ist B. der Ansicht, daß eine derartige Willkür in der morphologischen Ausgestaltung der Elemente, also insbesondere von deren Kernen, bei den harmlosen sogenannten atypischen Drüsenepithelwucherungen nicht beobachtet wird. Die für die Karzinomdiagnose als wichtig hingestellten Epithelmetamorphosen als spezifisch karzinomatös zu proklamieren, so weit geht Vortr. nicht; er behauptet nur, daß eine Berücksichtigung der von ihm hervorgehobenen Punkte in zweifelhaften Fällen die Entscheidung der Frage, ob atypische Epithelwucherung vorliegt, wesentlich fördern kann.

Vereinigung der Kinderärzte Südwestdeutschlands und der Schweiz.

O. VIERORDT: Säuglingsstation, Säuglingsambulanz und Milchküche.

Vortr. betont die Notwendigkeit von speziellen Säuglingsanstalten für die wissenschaftliche Erforschung der Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters, für den Unterricht, die Krankenpflege, die Ausbreitung richtiger Anschauungen über Ernährung und Pflege des

Säuglings, für die Ausbildung von Berufspflegerinnen und jungen Mädchen der bessern Stände. Diese Anstalten bilden am besten Abteilungen von Kinderkliniken, aber mit getrenntem Dienst. Der BIEDERTSchen Forderung einer zentralen Versuchsanstalt für das Studium der Ernährung kann wohl in Bezug auf die Säuglinge durch die Schaffung einer größeren Anzahl kleinerer Zentren, wie sie in Deutschland im Gange ist, genügt werden. V. hat in Heidelberg zunächst das SCHLOSSMANNsche System der Verbindung von Ambulanz, Station und Küche für trinkfertige Säuglingsnahrung angenommen, und der Erfolg war derart, daß nach einem Jahr ein Neubau nötig wurde, der am Tage vor der Versammlung eingeweiht ward und zu dessen Besichtigung nun geschritten werde. Der Neubau enthält im Parterre die Räume der Milchküche (Küche, Sterilisationsraum, Kühlraum) mit Aufstellung moderner Einrichtungen und Apparate; im 1. Stock die Abteilung für kranke Säuglinge, 16 Betten und eine Couveuse à deux.

Der Dienst wird von einem Abteilungsarzt, einer Oberin, Schwestern vom Roten Kreuz, lernenden Berufspflegerinnen und jungen Damen (welche wie andere Pflegerinnen im Hause wohnen) versehen. Selbstverständlich Ammen.

Derselbe: Besserung und Heilung von umschriebenen Bronchiektasien der Unterlappen durch Wegnahme von Rippen (Mobilisation der Brustwand).

Zylindrische und sackige Bronchiektasien sind im Kindesalter nicht allzu selten; sie werden leicht übersehen („umschriebene chronische Bronchitis“, rezidivierende Pneumonien, welche stets im gleichen Lungenabschnitt auftreten). Ihre Therapie ist bisher teils unwirksam, teils gefährlich (Gefahr bei Injektionen, hohe Mortalität der Inzision und Drainage). Nach QUINCKES Untersuchung würde bei den Bronchiektasien der oberen Lungenabschnitte von Mobilisation der Brustwand durch Wegnahme von Rippenstücken, bei denjenigen der unteren Lungenteile von der Drainage mehr zu erwarten sein. Verf. hält diese Unterscheidung aus physikalischen Gründen nicht für strikte durchführbar; dazu kommen die erwähnten unerfreulichen Ergebnisse der Drainage von Lungenhöhlen. Er beschloß deshalb, die ausgedehnte Mobilisation der Brustwand bei allen diagnostisch sichergestellten Bronchiektasien der Unterlappen zu versuchen und stellt 4 Fälle vor, von denen einer (doppelseitig — Heilungsdauer $\frac{3}{4}$ Jahre) als geheilt, ein zweiter (kürzere Dauer) als wahrscheinlich geheilt, zwei als erheblich gebessert anzusehen sind. Für die Operation bestehen zwei Schwierigkeiten: Ist die Pleura costalis zart und nicht verwachsen, so reißt sie leicht ein (einmal vorgekommen ohne üble Folgen); ferner regenerieren sich die Rippen im Kindesalter bei stehenbleibendem Periost sehr schnell; man muß sich deshalb entweder zur Kompression der resezierten Stelle sofort im Anschluß an die Operation oder eventuell zur Fortnahme des Periosts entschließen. V. hat das erstere erprobt und ist nicht unzufrieden; das zweite hat mehrfache Bedenken.

V. ROSTHORN: Auftreten einer epidemischen Darmerkrankung bei Neugeborenen.

Vortr. berichtet über eine förmlich epidemischen Charakter gewinnende Form von Darmerkrankung bei neugeborenen Kindern, welche durchwegs Brustnahrung erhielten. Die häufige Kombination mit Affektionen der Haut und der hartnäckige Charakter derselben, der trotz unsäglicher Mühewaltung in der Pflege und selbst nach Desinfektion der Räume nicht weichen wollte, ließ einen infektiösen Ursprung erkennen. Die konsequent durchgeführte bakteriologische Untersuchung des Stuhls und das regelmäßige Kulturergebnis ließ eine Staphylokokose vermuten, die, ähnlich wie in den von MORO aus der ESCHERICHschen Klinik publizierten Fällen, nur in viel geringerem Grade, die Störung herbeigeführt haben dürfte. Zum Schluß wird auf gewisse Analogien zwischen den Zeitperioden, in denen Puerperalfieber epidemien aufzutreten pflegen, und den hier beobachteten, die besonders auf Überfüllung, schlechte Lüftung der Räume und Ermüdung des Personals zurückgeführt werden müssen, hingewiesen und die Anregung zu einer großen Enquete gegeben, zu der sich Pädiater und Geburtshelfer vereinigen sollten, um die Regelung einer exakten Windelpflege auf gesetzlichem Wege zu erreichen.

Medizinische Gesellschaft in Gießen.

KROEMER: Pflege der frühgeborenen Kinder.

Vortr. demonstriert zwei frühgeborene Kinder, von denen das erste in der 33. Woche mit einem Anfangsgewicht von 1310g, das zweite in der 29. Woche mit einem Anfangsgewicht von 1280g geboren wurde. Nr. 1 ist 30 Tage alt, Nr. 2 18 Tage. Für die Pflege derartiger, frühgeborener Früchte sind drei Bedingungen unerlässlich: 1. Eine konstante Wärmezufuhr durch irgend eine gut regulierbare Wärme-

quelle, 2. die Ernährung mit Mutter-(Ammen-)Milch sobald als möglich an der Brust der Mutter selbst, 3. peinlichste Körper- und Hautpflege. Für die Praxis wird das einfachste Verfahren das beste sein, wenn es nur dasselbe leistet wie komplizierte Methoden. Bei Filzmantel- umhüllung genügt die vierstündige Neufüllung. Wattehäubchen, Wattehandschuhe, Vorwärmen der zum Wechsel bestimmten Wäsche sorgen auch sonst für möglichsten Wärmeschutz. Acht Stunden nach der Geburt erhält das Kind die erste Nahrung, und von da an regelmäßig mit einstündigen Pausen, ob Tag oder Nacht. Zur Verwendung kommt nur Muttermilch, in der ersten Zeit abgedrückt oder abgesaugt von einer leicht gehenden Ammenbrust. Inzwischen wird die Brust der Mutter durch einen kräftigen Säugling vorbereitet. Die Milch wird dem Kinde zunächst mit geschnabeltem Löffelchen auf die Zunge geschüttet. Zwei bis drei Löffelchen für eine Mahlzeit genügen in der ersten Zeit. Ein und dieselbe Hebamme hat allein das Kind zu pflegen und zu nähren. Sie regt vor der Nahrungszufuhr die Atmung an (durch Klopfen, Zuhalten der Nase) und bewacht nach dem Trinken das Kind solange, bis dasselbe durch lautes Rülpsen sein Wohlbefinden kundgegeben hat. Beim Trinken liegt das Kind in halber Seitenlage. Sobald das Kind kräftig genug saugt, wird es an die Brust angelegt, und nun werden die Mahlzeiten an Zahl herabgesetzt und durch Vergrößerung der Pausen allmählich die Verhältnisse auf die Norm gebracht. Die Hautpflege ist ebenso wichtig. Wir baden, um das Schreien und durch dieses die Lungenentfaltung anzuregen, und glauben damit auch den Appetit des Kindes zu steigern. Das Kind wird drei- bis viermal täglich trocken gelegt (Vorwärmen der Wäsche!) und die Genitalgegend, sowie After und Achselfalten durch Byrolin, Streupuder, Zinkpaste sorgfältig trocken und geschmeidig erhalten (je nach Indikation). Die Kinder werden nicht eher entlassen, als bis sie von der Wärmewanne entwöhnt, auch unter gewöhnlichen Verhältnissen durch dauernde Gewichtszunahme ihre Lebensfähigkeit dokumentieren. Man erreicht also mit der einfachen Wärmewanne dasselbe wie mit den komplizierten Apparaten. Im übrigen ist — ob Wärmewanne, ob Couveuse gewählt wird — eine gewissenhafte Pflegerin die Hauptsache und die beste Hebamme an der Klinik zur Behandlung der frühgeborenen Kinder gerade gut genug.

Notizen.

Wien, 13. August 1904.

(Universitäts-Nachrichten.) Die „Deutsche med. Wochenschr.“ dementiert das Gerücht über den Rücktritt v. LEYDENS von seinem Lehrämte. — Das neue hygienische Institut in Berlin ist bereits fertiggestellt; am Schlusse des diesjährigen Sommersemesters hat Geh. Rat RUBNER die letzte Vorlesung im alten Institute abgehalten. — Die Professoren HORSTMANN und SALOMON in Berlin feierten vor kurzem ihr 25jähriges Dozentenjubiläum. — Geh. Rat O. HERTWIG ist zum Rektor, Geh. Rat ORTH zum Dekan der medizinischen Fakultät in Berlin für das nächste Studienjahr gewählt worden.

(KARL WEIGERT †.) Der hervorragende Pathologe und Professor der pathologischen Anatomie am SENCKENBERG'schen naturhistorischen Institute in Frankfurt a. M., Geheimrat Dr. KARL WEIGERT, ist am 3. August im 60. Lebensjahre gestorben. Die pathologische Anatomie verliert in ihm einen ihrer namhaftesten Vertreter, der vom Beginne seiner Laufbahn bis in die letzte Zeit stets in der ersten Reihe der Arbeitenden und Schaffenden gestanden war. WEIGERT absolvierte seine Studien in Breslau, Berlin und Wien, war Assistent bei WALDEYER, LEBERT und COHNHEIM, seit dem Jahre 1884 in seiner Stellung in Frankfurt. Seine Publikationen erstreckten sich auf die Pathologie der Harn- und Zirkulationsorgane, vor allem aber auf histologische und bakteriologische Fragen, in welch letzteren er, zumal durch seine Färbemethoden, bahnbrechend gewirkt hat. Wir nennen u. a.: „Erste Färbung von Bakterienhaufen“, „Färbung der Bakterien mit Anilinfarben“, „Marscheidenfärbung“, „Fibrinfärbung“, „Lehre von der Koagulationsnekrose“, „Nephritis“, „Venentuberkulose und ihre Beziehung zur akuten Miliartuberkulose“. WEIGERT war seit 1899 Ehrenmitglied des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. und Geheimer Medizinalrat.

(Personalien.) Der Hofarzt II. Kl. Dr. VIKTOR EISENMENGER ist zum Hofarzte I. Kl., der Schloßarzt Dr. FERDINAND FISCHER zum Hofarzt II. Kl. und Dr. ARTUR Ritter BIELKA v. KARLTREU zum Schloßarzt ernannt worden. — Dr. EDUARD ZAMPARI in Triest und der Oberbezirksarzt Dr. JAKOB ERLACHER in Brauneck haben den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten. — Die Privatdozenten Dr. AUGUST HIRSCHLER und Dr. GEZA DIEBALLA in Budapest sind zu Chefärzten im Status der städtischen Spitäler ernannt worden. — Der Sanitätsrat Dr. LÜNING in Aurich hat vor wenigen Tagen in voller körperlicher und geistiger Frische sein 60jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Der Pädiater Dr. SIEGERT in Halle, ferner die Professoren BARDENHEUER, TILLMANN, MINKOWSKI und HOCHHAUS sind zu Mitgliedern der Akademie für praktische Medizin in Köln, die im Oktober d. J. eröffnet werden soll, ernannt worden.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt I. Kl. Dr. JOSEF URBAN ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben, Stabsarzt Dr. FRANZ RADEY ist zur Theresianischen Militärakademie, Oberstabsarzt II. Kl. Dr. JULIUS SCHWARZ zum Garnisonsspital Nr. 1 in Wien transferiert, Oberstabsarzt I. Kl. Dr. JOHANN SCHIFFRER zum Kommandanten des Garnisonsspital Nr. 19 in Preßburg ernannt worden.

(Ärztetammerwahlen.) Die Neuwahl der Ärztekammer für Niederösterreich hat am 8. d. M. stattgefunden.

(Hygienisches.) Die Ministerien des Innern und für Ackerbau haben wichtige Maßnahmen gegen die Wurmkrankheit beim Bergbau angeordnet. Dieselben bestimmen u. a., daß alle beim Bergbau Beschäftigten auf das Vorhandensein von Ankylostomum zu untersuchen, Erkrankte nicht zur Beschäftigung unter Tage zuzulassen sind. Ergeben sich weitere Erkrankungen, so ist der Grubenschlamm auf Ankylostomum zu untersuchen; sind solche im Schlamm zu finden, so gilt die Grube als verseucht. Für je 20 Mann der maximalen Belegschaft hat je ein Abort errichtet zu werden, für gutes Trinkwasser ist zu sorgen, die Wasserbehälter sind täglich zu reinigen, die Arbeiter über das Wesen der Wurmkrankheit aufzuklären. — Aus Bukarest wird uns berichtet: Die Regierung und die gesetzgebenden Körperschaften Rumäniens haben eine Summe von 400.000 Franken zur Errichtung eines Hospitals für die Isolierung armer Tuberkulöser bewilligt und das Bürgermeisteramt von Bukarest hat ein Grundstück von mehreren Hektaren für die Errichtung dieses Hospitals zur Verfügung gestellt.

(Ärzte in Rußland und England.) Nach einem statistischen Referate der „St. Petersburger med. Wochenschr.“ gibt es derzeit in Rußland 21.827 Ärzte, und zwar 21.090 Männer und 737 Frauen; auf das europäische Rußland entfallen davon 19.168 Ärzte. Das größte Kontingent weisen die Städte auf. An der Spitze steht St. Petersburg mit 2272 Ärzten; es folgen Moskau mit 1528, Warschau mit 1034, Kiew mit 689, Odessa mit 615 Ärzte usw. Öffentliche Ämter bekleideten im Jahre 1903 731 Ärzten als Professoren, Privatdozenten und Assistenten, 3683 dienten im Heer und in der Marine, 2790 in der Landschaft, 1495 als Krankenhausärzte, 565 als Stadtärzte, 577 waren an Fabriken, 541 an Eisenbahnen angestellt usw. — Die Zahl der Medizinstudierenden in England ist in stetem Rückgange begriffen. Während im vereinigten Königreiche im Jahre 1891 2405 Studenten der Medizin verzeichnet wurden, ist diese Zahl bis zum vorigen Jahre auf 1538 herabgesunken. — In Rußland macht sich infolge der Berufung vieler Ärzte auf den Kriegsschauplatz schon seit mehreren Monaten ein empfindlicher Ärztemangel geltend.

(Statistik.) Vom 31. Juli bis inkl. 6. August 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 6571 Personen behandelt. Hiervon wurden 1456 entlassen, 163 sind gestorben (10,6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie 1, Blattern 2, Varizellen 24, Scharlach 34, Masern 113, Keuchhusten 14, Rotlauf 43, Wochenbettfieber 5, Röteln —, Mumps 8, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 664 Personen gestorben (— 44 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Bubentz bei Prag der Marine-Stabsarzt Dr. **ARTUR PLUMBERT**, 51 Jahre alt; in Budapest Dr. **EDUARD SINGER**, einer der Begleiter des Kaisers Maximilian von Mexiko, im 71. Lebensjahre; in Berlin der deutsche Botschaftsarzt Dr. **EHRHARDT**; in Santiago de Chile der als Zoologe und Botaniker weitbekannte Arzt Dr. **RUDOLF AMADAEUS DE PHILIPPI**, im hohen Alter von 96 Jahren.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- M. Bourcart**, Le Vecetre, 134 Figuren. Paris 1904, F. Alcan.
Krebs, Die Wasserbehandlung und ihre Grenzen. Halle a. d. S. 1904, C. Marhold. — M. — 40.
Fürbringer, Medizinische Winke fürs Radfahren. Halle a. d. S. 1904, C. Marhold. — M. — 20.
Saalfeld, Über Haut- und Haarpflege. Halle a. d. S. 1904, C. Marhold. — M. — 25.
Klopstock und Kowarsky, Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Wien u. Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.
J. Moeller und H. Thoms, Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie. Band II und III. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg, per Band K. 21'60.
M. Westenhoeffer, Übertragbarkeit der Tuberkulose. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbwerke vorm. **Meister Lucius & Brüning** in Höchst am Main über „Albargin“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Bei Frauenkrankheiten

Bäder und Irrigationen

mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Unübertroffener Erfolg.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes

bestimmt der Arzt.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Lehrbuch der Urologie

mit Einschluß der

männlichen Sexualerkrankungen.

Von **Dr. Leopold Casper**,

Privatdozent an der Universität Berlin.

Mit 187 Abbildungen.

Gr. 8°. XI u. 515 Seiten.

Preis: Geheftet 14 M. = 16 K 80 h, gebunden 16 M. = 19 K 20 h.

Thioool
„Roche“

bestes Guajacolpräparat, wasserlöslich, geruchlos, ungiftig.

Vorügl. Antitubercul. und Antidiarrhoeum.

Pastilli Thiocoli
„Roche“

verläslichste, bequemste und billigste Verabreichungsform des Thiocols.

Sulfosot-syrup
„Roche“

entgiftetes Kreosot in Syrupform, eignet sich speziell für Armen- und Massenpraxis.

Thigenol „Roche“

Synthetisches Schwefelpräparat mit 10% organ. gebundenem Schwefel.

Braune, dicksyropöse, geschmacklose, im Gebrauch geruchlose, ungiftige Flüssigkeit. Leicht resorbierbar, wirkt nicht reizend, sondern milde, juckreiz- und schmerzlindernd, läßt sich leicht mit Wasser abwaschen und fleckt nicht die Wäsche.

Als Schwefelpräparat und als vorzüglicher Ersatz für Ichthyol angezeigt bei:

Ekzem, rein oder 20% Salbe (sofortige Abnahme des Juckens, des Nässens und der Infiltration); **Pruritus** und **Urticaria** (sofortige juckstillende Wirkung); parasitäre Dermatosen wie: **Skabies** (Einreibung mit grüner Salbe, nach 1 Stunde Bad, vollständige Einreibung mit Thigenolum purum, abends 2. Thigenoleinreibung. In 2 Tagen Heilung); **Favus** etc.; **Akne**; gynäkologischen Affektionen wie: **Endo-, Para- und Perimetritis**, **Beckenexsudaten**, als 10–20% Thigenolvaginaltampons oder Suppositorien à 0,30; **Rheumatismus** (Einreibungen mit Thigenol, Chloroform ac. 10,0, Spir. camphor. 40,0); **Erysipel** (pur oder 10% Salbe); **Fissura ani**, **Haemorrhoiden** etc.

Alleinige Fabrikanten: **F. Hoffmann-La Roche & Cie.**, chem.-pharm. Produkte, **BASEL** (Schweiz), **GRENZACH** (Baden).

Sirolin
„Roche“

wohlriechender, angenehm schmeckender Syrup, idealste Form der Kreosot-Therapie.

Airol
„Roche“

bestes, geruchloser Jodformersatz.

Protylin
„Roche“

haltbares Phosphor-eiweiß. Wirksamer als die bisherigen organischen und anorganischen Phosphor- u. Phosphorsäurepräparate.

Dr. Gara
aus Wien

Mai
bis
Oktober

Bad
Pistyan

Dr. K. Szegö's

Sanatorium und Wasserheilanstalt für Erwachsene und Kinder in Abbazia. Anstalt ersten Ranges, Abhärtungs-, Kräftigungs- und Mastkuren das ganze Jahr hindurch. Kinder von 6 Jahren aufwärts werden auch ohne Begleitung aufgenommen.

Baden-Baden. Sanatorium Dr. Ebers. Für interne und Nervenkranken.
Das ganze Jahr geöffnet.
Leitende Ärzte: **Dr. Ebers, Dr. Heiligenthal.**

Dr. Paalens Kuranstalt Eggenberg bei Graz für interne und Nervenkranken. Windgeschützt, unmittelbar am Fichtenwalde. Endstation der elektrischen Tramway Graz-Eggenberg.

Kurort Gleichenberg
Salon: Vom 1. Mai bis Ende September.
Heilanzeigen: Katarrhalische Erkrankungen der Atmungsorgane sowie des Verdauungstraktes, Herzmuskelkrankungen und darauf beruhende asthmatische Zustände, Blutarmut etc.
Kurmittel: Alkalisches-muriat. Quellen: Konstantin- und Emmaquelle; alkalisch-muriat. Eisensäuerling; Johannisbrunnen; reiner Eisensäuerling; Klausenquelle, Molke, sterilisierte Milch (Trockenfütterung), Kefyr, Quellsol-inhalation; Inhalation von Fichtennadeldämpfen (beide in Einzelkabinetten), Respirationapparat, pneumatische Kammern, Süss-Mineralwasser, moussierendes Kalorisorbäder und natürliche Kohlensäurebäder (für Herzerkrankungen), Fichtennadel- und Stahlbäder. Grosse hydrotherapeutische Anstalt, Terrainkur. Milde, feuchtwarmer, staubfreie, windstille Luft, waldige Hügelandschaft. Seehöhe 300 Meter. Auskünfte und Prospekte gratis. Wohnungs- und Wagenbestellungen bei der Kurdirektion Gleichenberg.

Sanatorium für Nervenkranken u. Morphinisten in Wien-Hacking (Westbahn). Geisteskranken ausgeschlossen.
Docent **Dr. Holländer** ärztlicher Leiter.
Dr. Ph. Oesterreicher Anstaltsarzt.

Gesetzlich geschützt! **„SCABIOL“** Gesetzlich geschützt!
Sicher wirkendes Mittel bei Krätzen und allen mit Jucken verbundenen Hautkrankheiten. In vielen Spitälern erprobt und beständig im Gebrauche. Schmutzt die Kleider nicht! Hat keinen unangenehmen Geruch!
Preis einer Flasche 1, 2 und 3 Kronen.
Zu haben beim Erzeuger **Géza Pokorny**, Apotheker in **Marosvásárhely** und bei **G. & R. Fritz** in Wien, I., Bräunerstraße 5.

Sämtliche Geräte u. Reagentien für Bakteriologie, Mikroskopie, Blut-, Harn- und Sputumuntersuchung, chemisch-technische und Röntgenlaboratorien empfiehlt
Rud. Siebert, k. u. k. Hoflieferant, Wien, IX/3, Garnisongasse 9.
Inhaber **FRITZ VOGL**, ph. mag.

Die erste genossenschaftliche **Waarenhalle der Tischlermeister Wiens**
Nur VII., Lerchenfelderstrasse 45.
Ecke der Neubaugasse, empfiehlt sich den Herren Ärzten zur **completen Möblierung** von Ordinationszimmern, Wohnräumen, Heilanstalten, Sanatorien, Bade- und Kuranstalten, Kurhotels etc. zu den billigsten und kulantesten Bedingungen.
Grosses Lager vollständig eingerichteter Musterzimmer.

PRIVAT-HEILANSTALT für Gemüths- u. Nervenkranken
in Wien, XIX., Ober-Döbling, Billrothstrasse 69.

Salzbrunner Oberbrunnen
Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken. — Broschüren gratis ebendasselbst und durch **Furbach & Striebold**, Versand der fürstl. Mineralwasser, Bad Salzbrunn i. Schl.

Das **Ung. hydr. cinereum** wird bei der Inunktionskur **welt übertroffen** durch die
Enthält 33 1/3% Hg.
Gesetzl.  gesch.
Ung. Patent Nr. 24.728
Geruchlos, fettfrei, beschmutzt die Wäsche nicht, ist in 3 bis 5 Minuten vollkommen eingerieben. Die Erzeugungsstelle sendet den Herren Ärzten Proben und Literatur gerne gratis und franko. Bezug durch sämtliche Apotheken.
Detail-Vorkauf: **O. BRADY**, Apotheke zum König von Ungarn, Wien, I. und sämtliche Apotheken.
Erzeugungsstelle: **Dr. A. Rosenbergs Apotheke** Budapest, Kerepeserstrasse 43.
Hauptdepot für Oesterreich: **G. & R. Fritz, Wien, I.** Verkauf nur an Apotheken.

In graduierten, 30 g hältigen Glastuben. Preis 2 Kronen.
BUDAPEST VII. KEREPESESTRASSE 43

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Tic convulsif. Von Dr. VACLAV PLAVEC. — Zur Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen. Von Dr. FRANZ WEISZ, emer. Sekundararzt in Budapest. — Referate. H. ARNSPÄTZER (Heidelberg): Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen. — S. STERLING (Lodz): Über die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlaufe der Lungentuberkulose. — LUBLINSKI (Berlin): Über das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis. — HARALD EHRNBERG (Stockholm): Über Intoxikation mit per os eingenommenem Chloroform. — BOFINGER (Berlin): Zur Desinfektion tuberkulösen Auswurfs. — THEVENOT (Paris): Durch Aktinomykose verursachtes Panaritium des Ringfingers. — ROLLY (Leipzig): Über Wärmestichhyperthermie und Fieber. — STASSEWITSCH (St. Petersburg): Beitrag zur Frage der Zytodiagnostik der exsudativen Pleuritiden. — A. I. KRISCHANOWSKI (St. Petersburg): Vergleichende Beobachtungen über die Wärmeproduktion nach Sol- und Süßwasserbädern. — Kleine Mitteilungen. Zur Behandlung der Hydrorrhoea nasalis. — Das Milchregime. — Solbäder bei Skrofulose. — Behandlung der Darminvagination bei kleinen Kindern. — Die Gefahr von operativen Eingriffen am Diabetiker. — Behandlung mit Tuberkuloseantitoxinen. — Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. — Indikationen zur Magenspülung bei Säuglingen. — Literarische Anzeigen. Anleitung zur Durchführung bakteriologischer Untersuchungen für klinisch-diagnostische und hygienische Zwecke. Von Stabsarzt Dr. LUDWIG KAMEN. — Die Traumtänzerin Magdeleine G. Eine psychologische Studie über Hypnose und dramatische Kunst. Unter Mitwirkung des Dr. med. F. E. OTTO SCHULTZE (Naumburg) von Dr. FREIHERRN V. SCHRENCK-NOTZING, prakt. Arzt in München. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus französischen Gesellschaften. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Tic convulsif.

Von Dr. Vaclav Plavec.

I.

Die Muskulatur, welche vom VII. Gehirnnerven innerviert wird, namentlich aber der Gesichtsanteil derselben, pflegt oft der Sitz krankhafter Bewegungen zu sein, welche sich in manchen Fällen nicht so sehr durch ihren krampfartigen Charakter, als vielmehr durch ihr unwillkürliches, unzweckmäßiges, unzeitgemäßes und überflüssiges Auftreten von den normalen, natürlichen Bewegungen unterscheiden. Es besteht der sehr weit verbreitete Gebrauch¹⁾, diesen krankhaften Zustand mit dem Kollektivnamen „Tic convulsif“ zu bezeichnen, obzwar diese Benennung nichts für das Gesicht Spezifisches enthält und unter Umständen auch für ähnliche Krämpfe an den Extremitäten verwendet wird. Überdies hat der Gesichtskrampf eine verschiedene Pathogenese und Form, so daß die Anwendung des Kollektivnamens nur mit einer gewissen Einschränkung möglich ist.

Mit Rücksicht darauf macht sich in der letzten Zeit das Bestreben geltend, die Bezeichnung Tic convulsif nur für ganz bestimmte Fälle zu reservieren. Außer in dem eben angedeuteten weiteren Sinne verwenden manche Autoren die Bezeichnung Tic convulsif bloß für die klonische Form des Gesichtskrampfes (MAIXNER, THOMAYER, STRÜMPPELL, EICHHORST u. a.); andere wiederum verstehen unter diesem Namen jeden diffusen Gesichtskrampf (ERB), während BRISSAUD die Bezeichnung Tic bloß für eine bestimmte pathogenetische Form verwendet. Wenn ich die in der vorliegenden Abhandlung be-

schriebenen Fälle von Gesichtsmuskelkrampf unter dem gemeinsamen Namen Tic convulsif zusammengestellt habe, so richtete ich mich mehr nach dem bisherigen Gebrauch als nach dem wirklichen Bedarf.

Da der Krampf der Gesichtsmuskulatur ein Symptom mehrerer, verschiedener pathologischer Prozesse ist, die fast ausschließlich im Nervensystem ihren Sitz haben, darf man sich in einem gegebenen Falle nicht mit der Diagnose Spasmus facialis oder Tic convulsif begnügen, sondern muß immer nach der Grundlage und dem Ursprunge dieser krankhaften Erscheinung forschen. Nur auf diesem Wege kann man zu einer richtigen Prognose und zweckmäßigen Therapie gelangen.

Unter den pathogenetisch verschiedenen Arten des Gesichtskrampfes sind diejenigen am wichtigsten, bei denen es sich um natürliche, aber krampfhaft veränderte Bewegungen handelt, und deshalb dürfte es angezeigt sein, vorerst diese mit einigen Worten zu erwähnen.

Die Physiologie unterscheidet 3 Arten von Bewegungen: Willkürliche, reflektorische und automatische.²⁾

²⁾ Obzwar diese Bezeichnungen in sehr ausgebreiteter Verwendung stehen, entsprechen sie doch nicht ganz der Wirklichkeit. Insbesondere gilt dies von den sogenannten automatischen Bewegungen, denn ein richtiger Automatismus existiert nicht, sondern nur eine automatische Regulierung. Das Prototyp der Automatie war immer die Funktion des Respirations- und Herzzentrums; aber heute steht es fest, daß die Ursache der ununterbrochenen Tätigkeit in chemischen Prozessen liegt, die sich in unmittelbarer Umgebung der betreffenden Zentren abspielen. Deswegen spricht GAD von autochthonen, statt von automatischen Bewegungen, womit nichts anderes gesagt sein will, als daß eine solche Bewegung eine lokale Ursache hat (d. i. im Zentrum selbst und in seiner nächsten Umgebung). In diesem Sinne ist auch die willkürliche Bewegung, wenigstens mit Rücksicht auf die gegenwärtige Auffassung, eine automatische. Schließlich hat auch die reflektorische Bewegung eine automatische Regulierung. (RICHER: Dictionnaire de Physiologie.)

¹⁾ GOWERS, NIEMEYER u. a.

Ohne auf die nähere Definition und Charakteristik dieser bekannten Einteilung der Bewegungen näher einzugehen, kann man im vorhinein Folgendes behaupten: Wenn sich in der Reihe jener Vorgänge und Zustände, aus denen sich die natürliche Bewegung zusammensetzt, ein Glied (z. B. die Erregbarkeit eines physiologischen Zentrums) ändert, sich vergrößert, so wird diese Bewegung überschüssig, unzeitgemäß, unzweckmäßig und auch der Wille kann mehr oder weniger von seinem Einflusse einbüßen. Dem entspricht auch die Wirklichkeit und wir können nicht bloß mit Rücksicht auf die Norm, sondern auch mit Rücksicht auf die Pathologie den Gesichtskrampf analog den natürlichen Bewegungen in 3 Gruppen einteilen:

In der ersten Gruppe handelt es sich um krankhaft veränderte willkürliche Bewegungen, in der zweiten um krankhaft veränderte reflektorische Bewegungen. Diese beiden Arten des Gesichtskrampfes nehmen sowohl jede für sich allein als auch gegenüber allen übrigen Abarten eine Ausnahmstellung ein, denn sie treten oft als selbständige Krankheiten auf. Die dritte Gruppe umfaßt alle übrigen Fälle von Krämpfen der Gesichtsmuskulatur, insofern sie nicht zum Bilde eines allgemeinen Krampfes gehören; pathogenetisch stimmen sie bloß in ihrer Unabhängigkeit vom Willen und vom äußeren, peripheren Reize überein. Mit Rücksicht darauf, daß gerade durch diese beiden Charaktere sich die sogenannten automatischen Bewegungen auszeichnen, können wir auch in der Pathologie von automatischen Krämpfen sprechen.

Die Differentialdiagnose der einzelnen Arten des Gesichtskrampfes ist nicht so leicht als es wünschenswert wäre. Die Krampfform, eventuell der daraus resultierende Gesichtsausdruck sind selten so typisch, daß man sich ihrer als vollständig verlässliches Unterscheidungsmerkmal bedienen könnte. Erst auf Grund des klinischen Gesamtbildes mit Zuhilfenahme der Anamnese und der objektiven Untersuchung kann man sich über das Wesen und den Ursprung des Gesichtskrampfes bestimmter aussprechen. BRISSAUD erklärt unter Berufung auf ERB dieses Problem als eines der schwierigsten aus der ganzen Pathologie des Nervensystems.

I. Der echte Tic des Gesichtes.

In den hierher gehörigen Fällen handelt es sich um koordinierte, ursprünglich willkürliche Bewegungen, die aber infolge Willensschwäche stabil geworden und in mehr oder weniger unwillkürliche Übergänge sind. Die Bezeichnung dieser Bewegungen als krankhafte Angewohnheit (*tic-habitude vicieuse*³⁾ ist eine zutreffende, denn sie lassen den bekannten, groben Charakter der Krämpfe vermissen, so daß man in leichten Fällen im Zweifel sein kann, ob man die betreffenden Bewegungen noch als eine normale Gewohnheit, der mehr oder weniger ein jeder Mensch unterliegt, oder bereits als Krankheit auffassen soll. Namentlich bei Kindern findet man die verschiedensten Gewohnheiten: Hüsteln, Zucken mit der Schulter, kurze In- oder Expirationen, wiederholte Anwendung eines bestimmten Wortes⁴⁾ u. a.; speziell im Gesichte: Zusammenkneifen der Lider, Stirnrunzeln, häufiges Blinzeln, Umstülpen und Lecken der Lippen und Ähnliches. Diese unwillkürlichen Bewegungen kann man nicht als krankhaft ansehen, denn man beobachtet sie fast nur dann, wenn es sich um eine mäßige Erregung handelt und die Aufmerksamkeit nach einer anderen Richtung abgelenkt ist (z. B. beim Aufrufen in der Schule). Bei festem Willen und Aufmerksamkeit schwinden diese Gewohnheiten mit fortschreitendem Alter fast vollständig.

Nur bei neuropathisch belasteten Personen bleibt das Bestreben, diese unwillkürlichen Bewegungen zu unterdrücken, erfolglos; im Gegenteil, Intensität und Schnelligkeit der Bewegungen nehmen zu und diese wiederholen sich auffallend

³⁾ MOZIN und BIBER, Lexikon 1826.

⁴⁾ Also, weißt du, so u. dgl.

oft. Im Laufe der Zeit stellen sich neue Bewegungen ein, die noch bizarrer sind als die früher angeführten: die Gesichtsmuskeln kontrahieren sich momentan wie zum Lächeln, Staunen, zur Verfinsterung des Gesichtes, die Hand erhebt sich wie zur Abwehr, der Fuß wie zum Tanze usw. Zeitweise werden die Bewegungen stärker und zahlreicher, zeitweise wiederum schwächer oder hören auch ganz und gar auf. Sie verstärken sich bei jeder noch so geringfügigen Gemütsbewegung und aufregenden Erinnerung und schwächen sich ab oder verschwinden eventuell ganz und gar bei psychischer Ruhe und in der Einsamkeit. Von analogen natürlichen Bewegungen unterscheiden sie sich einzig und allein durch ihre Schnelligkeit und ihr Übermaß, wodurch sie sich einigermaßen den echten Krämpfen nähern; sie sind schneller als die choreatischen, sie sind Karikaturen der normalen Bewegungen (CHARCOT). Außer diesen Bewegungen stößt der Kranke gewisse unartikulierte und artikulierte Laute, manchmal auch kurze Sätze aus. In manchen schweren Fällen treten psychische Störungen hinzu; bestimmte, sich immer gleich bleibende Vorstellungen erheben sich über die Schwelle des Bewußtseins, unter deren Eindrücke der Patient gezwungen ist, z. B. zu zählen oder andere komplizierte Funktionen auszuführen. Kurz, es entwickelt sich das Bild einer selbständigen Geisteskrankheit, wie sie von GILLES DE LA TOURETTE, CHARCOT und GUINON (in der böhmischen Literatur von KODYM) beschrieben wurde und welche unter dem Namen *Maladie des tics convulsifs*, oder wie JOLLY vorschlägt, *Maladie de tics impulsifs* bekannt ist (MARINA: *Myospasia impulsiva*; CHARCOT: *Grand tic convulsif, Tic général*).

Das klinische Bild dieser Erkrankung ist kein einheitliches. Man findet in einem gegebenen Falle entweder mehrere derartiger Tics nebeneinander oder bloß einen einzigen. In der vorliegenden Arbeit werden uns nur jene Fälle interessieren, in denen der Gesichtsmuskelkrampf entweder überhaupt das einzige oder wenigstens scheinbar das einzige Symptom ist.

Eine solche benigne Form der *Maladie des tics* ist durchaus keine Seltenheit, sondern im Gegenteil, die Gesichtsmuskulatur leidet verhältnismäßig am häufigsten und am ehesten. In der Mehrzahl der Fälle schreitet die Krankheit gar nicht weiter vor. In Anbetracht des ganzen klinischen Bildes, wie es durch Weiterentwicklung und Verschlimmerung entstehen kann, können wir also diese Art des Gesichtskrampfes, hier als echter Tic des Gesichtes bezeichnet, als die Früh- oder Abortivform der *Maladie des tics* betrachten (CHARCOT: *Petit tic convulsif*; BRISSAUD: ebenso oder *Spasme facial essentiel*).

Die konvulsiven Bewegungen beim Gesichtstic sind zwar kompliziert und bizarr, aber bei näherer Betrachtung wird es sich zeigen, daß sie regelmäßig koordiniert, systematisch sind und nur in etwas übertriebener Weise zweckmäßige, natürliche, de norma dem Willen unterworfenen Bewegungen nachahmen.

Es handelt sich stets um die Innervation ganzer synergischer Muskelgruppen und niemals einzelner Muskeln oder gar nur einzelner Teile derselben. Aus diesem Grunde beteiligen sich fast ausnahmslos beide Gesichtshälften an einer und derselben Bewegung.

Diese Synergie kann auch entfernte Muskelgruppen betreffen; so z. B. kann die Hand oder der Fuß die Gesichtszuckungen begleiten, wie wir es auch sonst im gewöhnlichen Leben zu tun gewöhnt sind (z. B. finster drein zu blicken und dabei mit dem Fuße aufzustampfen oder zu lächeln und gleichzeitig kurz zu expirieren).

Diese scheinbare Zweckmäßigkeit zu erkennen, ist nicht immer leicht; etwas leichter ist es, eine zweite, wichtige Eigentümlichkeit dieser Bewegungen zu erkennen, nämlich ihre Beständigkeit. Die vollführten Bewegungen sind nämlich in stereotyper Weise immer die gleichen, und zwar sowohl bezüglich ihres Charakters als auch bezüglich ihrer Lokali-

sation auf bestimmte Muskelgruppen. Wenn es sich also um einen echten Gesichtstic handelt, findet man im Gesichte eine oder zwei Arten von Bewegungen, die sich fortwährend wiederholen. Das einzig störende Moment könnte hier, wie ich an meinen Fällen beobachtet habe, nur der Umstand sein, daß der Kranke, wenn er sich beobachtet fühlt, seine Krankheit dadurch zu maskieren trachtet, daß er außer den krankhaften Bewegungen auch willkürliche vollführt und sie zu einem kausalen Ganzen vereinigen will. Dadurch entsteht aber eine gewisse Mannigfaltigkeit der Symptome.⁵⁾

Als ein charakteristisches Zeichen der mit Tic behafteten Patienten führen CHARCOT und BRISSAUD weiter einen eigentümlichen Geisteszustand an, der durch seinen bizarren und exzentrischen Charakter ausgezeichnet ist. CHARCOT betont aber ausdrücklich, daß man diese Personen nicht für degeneriert, sondern nur für geistesgestört (déséquilibrés) ansehen dürfe, denn manche von ihnen ragen durch große Intelligenz hervor.

Eines der wichtigsten Symptome der *Maladie des tics* ist der Einfluß des Willens auf die krankhaften Bewegungen. In geringgradigen Fällen — und zu diesen gehört der einfache Gesichtstic — kann sich der Kranke, wenn er dazu aufgefordert wird, eine Zeitlang ruhig verhalten, ohne die geringste Bewegung auszuführen. Auch bei entwickelter *Maladie des tics* kann er die Zuckungen zumindest wesentlich einschränken. OPPENHEIM berichtet über einen Beamten, der sich während der Amtsstunden so zu beherrschen wußte, daß er in keiner Weise auffiel. Eine derartige Selbstbeherrschung erfordert eine bedeutende geistige Anstrengung und hat auch eine große Ermüdung zur Folge, während welcher dann die krankhaften Bewegungen oft mit um so größerer Intensität hervorzubrechen pflegen.

Die Pathogenese des Gesichtstic erhellt aus der Erwägung des klinischen Gesamtbildes und läßt denselben als eine funktionelle Erkrankung der psychomotorischen Sphäre in der Großhirnrinde erscheinen.

GRASSET bezweifelt dies zwar und lokalisiert die funktionellen Veränderungen in die subkortikalen Koordinationszentren, dagegen halten CHARCOT, BRISSAUD u. a. die *Maladie des tics* für eine psychische Erkrankung. Die Richtigkeit dieser Behauptung wird man beurteilen können, wenn man nicht bloß die motorischen, sondern auch die rein psychischen Symptome, wie z. B. die Zwangsvorstellungen (*tics de l'idée*) berücksichtigt. Auch die krankhaften Bewegungen sind nichts anderes als Zwangsvorstellungen, allerdings motorischer Natur. Zu dieser Ansicht berechtigen uns: die Koordination und scheinbare Zweckmäßigkeit der betreffenden Bewegungen, die allmähliche Entwicklung aus willkürlichen Bewegungen, das Nachlassen bei geistiger Ruhe und das vollständige Verschwinden im Schlafe und unter dem Einflusse einer stärkeren Anspannung der Willenskraft. In Übereinstimmung mit der Psychologie erklären CHARCOT und BRISSAUD die Pathogenese des Tics in folgender Weise: die motorische Vorstellung ist infolge der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit der psychomotorischen Zentren so lebhaft, daß der Wille, der bei neuropathischen Individuen ohnedies geschwächt ist, das Zustandekommen der Bewegung nicht verhindern kann. Zwar kommt es den Kranken vor, als ob sie an ihre Bewegung nicht dächten, aber sie denken doch daran; dies beweist das Gefühl der Befriedigung nach vollbrachter Bewegung.

In der Ätiologie des echten Tic dominiert die neuropathische Belastung. Lebensweise (Erziehung) und überstandene Krankheiten können aber viel zur Entstehung bei-

⁵⁾ Auf meine direkte Frage gab mir ein Patient, bei dem der Tic in die Halsmuskeln lokalisiert war (*Tic rotatoire*, *Tic du gou* = *Torticollis mental* — BRISSAUD) an, daß, wenn er gezwungen ist, sich in Gesellschaft umzublicken, er sich hierauf absichtlich am Halse kratze, als ob ihn daselbst etwas jucken würde, oder daß er hernach längere Zeit nach jener Richtung schaue, wohin sich der Kopf gedreht hat, wie wenn er dort etwas beobachten wolle. Die Angst vor der Operation brachte später den Krampf in wenigen Tagen zum Verschwinden.

tragen. Seltener kommt es vor, daß die *Maladie des tics* direkt geerbt wird (OPPENHEIM). Schreck und Aufregung, die oft als unmittelbare Ursachen unwillkürlicher Bewegungen angeführt werden, besitzen nur eine untergeordnete Bedeutung, indem sie nur auf neuropathischer Basis zur Geltung kommen.

Verlauf und Prognose des Gesichtstic sind nicht in jedem Falle gleich. Eine große Rolle spielt dabei die Intensität der neuropathischen Disposition. *Maladie des tics* (und daher auch der Tic des Gesichtes) befällt hauptsächlich das Kindesalter; am häufigsten entsteht sie um das 10. Lebensjahr mit einem Tic des Gesichtes entweder plötzlich oder allmählich.⁶⁾

Gewöhnlich verschlimmern sich die Symptome einige Jahre lang, die Zuckungen nehmen zu; später, im vorgeschrittenem Alter, nehmen sie infolge des erhöhten Selbstbewußtseins und der Selbstbeherrschung ab. Es sind aber genug Fälle bekannt, in denen der Gesichtstic das ganze Leben hindurch gedauert hat. In schwer belasteten Fällen gehen die Bewegungen auf den ganzen Körper über; es gesellen sich auch psychische Symptome hinzu, und es sind Fälle verzeichnet worden, in denen eine entwickelte *Maladie des tics* in eine echte Manie übergegangen ist.⁷⁾ Ein einfacher lokalisierter Tic belästigt den Kranken nicht allzu sehr.

Obzwar der echte Tic des Gesichtes durchaus keine Seltenheit ist, habe ich dennoch in unserer Abteilung⁸⁾ nicht einen einzigen Fall gesehen. Eltern und Patienten unterschätzen den lokalisierten Tic und kommen erst mit mehr oder minder entwickelter *Maladie des tics*. So verhielt es sich auch mit folgenden zwei Fällen:

1. K. K., 14jähriger Gärtnerssohn. Die Mutter litt viel an Kopfschmerzen und starb an Tuberkulose. Der Vater lebt, leidet aber nach der Aussage der älteren, gesunden Schwester an Migräne. Von vier Geschwistern litten zwei Schwestern an derselben Krankheit, und zwar jede ungefähr vier Jahre, sind aber jetzt seit einigen Jahren vollkommen gesund. Der Kranke selbst überstand in der Kindheit eine Lungenentzündung. Die gegenwärtige Erkrankung entstand ziemlich plötzlich vor 6 Jahren nach einem Schreck infolge brennenden Petroleums. Sie äußerte sich in Form zuckender und drehender Bewegungen des Gesichtes und der rechten Körperhälfte. Die Abreibung von Würmern hatte keinen Erfolg. 3 Jahre später trat nach Verabreichung von Tropfen eine vollständige Remission ein, die ein halbes Jahr anhielt; gelegentlich des Anblickes von vergossenem, brennendem Spiritus stellten sich die Bewegungen wieder ein und dauern mit unvollständigen Remissionen heute noch fort. In der Schule machte Patient gute Fortschritte und trat vor einiger Zeit in ein Musikinstitut ein. Durch Aufregung nehmen die Bewegungen zu, worauf der Patient in auffälliger Weise schimpft. Ist er allein und ruhig, dann kann er Violine spielen, allerdings mit zeitweiligen Unterbrechungen. Irgendwelche wunderliche Einfälle oder fixe Ideen lassen sich anamnestisch nicht feststellen.

Status praesens: Der Kranke ist seinem Alter entsprechend gut entwickelt. Haut und Schleimhäute blaß. Thorax

⁶⁾ BATISTELLI sammelte aus der Literatur 52 Fälle von *Maladie des tics*, und da zeigt es sich, daß in 26 Fällen nur motorische und in den übrigen 26 Fällen auch psychische Symptome vorhanden waren. In 9 Fällen handelte es sich um Tic des Gesichtes allein; in 39 Fällen um Tic des Gesichtes, des Halses und der Extremitäten zugleich und nur in 4 Fällen bloß um Tic der Halsmuskeln. In 26 Fällen vollständig entwickelter, jahrelang dauernder *Maladie des tics* ist eine Zunahme der Symptome verzeichnet, und es ist auffallend, daß es sich in 17 Fällen nur um Tic des Gesichtes handelte, in fünf Fällen der Tic in anderen Körperteilen und in 4 Fällen gleichzeitig im Gesichte und anderswo begann. Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangt eine Statistik, welche COTRAN auf Grund von 45 Fällen zusammengestellt hat. Was das Lebensalter anbelangt, zeigt wiederum die Statistik von BATISTELLI, daß 10 dem 5.—10., 22 dem 10.—15., 9 dem 15.—20. und 11 dem 20.—35. Lebensjahre angehörten, bei 8 Fällen der letzten Gruppe wird aber angegeben, daß die Krankheit im Kindesalter (einmal sogar im 2. Lebensjahre) begonnen habe.

⁷⁾ REMOUCHAMPS, „Neurolog. Zentralblatt“, 1896.

⁸⁾ Alle in dieser Abhandlung angeführten Fälle stammen aus der Abteilung des Hofrates EISELT in Prag.

symmetrisch; Spitzenstoß im fünften Interkostalraum einwärts von von der Mammillarlinie, etwas arhythmisch. Über der Valv. bicuspidalis ein schwaches Geräusch im ersten Moment. Wenn wir den Kranken eine Weile beobachten, so sehen wir, daß er in unregelmäßigen Intervallen kurze koordinierte Bewegungen ausführt. An diesen Bewegungen beteiligt sich das Gesicht mit einem zweifachen, typischen, sich stetig, aber unregelmäßig wiederholenden Ausdruck; den einen möchte ich der Verfinsterung des Gesichtes vergleichen, während der andere infolge des Verziehens der Mundwinkel den Hauptzug des Lächelns bildet. Die Verfinsterung des Gesichtes war jedesmal mit einer solchen Seitwärtsbewegung des Kopfes verbunden, wie wir es unter ähnlichen Umständen zu sehen gewohnt sind. Auch der übrige Körper, namentlich die rechte Körperhälfte machte zeitweilig Bewegungen, und es wird genügen, wenn ich anführe, daß man mehrere Arten von Bewegungen sicher unterscheiden konnte, die sich in einem unregelmäßigen Turnus fortwährend wiederholten. Am deutlichsten zeigten sich die Bewegungen im Sitzen und Stehen, weniger beim Gehen oder Liegen. Dabei bewegte der Patient die Augen unruhig hin und her, seufzte von Zeit zu Zeit, räusperte sich oder zog mit einem kurzen, zischenden Geräusch die Luft zwischen der Unterlippe und der oberen Zahnreihe ein. Wenn sich der Kranke beobachtet fühlte, dann ließen die Bewegungen nach; er selbst lächelte und trachtete dadurch, daß er sein Bett oder die Kleidung in Ordnung brachte, die Aufmerksamkeit von seinen krankhaften Bewegungen abzulenken. Auch auf direkte Aufforderung konnte er sich mehrere Minuten absolut ruhig verhalten. Wenn er sich unterschreiben sollte, überlegte er zuerst eine Weile, schrieb dann rasch aber fließend 3—4 Buchstaben auf, dann folgte eine kurze Pause, eventuell eine Bewegung, und dann erst fuhr er in der Unterschrift fort.

Vor dem Spitalseintritte bestand die Verschlimmerung 14 Tage. Nach viertägigem Aufenthalte ließen die krankhaften Bewegungen etwas nach. Der Patient bekam Solutio arsenicalis und wurde entlassen. Die Remission dauerte einen Monat; dann traten wiederum am ganzen Körper so häufige Zuckungen auf, daß der Kranke den Musikunterricht aufgeben mußte.

2. J. B., Dienerssohn, 12 Jahre alt. Nach Angabe der Mutter beschäftigt sich der Vater des Patienten bereits seit 20 Jahren mit Branntweinbrennen und kommt oft betrunken nach Hause. Die Mutter ist gesund, aber anämisch. Eine Schwester der Mutter litt an Epilepsie und starb an Tuberkulose. Zwei jüngere Geschwister sind gesund. Der Kranke selbst ist witzig und bringt aus der Schule lauter erste Klassen. Oft ärgert er sich aus geringfügigen Ursachen und weint. Vor Jahren überstand er ein fieberhaftes Exanthem. Er leidet oft an Kopfschmerzen. Die gegenwärtige Krankheit begann vor 3 Jahren und seit dieser Zeit wird sie, von zeitweiligen Remissionen abgesehen, immer schlimmer. Zuerst bemerkte seine Umgebung ein auffallend häufiges und überflüssiges Grimassenschneiden, verbunden mit allerlei Bewegungen des Kopfes; später gesellten sich Bewegungen in der rechten Körperhälfte und bald hierauf im ganzen Körper hinzu.

Status praesens: Der Kranke ist entsprechend groß, etwas schwach, anämisch. Körper und innere Organe normal. Wenn der Patient im Bette liegt, scheint er ruhig zu sein, nur rümpft er zeitweise den Mund oder verzieht die Mundwinkel, dabei besteht häufiges Zwinkern mit schnellem Schließen der Augenlider, aber tonischem Charakter bei vollbrachtem Lidenschluß. Fühlt sich der Kranke beobachtet, dann fängt er regelmäßig ohne jede Ursache zu lächeln an (offenbar, um die krankhaften Bewegungen zu verdecken). Im Stehen gesellen sich sofort stoßende Bewegungen mit dem Ellbogen hinzu, er wetzt die Kleider oder den Hut zwischen den Fingern, tritt von einem Fuß auf den andern über und verdreht den Rumpf, wobei er unartikulierte Laute ausstößt. Auf Verlangen kann der Kranke die Bewegungen bis auf unbedeutende Rudimente unterdrücken; man kann aber bemerken, daß ihn dies eine gewisse Überwindung kostet und daß es ihm um so weniger gelingt, je länger es dauert. Wenn er in eine Lieblingsbeschäftigung vertieft ist (Durchschauen von Bildern), dann lassen die Bewegungen bedeutend nach. Manchmal bleibt er eine längere Zeit hindurch ruhig.

Vor dem Spitalseintritte bestand schon 3 Monate lang eine auffallende Verschlimmerung. Nach einem einwöchentlichen Spitalaufenthalte konnte man eine geringe Besserung konstatieren; er ging deshalb nach Hause und nahm Arsentropfen weiter. Nach einem Monate stellte er sich mit der Bitte um ein neues Rezept wieder ein. Er bekam Zink in Pillenform, und als er sich nach einem Monat wieder zeigte, war er bedeutend gebessert, so daß er bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck eines normalen Knaben machte.

Zur Ätiologie und Pathologie der Samenblasenerkrankungen.

Von **Dr. Franz Weisz**, emer. Sekundararzt in Budapest.

(Schluß.)

Wenn wir nun zur Pathologie der Samenblasen übergehen, sind vor allem anderen die kongenitalen Anomalien ins Auge fallend. Bei dem komplizierten Aufbau des Urogenitalapparates und dessen Zusammensetzung aus embryologisch außerordentlich verschiedenen Anlagen ist es natürlich, daß in diesen Organen Mißbildungen in großer Anzahl anzutreffen sind.

So kommen Doppelbildungen vor (ZACCHIAS) und in der Literaturzeitung von 1808 ist sogar Verdopplung der Samenblasen auf beiden Seiten erwähnt. Viel häufiger sind jedoch die Hemmungsbildungen teils ohne jede andere Mißbildung, teils aber, und letzteres ist häufiger, mit anderen Abnormitäten zusammen, so: Anorchidie, Retentio testis abdominalis, Fehlen der Prostata, der Blase und der Ureteren, Ektropie der Blase, Fehlen der Nieren, des Anus, der Gallenblase, der Harnblase, der Prostata und Kryptorchismus, Fehlen des Anus, Mißbildungen des Penis, Hermaphroditismus. Bei Hermaphroditismus ist das Geschick der Samenblasen an das der Vasa deferentia geknüpft, mit diesen sind sie bald vorhanden, bald nicht. In einem Falle PETITS waren auf der rechten Seite die Samenblasen vorhanden, auf der linken ein Uterus.

Die unteren Fäden der Vasa deferentia endigen, wenn die Samenblasen fehlen, bald blind (TENON), bald verschwinden sie in der Blasenwand (PARISOT), oder sie endigen in einem Knoten in der Gegend der Iliakalgefäße (GODARD), wenn sich nicht am unteren Ende blindsackförmige Ausbuchtungen finden (ENGLISCH).

Scheinbar am häufigsten ist der Mangel einer Samenblase. Daneben kann der Geschlechtsapparat derselben Seite wie in Fällen von BLANDIN, VÉLPEAU, TEBREUX und GODARD vollständig fehlen. Oft fehlt gleichzeitig nur die entsprechende Niere sowie Nebenhoden und Vas deferens (PARISE). Noch andere Defekte sah DREYER: Hypertrophische rechte Niere, Defekt der linken Samenblase, Erweiterung der rechten, Partialdefekt des rechten Vas deferens, völligen Defekt des linken Ureters und der linken Niere.

Ich habe bei einem 39jährigen Hermaphroditen bei klein entwickeltem Penis Defekt der Hoden und Samenblasen gesehen und statt der Samenblasen eine aus dem Vas deferens ausgehende Vorwölbung. Manchmal ist ein einseitiger Defekt zu sehen; so sah in einem Falle DREYER Defekt des linksseitigen Nierenureters und der Samenblase. Samenblasen-Hypoplasien sind auch beschrieben, die durch ungenügende Entwicklung des WOLFFSchen Ganges zustande kommen. Bei ihnen ist es interessant, daß das Fehlen der Geschlechtsfunktion mit dem Fehlen des Bartwuchses einhergeht. Ihr Vorkommen ist äußerst selten selbständig; jedoch bei Hypoplasie der Testikuli ist Hypoplasie der Samenblasen sehr oft anzutreffen.

GUELLIOT fand in 19 Fällen von Anorchidie 7mal die Samenblasen atrophisch. Die Atrophie erklärt er als auf entzündlichem Wege zustande gekommen und meint, daß die Samenblasen eine von der Hodensekretion unabhängige Funktion haben müßten.

Wenn die Urnierengänge die MÜLLERSchen nachahmen und in der Mittellinie oder auf einer Seite in ihren distalen Partien abnormerweise sich vereinigen, dann ist nur eine Samenblase vorhanden. Bei einer Beobachtung HUNTERS lief das rechte Vas deferens nach links und bildete mit dem linken einen bilokulären Hohlraum. Luft, die man in ein Vas deferens einblies, brachte aber immer nur einen Hohlraum zum Schwellen. Einige Mißbildungen resultieren aus dem entwicklungsgeschichtlichen Verhalten des Ureters und des Vas deferens, die beim menschlichen Embryo einige Tage gemeinschaftlich im Sinus urogenitalis endigen. So sah EPPINGER den Ureter einer atrophischen Niere und den Ausführungsgang des Hodens sich in der Blase vereinigen; und fast identisch ist TH. ROTTS Fall.

HOFFMANN sah zweimal, daß zwei Ureteren vorhanden waren, von denen der eine in einer breiten Tasche endigte, in welche auch die Vasa deferentia ausliefen. HOFFMANN meint, es habe sich um Umwandlung einer Samenblase in einen Ureter gehandelt. GUELLIOT erklärt dies so, daß zwei Ureteren vorhanden sind und das Vas deferens sich mit einem derselben vereinigt. Ob die Tasche nun als Samenblase oder als abnorme Erweiterung des Ureters aufzufassen ist, ist fraglich.

Die Zirkulationsstörungen der Samenblasen werden kaum beobachtet, wenn auch in dem Plexus vesico-prostaticus, zu dem auch die Samenblasenvenen gehören, nicht selten Thrombosen vorkommen, von denen aus Emboli durch die Hypogastrica, Iliaca und Cava infer. verschleppt werden, bis sie in der Lunge stecken bleiben und zuweilen plötzlichen Tod bewirken. Manchmal sind frische Infarkte beider Samenblasen vorzufinden.

M. FRÄNKEL macht zumal auf den ganz enormen Gefäßreichtum dieser Gegend aufmerksam, denn nirgends im menschlichen Körper ist eine so reichliche Verzweigung und Anastomosenbildung von Blutgefäßen wie an der Samenblasenwandung und ihrer Umgebung und nur der Uterus kann dem an die Seite gestellt werden. Nach seinen Untersuchungen entstehen die Vasa posteriora superiora der Samenblasen aus 1. der A. haemorrhoid. media, 2. der A. deferentialis. Die Vasa posteriora inferiora aus 1. der A. haemorrhoid. media, 2. der A. vesical. inf. accessoria, 3. der A. haemorrhoid. super. Die Vasa anteriora aus 1. der A. vesical. infer., zu der noch eine A. vesical. inf. accessoria als mitbeteiligt sich gesellen kann, 2. der A. deferentialis.

Die Gefäße der Ampulle entstammen 1. der A. deferentialis, 2. der A. haemorrhoid. media, 3. A. vesical. inferior.

Außerordentlich stark sind auch die Venen entwickelt, welche ebenso wie die Arterien ein förmliches Netz um die Samenblasen bilden, besonders an der hinteren Fläche. Reichliche Lymphgefäße finden sich in den Samenblasen, sie anastomosieren nach SAPPEY an den Oberflächen, wo sie je einen Plexus bilden. Aus diesen entwickeln sich 2—3 Stämme, die sich in die Lymphoglandulae hypogastricae ergießen. Möglicherweise hat dieses reiche Gefäßsystem bei der Produktion der Spermflüssigkeit irgend welche Rolle.

Unter den Krankheiten der Samenblasen ist eine der häufigsten — wenn auch im allgemeinen nur selten vorkommend — die akute eitrig-eitrige Samenblasenentzündung. Nicht bloß die Gonorrhöe, obwohl jedenfalls am häufigsten, sondern auch Harnröhreninjektionen und Krankheiten der Prostata sind nach RAPIN als ätiologische Momente zu betrachten. Bisweilen unterliegen die Samenblasen einer ulzerösen Destruktion von benachbarten Eiterherden aus. Kauterisation der Urethra, Masturbation, Excessus veneris und Traumen führen nach GUELLIOT nie allein, wie KOCHER meint (nach seinem Falle, wo Trauma aufs Perineum zur Entzündung führte), zu Spermocystitis, sondern begünstigen nur das Fortschreiten einer vorhandenen Harnröhrenentzündung auf die Samenblasen. Zumeist ist die Spermocystitis die Fortsetzung einer Urethritis auf dem Wege des Ductus ejaculatorius.

Das auffallendste Symptom der akuten Spermocystitis ist Schmerz im Damme, ausstrahlend gegen Kreuz und Lenden. Dazu kommen großer Schmerz beim Urinieren und Defäkation und schmerzhaftes Ejakulation. Eine sichere Diagnose gibt jedoch bloß die Rektaluntersuchung und das Vorfinden der Samenfäden im Urin. Es ist am besten, die Rektaluntersuchung bei voller Blase vorzunehmen, und wenn man zu solcher Zeit hinter dem oberen Rande der Prostata die Samenblasen palpieren kann, so ist eine Entzündung vorhanden, da normale gesunde Samenblasen nicht zu fühlen sind. Es sind tatsächlich die Samenblasen, die man fühlt, wenn auf Druck Sperma aus der Urethra kommt oder man im Urin nach Zentrifugieren Spermatozoen nachweisen kann. Wenn die obenerwähnten schmerzhaften Symptome bei einer beginnenden Epididymitis auftreten, dann muß man immer an eine Spermocystitis denken. Es ist wahrscheinlich, daß die Spermocystitis bei der Epididymitis primär ist. Die Prognose ist zumeist eine gute und wird nur ernst, wenn ein Abszeß sich bildet, der zum Teil gegen das Peritoneum durchbricht und, eine Peritonitis verursachend, tödlich enden kann, oder ins Rektum durchbrechend zu einer neuen Infektion Gelegenheit bietet oder nach der Blase seinen Weg bahnt, was prognostisch dasselbe ist, wie wenn der Abszeß in die Urethra durchbricht. Daß zu einer solchen Zeit, wenn die antiphlogistischen Verfahren nichts mehr nützen, die Operation indiziert ist, liegt in der Natur der Sache. Nach dem Durchbruch des Eiters werden die Wände der Samenblase dicker, hypertrophieren und obliterieren später. Ich hatte auch Gelegenheit, in zwei Fällen von Spermocystitis Durchbruch gegen die Urethra zu beobachten und 2mal gegen das Rektum.

Die chronische Spermocystitis — die häufigste Erkrankung der Samenblase — geht entweder aus der akuten hervor oder entwickelt sich von Anfang an chronisch, zumeist nach Gonorrhöe. Leute, bei denen der Tripper mehrere Jahre gedauert hat oder zu wiederholten Malen von neuem erschien, sollen fast immer chronische Entzündungen ihrer Samenblasen haben (ALBERS).

KOCHER hält Zirkulationsstörungen beim Zustandekommen der Entzündung als Ursache, da sich Thrombosen bis zur Bildung von Phlebolithen, die sehr klein sind und höchstens die Größe einer Linse erreichen, in den häufig varikösen Venen des Plexus pudendus nicht selten vorfinden, Venenthrombosen, die häufig zu fibröser Hypertrophie und Atrophie Veranlassung geben. Die chronische Spermocystitis ist noch viel seltener zu diagnostizieren als die akute, da letztere doch vehementere Symptome aufweist. Wenn nach Epididymitis die Samenblasen fühlbar sind und auf Druck Eiter entleeren, das unter dem Mikroskop Spermatozoen aufweist, kann man mit Bestimmtheit Spermocystitis diagnostizieren. Man muß immer ausschließen die Prostatitis, die in den meisten Fällen zwar zu gleicher Zeit zugegen ist, die Tuberkulose, dann Nodi haemorrhoidal. und Geschwülste in der Blase, im Rektum und Samenblase.

Da die Gonorrhöe meist den entzündlichen Zustand herbeiführt hat, so findet man bei der Autopsie neben den geschwollenen und in ihrer Schleimhaut gewulsteten Samenblasen, deren Inhalt schleimig, eitrig oder schleimig-eitrig sein kann und außerdem aus einer fettigen, kolloiden, schmutzig-bräunlichen Flüssigkeit mit abgestoßenen Epithelien, konglomerierten Fettkügelchen und Konkretionen besteht, häufig auch in anderen Organen Folgen der Gonorrhöe, wie Verhärtungen der Prostata, Verknöcherung der Vasa deferentia, Obliterationen derselben und am häufigsten Epididymitiden, die alle Sterilität herbeiführen. Manche Autoren wollen auch die Abszesse und Fisteln des Anus von den chronischen Entzündungen der Samenblasen herleiten, jedoch diese sind wahrscheinlicher tuberkulöser Natur.

Tuberkulose ist in den Samenblasen die allerhäufigste Erkrankung und es scheint, daß Onanie eine besondere Disposition schafft (LOBSTEIN). Jugend oder Alter schützen vor

der Krankheit nicht und ROMBEAU hat sie bei einem 18 Monate alten Kind beobachtet. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Samenblasentuberkulose — wenn sie primär ist, obzwar sie zumeist eine Teilerscheinung der Urogenitaltuberkulose ist, denn nicht selten pflegt aus einem hier liegenden käsigen Herde eine Miliartuberkulose zu entstehen.

Nächst der Tuberkulose ist sehr häufig Steinbildung der Samenblasen zu finden, wenn auch bei den Autopsien kein Gewicht auf deren Untersuchung gelegt wird, so daß gar namhafte pathologische Anatomen behaupten, z. B. GENERSIICH, solche niemals selbst gesehen zu haben. Wie für die Steinbildung in anderen Organen eine rheumatische oder hämorrhoidale Diathese verantwortlich gemacht wird, so geschieht es auch mit den Samenblasen. Gonorrhöe scheint auch Einfluß zu üben, indem sie zur Cystitis seminalis führen kann. Es wurden tatsächlich von SEGALAS Steine bei einem 88jährigen Manne beobachtet, der 6 Jahre lang an Tripper gelitten hatte, und in durch adhäsive Entzündung abgeschnürten Samenblasencysten hat ENGLISCH Konkrementen konstatieren können. Nach Miliartuberkulose sind gleichfalls Samenblasensteine beobachtet worden und die lange Trägheit der Zeugungsorgane während der außerordentlich chronischen Phthise ist es offenbar, die zu einer Ansammlung von Sekret, zu einer Verdickung desselben durch Resorption der flüssigen Bestandteile und schließlich zur Inkrustierung und Steinbildung führt. Daß hierbei Alterationen der Samenblasen selbst, die bei der Phthise so häufig vorhanden sind, eine wichtige disponierende Rolle spielen, ist wahrscheinlich. Da nicht bloß ein, sondern auch mehrere Steine vorhanden sein können, und zwar in verschiedener Größe und an verschiedenen Orten, können dieselben nicht bloß in den Ductus ejaculat. gelegen sein und dadurch Sterilität erzeugen, sondern in den Vasa deferentia. Diese Steinbildung kann zu einem Hindernis bei der Ejakulation werden und führt dann zu dem Komplex von Erscheinungen, welche von RELIQUET unter dem Namen „Colique spermatique“ beschrieben wurde und deren Hauptsymptome: „Schmerz beim Ende des Koitus und Fehlen der Ejakulation, wie auch häufiger Drang zum Urinieren“ sind.

Samenblasenektasien wie auch Retentionscysten sind sodann beobachtet worden (Fall von RASKAI, demonstriert in der Sektion für Dermatologie und Urologie). Während die meisten Dilatationen der Samenblasen auf entzündlicher Basis entstanden sind, kommen Retentionscysten bei Verschluss der Ductus ejaculat., zum Beispiel durch Steine und vikariierende Hypertrophien mit Dilatation bei Atrophie oder Fehlen einer Samenblase, vor, und es gibt noch eine Anzahl von Samenblasendilatationen, für die eine plausible Erklärung sich nicht findet, es sei denn, daß sie durch sexuelle Abstinenz infolge von Krankheit zustande gekommen sind.

ENGLISCH unterscheidet vier Arten von Cysten: 1. in der Nähe des Vas deferens, mehr seitlich von der Mittellinie der hinteren Blasenwand gelegene, welche entweder aus Überresten der blindsackförmigen Ausstülpungen der WOLFFschen Körper, die an dessen der Prostata näher gelegenen Teile, hervorgehen oder aus Ausbuchtungen der WOLFFschen Gänge entstehen; 2. mehr in der Mittellinie der hinteren Blasenwand gelegene von meist birnförmiger Gestalt, die mit den MÜLLERSchen Gängen in Zusammenhang gebracht werden; 3. durch Erweiterung des Sinus pocularis bei Verstopfung der Ausführungsgänge und 4. durch Samenblasenabschnürungen entstandene.

Verletzungen der Samenblasen kommen infolge ihrer geschützten Lage sehr selten vor, höchstens nach Operationen bei tiefen Blasenschnitten.

Von Geschwülsten ist primäres Karzinom beobachtet worden und GUELLIOT lenkt die Aufmerksamkeit der Autoren darauf, daß bei primären Beinkarzinomen immer auch die Samenblasen untersucht werden mögen, da die Samenblasen als epitheliale Organe sehr leicht den Primärsitz abgeben können.

Literatur: G. MIHALKOVIC, Anatomie des Menschen. — M. FRÄNKEL, Die Samenblasen des Menschen. Berlin 1901. — A. DREYER, Beiträge zur Pathologie der Samenblasen. Göttingen 1901. — AKUTSU, Beiträge zur Histologie der Samenblasen. Virchows Archiv, 1902, 168. — E. REHFISCH, Neuere Untersuchungen über die Physiologie der Samenblasen. „Deutsche med. Wochenschrift“, 1896. — G. PALLIN, Beiträge zur Anatomie und Embryologie der Prostata und Samenblasen. „Archiv für Anatomie“, 1901. — W. FELIX, Zur Anatomie des Ductus ejaculat., der Ampulla duct. deferentis und der Vesic. seminalis. „Anatom. Hefte“, 1901. — GUELLIOT, Des vésicules séminales. Anatomie et Pathologie, 1883.

Referate.

H. ARNSPERGER (Heidelberg): Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen.

Das Material des Verf. („Deutsch. Arch. f. kl. Med.“, Bd. 78, H. 5 u. 6) beschäftigt sich mit 52 Fällen von Aneurysmen der Aorta jeder Art, und zwar von 45 Männern, 7 Frauen.

Die Ergebnisse seiner Betrachtungen faßt A. in folgender Weise zusammen:

Die klinisch-statistische Forschung ergibt mit Sicherheit, daß in einem ausnehmend hohen Prozentsatz in der Anamnese der an Aortenaneurysma Erkrankten Lues festzustellen ist. Alle übrigen als ätiologisch bedeutsam angesehenen Momente sind nur in bedeutend geringerem Prozentsatz anamnestisch nachzuweisen. Die klinisch-statistische Forschung berechtigt also zu dem Schluß, daß Lues das wichtigste ätiologische Moment für das Aortenaneurysma ist. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen auf diesem Gebiete zeigen uns, daß die Veränderungen, welche man bei Aortenaneurysmen findet, meist ganz genau zusammenstimmen mit dem Bilde, welches wir bei luetischer Aortenerkrankung kennen. Die Veränderungen entbehren wohl freilich eines sicheren, pathognomonischen Zeichens, entsprechen aber den als sicher luetisch angenommenen Organveränderungen. Dagegen beruhen die für die Wichtigkeit des Trauma ins Treffen geführten Befunde, die primären Rupturen der Elastika, größtenteils auf Täuschung. Das Experiment lehrt uns, daß die künstlich erzeugten entzündlichen Prozesse eine Aneurysmabildung zur Folge haben können, welche wir durch traumatische Einwirkungen auf die Gefäßwand nicht oder nur vorübergehend bewirken können. Alle diese Erwägungen berechtigen uns zu dem Schluß, daß die Aortenaneurysmen in der weitaus überwiegenden Mehrzahl auf entzündliche Prozesse in der Aortenwand zurückzuführen sind und daß der luetischen Erkrankung der Gefäßwand ein ganz besonders breiter Raum in der Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen eingeräumt werden muß.

BR.

S. STERLING (Lodz): Über die prognostische Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung im Verlaufe der Lungentuberkulose.

Eine normale Pulszahl im Verlaufe der Lungentuberkulose ist ein prognostisch günstiges Symptom. Konstante Pulsbeschleunigung — bei afebrilem Zustand — verschlechtert die Voraussage, und zwar im geraden Verhältnis zum Grade dieser Beschleunigung. Besonders markant tritt die prognostische Bedeutung des beschleunigten Pulses im ersten Stadium der Lungentuberkulose hervor. Die konstante Pulsbeschleunigung ist unabhängig von Nervosität und Erethismus der Kranken; hierzu Disponierte haben bloß vorübergehend beschleunigten Puls, der sich dadurch von demjenigen Nichttuberkulöser unterscheidet, daß die Beschleunigung bei diesen 5—10, bei jenen dagegen bis zu 20—30 Schlägen in der Minute beträgt. Daher besitzt diese (unter dem Einfluß von Affekten und physischer Arbeit entstehende) transitorische Pulsbeschleunigung diagnostischen Wert („Münchener med. Wschr.“, 1904, Nr. 3). Die Bedeutung der konstanten Pulsbeschleunigung als prognostischen Symptoms wird durch das Geschlecht nicht beeinflusst, wohl aber einerseits durch das kindliche Alter verändert, andererseits durch höheres Alter, in dem die Gefäßverkalkung Verlangsamung des Pulses bedingt, erhöht. Ein Zusammenhang zwischen konstanter Pulsbeschleunigung und Neigung zu Hämoptoë ließ sich nicht nachweisen. Nach überstandener Influenza wird manchmal Verlang-

samung des vordem beschleunigten Pulses beobachtet. Findet sich daher in der Anamnese eine unlängst abgelaufene Influenza, so sei man in der Bewertung dieses Symptoms zurückhaltend. Ruhe, kalte Umschläge auf die Herzgegend, Brom und Herzmittel verlangsamen in vereinzelten Fällen von konstanter Beschleunigung des Pulses dessen Frequenz. Es sind dies prognostisch günstigere Fälle. Deutliche Verlangsamung des Pulses im Verlauf von Lungentuberkulose gibt eine gute Prognose, wenn sie nicht durch anderweitige Krankheiten, wie Nieren- und Gefäßleiden, Pleuritis u. dgl. bedingt ist. Beschleunigter Puls im ersten Stadium der Tuberkulose beweist in der Mehrzahl der Fälle nach Verf.s Ansicht, daß sich um den tuberkulösen Herd kein Bindegewebswall, der die Toxine von der Blutbahn fernhielte, etabliert, und ist hiermit der Ausdruck für die fehlende Schutzreaktion des Körpers. BR.

LUBLINSKI (Berlin): Über das Verhältnis der Leukoplakie zur Syphilis.

Verf. hält („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 21) gleich NEUMANN, JANOWSKI u. a. die Syphilis für eine zur Leukoplakie disponierende Erkrankung und kann sich nicht der Meinung derer anschließen, welche einerseits, wie SCHWIMMER und seine Schule, jeden Zusammenhang mit derselben leugnen, andererseits, wie KAPOSI, jede Keratosis mucosae als eine Folge der vorausgegangenen Syphilis ansehen. Selbstverständlich ist dabei immer zu beachten, daß die Syphilis an sich auf der Schleimhaut wohl eine Papel oder ein Gumma hervorruft, aber niemals den leukoplakischen Fleck. Erst wenn weiterhin langanhaltende Reize, vor allem der Tabak, aber auch die übrigen, früher erwähnten, die Schleimhaut treffen, dann reagiert sie und die Leukoplakie erscheint (parasiphilitische Erkrankung). Niemals wird eine antisiphilitische Behandlung einen günstigen Einfluß auf das Leiden ausüben; im Gegenteil, die womöglich noch lokal gereizte Schleimhaut reagiert um so kräftiger mit neuen Eruptionen, die unter uns noch unbekanntem Umständen nicht so selten krebsig entarten. L.

HARALD EHRNBERG (Stockholm): Über Intoxikation mit per os eingenommenem Chloroform.

Aus den Versuchen von E. („Nord. med. Ark.“, H. 4, Nr. 20) geht hervor, daß bei einer akuten Chloroformvergiftung von Kaninchen per os bei einer bestimmten Dosierung ein Vergiftungsbild entstehen kann, welches sich folgendermaßen charakterisieren läßt: Mit oder ohne ausgeprägte Narkose kommt das Tier in einen Krankheitszustand, wo Stumpfheit, subnormale Temperatur und akute Nephritis die am meisten hervortretenden Symptome sind und welcher nach einigen Stunden bis mehreren Tagen zum Tode führt. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen werden durch akut degenerative Prozesse bedingt; die Fettdegeneration ist besonders hervortretend in der Leber. Dieses Bild zeigt eine auffallende Übereinstimmung mit dem Typus von spätem Chloroformtod, welchen Verfasser anderwärts geschildert hat. Die Tierversuche sind geeignet, diesen zu beleuchten, vor allem weil bei einem Experiment der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung — zwischen dem Gift und den Symptomen — einfacher und klarer wird, als in der Regel beim Krankheitsfalle selbst, wo die Krankheit wohl eine so relativ klare Sache ist wie eine Intoxikation, das Bild gleichwohl aber durch andere krankhafte Symptome getrübt wird. B.

BOFINGER (Berlin): Zur Desinfektion tuberkulösen Auswurfs.

Verf. hat eine Reihe von Desinfizienten auf ihren Wert geprüft („Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamte“, Bd. XX). Seine Versuchsanordnung war die folgende: Die von je einem Kranken in verschiedenen Stadien an einem Tage gesammelten Sputummengen — ohne Wasserzusatz 10—200 cm³ — wurden in einem Becherglase mit der gleichen Menge Desinfektionsflüssigkeit vermischt und längere Zeit (3—48 Stunden) stehen gelassen; nach verschieden langer Zeit wurden größere Menge Sputum daraus mit der Pinzette entnommen, gewaschen, zerrieben, aufgeschwemmt und mit der Pravaz-

spritze je ein Kubikzentimeter unter gleichzeitiger Anlegung mikroskopischer Präparate an Meerschweinchen subkutan und intraperitoneal verimpft. Keines der angewandten Mittel (Sublimat 1:1000, Karbolsäure 5:100, Formalinlösung 5:100, Kresolseifenlösung 5:100 und 10:100, Kresolschwefelsäure 5:100 und 10:100, Natrium- und Kaliumhyperchloridlösung, Sodalösung 5:100, Sanogen 20:100, essigsäure Tonerde in konzentrierter Lösung und 50:100, roher Holzessig und Essigsäure 6:100, Kresollessigsäure 2:100, gereinigter Holzessig) bewährten sich, d. h. desinfizierten in 6 bis 8 Stunden; als bestes erwies sich der rohe Holzessig, der in einzelnen Fällen (bei günstiger Beschaffenheit des Sputums) nach 3 Stunden die Tuberkelbazillen abgetötet hatte, in anderen Fällen allerdings auch nicht während 12 Stunden; auch die unterchlorigsauren Salze, bei denen aber der Geruch störend wirkt, Kresolschwefelsäure und Formalinlösung, zählen zu den besseren Mitteln. Die mit Wasserdampf angestellten Versuche haben neuerdings dessen vollständige Überlegenheit gezeigt; nach 1/2 Stunde vom Beginn der Dampfwicklung ab war alles getötet. G.

THEVENOT (Paris): Durch Aktinomykose verursachtes Panaritium des Ringfingers.

Ein 66jähriger Zimmermann erkrankte an obiger; überaus seltener Affektion, deren Diagnose durch den mikroskopischen Befund gesichert wurde („Presse médicale“, 1903, Nr. 73).

Differentialdiagnostisch kamen tuberkulöse oderluetische Erkrankungen in Betracht, doch bemerkte man nach der Inzision der schmerzhaften, fluktuierenden Geschwulst eine talgartige Masse, die mittelst Kürette entfernt wurde. Der Chirurg wird also gegebenenfalls auch mit dieser Ätiologie eines Panaritiums rechnen müssen. J. St.

ROLLY (Leipzig): Über Wärmestichhyperthermie und Fieber.

Verf. hat folgende bemerkenswerten Tatsachen gefunden („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 78, H. 3 u. 4): Das Glykogen schwindet im Körper des Kaninchens nach der durch Wärmestich erzeugten Temperatursteigerung, nach toxischem Fieber, Hunger, Muskelarbeit.

Bei allen diesen Zuständen wird zunächst nur die Leber glykogenfrei, während der Glykogengehalt der Muskulatur in derselben Zeit im Verhältnis zur Glykogenabnahme der Leber wenig abgenommen hat. Es spielt also die Leber bei der Wärmeproduktion, bei dem Abbau und der Zersetzung des Glykogens eine bedeutende Rolle. Macht man Tiere ganz glykogenfrei (Leber und Muskulatur), so reagieren sie auf Wärmestich nicht mehr mit einer Erhöhung ihrer Körperwärme. Macht man den Organismus vorher gänzlich glykogenfreier Tiere durch Einführung entsprechender Zuckermengen in den Magen wieder glykogenhaltig, so gewinnen diese Tiere durch das neugebildete Glykogen wieder die vorher verloren gegangene Fähigkeit, auf Wärmestich mit Erhöhung ihrer Eigenwärme zu antworten. Pathogene Mikroorganismen und ihre Toxine — z. B. lebende Pneumokokken und abgetötete Kulturen von Bact. coli —, den Kaninchen injiziert, rufen, einerlei, ob die Tiere glykogenfrei sind oder nicht, stets Temperatursteigerung hervor. Da bei den völlig glykogenfreien Tieren nach Wärmestich die Temperaturerhöhung fehlt und eine Mehrausscheidung von N dabei ausbleibt, so kann die nach Wärmestich von früheren Autoren beobachtete Mehrausscheidung von Harnstickstoff unmöglich eine direkte Folge des Wärmestichs an und für sich sein. Tatsächlich führt der Wärmestich nur zu einer Mehrumsetzung von Kohlehydraten — Glykogen — im Organismus. Die Folge der letzteren ist eine Erhöhung der Körperwärme, und infolge dieser durch den gesteigerten Kohlehydratstoffwechsel bedingten Steigerung der Eigenwärme kommt es erst sekundär zu einem vermehrten Eiweißzerfall. Für letztere Auffassung spricht auch der Umstand, daß sämtliche Forscher bei den Tieren, bei denen sie durch eine abnorm hohe Temperatur der umgebenden Luft die Eigenwärme des Körpers steigerten, eine Mehrausscheidung

von Harnstickstoff hervorzurufen imstande waren. Von den durch Wärmestich erzeugten Hyperthermien sind also die nach Einführung toxischer Substanzen und lebender Bakterien auftretenden Steigerungen der Körperwärme grundsätzlich zu trennen, da bei den letzteren eine beträchtliche Mehrausscheidung von Harnstickstoff hervorgerufen wird und damit ein vermehrter Eiweißzerfall durch den Infekt selbst bewiesen ist. BR.

STASSEWITSCH (St. Petersburg): Beitrag zur Frage der Zytodiagnostik der exsudativen Pleuritiden.

St. bespricht auf Grund mikroskopischer Untersuchung von pleuritischen Exsudaten bei 54 Kranken, von denen 43 an tuberkulösen Pleuritiden erkrankt waren, die diagnostische Bedeutung des vorwiegenden Auftretens von verschiedenen Zellformen im Exsudat („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 44). Bei primärer tuberkulöser Pleuritis enthält das Exsudat eine größere Anzahl von Formelementen, namentlich von roten Blutkörperchen, als bei sekundärer; die vorwiegenden Elemente sind Lymphozyten (bis zu 90% sämtlicher Formelemente, die Erythrozyten ausgenommen); Endothelzellen werden in beiden Fällen in spärlicher Quantität (weniger als 10%), polynukleäre weiße Blutkörperchen äußerst wenig (weniger als 1%) angetroffen. Im Beginn der Krankheit sind aber sowohl diese wie die Endothelzellen reichlicher vertreten, so daß in manchen Fällen in den ersten Krankheitstagen die Zahl der polynukleären weißen Blutkörperchen sogar größer sein kann als die der Lymphozyten. Im allgemeinen ist die morphologische Zusammensetzung des primären tuberkulösen Exsudats zu Beginn der Krankheit gemischt. Bald stellt sich aber ein Vorwiegen der Lymphozyten und roten Blutkörperchen ein, welches für die Tuberkulose charakteristisch ist. Beim Übergang des akuten Exsudats in chronisches sinkt die Zahl der Formelemente, bei Exazerbation steigt dagegen die Zahl der Endothel- und der polynukleären Zellen. Bei nephritischen Pleuritiden, deren Exsudat überhaupt wenig Formelemente enthält, waren Endothelzellen überwiegend vertreten (bis 90%); polynukleäre Zellen waren gar nicht, Lymphozyten in einer Quantität von 20% vertreten. In einem Falle von hämorrhagischer Pleuritis fanden sich außer roten Blutkörperchen spärliche Lymphozyten, vorwiegend mit polynukleären Zellen. In 3 Fällen von primärer nichttuberkulöser Pleuritis fanden sich im Exsudat zahlreiche Endothelzellen und verschiedene Blutkörperchen. Auf Grund dieser Beobachtungen gelangt St. zu dem Schluß, daß keine einzige Art der Formelemente, die in den Exsudaten angetroffen werden, für Pleuritis gewisser Provenienz charakteristisch sein kann, wenn auch das Vorwiegen einer gewissen Zellart schon von gewisser Bedeutung ist, und zwar: Die Kombination von stark ausgesprochener Lymphozytose mit zahlreichen roten Blutkörperchen ist für primäres tuberkulöses Exsudat, reichliche Desquamation von Endothelzellen nebst Vorhandensein von sämtlichen Formelementen des Blutes für akutes nichttuberkulöses Exsudat, spärliche Formelemente für nephritisches Exsudat charakteristisch. L—y.

A. I. KRISCHANOWSKI (St. Petersburg): Vergleichende Beobachtungen über die Wärmeproduktion nach Sol- und Süßwasserbädern.

Die an gesunden Individuen ausgeführten Experimente ergaben (Petersbg. Dissert.; „Wratschebn. Gaz.“, 1904, Nr. 7), daß die Wärmeabgabe nach kalten Solbädern häufiger und stärker sank, als nach entsprechenden Süßwasserbädern; bei temperierten Bädern war ein Unterschied zwischen Sol- und Süßwasserbädern nicht festzustellen. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Zur Behandlung der Hydrorrhoea nasalis empfehlen LERMOYEZ und MAHU („Sem. méd.“, 1904, Nr. 23) die Heißluftbehandlung. Man geht in folgender Weise vor: Man bringt zunächst die Luft auf 70—90°, indem man sie in einem Schlangengerohr, welches mit einem Bunsenbrenner in Verbindung steht,

zirkulieren läßt. Hat die Luft die gewünschte Temperatur erreicht, so läßt man sie durch eine sich verjüngende Kantile mit weiter Öffnung, die mit Hilfe des Spekulum sukzessive in beide Nasenöffnungen eingeführt wird, auf die Nasenschleimhaut einwirken. Unter dem Einflusse des Heißluftstromes zeigt die Schleimhaut Rötung; man nähert, zur Vermeidung von Verschorfung, die Spitze der Kantile auf 3—4 mm der Schleimhaut und vermeidet, daß der Heißluftstrom zu lange auf dieselbe Schleimhautstelle einwirkt. Später nimmt man eine Kantile mit kleiner Öffnung, weil man damit einen dünnen, kräftigen Strahl erhält, der leichter in die verschiedenen Ausbuchtungen dirigiert werden kann. Die Dauer der Sitzung richtet sich nach der Empfindlichkeit des Patienten; zunächst genügen 1—2 Minuten, wonach man allmählich auf 4—5 Minuten Sitzungsdauer ansteigt.

— Bei Kranken, die das Milchregime nicht vertragen, empfiehlt ROBIN („Journ. d. méd. et chir.“, 1904; „Klin.-th. Wechr.“), jeder Milchgabe einen Tropfen Opium oder drei Tropfen folgender Mixture vorzuschicken:

Rp. Solanini	0·10—0·20
Acid. sulf. dil.	0·5
Picrotoxini	0·01
Cocaini muriat.	0·03
Morph. mur.	0·05
Atropini sulfur.	0·01
Ergotini Bonjean	1·0
Aquae laurocerasi	12·0

Nach der Einnahme der Milch nimmt der Patient einen Löffel Kaffee oder etwas Pepsin (0·50) im Pulver. Wenn die Digestion der Milch unter starker Gasbildung vor sich geht, so kann man während der Milchgabe folgende Lösung verabreichen:

Rp. Ammonii fluorati	0·20
Aq. destill.	300·0

Bei heftigen Schmerzen, Magenkrämpfen empfiehlt sich:

Rp. Sacch. lactis	1·0
Magnes. ustae	2·50
Bismuti subnitri	
Calcii carbonici	aa. 0·80
Codeini	0·005—0·01
Natr. bicarbon.	1·0

Wenn die Milch Diarrhöe hervorruft, so wird das Bismutum entsprechend erhöht, oder eine kleine Dose einer Kalziumlösung gegeben. Reichen diese Mittel zur Behebung der Diarrhoe nicht aus, so empfiehlt sich eine Mischung adstringierender Extrakte. Führt die Milch, was häufig ist, zur Obstipation, so erhöht man den Magnesiumzusatz und vermindert den Wismutgehalt oder gibt Aloe-Jalapapillen.

— Über Solbäder bei Skrofulose berichtet KABLÉ („Therapeutische Monatsh.“, 1904, Nr. 4). Die Bade- und Brunnenkuren werden individuell verschieden verordnet. Je nach der Konstitution wird dem Solbad zur Verstärkung der Reaktion Mutterlange hinzugesetzt und dieselben etwa 3—5mal in der Woche verabfolgt. Dauer und Temperatur der Bäder sind dabei genau zu kontrollieren. Bei der torpiden Form der Skrofulose ist es gestattet, mit der Bäderverordnung im ganzen etwas dreister vorzugehen, als bei der erethischen Form. Nach dem Bad — dasselbe wird in der Wohnung selbst und gewöhnlich in den Vormittagsstunden genommen — pflegt der Patient mindestens eine Stunde der Ruhe. Die Trinkkur gestaltet sich sehr einfach. Man läßt den Brunnen, dessen wirksamster Bestandteil neben dem in fast physiologischer Lösung vorhandenen Chlornatrium das Jodnatrium ist, je nach der Funktion des Verdauungstraktus mehrmals am Tage in kleineren oder größeren Portionen trinken, wobei als Geschmackskorrigens nötigenfalls etwas Sodawasser hinzugesetzt wird. Irgend eine besondere Diät dabei zu beobachten, liegt kein Grund vor. Als letzter und nicht zu unterschätzender Faktor bei der Behandlung der Skrofulösen ist die Luftkur zu erwähnen. Die Gradierluft auf und in der Nähe der Gradierwerke übt einen vorteilhaften Einfluß auf die Respirationsorgane und auf den gesamten Stoffwechsel aus.

— Die Behandlung der Darminvagination bei kleinen Kindern bespricht WICHMANN („Zentralbl. f. innere Med.“, 1904, Nr. 16). Während bei älteren Kindern und Erwachsenen nur 50% der Fälle mit Wasserdruck reponierbar sind und in 30% der Fälle Komplikationen mit Darmgeschwülsten bestehen, so daß hier

fast immer operative Behandlung nötig wird, liegt die Sache bei kleinen Kindern anders. Bei Kindern unter 2 Jahren sind höchstens 20% der Invaginationen nicht durch Wasserdruck reponierbar; Rezidive sind sehr selten. Bei reponibler Invagination hat die Laparotomie kein großes Übergewicht, bei irreponiblen und gangränösen Invaginationen sind die Operationsresultate bei Kindern unter 2 Jahren auch nur mäßig. Die Hauptsache ist frühes Erkennen des Leidens. In den ersten 6—12 Stunden genügt Wasserdruck in der Regel; 24 Stunden später ist der Fall oft irreponibel. W. bespricht nun die besseren Operationsresultate aus den letzten Jahren, betont die schlechten Chancen der Resektion und weist darauf hin, daß die Desinvagination nicht schonend genug gemacht werden kann und daß in der Zartheit des Vorgehens ein guter Teil der Genesungsaussichten liegt. Er hält es für zweckmäßig, wenn der Chirurg mit Wasser zu reponieren sucht, bei Mißlingen eventuell laparotomiert und dann nochmals versucht, ohne Ziehen mit Wasserspülung zu reponieren.

— Die Gefahr von operativen Eingriffen am Diabetiker erörtert KÖRNER („Grenzgeb. f. Med. u. Chir.“, Bd. 12) auf Grund von eigenen und fremden Beobachtungen über operative Eingriffe an 33 Diabetikern mit akuter Mastoiditis. Die Erfahrungen, die er daraus entnimmt, verallgemeinert er für die Operationen von der Bedeutung und Dauer der Mastoidoperation überhaupt am Diabetiker dahin, daß bei leichten Diabetesformen die Operation die Zuckerausscheidung vorübergehend steigern kann, ohne den Kranken weiterhin zu schädigen. Eine Gefahr des Übergangs der leichten Form des Diabetes in die schwere durch die Operation scheint nicht zu bestehen. Der Eintritt des Koma infolge der Operation ist nur zu fürchten, wenn der Diabetes bereits vor der Operation die klinischen Zeichen der schweren Form aufweist, namentlich positive GERHARDSche Eisenchloridprobe. Eine Kontraindikation gegen eine sonst indizierte Operation stellt die leichte Form der Diabetes nicht dar. Operationen aus vitaler Indikation dürfen auch bei mittelschwerem und schwerem Diabetes vorgenommen werden.

— Über Behandlung mit Tuberkuloseantitoxinen durch die Verdauungsorgane berichtet FIGARI („Rif. med.“, 1904, Nr. 2). FIGARI betonte auf dem letzten italienischen Kongresse für innere Medizin, daß es ihm gelungen sei, bei Tieren durch interne Einverleibung von Blutantitoxinen Schutzstoffe im Blute zu erzeugen; nicht nur das Agglutinationsvermögen des Blutes dieser Tiere gegen Tuberkelbazillen zeigte sich vermehrt, sondern es ließen sich antitoxische und bakterizide Substanzen im Blute der so behandelten Tiere nachweisen, welche bis zu unerwartet hohen Graden getrieben werden können. Im Institut für Studium und Behandlung der Infektionskrankheiten in Genua wurden nunmehr diese Blutantitoxine in eine seltene und dem Geschmack zusagende Form gebracht, durch Zusatz von Glycerin, verdünntem Alkohol und aromatischen Substanzen, und zwar so, daß eine Dosis von 4 Teelöffel pro die genügende Mengen antituberkulöser Stoffe enthielt. Bei 18 Kranken der Klinik, unter denen, wie man denken kann, meist vorgerücktere Formen von Tuberkulose sich befanden, war nach der Tabelle, welche F. seiner Arbeit beifügt, der Erfolg ein ganz überraschender. Alle Kranken, auch die schweren Fälle, zeigten bei dieser Behandlung eine sichtliche Besserung, namentlich auch derjenigen Symptome, welche man als Erscheinungen der tuberkulösen Toxinämie aufzufassen gewöhnt ist, der hartnäckigen Anorexie, der Nachtschweiß, des Fiebers; bei allen ohne Ausnahme besserte sich das Allgemeinbefinden, in allen Fällen zeigte sich das Agglutinations- und antitoxische Vermögen des Blutes vermehrt.

— Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe berichtet HEINEKE („Münchener med. Wschr.“, 1904, Nr. 4). Verf. fand Folgendes: Unter dem Einfluß der Bestrahlung zerfallen die Kerne der Lymphozyten in den Follikeln nach wenigen Stunden in Trümmer und Kugeln; diese Kerntrümmer werden von Phagozyten aufgenommen, die ihrerseits wieder nach kurzer Zeit aus der Milz verschwinden. Schon nach etwa 24 Stunden sind die Follikel je nach der Dauer der Bestrahlung bis auf mehr oder weniger große Reste zugrunde gegangen. Weiter fand nun Verf., daß ganz analoge Vorgänge in allen Lymphdrüsengruppen des Körpers, in den Follikeln des Darmkanals und bei jungen Tieren

auch in der Thymus stattfinden, und zwar zu gleicher Zeit. Aber nicht nur bei kleinen Tieren (Mäusen, Meerschweinchen etc.), sondern auch bei Hunden ruft die Röntgenbestrahlung diesen Zerstörungsprozeß in den Lymphfollikeln hervor. Das Minimum der Bestrahlungsdauer beträgt beim Kaninchen und Hunde ungefähr eine Viertelstunde. Eine viertelstündige Bestrahlung des Bauches mit harter Röhre aus kurzer Entfernung genügt, um bei einem mittelgroßen erwachsenen Hunde innerhalb weniger Stunden deutlichen Kernzerfall in den Follikeln der Milz, der Mesenteriallymphdrüsen und des Darmkanals hervorzurufen. Die Ausdehnung der Zerstörungen in den Lymphfollikeln, wie sie durch so kurze Exposition hervorgerufen werden, ist natürlich nur eine beschränkte, und diese Veränderungen scheinen nicht irreparabel zu sein. Die Beobachtungen zeigen, daß die Lymphfollikel viel schneller auf Röntgenstrahlen reagieren als die Epithelzellen der Epidermis. Man kann demnach erwarten, daß es auch gelingen wird, das adenoide Gewebe des menschlichen Körpers durch Röntgenstrahlen zu beeinflussen, ohne gleichzeitig eine schwere Hautreaktion hervorzurufen. Bei gewissen Krankheitszuständen, wie der Pseudoleukämie und Leukämie, dem malignen Lymphom und dem Lymphosarkom, dürfte dies von therapeutischer Bedeutung sein.

— Die Indikationen zur Magenspülung bei Säuglingen bespricht J. CASSEL („Zeitschr. f. ärztl. Fortb.“, 1904, Nr. 6). Verf. hält die Vornahme der Magenspülung beim Säugling vor allem indiziert bei der durch unzureichende Ernährung (namentlich zu voluminöse, verwässerte Nahrung) verursachten Atonie des Magens bei Pappelkindern, vornehmlich der Arbeiterbevölkerung. Man ordnet 3—4stündliche Nahrungspausen an und hebert 3 Stunden nach der Darreichung der quantitativ und qualitativ genau bestimmten Mahlzeit so lange aus, bis der Magen zu dieser Zeit leer ist, was ja unter normalen physiologischen Verhältnissen der Fall sein soll. In den meisten Fällen soll man schon mit einer Ausheberung und Spülung auskommen, vorausgesetzt, daß die Pflegerinnen für die Zukunft die diätetischen Regeln befolgen. Eine weitere Indikation ist neben der der Vergiftung, wo der Wert der Spülung im gegebenen Falle ja wohl ohne weiteres einleuchtend ist, bei Diarrhoea ab lactatorum gegeben, also bei Kindern, bei denen namentlich nach brüskem Übergange von der Brustnahrung zur Kuhmilchnahrung sich hartnäckiges Erbrechen mit seinen schweren Folgeerscheinungen einstellt. Auch hier genügt meist eine einmalige Spülung und spätere Regelung der Diät. Daneben kann man natürlich schließlich bei jeder akuten Magenarmerkrankung die Spülung anwenden. — Kontraindikationen bilden Kollapszustände, entzündliche Erkrankungen der Atmungs- und Kreislauforgane, Laryngismus stridulus, Eklampsie, Tetanie.

Literarische Anzeigen.

Anleitung zur Durchführung bakteriologischer Untersuchungen für klinisch-diagnostische und hygienische Zwecke. Von Stabsarzt Dr. Ludwig Kamen. Wien 1903, Josef Šafář.

Die vorstehende Überschrift entspricht nicht ganz dem Inhalt des Buches, das weit mehr als eine Anleitung zu bakteriologischen Untersuchungen darstellt, vielmehr ein kurzgefaßtes Lehrbuch der Bakteriologie ist. Es verfolgt zunächst den Zweck, den Frequentanten der militärischen Applikationsschule, die in sechswöchentlichen Kursen mit den Grundzügen der Bakteriologie vertraut gemacht werden, eine weitere Ausbildung durch selbständiges Studium zu ermöglichen. Zu diesem Behufe schildert Verf. die bakteriologische Technik, wobei er namentlich die einfacheren und leichter ausführbaren Methoden in den Vordergrund stellt. Zahlreiche Abbildungen sollen dem Studierenden die einzelnen Apparate und ihre Anwendung erklären. Auch die allgemeinen Eigenschaften der Bakterien, ihre Lebenstätigkeit sowie der Mechanismus der Infektion und Immunität werden in Kürze erörtert. In dem speziellen Teile gibt Verf. eine Schilderung des morphologischen, biologischen und kulturellen Verhaltens der Erreger der wichtigsten Infektionskrankheiten; in diesem Abschnitt findet sich auch ein Kapitel über die durch höhere Pilze und Protozoen erzeugten Erkrankungen, das aus der Feder des k. u. k. Regimentsarztes Dr. ROBERT DÖRRE stammt. In dem

selben werden die Dermatomykosen, Oidiomykosen und Blastomykosen behandelt. In einem Anhang bespricht Verf. den Gang spezieller bakteriologischer Untersuchungen (Wasser, Luft, Boden etc.). Dem Buche sind 12 Tafeln mit 76 fast durchwegs ganz vortrefflich gelungenen Photogrammen beigegeben. C. S.

Die Traumtänzerin Magdeleine G. Eine psychologische Studie über Hypnose und dramatische Kunst. Unter Mitwirkung des Dr. med. F. E. OTTO SCHULTZE (Naumburg) von Dr. Freiherrn von Schrenck-Notzing, prakt. Arzt in München. Stuttgart 1904, F. Enke.

Es wird noch in Erinnerung sein, daß vor ein paar Monaten die Schlaf­tänzerin Magdeleine einiges Aufsehen gemacht und zu Besprechungen in der Presse Anlaß gegeben hat. In Paris, wo qualitativ Ähnliches schon mehrmal gesehen worden sein soll, wurden die Versuche an jener Schlaf­tänzerin von SCHRENCK-NOTZING, dem bekannten Münchener Spezialarzte auf dem Gebiete des Hypnotismus, gesehen, auf seine Veranlassung wurde sie im Münchener psychologischen Verein, über allgemeines Verlangen auch öffentlich vorgestellt; Frau M. wird nämlich einem hypnotischen Verfahren unterworfen, sie fixiert die Augen einer bestimmten Person, des Pariser „Magnetopathen“ Magnin und reagiert dann auf Musik mit Pantomime und Posen von ganz außerordentlicher Naturtreue und Schönheit. Frau M. wurde von Fachmännern auf verschiedenen ärztlichen Gebieten und auf dem Gebiete der Psychologie untersucht; die Resultate sind in dem vorliegenden Buche angegeben. Die Untersucher kamen ziemlich übereinstimmend zu der Auffassung, daß es sich um ein künstlerisch veranlagtes, etwas hysterisches Individuum handle, dessen Qualitäten erst unter dem die gewöhnlichen Hemmungen aufhebenden Einflusse der Hypnose zum Vorschein kämen. Das würde an die Beobachtungen hypnotischer Ansfällung von Gedächtnislücken erinnern. Es ist zu verwundern, daß Diejenigen, denen Frau M. gewissermaßen als ein feines Reagens auf Musik erscheint, nicht auch umgekehrt diese Qualität zur psychologischen Analyse der Musik benutzten. INFELD.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société de Biologie.

BRUMPT: Die Tsetse-Fliegen und die Übertragung der Tropenkrankheiten.

B. ist der Ansicht, daß diese Fliege außer bei den Trypanosomenkrankheiten, wie die Nagana, die Schlafkrankheit, auch bei der Übertragung anderer Blutkrankheiten eine wichtige Rolle spielt, z. B. bei gewissen Formen der Filiaris. Die große Ausbreitung des Insekts macht die Fortpflanzung der parasitären Tropenkrankheiten bei Mensch und Tier in Afrika erklärlich.

FOVEAU DE COURMELLES: Die Radiotherapie als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei gewissen Fibromen.

F.s Fälle betrafen 2 Frauen mit suspekten Uterustumoren, bei denen die Kachexie, der gelbliche Teint und die heftigen Schmerzen die Möglichkeit eines malignen Neoplasma erwägen ließen. In beiden Fällen war die Operation verweigert worden. Bei der ersten, 47jähr. Patientin überragte der Tumor die Nabelhöhe um 20 cm. Nach 27 Sitzungen kehrten der gesunde Teint, die Kräfte und der Appetit wieder; der Tumor reichte kaum mehr bis zum Nabel. Im zweiten Falle wurde nach einigen Sitzungen der eigroße Tumor um die Hälfte kleiner und das Allgemeinbefinden sehr gebessert.

Société médicale des hôpitaux.

MERKLEN: Über Hirnsymptome bei der Resorption gewisser Ödeme.

Vortr. hat 5 Patienten mit arteriosklerotischer Niereninsuffizienz beobachtet, bei welchen Ödeme kardialen und hepatischen Ursprungs zur Resorption gelangten. Dabei kamen zerebrale Symptome zum Vorschein, welche in Stupor, CHEYNE-STOKESSchem Respirations-

phänomen, Delirien, Verwirrenheit, Angst, Exzitationszuständen, Koma, Muskelstarre, KERNIGSchem Symptom und Erschlaffung der Sphinkteren bestanden. In 3 Fällen erfolgte Heilung nach einigen Tagen oder einigen Wochen, in einem Fall erfolgte Exitus letalis, und bei dem 5. Falle trat dieser Symptomenkomplex zweimal auf, um mit dem Wiederauftreten der Ödeme wieder zu verschwinden. In dem letzten Fall handelt es sich um rasche und spontane Resorption, während bei den andern Fällen die Resorption allmählich unter dem Einfluß der Therapie erfolgte. Das Mißverhältnis zwischen Resorption und Ausscheidung — die Polyurie war eine geringe — ist für das Verständnis dieser Symptome von Bedeutung. Es handelt sich jedenfalls um akutes Hirnödem oder toxämische Zustände infolge der Niereninsuffizienz. Therapeutisch empfehlen sich Mittel, welche die Ausscheidung fördern: Purgativa, Aderlaß, Diuretika, Herztonika etc.

Barth vertritt die Ansicht, daß nicht so sehr die Aufsaugung der Ödeme als das Fortschreiten der Grundkrankheit (Morbus Brightii, Zirrhose) die Hirnerscheinungen bedinge.

MOULARD-MATIN: Basedowsche Krankheit mit Addisonischen Symptomen.

M. stellt eine Frau mit Basedowscher Erkrankung vor, bei welcher außerdem eine stark ausgeprägte Pigmentation der Haut — nicht aber der Schleimhaut —, eine Vergrößerung des Nierenvolumens, eine leichte Albuminurie und eine sehr beträchtliche Asthenie bestehen, also fast alle Symptome der Addisonischen Erkrankung sich vorfinden. M. hat vor kurzem einen analogen Fall beobachtet, der auf eine allgemeine Lymphdrüsentuberkulose mit Kompression des Sympathikus zurückzuführen war. Auch der gegenwärtige Fall dürfte auf gleichartigen Veränderungen basieren.

VARIOT: Skorbut im Kindesalter und sterilisierte Milch.

V. erklärt im Anschluß an die Beobachtungen von Skorbut bei Kindern, die ausschließlich mit sterilisierter Milch genährt wurden, daß er seit 10 Jahren nur 2 Fälle von BARLOWscher Krankheit gesehen habe; der eine betraf ein mit Muttermilch, der andere ein mit einem Nährpräparate aufgezogenes Kind. Dagegen habe er während dieser Zeit bei 10.000 mit sterilisierter Milch genährten Säuglingen keinen einzigen Fall von Skorbut beobachten können.

Comby hat 6 Fälle von infantilem Skorbut beobachtet, 5 davon waren mit mütterlicher, einer mit sterilisierter Milch genährt.

Netter erinnert an die Mitteilung BOCHONS von 11 durch sterilisierte Milch verursachte Skorbutfällen.

Apert weiß ebenfalls von zwei solchen Fällen zu berichten.

BARBIER: Über Diphtherie- und Serumarthralgien.

Unter 800 Diphtheriekranken, serotherapeutisch behandelten Fällen, sah B. 6mal Arthropathien. Dieselben treten in der Rekonvaleszenz zugleich mit Paralysen auf. Doch muß betont werden, daß auch in der Vorserumperiode solche Arthropathien beobachtet wurden. Es liegt also die Annahme nahe, auch die Arthropathien auf die Wirkung der Diphtherietoxine zurückzuführen.

LANCEREAUX: Hysterischer Schlaf durch 20 Jahre.

Vortr. berichtet über eine 22jährige Patientin, die Tochter eines Alkoholikers, welche im Alter von 22 Jahren nach einer heftigen Erregung heftige Zuckungen bekam und sodann in tiefen Schlaf verfiel. Dieser war begleitet von Anästhesie und allgemeinen Kontraktionen. Von Zeit zu Zeit war er von konvulsiven Zuckungen unterbrochen. Seine Dauer währte 20 volle Jahre; bis Patientin nach einem Anfall heftiger Zuckungen wieder erwachte. Ihr Gedächtnis hatte aber wesentlich gelitten. Sie hatte aber nicht so sehr die Vorgänge ihrer Kindheit als jene, die ihrem Schlafe unmittelbar vorhergingen, vergessen. Wenige Tage nach dem Erwachen starb die Kranke, die während ihres Schlafes nur mangelhaft ernährt worden war, infolge Lungentuberkulose. Es handelt sich in diesem Falle um einen hysterischen Schlaf, der durch seine lange Dauer bemerkenswert ist, dessen wahre Natur aber durch Konvulsionen, Kontraktionen und Anästhesie deutlich gekennzeichnet ist.

Raymond hat oft in der Salpêtrière hysterische Kranke beobachtet, bei denen die Krämpfe durch mehr oder weniger lang dauernde Schlafanfalle ersetzt wurden. Isolierung sowie Mechanothérapie erwiesen sich in diesen Fällen sowie auch sonst bei Hysterie als höchst wirkungsvoll.

WIDAL: Über die Gegenwart von Pneumokokken im Blute von Pneumonikern.

Vortr. suchte auf die gleiche Weise, wie der Nachweis von Typhusbazillen im Blute erbracht wird, Pneumokokken im Blute von 18 Fällen von Pneumonie. Sechsmal ist der Nachweis gelungen, in 12 Fällen blieben die Kulturen steril. Von diesen 12 Patienten starben nur zwei, die anderen machten einen normalen Verlauf ihrer Krankheit durch. Von den 6 Patienten mit positivem Blutbefund starben zwei,

bei den andern war der Verlauf der Pneumonie ein auffallend schwerer. Es scheint also, daß die Gegenwart von Pneumokokken im Blute auf einen schweren Grad der Infektion hinweist.

JOUSSET: Alkoholische Zirrhosen und Tuberkulose.

J. hat mittelst Inoskopie erkannt, daß der Aszites, welcher eine Begleiterscheinung der alkoholischen Leberzirrhose ist, sehr häufig Kochsche Bazillen enthält. In 2 Fällen inokulierte Vortr. Parenchymstückchen einer zirrhotischen Leber und die Versuchstiere erkrankten an ausgesprochener Tuberkulose. In einem anderen Fall machte J. das gleiche Experiment mit Milzpulpa und erzielte das gleiche Resultat. J. neigt zur Annahme, daß es sich in vielen Fällen von Leberzirrhose um eine Kryptotuberkulose handelt.

Mosny meint, daß die Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Aszites noch nicht genüge, um mit absoluter Gewißheit den tuberkulösen Ursprung der Erkrankung zu behaupten. Zur Stütze dieser Ansicht erwähnt M. einen Fall, bei dem eine frische Pneumonie neben einer latenten Spitzentuberkulose bestand. Dazu gesellte sich ein pleurales Exsudat, indem man anfangs nur Pneumokokken, später aber auch Tuberkelbazillen fand. Ebenso kann im Anschluß an Leberkoliken eine latente Tuberkulose manifest werden. Man darf also nicht voreilig den tuberkulösen Ursprung der Zirrhose behaupten, weil man Kochsche Bazillen im Aszites findet.

M. hat in diesem Jahr drei derartige Fälle beobachtet. Er ist der Ansicht, daß die Zirrhose mit Lebervergrößerung selten in die atrophische Form von LAENNEC übergeht. Trotz ihrer Analogien scheinen diese beiden klinischen Typen nicht dieselbe Entwicklung, vielleicht auch nicht die gleiche Ätiologie zu besitzen.

Siredey hat selbst den Übergang einer Zirrhose mit beträchtlicher Lebervergrößerung in die atrophische Form beobachtet.

BIRRIÉ: Der plötzliche Tod bei Chorea.

B. meint, daß der plötzliche Tod bei Chorea, selbst bei nicht komplizierten Formen keineswegs selten ist. Die Statistik ergibt 2,5% Mortalität bei Chorea simplex. Bei diesen Fällen ergibt die Autopsie keinen positiven Befund, während es sich bei Todesfällen infolge komplizierter Chorea um leicht konstatierbare Schädigungen (Herzfehler, Embolien, Apoplexien etc.) handelt.

Comby hat nur drei tödliche Fälle von Chorea gesehen. In zweien handelte es sich um eine Komplikation durch Endokarditis, im dritten durch ein Mitralostium.

TRIBOULET: Zirrhose, Alkoholismus und Tuberkulose.

Vortr. berichtet über 5 Kranke, die an hypertrophischer Zirrhose mit Aszites litten: drei waren zugleich Phthisiker und Alkoholiker, einer war nur tuberkulös und der fünfte war ein starker Weintrinker. KELYNACK hat unter 121 Patienten, die an sogenannter alkoholischer Zirrhose litten, zirka 80 Phthisiker gefunden. T. glaubt, daß die Tuberkulose, wenn sie schon nicht allein die Zirrhose bewirke, immerhin ein notwendiges Zwischenglied in vielen Fällen bilde. Der Alkohol bereitet die Zirrhose gewissermaßen vor, doch kommt diese erst zum Ausbruch, wenn sie durch eine Tuberkulose der serösen Häute gefördert wird. Diese Anschauung scheint auch durch die Häufigkeit der Zirrhose in den großen Städten und durch ihre Seltenheit auf dem Lande, wo auch die Tuberkelbazillen rarer sind, bekräftigt zu werden.

Siredey ist der Meinung, daß neben der Tuberkulose auch die Arthritis einen wichtigen ätiologischen Faktor bilde; fast alle Zirrhotiker, die nicht an Tuberkulose leiden, sind Arthritiker. Besonders stark trete dieses Zusammentreffen in der Bourgogne zutage, wo Zirrhose und Arthritis häufig vereint vorkommen.

Merklen betont, daß so häufig hypertrophische Leberzirrhosen mit peritonealen und pleuralen Ergüssen konstatiert werden, daß die Annahme einer allgemeinen, und zwar am wahrscheinlichsten tuberkulösen Infektion nahe liegt.

Besançon lenkt die Aufmerksamkeit auf die große Ähnlichkeit der Tuberkelbazillen mit säurefesten Bazillen. Die bloße morphologische Unterscheidung ist oft unmöglich. B. hat aber in das Peritoneum von Kaninchen Eiter von kalten Knochenabszessen injiziert und dadurch tuberkulöse Zirrhosen erzeugt. Ferner sah er bei einem Patienten eine tuberkulöse Leberzirrhose mit Aszites.

Lang hebt hervor, daß die Frage über die tuberkulöse Natur der Zirrhose mit Rücksicht auf den klinischen Verlauf von HANOT und anderen Forschern schon vor Jahren studiert und im bejahenden Sinne beantwortet worden sei.

Académie de médecine.

LE DENTU: Splenektomie wegen traumatischer Milzruptur.

Vortr. hat einen Kärner beobachtet, der mehrere Hufschläge auf das Abdomen erhalten hatte. Einige deutliche Symptome, wie Hyperästhesie und Kontraktur der linken Bauchseite, Kältegefühl, Vermehrung der Respirationszahl machten eine intraabdominelle Verletzung, vermutlich der Milz, wahrscheinlich. Die Laparotomie konnte infolge Widerstandes des Verletzten erst 8 Stunden später vorgenommen

werden. Sie ergab mehrere Risse an der äußeren und inneren Fläche der Milz. Das Organ wurde in seiner Totalität entfernt, was durch Adhäsionen am Diaphragma sich einigermaßen schwierig gestaltete. Die Wunde wurde ohne Drainage vernäht und der Patient genes. In der Literatur sind bisher 67 Fälle von subkutanen Milzrupturen mit 38 Heilungen bekannt. Wenn der Zustand des Kranken es gestattet, ist unbedingt die totale Exstirpation des verletzten Organs angezeigt.

GUINARD: Günstige Wirkung der totalen Kastration bei Mammakarzinom.

Bei einer 45jährigen Frau wurde wegen eines großen Fibroms des Uterus Totalexstirpation desselben mit gleichzeitiger Entfernung beider Ovarien vorgenommen. Gleichzeitig bestand ein Mammakarzinom mit Achseldrüsenanschwellung. Im Anschluß an die Operation verschwand die Drüsenanschwellung völlig. Auch der primäre Tumor, der auch histologisch als Scirrhus diagnostiziert wurde, zeigte eine deutliche Volumsabnahme.

Delbet weist auf den physiologischen Zusammenhang zwischen Mamma und Genitale hin.

Routier hat in einem analogen Fall trotz doppelseitiger Kastration bald multiple Metastasierung beobachtet.

Notizen.

Wien, 20. August 1904.

(Frequenz der medizinischen Fakultäten Österreichs.) Das Unterrichtsministerium publiziert einen statistischen Ausweis über die Frequenz der österreichischen Universitäten im Sommersemester 1904. Wir entnehmen demselben in Bezug auf die medizinischen Fakultäten Folgendes: An der Wiener Universität waren inskribiert als ordentliche Hörer 809 und 24 Hörerinnen, als außerordentliche 337 Hörer und 2 Hörerinnen, ferner 2 Hospitantinnen; in Innsbruck 109 ordentliche und 23 außerordentliche Hörer, ferner 6 Hospitanten und 3 Hospitantinnen; in Graz 152 ordentliche Hörer, 4 ordentliche Hörerinnen, 44 außerordentliche Hörer und 1 Hospitantin; an der deutschen Universität in Prag 155 ordentliche, 35 außerordentliche Hörer, an der böhmischen Universität 300 ordentliche Hörer, 2 Hörerinnen, 16 Frequentanten; in Lemberg 70 ordentliche, 5 außerordentliche Hörer, 11 ordentliche Hörerinnen; in Krakau 103 ordentliche Hörer und 15 Hörerinnen, 16 außerordentliche Hörer und 2 Hospitantinnen. Die Gesamtsumme der Medizinstudierenden betrug 2246.

(Der Modus von Verletzungsanzeigen.) Die Frage, ob eine Verletzungsanzeige schriftlich zu erfolgen habe oder ob unter geeigneten Umständen die mündliche Anzeige genüge, ist kürzlich in der oberösterreichischen Ärztekammer besprochen worden und Gegenstand einer Petition an das Justizministerium geworden. Ein Arzt hatte eine durch eigene Unvorsichtigkeit des Verletzten zustande gekommene Verletzung nicht schriftlich angezeigt, weil der vollkommen glaubwürdige Zeuge besagt hatte, daß die Gendarmerie von dem Unfalle wisse; trotzdem wurde er zu einer Geldstrafe von K 10 verurteilt. Da nun § 359 St. G. nicht vorschreibt, welcher Behörde man die Anzeige erstatten solle, die Gendarmerie wohl aber jedenfalls als berufenste Behörde angesehen werden dürfte, bittet die genannte Kammer, daß das Justizministerium Anlaß nehme, die Generalprokuratur zur Untersuchung des vorerwähnten Falles behufs eventueller Erhebung einer Nichtigkeitsbeschwerde zur Wahrung des Gesetzes einzuladen.

(Universitäts-Nachrichten.) Als Nachfolger KÖNIGS ist sein langjähriger Assistent Prof. HILDEBRANDT in Basel nach Berlin berufen worden. — Die Witwe EMIL DU BOIS-REYMONDS hat das lebensgroße Bildnis des großen Physiologen dem physiologischen Institute in Berlin zum Geschenke gemacht. — Der Geh. Med.-Rat Prof. SCHÖLLER in Berlin hat am 3. August sein 25jähriges Professoren-Jubiläum gefeiert. — Der Bakteriologe PETRUSCHKY in Danzig und der Neurologe Dr. KOESTER in Leipzig sind zu Professoren ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Der Zahnarzt Dr. EDMUND ENDLICHER in Wien hat den Stern zum Kommandeurkreuz des päpstlichen St. Gregor-Ordens und das Ritterkreuz des königlich spanischen Ordens Karl III., der praktische Arzt Dr. OTTO KAR ROZANEK in Prag das Kommandeurkreuz des Ordens vom heiligen Grabe, der praktische Arzt Dr. MARCELL LAUTERBACH in Wien und Dr. EMIL

ROSENTHAL in Nizza das Ritterkreuz des königlich rumänischen Ordens „Krone von Rumänien“ erhalten.

(Personalien.) Dr. ANTON HOCKAUF in Wien ist zum Primarius der Landes-Irrenanstalt in Kierling ernannt worden. — Der Direktor der öffentlichen allgemeinen Landes-Krankenanstalt in Czernowitz, Sanitätsrat Dr. WLADIMIR PHILIPOWICZ, hat den Titel eines Regierungsrates erhalten.

(Ein aufgehobener Ärztekammerbeschuß.) Wir haben seinerzeit mitgeteilt, daß die schlesische Ärztekammer mit Beschluß vom 6. Mai d. J. die monatliche unentgeltliche Untersuchung der Gendarmeriemannschaft durch praktische Ärzte als standeswidrig erklärt hat. Dieser Beschluß ist nunmehr durch Erlaß der schlesischen Landesregierung aufgehoben worden. Die schlesische Ärztekammer fordert die Kollegen auf, an dem genannten Beschlusse, gegen dessen Aufhebung die Berufung an das Ministerium des Innern beschlossen wurde, festzuhalten.

(Statistik der Sanitätspersonen.) Die Landesregierung in Kärnten hat die ihr unterstehenden Behörden beauftragt, ein neues Verzeichnis der Sanitätspersonen Kärntens anzulegen. In das Verzeichnis sind mit Ausnahme des k. k. Landes-Sanitäts-Referenten, des k. k. Landes-Sanitäts-Inspektors, des k. k. Landes-Veterinär-Referenten, der k. k. Bezirksärzte, der k. k. Sanitäts-Konzipisten, der k. k. Bezirks-Tierärzte, der k. k. Sanitäts- und Veterinär-Assistenten alle zur Ausübung der Praxis berechtigten Ärzte und Wundärzte, Magister Pharmaciae, Tierärzte, Kurschmiede und Hebammen, welche im politischen Bezirke ansässig sind, aufzunehmen.

(Kongresse und Verhandlungen.) Die 72. Jahresversammlung der Britischen medizinischen Gesellschaft hat Ende Juli in Oxford getagt. — Vom 3.—6. d. M. ist in Berlin unter dem Ehrenvorsitze P. JAKOBSONS der VI. Deutsche Krankenpfleger-Kongreß abgehalten worden.

(Preiszuerkennung.) Der VII. internationale otologische Kongreß in Bordeaux hat den LEVALSchen Preis für die beste in den drei letzten Jahren publizierte, otologische Arbeit dem Dr. GELLÉ in Paris und dem Dozenten Dr. ALEXANDER in Wien zuerkannt.

(Medizinische Orthographie.) Die „Berliner klinische Wochenschrift“ beabsichtigt, bei der diesjährigen Generalversammlung der Deutschen medizinischen Fachpresse eine Diskussion über die medizinische Orthographie zu veranlassen. Das einleitende Referat hat Prof. KOSSMANN übernommen. Auch die Deutsche Anatomische Gesellschaft hat beschlossen, diese Frage durch eine besonders hierfür eingesetzte Kommission durchberaten zu lassen.

(Das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen) hat, wie uns der Generalsekretär mitteilt, einem vielfach geäußerten Wunsche entsprechend, beschlossen, den Anmeldetermin der am 7. September beginnenden Studienreise bis zum 28. August zu prolongieren. Der Gesamtpreis für die 11½-tägige Reise (freie Fahrt per Eisenbahn und Wagen, 30 kg Freigepäck,

freies Quartier und volle Verpflegung exkl. Getränke) einschließlich des vom Komitee herausgegebenen offiziellen Reiseberichts beträgt Mk. 135. Die Anmeldungen für die Reise werden, zugleich mit einer Posteinzahlung von Mk. 25 als Einschreibegabühr bis spätestens 28. August l. J. an die Adresse des Generalsekretärs Hofrat Doktor W. H. GILBERT, Baden-Baden erbeten. Der Restbetrag von Mk. 110 wird bis zum 28. August l. J. an den II. Schriftführer Dr. A. OLIVEN, Steglitz bei Berlin, Heilanstalt Berolinum erbeten oder wird nach diesem Termine per Postnachnahme erhoben.

(Statistik.) Vom 7. bis inklusive 13. August 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6602 Personen behandelt. Hiervon wurden 1511 entlassen, 122 sind gestorben (7.47% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: Au Diphtheritis 61, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 13, Scharlach 30, Masern 63, Keuchhusten 13, Rotlauf 28, Wochenbettfieber 2, Röteln —, Mumps 7, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 681 Personen gestorben (+ 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Kolleschowitz der Herrschafts-, Distrikts- und Bahnarzt Dr. EDUARD HERZMANN; in Peterswald bei Aussig der Distriktsarzt Dr. ANTON LATZINA, 57 Jahre alt; in Pischewitz der Sanitätsrat Dr. MORITZ, Landtagsabgeordneter für Pleß-Rybnik.

Neue Literatur:

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

S. Goodwin Gant, Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. Nach der 2. Auflage d. Origin. übersetzt von Dr. A. ROSK (New-York). München 1904, Seitz & Schauer.
 Stuert, Fürsorgestellen für Lungenkranke. Mit einem Vorwort von Professor Dr. FR. KRAUS. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der chemischen Fabrik von Möller & Linsert in Hamburg über „Metralin“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Krondorfer
 natürlicher
 alkalischer SAUERBRUNN
 Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
 Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
 Athmungsorgane des Magens und der Blase.
 Brunnen-Unternehmung, Krondorf bei Carlsbad
 CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
 WIEN BUDAPEST
 IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltangasse 10.

Creosotal-Bayer

Mesotan

Helmitol

Protargol

Aristochin

Theocin-
 Natr. acetic.

wirksamstes Creosotpräparat, hellgelb, völlig klar, fast geruchlos, von mildem Geschmack. Frei von jeder Ätz- und Giftwirkung. Anerkannt vorzügliches Präparat zur Behandlung der Lungentuberkulose, chronischer Katarrhe, Pneumonie, Bronchitis, Influenza, Skroflose etc. Man verschreibt Creosotal-Bayer und Duotal-Bayer am besten in der Original-Packung. Duotal auch in Tablettenform.

Somatose

Hervorragendes Roborans. Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Lactagogum. In organischer Verbindung mit 2% Fe als Eisen-Somatose, insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.



Vertreter für Österreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.

Duotal-Bayer

weißes, krystallinisches Pulver, geruch- und geschmacklos. Duotal-Tabletten „Original-packung-Bayer“ in Glasröhren zu 20 Stück à 0,5 g. Bestes und reinstes Guajakolpräparat, frei von jeder Ätz- und Giftwirkung, selbst in großen Dosen vollkommen zuträglich. Allgemein anerkannt als vorzüglich bei allen chronischen Erkrankungen der Luftwege, speziell der Lungentuberkulose, Pneumonie, Bronchitis, Katarrhe etc.

Agurin

Bewährtes Diuretikum. 60% Theobromin, sonst keine differenten Bestandteile enthaltend. Gut bekömmlich; schon in verhältnismäßig geringen Gaben prompt wirkend.
 Dos.: 1,0 g 3—4mal tägl. in Oblaten oder in Pfefferminzwasser

Cannigen

Veronal

Aspirin

Crional

Heroin.
 hydrochlor.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 13 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 3spaltige Nonpareille-Zelle 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originallen und klinische Vorlesungen. Osteomalazie und Diabetes mellitus. Von Dr. MAX ALLINA in Wien. — Tic convulsif. Von Dr. VÁCLAV PLAVEC, II. — Referate. LUDWIG KNAPP (Prag): Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Uterusmyome. — GRZIBOWSKI (St. Petersburg): Über die diagnostische Anwendung der Röntgenstrahlen bei Schwangerschaft. — O. WAGNER (Kiel): Beitrag zur Pathologie des Ductus arteriosus (Bottali). — G. MELLIN (Kopenhagen): Über die Einwirkung einiger Gifte auf den kleinen Kreislauf. — JAKLIN (Pilsen): Ein Fall einer narbigen Atresie der Vagina als absolutes Geburtshindernis. — FALKENSTEIN (Groß-Lichterfelde): Über das Wesen der Gicht und ihre Behandlung. — C. PANYREK (Prag): Eine einfache Methode, Ohnmächtige zum Bewußtsein zu bringen. — Kleine Mitteilungen. Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und „zyklische“ Albuminurie. — Ersatz des Secale. — Zur Therapie schwerer Diabetesfälle. — Gonosan. — Behandlung des Ulcus corneae. — Behandlung der Bubonepest. — Puro. — Einfluß des Alkohols auf den Hirn- und Rückenmarksdruck. — Literarische Anzeigen. Die Impfstoffe und Sera. Grundriß der ätiologischen Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten für Ärzte, Tierärzte und Studierende. Von Dr. L. DEUTSCH (Detre) und Dr. C. FRESTMANTEL. — La Radiothérapie, son application aux affections cutanées. Par le Docteur BELOT. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus italienischen Gesellschaften. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — Ärztliche Stellen. — Anzeigen.

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

Originallen und klinische Vorlesungen.

Osteomalazie und Diabetes mellitus.

Von Dr. Max Allina in Wien.

Das Auftreten von Diabetes mellitus bei einer an Osteomalazie leidenden Person ist bisher noch nicht beschrieben worden; dieser Umstand allein würde die Mitteilung nachfolgender Krankengeschichte rechtfertigen.

M. P., 57 Jahre alte, verheiratete Glasschleiferin. Vater der Patientin einem Schlaganschlage erlegen, Mutter an Wassersucht gestorben; von 11 Geschwistern starben 7 an verschiedenen Krankheiten, darunter 2 an Phthise; die 4 lebenden Geschwister sind gesund. Patientin soll in ihrer Jugend stets gesund gewesen sein; Potus und Lues werden negiert.

Im 17. Lebensjahre trat die Menstruation ein, die bis zum 36. Jahre regelmäßig in vierwöchentlichen Intervallen wiederkehrte und 3—4 Tage andauerte; die menstruelle Blutung war stets mäßig, Schmerzen bestanden niemals. Nach dem 36. Lebensjahre trat die Menstruation nur ungefähr einmal jährlich auf, um nach dem 44. Jahre dauernd auszubleiben.

Seit dem 13. Lebensjahre wohnt die Kranke in Wien; einen großen Teil dieser Zeit verbrachte die Kranke in feuchten Kellerwohnungen bei quantitativ und qualitativ ungenügender Ernährung und hatte oft mit Nahrungssorgen zu kämpfen.

Die erste Gravidität trat im 20. Lebensjahre ein; im fünften Schwangerschaftsmonate traten Ödeme der Beine und des Gesichtes auf, die während der ganzen Schwangerschaft anhielten; nach der am normalen Schwangerschaftsende durch Forzeps beendigten Geburt schwanden die Ödeme rasch.

1½ Jahre später begann die zweite Schwangerschaft, die ohne Beschwerden verlief und mit einer Frühgeburt im 7. Monate endigte.

Abermals 1½ Jahre später trat die dritte Schwangerschaft ein, die mit einer schweren Geburt, doch ohne Kunsthilfe am normalen Termin endete.

Nach einer Pause von 6 Jahren wurde die Patientin das viertemal gravid; im sechsten Schwangerschaftsmonate traten wieder Ödeme auf, einen Monat später zeigten sich das erstmal Schmerzen im Kreuz und in den Beckenknochen, die sich namentlich beim Gehen steigerten. Am normalen Schwangerschaftsende erfolgte eine leichte Entbindung. Die erwähnten Schmerzen hielten auch nach der Entbindung an, doch konnte die Patientin ihrem Erwerbe nachgehen.

2 Jahre nachher begann die fünfte Schwangerschaft; am normalen Ende erfolgte eine spontane leichte Geburt.

Nach abermals 2 Jahren begann die sechste Schwangerschaft; die Schmerzen hielten in gleicher Stärke an; die Kranke merkte das erstmal, daß sie kleiner geworden war. Eine Steigerung der Beschwerden in der Schwangerschaft konnte die Kranke ebensowenig bemerken, als in der vorhergegangenen. Die Geburt erfolgte spontan, aber verzögert.

Die siebente Schwangerschaft trat nach 1½ Jahren ein; diesmal steigerten sich die Schmerzen im Kreuz und in den Beckenknochen so bedeutend, daß die Patientin in den letzten Monaten dieser Schwangerschaft das Zimmer nicht mehr verlassen konnte. Die Geburt wurde durch Wendung aus Querlage beendet.

Sämtliche Wochenbetten verliefen fieberfrei; die Kinder kamen alle lebend zur Welt; wegen ungenügender Milchsekretion konnte die Kranke immer nur zwei Monate lang ihre Kinder säugen.

Einen Einfluß der Menstruation auf die Schmerzen hat Patientin nicht beobachtet.

Seit der letzten Schwangerschaft nahmen die Schmerzen langsam, aber stetig zu; es traten allmählich auch Schmerzen in den Beinen hinzu, die das Gehen, insbesondere das Treppensteigen, so

erschweren, daß die Kranke jahrelang ihre Wohnung gar nicht verließ und in der Wohnung selbst auf Krücken angewiesen war. Die Kranke bemerkte, daß sie immer kleiner wurde, und will um einen ganzen Kopf kleiner geworden sein als, vor Beginn der Erkrankung. Außer restringierter häuslicher Tätigkeit konnte die Kranke keine Arbeit mehr verrichten.

Im Jahre 1898, nachdem die Kranke bereits zirka 10 Jahre in diesem qualvollen Zustande zugebracht hatte, trat sie in Behandlung des Dr. LATZKO, der nach einer mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichte typische osteomalazische Veränderungen am Skelett, insbesondere an den Beckenknochen, konstatierte und eine Phosphorbehandlung einleitete.

Die Kranke nahm zunächst von einer Phosphorlebertranlösung 0·06 : 100·0, später 0·08 : 100·0 täglich einen Kaffeelöffel, was einer Tagesdosis von zirka 3—4 mg entspricht. Schon nach einigen Wochen ließen die Schmerzen nach, und nach einem halben Jahre war die Kranke soweit gebessert, daß sie die Krücken weglegen und mit einem Stocke herumgehen konnte.

Nach achtmonatlichem Gesamtverbrauche von 0·62 g Phosphor begann die Patientin über allgemeines Schwächegefühl und Herzklopfen zu klagen; es traten Ödeme der Beine, Pulsarrhythmie, Geräusche über dem Herzen und Albuminurie auf; der behandelnde Arzt nahm eine Myodegeneratio cordis an und ließ die Phosphor-medikation aussetzen. Nach mehrwöchentlicher Bettruhe und Anwendung von Strophantus und Digitalis verschwanden diese beunruhigenden Symptome und kehrten seither nicht wieder; nur Knöchel-ödeme sind immer vorhanden.

Nachdem die Kranke ein Jahr lang den Phosphorgebrauch ausgesetzt hatte, machten sich abermals Schmerzen in den Beinen und im Kreuz geltend, weshalb im November 1899 die erwähnte Behandlung mit einer Phosphorlebertranlösung (0·08 : 100·0 täglich einen Kaffeelöffel) wieder aufgenommen wurde. Seit dieser Zeit gebraucht die Kranke diese Lösung fast beständig und setzte das Medikament nur einige Male für die Dauer eines oder weniger Monate aus; sobald sich stärkere Schmerzen in den Beinen oder im Kreuz wieder geltend machten, bat die Kranke stets um Verordnung des Phosphors, dessen günstige Wirkung niemals ausblieb.

Trotz der noch hier und da auftretenden Schmerzen fühlt sich die Kranke aber von der Osteomalazie geheilt, sie geht ohne wesentliche Beschwerden im Zimmer herum und ist arbeitsfähig. Im Jahre 1900 wurde die damals 56jährige Kranke wegen einer Katarakta am rechten Auge und im Jahre 1902 wegen desselben Leidens am linken Auge operiert; über die Natur der Katarakta konnte ich nichts eruieren, da eine Untersuchung des Harns damals unterlassen wurde.

Im Juni 1903 trat ein sehr hartnäckiges Ekzem an den großen Labien und an der Innenfläche der Oberschenkel auf, durch welches die Kranke bis zum heutigen Tage belästigt wird; seit Beginn dieser Erkrankung leidet die Patientin beständig an heftigem Durst und Polyurie, Trockenheit der Zunge und des Rachens sowie an heftigen Wadenkrämpfen.

Die Kranke gibt an, seit langer Zeit fettleibig zu sein und seit dem Bestehen der Knochenerkrankung an Gewicht noch zugenommen zu haben.

Der Appetit war stets normal, seit einigen Jahren bestehe Neigung zu Diarrhöen, in der letzten Zeit habe sie täglich 3 bis 4 Stuhlentleerungen, die Stühle seien „wie mit Öl eingeschmiert“.

Status praesens: 145 cm hohe, sehr fettleibige Frau von kräftigem Knochenbau und schwächlicher Muskulatur. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute etwas blaß; Ikterus fehlt. Starke Kyphose der Brustwirbelsäule und linkskonvexe Dorsalskoliose; starke Lordose der Lendenwirbelsäule. Der Rippenbogen den Darmbeinkämmen bedeutend genähert. Hals kurz und breit, keine Struma, hochgradiger Hängebauch.

Die Perkussion der Brustorgane gestaltet sich infolge der Kyphoskoliose einerseits und der Fettbrüste andererseits sehr schwierig; auskultatorisch über den Lungen normaler Befund.

Die Herzdämpfung überschreitet den linken Sternalrand bis zur Mitte des Sternums; die linke Herzgrenze schwer festzustellen. Spitzenstoß nicht fühlbar. Herztöne rein, aber dumpf; keine Akzen-

tuation der zweiten Töne. Art. radialis etwas rigide, Radialpuls 84, arhythmisch, Pulsspannung scheint etwas erhöht.

Die Leberdämpfung überschreitet bei tiefer Perkussion den Rippenbogen in der rechten Mammillarlinie um zirka 3 Querfinger; es gelingt auch, den stumpfen, ziemlich harten Leberrand zu fühlen. Milz nicht palpabel.

Die seitliche Kompression des Beckens ist noch immer etwas empfindlich; der Schambogen schnabelförmig; die Vagina in der Tiefe von 4 cm verschlossen, daher eine Austastung des Beckens nicht möglich.

Abduktions- und Rotationsfähigkeit der Oberschenkel sehr eingeschränkt.

Keine Sensibilitätsstörungen, keine Druckempfindlichkeit der Knochen. Patellarreflexe schwer auslösbar.

Am Mons veneris, an der Innenfläche der Oberschenkel und den großen Labien ein ausgebreitetes, zum Teile nässendes Ekzem.

Die Harnuntersuchung der 24stündigen Menge ergibt: Spezifisches Gewicht 1021, saure Reaktion. Harnstoff 16·11 g, Harnsäure 0·88 g, Albumen in Spuren, Nuklealbumin vorhanden, Indikan leicht vermehrt, Phosphate (P_2O_5) 2·3 g, Chlornatrium 10·33 g, Dextrose 1·6%, Azeton und Azetessigsäure fehlen, ebenso Albumosen. Im Sedimente Plattenepithelien, Leukozyten, Schleim, aber keine renalen Elemente.

Um kurz zu resümieren: Bei einer 57jährigen Frau, die seit zirka 15 Jahren an Osteomalazie leidet, wird ein Diabetes mellitus konstatiert, dessen erste subjektive und objektive Symptome auftraten, nachdem die Kranke durch jahrelange Behandlung mit großen Phosphordosen eine bedeutende Besserung ihrer Osteomalazie erfahren hatte.

Wenn wir auch dem Diabetes mellitus in allen Schichten der Bevölkerung begegnen, so ist es dennoch eine in allen statistischen Zusammenstellungen wiederkehrende Behauptung, daß diese Krankheit bei wohlhabenden Leuten weit häufiger auftritt als bei der ärmeren Bevölkerung, und gerade in jenem sozialen Milieu, in welchem die Osteomalazie entsteht und welches geradezu als ätiologischer Faktor für deren Entstehen fast allgemein anerkannt ist, begegnen wir dem Diabetes mellitus sehr selten. Trotzdem KEHBER, FEHLING und andere Autoren Osteomalazie auch bei besser situierten, unter günstigen Wohnungs- und Ernährungsverhältnissen lebenden Frauen beobachtet haben, steht diese Krankheit doch im allgemeinen im Rufe einer „Proletarierkrankheit“ (MYATOWITSCH), also in einem gewissen Gegensatz zu Diabetes mellitus. Auch unsere Kranke hat jahrzehntlang in feuchten Kellerwohnungen bei schlechter Nahrung gelebt.

Die allgemeine Fettleibigkeit als ätiologisches Moment für den Diabetes mellitus unserer Kranken heranzuziehen, geht wohl nicht an; die meisten an Osteomalazie leidenden Personen sind durch ihr oft lang verkanntes Leiden durch Jahre zu liegender oder sitzender Lebensweise gezwungen und neigen dadurch allein zum Fettansatz; wir müßten also dieser Komplikation häufiger begegnen.

Seit den berühmten Untersuchungen v. MERINGS und MINKOWSKIS, welche den kausalen Zusammenhang fehlender Pankreassekretion mit Diabetes mellitus erwiesen haben, sind wir bemüht, in jedem Falle von Diabetes mellitus nach Anhaltspunkten für eine Erkrankung des Pankreas, insbesondere für chronische interstitielle und parenchymatöse Entzündungen mit Ausgang in fettige Degeneration oder bindegewebige Schrumpfung, Blutungen, Nekrosen, Neoplasmen usw. zu suchen.

Die Untersuchung der Stühle unserer Patientin ergab neben reichlichem Schleimgehalt die Gegenwart zahlreicher Fettsäurenadeln und ziemlich reichliche Überreste animalischer Nahrung. Der Stickstoffgehalt des Trockenkotes betrug 8·6%; das Gesamtfett 14·2%, hiervon waren 81·5% Neutralfette, während nur 18·5% gespalten waren, und zwar 6·8% in Form von freien Fettsäuren, 11·7% als Seifen.

Das reichliche Vorkommen von Neutralfetten, resp. die mangelhafte Fettspaltung, die schlechte Verdauung animalischer

scher Nahrung sowie die spontanen Angaben der Kranken über diarrhoische Entleerungen „wie mit Öl eingeschmierter“ Stühle (Steartorrhö) sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für das Bestehen von Pankreasveränderungen; es liegt sehr nahe anzunehmen, daß diese Pankreasveränderungen denselben anatomischen Charakter und dieselbe Pathogenese haben, wie die Veränderungen der Leber, die auf eine parenchymatöse, fettige Degeneration derselben vielleicht mit gleichzeitiger Wucherung des interstitiellen Bindegewebes hinweisen, wie die degenerativen Veränderungen des Herzmuskels und wahrscheinlich auch der Nieren (Albuminurie).

Da die ersten Erscheinungen des Diabetes mellitus erst einige Jahre nach Einleitung der Phosphorthherapie auftraten, drängt sich mir der Gedanke auf, daß die lange dauernde Behandlung mit großen Phosphordosen in ursächlichem Zusammenhang mit all diesen Veränderungen stehe.

Daß die akute und subakute Phosphorvergiftung zu rapider fettiger Degeneration und Infiltration der parenchymatösen Drüsen und des Herzmuskels führt, ist eine allbekannte Tatsache. Bei der gewerblichen Phosphorvergiftung, der einzigen Form, in welcher chronische Phosphorvergiftung beim Menschen beobachtet wurde, stehen die lokalen Erscheinungen der Kiefernekrose im Vordergrund. Es ist wahrscheinlich, daß bei dieser durch Inhalation von Phosphordämpfen zustande kommenden Vergiftung die Kranken der Schädlichkeit früher entzogen werden, ehe es zu einer schweren, allgemeinen Phosphorvergiftung kommt; doch vermissen wir in den Obduktionsprotokollen dieser Kranken niemals die für eine Phosphorvergiftung charakteristischen Veränderungen der parenchymatösen Organe, besonders der Leber und der Nieren sowie des Herzmuskels.

Bei jener chronischen Phosphorvergiftung, die experimentell durch lang dauernde Verfütterung kleiner Phosphordosen bei Tieren erzeugt wurde, kommt es nach den berühmten Untersuchungen WEGNERS zu einer interstitiellen Lebererkrankung, die zur „Phosphorzirrhose“ der Leber führt; nach den Untersuchungen AUFRECHTS bildet die Erkrankung des Parenchyms das Primäre, erst sekundär kommt es bei lang dauernder Schädlichkeit zu Veränderungen im interstitiellen Gewebe, die ihrerseits wieder zu dauernder Schädigung des Parenchyms führen können. Auch in den Nieren wurde eine interstitielle Bindegewebsvermehrung, die zur Schrumpfung führe, beschrieben. Bezüglich des Pankreas fehlen derartige Beobachtungen, wahrscheinlich weil zur Zeit jener Versuche diesem Organe wenig Beachtung geschenkt wurde. In jüngster Zeit machte AMATO neuerdings auf das Bild der Pankreaszirrhose aufmerksam; er fand, daß die Bindegewebswucherung hier denselben Charakter habe, wie bei der Leberzirrhose, daß beide auf dasselbe Agens zurückzuführen seien, und daß die Pankreaszirrhose wahrscheinlich auch an der Entstehung jenes Diabetes beteiligt sei, welcher die Leberzirrhose manchmal begleitet.

Wenn wir für die Annahme, daß die lange fortgesetzte Anwendung von Phosphor in ziemlich großen Dosen mit den Veränderungen der parenchymatösen Organe und insbesondere mit den supponierten Veränderungen des Pankreas in Zusammenhang stehe und daß diese letzteren den Diabetes mellitus unserer Kranken verursacht haben, keine absolut beweisenden Momente anführen können, so kann dennoch schwerlich ein Einwand gegen die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme erhoben werden. Von sonstigen ätiologischen Faktoren für die Erkrankung der parenchymatösen Organe ist in der Anamnese unserer Kranken nichts enthalten; insbesondere werden Potus und Lues in glaubwürdiger Weise in Abrede gestellt.

Die von zahlreichen Beobachtern in schweren Fällen von typischer Osteomalazie festgestellte Wirksamkeit des Phosphors hat sich auch in unserem Falle bestätigt; die Kranke, die sich durch zirka 10 Jahre nur qualvoll mit Krücken im

Zimmer bewegte, konnte bereits ein halbes Jahr nach Einleitung der Phosphorbehandlung die Krücken gegen einen Stock umtauschen und wurde wieder erwerbsfähig. Da aber ein Dauererfolg der Phosphorbehandlung nur bei konsequenter, über Monate und Jahre hinausreichender Verabreichung zu erwarten ist, wodurch die Gefahren einer chronischen Phosphorvergiftung zweifellos heraufbeschworen werden, müssen wir in Erwägung ziehen, ob wir dieser Behandlung auch weiterhin das Wort reden sollen. Es ist doch merkwürdig, daß bei der Begründung der Phosphorthherapie immer nur auf die von WEGNER festgestellte günstige Beeinflussung des Knochengüstes hingewiesen wird, die von demselben Autor erhobene Schädigung lebenswichtiger Organe aber mit Stillschweigen übergangen wird!

Trotz der ausgedehnten Anwendung des Phosphors bei der Osteomalazie ist bisher sehr wenig über unangenehme Nebenwirkungen berichtet worden. Nur LATZKO beschreibt zwei Fälle von subakuter Phosphorvergiftung, beide durch irrtümliche Anwendung hoher Phosphordosen entstanden; in einem Falle, in welchem statt 2 mg täglich 6 mg genommen wurden, traten starke Knochenschmerzen und Periostitis auf; im zweiten Falle trat nach längerem Gebrauch von 12 mg pro die Exitus letalis ein, die Obduktion stellte eine subakute Phosphorvergiftung fest.

Sollte eine an größerem Material angestellte Untersuchung ergeben, daß der länger dauernde Gebrauch hoher Phosphordosen bei der Osteomalazie in zahlreichen Fällen Veränderungen der parenchymatösen Organe erzeugt, die wir zum Teil als irreparabel bezeichnen müssen, dann müßte wohl diese Therapie eine bedeutende Einschränkung zugunsten der Kastration erfahren. Die Kastration der an Osteomalazie leidenden Frau wird heute trotz vereinzelter Mißerfolge als das sicherste Heilmittel dieser Krankheit allgemein anerkannt; die Wirkung tritt meist mit fast zauberhafter Raschheit ein, der Eingriff selbst kann als ungefährlich bezeichnet werden.

Wer aber durchaus die Phosphorthherapie anwenden will, beschränke sich auf möglichst kleine Dosen; es wurde von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen, daß man mit Tagesdosen von 1–2 mg sein Auskommen finde, ja, daß sogar größere Dosen ganz im Sinne der KASSOWITZschen Tierexperimente Knochenschmerzen und Periostitis erzeugen.

Schließlich möchte ich diese Mitteilung benutzen, um einer Ansicht über die Ursache der Phosphorwirkung bei Osteomalazie Ausdruck zu geben. Die berühmten Versuche von WEGNER und KASSOWITZ, welche die experimentelle Begründung der Phosphorbehandlung der Rachitis bilden, wurden von jenen Autoren, welche dieselbe Behandlung für die Osteomalazie empfahlen, stillschweigend als Grundlage dieser Therapie akzeptiert; der Phosphor setze die abnorme Vaskularisierung des Knochens herab, wodurch die gestörte Kalkanlagerung und Sklerosierung wieder in Gang komme.

Die prompte Heilwirkung der Kastration bei Osteomalazie hat dazu geführt, eine exzessiv gesteigerte oder in anderer Richtung pathologisch veränderte Funktion des Ovariums als auslösendes Moment der Knochenerkrankung, somit als eigentliche Krankheitsursache anzunehmen. Wenn nun die Phosphorbehandlung ebenso günstig auf die Osteomalazie wirkt wie die Kastration, liegt es sehr nahe, einen toxischen Einfluß des Phosphors auf das Ovarium anzunehmen, der einem Funktionsausfall dieses Organs resp. gewisser jener noch hypothetischen Funktion (innere Sekretion) dienenden Zellen gleichkommt.

Herrn Dozenten Dr. LATZKO, der mir in zuvorkommendster Weise die auf die osteomalazische Erkrankung bezügliche Krankengeschichte zur Verfügung stellte, sowie Herrn Dr. URBAN, in dessen Laboratorium die chemischen Untersuchungen ausgeführt wurden, sage ich an dieser Stelle meinen besten Dank.

Tic convulsif.

Von **Dr. Václav Plavec.**

II.

II. Der reflektorische Gesichtskrampf.

Zur Unterscheidung vom echten Tic verwendet BRISSAUD ausschließlich die Bezeichnung Spasmus facialis.⁹⁾ OPPENHEIM, GOWERS, BERNHARDT und die Mehrzahl der Autoren sind der Ansicht, daß der typische Tic convulsif häufig reflektorischen Ursprung hat.

Diese Art des Gesichtskrampfes ist die häufigste und bekannteste. Nach Form und Lokalisation könnte man von klonischen und tonischen, ferner von partiellen und totalen Krämpfen sprechen, je nachdem ob sie nur einen Teil des Gesichtes oder das ganze Gesicht betreffen. Gewöhnlich findet man alle vier Formen bei einem und demselben Individuum, die in mannigfaltiger Reihenfolge miteinander abwechseln, manchmal allmählich im Verlaufe mehrerer Jahre, ein andermal rasch hintereinander während eines einzigen Anfalles. Der Krampf beginnt klonisch im Schließmuskel der Lider, geht dann auf den Schließmuskel des Auges über und hierauf auch auf die Muskulatur des Mundwinkels (hauptsächlich auf den M. levator und zygomaticus); eine Weile verharret er in tonischer Kontratur, an der sich auch das Platysma beteiligt, und verbreitet sich wiederum allmählich in Form klonischer Zuckungen über die gesamte Muskulatur des Gesichtes. Die Mm. frontales, orbicul. oris, das Kinn, die Muskeln des weichen Gaumens und des Ohres bleiben gewöhnlich vom Krampfe verschont (BERNHARDT). Solche oder ähnliche Anfälle wiederholen sich mehrmals während eines einzigen Tages, oder der Krampf erhält das Gesicht in fortwährender Bewegung. Bleibt der Krampf lokalisiert, dann betrifft er am häufigsten den Orbicularis palpebralis und orbitalis und ist in diesem Falle beiderseitig, oft tonisch (Blepharospasmus).

Gegenüber den übrigen Formen des Gesichtskrampfes und insbesondere dem echten Tic besitzt der reflektorische Tic folgende charakteristische Merkmale:

Diese krankhaften Bewegungen sind nicht so koordiniert wie jene beim echten Tic, sondern sind ganz einfache Bewegungen: Blinzeln, Zusammenkneifen des Auges, Heben des Mundwinkels, am Halse Zusammenziehen des Platysma mit Herabziehen des Mundwinkels derselben Seite u. a. Den willkürlichen Bewegungen sind sie nur wenig ähnlich. In der großen Mehrzahl der Fälle sind sie nur einseitig und rufen daher keinen bestimmten Gesichtsausdruck, sondern nur eine Deformation infolge lokaler Veränderungen hervor. Derartige Bewegungen vollführen wir auch de norma ganz unwillkürlich, wenn sich ein unangenehm wirkender Gegenstand unserem Gesichte nähert oder wenn er dasselbe bereits berührt hat. Werden diese Bewegungen pathologisch, dann erfolgen sie viel rascher und intensiver, gehen oft in einen tonischen Krampf über oder wiederholen sich rasch hintereinander, so daß sie blinzeln, szintillierend werden. Der echte Tic wiederholt sich zwar auch, aber nicht so rasch hintereinander; auch ist er, wenigstens in typischen Fällen, niemals tonisch.

Übereinstimmend wird angegeben und durch Beispiele belegt, daß der Krampf auch während des Schlafes auftreten kann (OPPENHEIM, BERNHARDT, THOMAYER), was sich ganz gut mit der Erfahrung in Einklang bringen läßt, daß der Schlaf die reflektorische Tätigkeit viel weniger herabsetzt als die geistige. Auch die Einseitigkeit der Krämpfe spricht für deren reflektorische Natur, was wiederum dem PFLÜGERSchen Gesetze der Ausbreitung der Reflexe entspricht. Der Wille ist gegenüber den Krämpfen so schwach, daß er ihr Fortschreiten weder ändern noch hemmen kann (BRISSAUD). Schon bei den normalen reflektorischen Bewegungen ist der hemmende

⁹⁾ Wir könnten hinzufügen: reflectoricus.

Einfluß des Willens sehr schwach und ungleich.¹⁰⁾ In meinen Fällen von reflektorischen Krämpfen fand ich ihn nur ein einziges Mal bei einer ganz geringgradigen Form. Nicht einmal intendierte Bewegungen können den reflektorischen Krampf unterdrücken. Eine Zunahme der Bewegungen bei Aufregung konnte ich in meinen Fällen von reflektorischem Krampf weder anamnestisch noch objektiv konstatieren.

Ein praktisch wichtiger, aber nicht absolut verlässlicher Anhaltspunkt ist das Alter des Patienten. Während sich der Tic bis auf seltene Ausnahmen auf das jugendliche Alter beschränkt, ist der reflektorische Krampf eine Erkrankung des vorgeschrittenen Alters. GOWERS und MAIXNER meinen, daß der gewöhnliche Gesichtskrampf kaum früher als im 30. (40.) Lebensjahre auftritt.¹¹⁾

Eine Bestätigung der Diagnose des reflektorischen Krampfes erhalten wir dann, wenn der Krampf nach Beseitigung oder Ausheilung einer Krankheit, welche auf den sensitiven Teil des Reflexbogens eingewirkt hat, verschwindet.

Manchmal gibt schon der Kranke selbst an, es genüge eine Berührung des Gesichtes, ein Lufthauch, das Zerkauen eines Bissens oder eine Bewegung des Gesichtes beim Sprechen, um den Krampf auszulösen. In anderen Fällen konstatiert erst die objektive Untersuchung die reflektorische Natur des Gesichtskrampfes. REMAK, ERB, v. GRAEFE referieren über zahlreiche Fälle, in denen der Druck auf bestimmte, schmerzhaft oder schmerzlose Stellen¹²⁾ den Gesichtskrampf zu unterdrücken oder auszulösen vermochte. Läßt sich in solchen Fällen Hysterie ausschließen, dann kann man den Krampf mit Sicherheit als reflektorisch ansehen, denn die Auslösung und Unterdrückung reflektorischer Bewegungen mittelst künstlicher Reizung ist eine bekannte und alte Erfahrung der Physiologie (GOLTZ). Ich verweise diesbezüglich nur auf die Unterdrückung des Niesens durch Friktion der Nase.

Es ist interessant, daß diese Unterdrückung des Reflexkrampfes auf reflektorischem Wege manchmal durch ein natürliches Zusammentreffen von Umständen ganz von selbst erfolgt. So berichtet BERNHARDT über einen Fall, wo nach vorausgegangenen Schmerzen im Gesichte Zuckungen in den Lidern auftraten, welche auf mehrere Wochen verschwanden, als eine Augenerkrankung hinzutrat. STRÜMPPELL beobachtete mehrmals ein Verschwinden des Krampfes in der Gravidität.

Es wäre aber falsch, wenn man in einem jeden Falle von reflektorischem Krampf eine auffallende Steigerung der reflektorischen Erregbarkeit auf jeden beliebigen und an beliebigem Orte applizierten Reiz erwarten würde, denn wir wissen aus der Physiologie, daß ein bestimmter Reflex nur durch einen bestimmten, adäquaten Reiz am besten ausgelöst wird.¹³⁾ Ein schwacher, lang dauernder oder sich wiederholender Reiz ruft eine reflektorische Reaktion eher hervor als ein starker Reiz. Schließlich ist die Reflexbestimmung nicht immer gleich. Der Reflexapparat ermüdet sehr bald und ändert seine Erregbarkeit auch nach der psychischen Stimmung.

Die Pathogenese des reflektorischen Krampfes ist das Resultat der Konkurrenz zweier Faktoren. Der erste und wichtigste ist Steigerung der Erregbarkeit des Reflexzentrums für die Bewegungen des Gesichtes, der zweite ist ein entsprechender zentripetaler Reiz. Das klinische Bild richtet sich bis zu einem gewissen Grade nach jenem Faktor, der in einem gegebenen Falle überwiegt. Wenn die gesteigerte

¹⁰⁾ Den Husten und das Augenzwinkern können wir nur bis zu einem gewissen Grade unterdrücken. Beim Schlucken ist dies überhaupt unmöglich.

¹¹⁾ Daß der typische Tic convulsif oft reflektorischen Ursprunges ist, wurde bereits oben bemerkt.

¹²⁾ Die Austrittsstellen der einzelnen Trigeminasäste (auch jene in Mund und Nase), die Proc. transversus der Wirbel, der Verlauf und die Ganglien des Sympathicus, die Gelenke an den Extremitäten u. a. m.

¹³⁾ So z. B. ist nach Strychnin die reflektorische Erregbarkeit enorm gesteigert, und dennoch entsteht der Krampf nur auf einen mechanischen, elektrischen oder thermischen und nie auf einen chemischen Reiz (LANDOUZ, Handbuch der Physiologie).

Erregbarkeit überwiegt, dann resultiert daraus ein reiner Reflexkrampf, der eine ganz selbständige Erkrankung repräsentieren kann; der krampfauslösende periphere Reiz kann dabei ein ganz geringfügiger sein (eine Berührung) und die Krankheit beruht dann einzig und allein auf einer funktionellen Veränderung des Reflexzentrums. In Fällen, wo ein abnormer Reiz dominiert, könnte man den Krampf für ein sekundäres Symptom einer Affektion im sensitiven Teil des Reflexbogens halten. Als ein extremer Fall dieser Art sind die unwillkürlichen Bewegungen des Gesichtes anzusehen, welche auf der Höhe des Anfalles einer Trigeminusneuralgie vorzukommen pflegen.

Der echte Reflexkrampf setzt immer wenigstens eine teilweise Steigerung der Reflexerregbarkeit voraus, denn eben dadurch werden die betreffenden Bewegungen übermäßig, unzeitgemäß, kommen in ein Mißverhältnis zum Reize, d. h. werden krankhaft, abnormal. Daß die Steigerung der Reflexerregbarkeit wichtiger ist als der periphere Reiz, geht schon aus dem Umstande hervor, daß alle pathologischen Affektionen, welche hier den Reiz abgeben, auch in vielen anderen Fällen vorhanden sind, ohne einen Krampf auszulösen.

Einen schönen Fall von reflektorischem Tic führt L. MÜLLER an: Bei einer schweren, linksseitigen Facialisparalyse entwickelte sich am linken Auge ein entzündliches Infiltrat und am rechten Auge ein heftiger, tonischer Krampf des Augenschließmuskels. Es genügte aber ein Verband des paralytischen linken Auges, um den Krampf binnen 2 bis 3 Minuten zum Verschwinden zu bringen.

Wegen der Vollständigkeit der Pathogenese will ich auch über die Lokalisation der gesteigerten Reflexerregbarkeit für die Gesichtsbewegungen im Zentralnervensystem sprechen.¹⁴⁾ Die Annahme, daß es sich hier um eine gesteigerte Funktion des bekannten Zentrums des VII. Gehirnnervens am Boden des IV. Ventrikels handle, besitzt nur eine geringe Berechtigung. Die graue Substanz der Kerne der motorischen Gehirnnerven gilt als Analogon der Vorderhörner des Rückenmarks, und eben von diesen behauptet GAD auf Grund seiner Versuche, daß sie kein Reflex- (Koordinations-) Zentrum seien, sondern schreibt diese Funktion den kleinen Zellen der Hinterhörner zu. In den Vorderhörnern müssen wir eher den Ursprung der Innervationsimpulse für die motorischen Nerven suchen, eine Funktion, die sich sowohl willkürlich als auch reflektorisch beherrschen läßt. Die willkürliche Regulierung der Bewegungen verlegen wir auf eine besondere Stelle als selbständige Funktion; in analoger Weise müssen wir auch mit der reflektorischen Regulierung verfahren.¹⁵⁾

Soviel ist sicher, daß das Großhirn der Ausgangspunkt des reflektorischen Tics nicht ist. Das beweisen mit voller Bestimmtheit folgende Beobachtungen: HABEL beschreibt einen Fall von Tic convulsif reflektorischen Ursprungs, wo nach zweijähriger Dauer des Tics plötzlich eine Hemiplegie derselben Seite hinzutrat. Obzwar die Lähmung eine komplette war, bestanden die Konvulsionen der mimischen Muskulatur dennoch weiter. CADIOT, GILBERT und ROGER bestätigten dies durch Versuche an einem Hunde, der schon mehrere Jahre an einem rechtsseitigen Tic convulsif gelitten hatte. Der Krampf bestand nicht bloß nach Zerstörung der entsprechenden Stelle in der Großhirnrinde, sondern auch nach Entfernung der ganzen Hemisphäre samt der Brücke weiter und verschwand erst nach Zerstörung jener Stelle, wo die Kerne des N. facialis liegen.

¹⁴⁾ Nach BERNHARDT.

¹⁵⁾ Schließlich ist es nicht ganz sicher, mit welchen Muskeln der Kern der Gesichtsnerven in Verbindung steht; aus experimentellen und klinischen Erfahrungen (Bulbäparalyse u. a.) wird geschlossen, daß einige Gesichtsmuskeln vom Okulomotoriuskern (Augenteil) innerviert werden, andere vom Hypoglossuskern (Orbicularis oris), ja sogar vom Trigeminus. (Attrahens auricularae, Muskeln des Kinns und vielleicht auch des weichen Gaumens.)

Als reflektorisch können wir den Krampf auch in der großen Mehrzahl jener Fälle annehmen, in denen eine krankhafte organische Affektion (Tumor an der Gehirnbasis, Entzündung im Felsenbein oder direkt im Facialis) den Gesichtsnerv selbst betrifft, denn der Stamm dieses Nerven enthält zahlreiche sensitive Fasern, welche den Reflex vermitteln können. CLAUDE-BERNARD, SCHIFF, ARBOING und TRIPIER¹⁶⁾ haben nachgewiesen, daß der Facialis zahlreiche Nervi nervorum von den benachbarten sensitiven Nerven (hauptsächlich vom Trigeminus) erhält, die in seinem Stamme bis zum Gehirn zurücklaufen. MITCHELL nimmt auf Grund seiner klinischen Erfahrungen sogar an, daß der Facialis seine eigenen sensitiven, zentripetalen Fasern besitzt. Übrigens sind die durch Druck und Entzündung motorischer Nerven in der zugehörigen Muskulatur hervorgerufenen Symptome etwas anders beschaffen, als sie der Reflexkrampf bietet. Eine ähnliche Ansicht vertreten OPPENHEIM und BERNHARDT.

In den Fällen von Tic, welche SCHULTZE und BUSS beschreiben, komprimierten den Stamm des Facialis die atheromatös und aneurysmatisch veränderten Arterien, und doch fanden sich selbst bei der mikroskopischen Untersuchung der Gesichtsnerven keine Veränderungen. Im Falle BUSS verschwand der Krampf nach einer Hämorrhagie in den Pons, obwohl der Kranke noch 3 Tage lebte. Obzwar also der Druck auf den Facialis fort dauerte, verschwand der Tic dennoch, weil das Reflexzentrum zerstört oder lädiert war.

Da bei der Pathogenese zwei Faktoren mitwirken, muß auch die Ätiologie zwei Arten von Ursachen aufweisen: die Steigerung der Erregbarkeit des Reflexapparates und der periphere Reiz entwickeln sich auf selbständiger Basis. In der Ätiologie der gesteigerten Erregbarkeit spielt die erworbene Läsion des Zentralnervensystems eine viel größere Rolle als beim echten Tic. Schon das vorgeschrittene Alter, in welchem gewöhnlich der Reflexkrampf aufzutreten pflegt, weist darauf hin, daß man ihn eher für eine erworbene Krankheit auffassen muß.

Allerdings kann immer auch eine neuropathische Belastung mehr oder weniger im Spiele sein. In seltenen Fällen könnte es sich auch um direkte Vererbung handeln.¹⁷⁾ In der Mehrzahl der Fälle weist die Anamnese eine der bekannten Schädlichkeiten des Nervensystems auf: Alkoholismus¹⁸⁾, chronische Intoxikation mit einem Schwermetall (namentlich Blei), Entkräftung durch schwere Krankheiten; die Arteriosklerose kann sowohl durch allgemeine als auch durch lokale Ernährungsstörung einwirken. Weiter werden angeführt: sorgen- und leidvolles Leben, Trauma und Schreck. Schließlich ist es sehr wahrscheinlich, daß ein oft sich wiederholender Reiz selbst eine gesteigerte Reflexerregbarkeit herbeiführen kann.

In der Ätiologie des zentripetalen Reizes konstatiert man entweder einen bloßen Zufall (eine Berührung oder Bewegung des Gesichtes aus irgend einem Grunde u. a.) oder eine dauernde krankhafte Affektion. Bei der objektiven Untersuchung findet man oft einen Trigeminusast auffallend druckempfindlich und konstatiert in der Anamnese zeitweilig auftretende „Kopfschmerzen“, im allgemeinen also Symptome einer mäßigen Trigeminusneuralgie. In jedem Falle muß man auch untersuchen: die Mundhöhle (kariöse Zähne), die Nasenhöhle (Polypen), die Ohren (Ceruminalpfropfe) und besonders das Auge und seine Umgebung, denn von hier geht der Reiz zum Reflexkrampf am häufigsten aus. Doch muß der periphere Reiz nicht immer auf dem Wege durch den Trigeminus kommen; es sind Fälle bekannt, in denen der Ausgangspunkt des Reizes der Okzipitalnerv oder der Plexus brachialis oder sogar der Uterus oder eine Helminthiasis war.

¹⁶⁾ S. MAYER, HERRMANN'S Handbuch d. Physiologie, II. Bd., I. T.

¹⁷⁾ H. MAYER (ref. in Revue neurologique, 1893) führt einen Fall an, in welchem Mutter und Sohn an Tic douloureux und convulsif litten.

¹⁸⁾ Auch Koffein und Nikotin erhöhen die Reflexerregbarkeit.

Der Verlauf des Reflexkrampfes ist verschieden. Gewöhnlich entwickelt er sich allmählich; Zuckungen in einer synergischen Gruppe breiten sich im Laufe von Monaten oder Jahren auf die übrigen Gesichtsmuskeln aus. Bei Ausbreitung desselben auf andere Muskeln sind dies stets jene, deren Kerne im vierten Ventrikel dem Facialiskern am nächsten liegen, d. i. der Trigemini und Hypoglossus.¹⁹⁾ Die beste Prognose geben jene Fälle, in denen der kausale Zusammenhang mit einer peripheren, heilbaren Krankheit überwiegt. Am hartnäckigsten ist die idiopathische Steigerung der Erregbarkeit des Reflexzentrums; derartige Fälle dauern viele Jahre und manchmal auch bis zum Tode. Zeitweise können verschieden lange Remissionen eintreten, nach denen aber der Tic eventuell plötzlich mit voller Intensität zurückkehrt.

Ähnlich wie beim echten Tic des Gesichtes findet man auch hier nicht selten eine große Indolenz. Namentlich unter jenen Leuten, welche sich durch grobe Arbeit ernähren, findet man Fälle, in denen die Patienten von ihrem Krampfe überhaupt nichts wissen (OPPENHEIM). Beinahe in der Hälfte meiner Fälle kamen die Kranken wegen einer anderen Affektion und der Gesichtskrampf wurde erst nachträglich oder zufällig entdeckt. In anderen Fällen wiederum ist der Reflexkrampf eine sehr ernste Krankheit, die durch ihre Hartnäckigkeit den Kranken manchmal zur Verzweiflung treibt.

In der Ambulanz, Klinik und Abteilung des Herrn Hofrates EISELT beobachtete ich im Laufe eines Jahres einige Fälle, die ich als Reflexkrampf ansprechen kann. Inwiefern diese Fälle mit den obigen, allgemein gültigen Ausführungen übereinstimmen, wird aus dem folgenden zu ersehen sein.

1. K. M., 56jähriger Häusler. Eine Schwester leidet an Epilepsie, die übrigen Geschwister sind gesund. Die Eltern starben in hohem Alter. Als Soldat machte er Gonorrhöe durch, sonst war er nicht krank. Seine 4 Kinder sind gesund. Die gegenwärtige Krankheit begann allmählich vor 8 Jahren mit auffallend häufigem Blinzeln; später trat ein Krampf der Augenlider hinzu. Im direkten Sonnenlicht, beim Wind oder beim Rauchen verschloß sich die Lidspalte so krampfhaft, daß er sie mit den Händen offen halten mußte, um weitergehen zu können. Nach zweijähriger Dauer begann der Krampf auch auf die Wangenmuskeln übergreifen. Gleichzeitig stellte sich ein druckähnlicher Schmerz im Gesichte ein, den er am meisten in der Mitte der Stirn, in den Schläfen und Zähnen fühlte. Aus diesem Grunde ließ er sich mehrere Zähne ziehen, aber ohne Erfolg. Während der letzten 5 Jahre nahmen die Schmerzen stetig zu. Seit ungefähr 3 Jahren bemerkte er eine auffallende Verschlimmerung der krankhaften Kontraktionen im Gesichte. Das Gehen und Lesen wurde ihm, namentlich in gewissen Momenten, unmöglich. Beim Spielen der Klarinette und beim Singen fühlt er eine teilweise Erleichterung. Wenn ihm am schlimmsten ist, hilft er sich für eine Weile derart, daß er den Atem anhält, oder daß er sich kräftig ausschneuzt oder die Stirne mit beiden Händen komprimiert. Vollständige Remissionen hat er nie beobachtet, sondern nur ein Nachlassen aller Symptome für mehrere Stunden oder Tage. Seit früher Jugend bestehender Alkoholabusus wird zugestanden. Seit 2 Jahren trinkt er nicht mehr, weil er bemerkte, daß sich sein Zustand verschlimmerte.

Status praesens: Der Kranke ist von hoher Gestalt, kräftigem Knochenbau, entsprechender Ernährung, mäßig anämisch. Der Ausdruck des Gesichtes ist ein ganz eigentümlicher, starrer. Einige Gesichtsmuskeln befinden sich in tonischer Kontraktion, und zwar so hohen Grades, daß ein Ausdruck entsteht, wie wenn der Kranke etwas Widerwärtiges getrunken hätte. Die Augenspalte ist bedeutend verengt, die Augenbrauen sind gerunzelt, der Schließmuskel des Auges prominert bogenförmig über die Augenlider. Der Mundwinkel ist nach hinten und unten verzogen, die Oberlippe etwas nach oben, infolgedessen ist der Mund halb geöffnet. Die Haut ist über den kontrahierten Muskeln in zahlreiche Falten gelegt. Die Muskulatur selbst scheint hypertrophisch zu sein.

¹⁹⁾ Manchmal schreitet der Krampf in umgekehrter Richtung vor.

Aktive Bewegungen des Gesichtes sind zwar möglich, aber wenig ausgiebig und langsam. Namentlich die Augenspalte erhält der Kranke nur mit größter Anstrengung halb geöffnet. Bei Druck auf die Austrittsstellen des Trigemini, namentlich der beiden Supraorbitalnerven, läßt sich eine beträchtliche Schmerzhaftigkeit nachweisen. Bei mäßigem Drucke steigert sich der Krampf, bei stärkerem läßt er nach, aber gleichzeitig reagiert der Kranke und gibt große Schmerzen an. Im Schlafe läßt der Krampf nach. Der übrige Befund ist bis auf eine mäßige Hyperämie der Bindehäute normal.

Während der ganzen Krankheitsdauer von 8 Jahren unterzog sich der Kranke öfters verschiedenen Kuren, aber ohne Erfolg. Mehrmals wurde die Faradisation eingeleitet, aber stets trat hierauf eine Verschlimmerung ein. Ich selbst galvanisierte den Kranken täglich in der Weise, daß ich die Anode eines schwachen Stromes für etwa je 3 Minuten auf die Supra- und Infraorbitalnerven beider Seiten und auf das Hinterhaupt legte. Schon nach der ersten Sitzung gab der Kranke eine subjektive Besserung an, hauptsächlich bezüglich der Schmerzen. Nach 4 Wochen ging der Patient nach Hause mit der Angabe, daß die Schmerzen völlig verschwunden sind. Aus der Muskulatur des Mundes verschwand der Krampf vollkommen; in jener der Augen blieb nur ein geringer Tonus zurück. Innerlich wurde anfangs Bromkali (4 g täglich), später Arsen in Tropfenform gereicht. Dem Kranken und dem Beobachter schien es, daß das Arsen die Wirkung der Galvanisation sehr ausgiebig unterstützte.

2. T. A., 58jähriger Fuhrmann. Ätiologisch stimmt dieser Fall mit dem vorhergehenden überein. Nach seiner Aussage stammt der Kranke aus gesunder Familie. Alkoholabusus wird von ihm zugestanden. Seit etwa 20 Jahren leidet er an Atemnot und Husten. Seit einem Jahre besteht eine bedeutende Verschlimmerung und vor 3 Wochen schollen ihm die Füße an. Erst bei der objektiven Untersuchung wurde ein klonischer Krampf der linken Gesichtshälfte konstatiert, und da erst gab der Kranke auf die direkte Frage an, daß er an diesen Zuckungen schon 2 Jahre leide und daß sich dieselben stetig verschlimmern. Anfangs bestanden zwischen den einzelnen Zuckungen lange Pausen und es handelte sich bloß um Zuckungen in den Schließmuskeln des Auges; später traten dieselben auch in der Muskulatur des Mundes auf. Seit mehreren Jahren bemerkt er rheumatische Schmerzen im Gesichte, besonders in der Stirn.

Status praesens: Patient mittelgroß, mittelkräftig, mäßig zyanotisch. In der linken Gesichtshälfte spielt ein krampfhaftes Zucken, welches sich zeitweise zu heftigeren Anfällen verstärkt, zeitweise fast vollständig aufhört oder sich nur durch eine einzige Zuckung verrät. Diese isolierte Zuckung äußert sich entweder als Heben und Verziehen des linken Mundwinkels oder als Schließen des Auges, manchmal nur als ein häufiges, fast tonisches Blinzeln. Manchmal dauert die Kontraktion etwas länger und ist auf ihrem Höhepunkt durch einige kleinere Vibrationen unterbrochen. Bei einem stärkeren Anfall ist die ganze linke Gesichtshälfte in tonisch-klonischer Tätigkeit und auch die Konturen des Platysma heben sich deutlich ab. Auf dem Höhepunkte des Anfalles bemerkte man kleine Vibrationen auch auf der rechten Gesichtshälfte. Ein solcher Anfall dauerte einige Sekunden und ich sah ihn oft auftreten beim Ansetzen einer kalten, feuchten Elektrode, obwohl Stechen und Zwicken des Gesichtes erfolglos war. Dagegen ließ sich jedesmal durch Druck auf die Austrittsstellen des Trigemini der linken Seite (namentlich des N. supraorbitalis) eine tonische Kontraktion der Muskeln derselben Seite hervorrufen, wobei der Kranke zugleich große Schmerzen angab. Im Schlafe verschwand der Krampf; dagegen hatten auf ihn weder geistige und körperliche Ruhe, noch Aufregung einen bestimmten Einfluß. Wenn sich der Kranke beschäftigte oder wenn überhaupt seine Aufmerksamkeit in Anspruch genommen wurde, schien die Frequenz der Bewegungen kleiner zu sein. Im übrigen bot er das Bild eines Emphysems mit chronischer Bronchitis.

Ich galvanisierte diesen Kranken genau so wie den ersten, und wiederum nahm der Krampf sowohl subjektiv als auch ob-

ektiv ab. Einen vollständigen Erfolg sah ich jedoch nicht, weil der Kranke nach einer Woche austrat.²⁰⁾

3. V. J., 52jähriger Töpfer. Er war niemals krank; erst seit etwa einem Jahre leidet er oft an Brechreiz, ohne aber zu erbrechen, Appetitlosigkeit und Magenschmerzen, insbesondere nach der Mahlzeit. In der letzten Zeit ist er sehr abgemagert. Stuhl immer erst nach mehreren Tagen und zeitweise schwarz. Schon seit Jahren arbeitet er mit Bleiglätte. Schon seit vielen Jahren hatte er Stechen in den Beinen, namentlich in den Gelenken. Auf die unwillkürlichen Zuckungen im Gesichte aufmerksam gemacht, gibt der Kranke an, der Krampf sei ganz allmählich während der letzten Monate entstanden.

Status praesens: Der Kranke von mittlerer Größe und Muskulatur, kräftigem Knochenbau, sehr anämisch. In der rechten Gesichtshälfte krankhafte Zuckungen, die unter dreierlei Formen, die fortwährend und unregelmäßig miteinander abwechseln, auftreten: Heben des Mundwinkels, Blinzeln und Zukneifen des rechten Auges. Die Intensität des Krampfes ist unbedeutend, aber er hört auch bei vollständiger Ruhe nicht auf. Beim Druck auf den Trigemini keine Veränderung; nur bei der Palpation des Magens wird eine größere Schmerzhaftigkeit angegeben und zugleich tritt der Krampf deutlicher hervor. Die Gefäße sind sklerotisch; im Harn Eiweißtrübung. Der übrige Befund bietet nichts Interessantes.

Den weiteren Verlauf dieses Falles konnte ich nicht verfolgen, weil der Kranke sofort austrat. Es besteht die begründete Vermutung, daß nach Ausheilung der Magenaffektion (ohne Zweifel ein Ulcus ventriculi) auch der Gesichtskrampf schwinden könnte.

4. K. J., 40jähriger Kaufmann. Der Kranke stammt aus gesunder Familie und leidet seit zirka 7 Wochen an hämorrhagischer Nephritis. Seit ungefähr 2 Jahren klagt er über zeitweilige Schmerzen in der Stirn und jetzt, da er schwer krank ist, über auffallend häufiges Blinzeln. Aufgefordert, das Blinzeln einzustellen, verhält er sich tatsächlich eine Minute lang vollkommen ruhig, während er vordem in kleinen Pausen 3—6mal rasch hintereinander geblinzelt hat. Bei mäßigem Druck auf die Incisura supraorbitalis der rechten Seite kontrahierten sich tonisch sämtliche Muskeln derselben Gesichtshälfte und der Kranke klagte dabei über große, lokale Schmerzen. Bei Druck auf den linken N. supraorbitalis verharrte das Gesicht in Ruhe.

5. N. J., 11jähriger Dienerssohn. Der Vater war Alkoholiker und ein Bruder des Vaters litt an Epilepsie. Der Patient selbst war nie krank. Vor 2 Monaten stellten sich anfallsweise Krämpfe in der Zunge und später auch in der Wange ein. Auch die Frequenz der Anfälle nimmt stetig zu; gegenwärtig beträgt die Zahl der Anfälle während eines Tages und einer Nacht ungefähr 20.

Status praesens: Der Kranke ist seinem Alter entsprechend sehr gut entwickelt. Während der Untersuchung bekam er zwei Anfälle. Der Krampf beginnt tonisch in der Zunge und nach einigen Sekunden auch in den Mundmuskeln der linken Seite. Der Kranke empfindet den Krampf noch bevor man ihn objektiv nachweisen kann und gibt an, daß die Zunge holzig werde; einige Minuten später verzieht sich langsam der linke Mundwinkel nach hinten und vertieft sich zusehends die linke Nasolabialfalte. Auch das Platysma der linken Seite kontrahiert sich. Ungefähr 30 Sekunden seit Beginn des Anfalles verwandelt sich der tonische Krampf in einen klonischen, der in Form von Zuckungen in der Zunge und fast in allen Muskeln des linken Mundwinkels, vorwiegend aber im M. zygomaticus auftritt. In der Zunge und im linken Anteil des Orbicularis oris kann man hier und da außer den allgemeinen auch faszikuläre Zuckungen konstatieren. Gleichzeitig mit den klonischen Zuckungen beginnt die Absonderung dünnflüssigen, vollständig durchsichtigen und nicht schaumförmigen Speichels, die stetig zunimmt und bis zum Ende des Anfalles dauert. Bei einem solchen Anfall entleeren sich ungefähr 10 cm³ Speichel. Intendierte Bewegungen in den vom Krampf ergriffenen Muskeln im Anfall sind zwar möglich, aber sehr ataktisch und beschränkt. Statt der

²⁰⁾ Nach einem Jahre kam der Fall zur Sektion. Im Gehirn, speziell im Segmente des Facialiskerns, fanden sich weder bei der makroskopischen, noch bei der mikroskopischen Untersuchung irgendwelche Veränderungen.

vorgesagten Worte stößt der Kranke nur unartikulierte Laute aus, obzwar das Bewußtsein vollkommen erhalten ist. Auch die Kiefer sind tonisch geschlossen und auf dem Höhepunkte des Anfalles fühlt man in den Kaumuskeln ein Zittern. Die Zunge liegt auf dem Mundboden und kann vom Kranken mit einer gewissen Anstrengung langsam vorgestreckt werden, ohne daß der Krampf aufhören würde. Dabei weicht die Zungenspitze ein wenig nach links ab. Nach ungefähr einer Minute verschwindet wieder der ganze Anfall als tonischer Krampf, worauf sich der Kranke sofort wieder ganz normal fühlt.

Wegen der Ähnlichkeit dieses Anfalles mit dem „Spasmus glossolabialis“ genannten hysterischen Krampf wurde der Patient während der ganzen Dauer seines Aufenthaltes einer gründlichen Beobachtung unterzogen, aber hysterische Symptome wurden nicht gefunden. Oft trat der Anfall während des Sprechens oder nach einem kalten Trunke ein. Aber auch während der Ruhe, ja sogar im Schlafe (3—4mal während einer Nacht) stellten sich die Anfälle ein und weckten den Kranken. In typischer Weise ließ sich der Anfall durch eine passive Verziehung des linken Mundwinkels, oft auch durch einen Griff in den Hals auslösen. Beim Druck auf den Trigemini keine Schmerzen. Auch nach REMAKSchen Punkten wurde geforscht, aber mit negativem Erfolg. Stechen im Gesichte bedingte keine Veränderung; beim Kratzen der Zunge vertiefte sich jedesmal sofort die linke Nasolabialfalte. Links oben war die Krone des ersten Backenzahnes kariös, sonst war das Gebiß in Ordnung. Beim Beklopfen des betreffenden Zahnes trat kein Krampf auf, aber trotzdem wurde der Zahn extrahiert.²¹⁾ Er saß sehr fest, war sehr groß und hatte drei dicke, divergente und über 1 cm lange Wurzeln. In der folgenden Nacht war nur ein Anfall, am nächsten Tage nur vier; zugleich bemerkte man eine Abnahme der Speichelabsonderung. Am dritten Tage wurden 4 g Bromkali täglich ordiniert. Nach 5 Tagen zeigte sich während des Tages nur zweimal eine kaum merkliche tonische Kontraktion und bei Nacht kein Anfall. Am siebenten Tage nach der Extraktion wurde der Kranke entlassen. Während der letzten 24 Stunden hatte er nicht einmal diesen minimalen Anfall.²²⁾

Referate.

LUDWIG KNAPP (Prag): Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Uterusmyome.

In Anbetracht der Gefahren, welche die Uterusmyome bedingen können und von denen insbesondere die mechanischen Störungen, die anhaltenden Blutverluste, schwere regressive Metamorphosen und maligne Umwandlungen zu nennen sind, erscheint nach K. („Berliner Klinik“, Mai 1904) die Entscheidung zur operativen Behandlung gegenwärtig leicht, da deren Technik bereits so ausgebildet ist, daß die Mortalität jene der Ovariectomie nur um ein Geringes übersteigt. Die konservative Therapie ist nur als ein Notbehelf zu betrachten. Abgesehen von der absoluten Operationsindikation müssen die individuellen Verhältnisse jedes einzelnen Falles genauestens abgewogen werden, wobei soziale Verhältnisse sowie das Alter eine wesentliche Rolle spielen. Als vaginale Methoden kommen in Betracht: 1. die Abtragung gestielter, submuköser Myome; 2. die Enukleation, beziehungsweise das Marcellement einzelner Knollen (mit oder ohne Eröffnung des Peritonealkavums); 3. die vaginale Totalexstirpation; 4. die Unterbindung der Aorta uterinae. Abdominale Verfahren sind: 1. die Abtragung gestielter subseröser Myome, Myomotomie; 2. die Enukleation einzelner Knollen, Myomektomie; 3. die supravaginale Amputation mit intra-, retro- und extraperitonealer Stielversorgung; 4. die Totalexstirpation; 5. die Kastration. Diese Methoden stellen zum Teil konservative, zum Teile radikalere Eingriffe dar. Die supravaginale Amputation stellt als technisch einfacherer und kürzer dauernder Eingriff gegenüber der Totalexstirpation per laparotomiam das

²¹⁾ Der Kranke klagte zeitweise über Schmerzen, die von diesem Zahne ausgingen.

²²⁾ Die letzten 3 Jahre ist Patient vollkommen gesund.

Verfahren der Wahl dar. Bei submukösen Knoten wird der vaginale Weg, bei subseröser Geschwulstbildung aber der abdominale ein konservativeres Vorgehen verbürgen. Die Kastration und die Unterbindung der Uterinae sind Palliativoperationen von zweifelhaftem Wert. Bei schwerer Myodegeneration des Herzens ist der Narkose doppelte Aufmerksamkeit zu widmen und möglichst rasch zu operieren; eventuell kann man vor und nach der Operation Analeptika und Herztonika verabreichen. Für die ausschließlich konservative Behandlung sind Ergotin, die Fluidextrakte von *Hydrastis canadensis*, *Rad. Gossypii* und *Hamamelis virgin.* zu nennen, ferner *Hydrastin. hydrochlor.* (0.03—0.05 pro dosi) oder *Hydrastinin. hydrochlor.* (0.03 pro dosi), *Stypticin* und *Styptol*, heiße Ausspülungen, die *Abrasio mucosae*, die *Atmokausis* und das APOSTOLISCHE Verfahren.

Kann man auch, schließt der Autor, bei einem konservativen Verfahren einigermaßen zufriedenstellende Erfolge erzielen, so gewährt doch die chirurgische Behandlung allein wirkliche Befriedigung. Gelingt es durch heute verhältnismäßig ungefährliche Eingriffe die Frauen mit einem Male von ihren Leiden zu befreien, so ist dies ein Gewinn, welcher den viel unsicheren Chancen der konservativen Therapie gegenüber nicht hoch genug angeschlagen werden kann.

FISCHER.

GRZIBOWSKI (St. Petersburg): Über die diagnostische Anwendung der Röntgenstrahlen bei Schwangerschaft.

G. hat in der Klinik Prof. REIN eine Reihe von Versuchen angestellt, um festzustellen, erstens ob die X-Strahlen irgend einen schädlichen Einfluß auf den Organismus der Schwangeren, auf die Frucht und auf den Schwangerschaftsverlauf ausüben, und zweitens welche diagnostische Bedeutung die X-Strahlen in der Geburtshilfe haben können. Zur Lösung des ersten Punktes seines Themas hat G. in dem radiographischen Kabinett der Militär-Medizinischen Akademie zu St. Petersburg 109 Sitzungen an 10 Meerschweinchen und 62 Sitzungen an 4 Kaninchen vorgenommen, wobei die Tiere der Einwirkung der X-Strahlen (meistenteils aus weichen Röhren, welche bekanntlich die schädlichsten sind) 12—60mal solange ausgesetzt wurden, als es zur Gewinnung eines Abdruckes erforderlich ist, und ist zu der Überzeugung gelangt, daß die Röntgenstrahlen auf die Gesundheit der Versuchstiere in keiner Weise ungünstig eingewirkt, d. h. bei denselben nicht ein einziges Mal lokale bzw. allgemeine Erscheinungen hervorgerufen haben: die Schwangerschaft ist in allen Fällen normal verlaufen, das Körpergewicht der schwangeren Tiere hat ununterbrochen bis zum Eintritt der Geburt merkwürdig zugenommen, der Wurf war bis auf 2 togeborene Tiere (diese sind bei der Geburt augenscheinlich infolge einer interkurrenten Ursache zugrunde gegangen) vollständig gesund und im Durchschnitt sogar etwas schwerer als der Wurf der Kontrolltiere. Hierauf schritt Verf. zu den Versuchen mit der diagnostischen Anwendung der Röntgenstrahlen bei schwangeren Tieren (130 Aufnahmen von schwangeren Meerschweinchen und Kaninchen) und fand, daß mittlere Röhren zur Gewinnung einer Aufnahme sich gewöhnlich als die besten erweisen, daß der Abdruck desto deutlicher ist, je stärker der Induktionsstrom ist, wobei jedoch die Stromstärke der Expositionszeit nicht vollständig umgekehrt proportional ist; daß die aktiven Bewegungen der Frucht den Abdruck auf dem Negativ vollständig verwischen können, daß selbst kräftige und häufige Atembewegungen der Mutter, wie es beispielsweise bei den Kaninchenweibchen der Fall ist, die Gewinnung eines Röntgenbildes vom Skelett der Frucht vereiteln, daß es beim Vorhandensein mehrerer Früchte schwerer ist, deutliche Röntgenbilder zu bekommen, daß beim Meerschweinchen Skelettkonturen von der Frucht 2 bis 2½ Wochen vor der Geburt deutlich erzielt werden können, daß die X-Strahlen die Möglichkeit an die Hand geben, durchaus zuverlässig sowohl das Bestehen der Schwangerschaft, wie auch die Lage und Anzahl der Früchte beim Meerschweinchen zu bestimmen, was aber bei Kaninchen infolge der oben erwähnten Ursache nicht der Fall ist; ferner, daß die Dicke der Bauchwände des schwangeren Kaninchenweibchens die Gewinnung eines Röntgenbildes vom Skelett der Frucht nicht erschwert, daß schließlich das Fruchtwasser eine

bedeutende Verdunklung des Bildes zwar nicht, wohl aber eine größere passive Beweglichkeit der Frucht in Abhängigkeit von den Atmungsbewegungen der Mutter bewirkt.

Erst nach diesen Versuchen ist G. zu radiographischen Experimenten an schwangeren Frauen (20 Röntgenbilder von acht Schwangeren) geschritten und ist auf Grund einer Zusammenstellung der bei verschiedenen Beleuchtungsverhältnissen gewonnenen Resultate zu folgenden Schlüssen gelangt („Russki Wratsch“, 1903, Nr. 42): 1. Um ein deutliches Röntgenbild vom Kopfe des Fötus zu bekommen, muß man die Atembewegungen der Gebärmutter einschränken, und zwar dadurch, daß man das Abdomen der Schwangeren in der Gegend der Hypochondrien mit einer Gazebinde umschnürt. 2. Das Röntgenbild vom Kopfe der Frucht zu bekommen, gelang nur bei Erstschwangeren. 3. Sehr harte und sehr weiche Röhren geben ein Bild des Kopfes nicht, weil letzterer bei den ersteren für die Röntgenstrahlen durchgängig ist, während bei den letzteren die schwachen Röntgenstrahlen in den Geweben der Mutter und der Frucht zu sehr retiniert werden. 4. Bei konstantem Strom genügen 15 Ampère, bei Wechselstrom 5 Ampère bei 105 bis 108 Volt Spannung bei einer Entfernung von 50—60 cm des Objekts von der Röhre, um innerhalb 3—5 Minuten ein vollständig deutliches Röntgenbild von dem Becken der Mutter und vom Kopfe der Frucht in der zweiten Schwangerschaftshälfte zu erhalten. G. hebt besonders hervor, daß sämtliche von ihm röntgenographierten Schwangeren weder während der Exposition noch nach derselben irgendwelche unangenehme Sensationen verspürt haben und vollständig gesund geblieben sind; dasselbe gilt auch für die nachträglich geborenen Kinder. Nur in einem Falle ist das Kind mit einem kleinen Geschwürchen am Halse zur Welt gekommen, wobei aber die Kinderärzte den Verdacht auf syphilitischen Charakter des Geschwürs ausgesprochen und Syphilisbehandlung verordnet haben. Durch seinen Verlauf erinnerte das Geschwür an durch Röntgenstrahlen verursachte Verbrennungen nicht; würde man aber auch annehmen, daß die Hautaffektion durch Röntgenstrahlen bedingt war, so dürfte dieser Fall als ein solcher von besonderer Idiosynkrasie den Röntgenstrahlen gegenüber gedeutet werden. Zum Schluß fügt G. hinzu, daß die weitere Vervollkommnung der Röntgenapparate, welche die Möglichkeit an die Hand geben wird, das Becken bei vollständiger Durchleuchtung der Bauchhöhle im Moment aufzunehmen, die vorläufig unvermeidlichen Störungen von seiten der aktiven und passiven Bewegungen der Frucht beseitigen wird; vorläufig habe er aber im Gegensatz zu LEVY-DORN nicht ein einziges Mal irgendwelche Andeutungen von Skelett der Frucht auf der Röntgenplatte wahrgenommen, da die Bauchhöhle vollständig undurchsichtig blieb.

L—y.

O. WAGNER (Kiel): Beitrag zur Pathologie des Ductus arteriosus (Botalli).

In klinischer Beziehung ergeben sich aus den Erörterungen W.s folgende Tatsachen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 1 u. 2):

Entweder hat der Verschuß des Ductus arteriosus am pulmonalen Ende von Kindheit an bestanden, dann ist es möglich, daß erst im späteren Alter durch Zerreißen der Verschußmembran die Symptome eines offenen Ductus arteriosus auftreten, oder der Verschuß ist während des späteren Lebens erst eingetreten, dann können die objektiven und subjektiven Zeichen eines vielleicht vorher diagnostizierten Offenseins des Ductus Botalli bis zu einem gewissen Grade zurückgehen, um später vielleicht in voller Stärke wieder aufzutreten. Auch ist es möglich, daß ein solcher Fall durch Bildung einer genügend starken Gewebsmasse ganz zur Heilung kommt. Daraus aber, daß ein im geringen Maße offener Ductus Botalli während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hat, darf man nicht den Schluß ziehen, daß dem Blute in diesen Fällen der Zutritt von der Aorta zur Pulmonalis verwehrt sei. Hiergegen liefert ein Fall des Verf.s, dessen Verschußmembran sicher über kurz oder lang eingerissen wäre und der mit größter Wahrscheinlichkeit und in Analogie mit vielen ähnlichen Fällen keine klinischen Symptome hervorgerufen hätte, einen fast sicheren Be-

weis. Selbst ein etwas weiteres Offensein braucht keine Störungen hervorzurufen, die seine Diagnose am Lebenden ermöglicht. Wenn man schließlich bei Neugeborenen keine objektiven Zeichen eines offenen Duktus nachzuweisen imstande ist, so liegt dies auch noch daran, daß wegen der geringen Druckdifferenz, die in der ersten Zeit und gerade dann, wenn der Duktus noch durchgängig ist, zwischen Aorta und Pulmonalis besteht, die Wirbelbildung im Ductus arteriosus eine geringe ist. B.

G. Mellin (Kopenhagen): Über die Einwirkung einiger Gifte auf den kleinen Kreislauf.

Der Druck im kleinen Kreislauf schwankt bei verschiedenen Tieren einer und derselben Art innerhalb verhältnismäßig weiter Grenzen, scheint aber von der Größe verschiedener Tierarten relativ unabhängig zu sein, so daß wir z. B. beim Hunde, bei der Katze und beim Kaninchen fast dieselben Grenzwerte des Druckes beobachten können. Der große und der kleine Kreislauf besitzen je verschiedene Eigenschaften und einen gewissen Grad von Selbstständigkeit einander gegenüber. Das Secale wirkt auf den kleinen Kreislauf besonders mehr drucksteigernd ein als auf den großen. Die Anwendung von Secale und dessen Präparaten bei Lungenblutungen, die einem Ast der A. pulmonalis entstammen, ist nicht zweckmäßig, sondern kann vielmehr schädlich werden („Skand. Arch. f. Phys.“, 1904, Bd. 15). Die Tinctura digitalis, das Infusum digitalis und sehr oft das Digitalin, ebenso wie die Tinctura strophanti und das Strophantin, die bekanntlich alle den Druck im großen Kreislauf mehr oder weniger steigern, rufen im kleinen Kreislauf keine oder sehr unbedeutende Druckwirkungen hervor. — Doch kann das Digitalin mitunter den Druck im kleinen Kreislauf beträchtlich steigern. Das Amylnitrit und das Nitroglyzerin, die im großen Kreislaufe eine sehr bedeutende Drucksenkung bewirken, lassen den kleinen Kreislauf ziemlich unberührt. Der Nebennierenextrakt (Adrenalin) ruft, in verschwindend kleinen Mengen eingespritzt, im großen Kreislauf eine kolossale, aber bald vorübergehende Drucksteigerung hervor, während derselbe im kleinen Kreislaufe kaum merkbare Druckvariationen bewirkt. BRAUN.

JAKLIN (Pilsen): Ein Fall einer narbigen Atresie der Vagina als absolutes Geburtshindernis.

Ein 28jähr. Weib, Secundipara, liegt seit 3 Tagen in Kindesnöten. Vor 7 Jahren schwere Geburt, ohne ärztliche Hilfe, totes Kind. Damals war sie lange krank und litt lange an stinkendem Ausfluß. Spätere Kohabitation verursachte ihr große Schmerzen. Die Untersuchung ergab eine vollkommene narbige Scheidenatresie, die ein unüberwindliches Hindernis bei der Geburt bildete. In der Mitte der Narbe war eine kleine Fistel zu verzeichnen, aus welcher nach Einführung einer kleinen rinnenförmigen Sonde schmutzigweiße, stinkende Flüssigkeit ausfloß. Temperatur 37.8. Nach einer tiefen Inzision der Narbe links und rechts und nach schneller Blutstillung durch Unterbindung extrahierte Verf. ein lebendes, 3060 g wiegendes Kind. Darauf definitive Blutstillung, Desinfektion usw. Das Wochenbett fieberfrei. Obwohl der Kranken eine plastische Operation dringendst anempfohlen wurde, verließ sie die Anstalt am 8. Tage ohne jeden weiteren Eingriff. Nach einem Jahre stellte sich die Kranke wieder ein. Sie war im 4. Monate gravid und verlangte die plastische Operation selbst. Auf Drängen der Pat. führte Verf. die Kolpoplastik nach CREDE aus. Nach 14 Tagen wurde die Kranke entlassen mit vollkommen geräumiger Scheide. Nach 3½ Monaten gebar sie ganz leicht ein mazeriertes, nicht ausgetragenes Kind. Nach 2 Jahren stellte sich die Pat. wieder vor, indem sie im 6. Monat schwanger war. Innere Untersuchung ergab: Die Scheide geräumig, aber in der Gegend des zirkulären Defektes wieder eine Verengung, höchstens noch für den Zeigefinger durchgängig. Der Kranken wurde ein vorbereitendes Erweitern dieser Strikturen anempfohlen, doch Pat. kam erst als sich die ersten Schmerzen einstellten. Diesmal genügten etliche oberflächliche Einschnitte, um ein lebendes Kind mittelst Zange herauszubefördern. Wochenbett normal. Dieser Fall lehrt also: 1. daß in der Schwangerschaft eine ausgedehnte Kolpoplastik durch-

föhrbar ist, ohne dadurch einen Abortus zu verschulden; 2. liefert dieser Fall einen praktischen Beweis, daß die durch Kolpoplastik gebildete Scheide vollkommen ihrer Aufgabe genügt, da sie eine spontane Geburt einmal eines 8 Monate alten, zum zweiten Male eines ausgetragenen, starken lebenden Kindes ermöglichte. (Práce z chirurg. sanat. Dr. Jaklína v Plzni, Bd. 1, H. 3.) STOCK.

FALKENSTEIN (Groß-Lichterfelde): Über das Wesen der Gicht und ihre Behandlung.

Verf. ist zu der Annahme gelangt („Berliner klin. Wochenschrift“, 1904, Nr. 3), daß der Ursprung der Erkrankung bei der Gicht im Magen zu suchen sei, daß es sich dabei um ein Leiden der Salzsäure absondernden Fundusdrüsen handle. Er folgert dies aus der Beobachtung, daß Gichtkranke üppige Mahlzeiten recht gut vertragen, wenn sie reichlich Salzsäure (3—5 g in kohlen-saurem Wasser bis zum Vorherrschen des sauren Geschmackes) nehmen. Einen weiteren Beweis findet er in den Experimenten PFEIFFERS, der durch Injektion einer Aufschwemmung von reiner Harnsäure in 6%iger sterilisierter Kochsalzlösung in das Unterhautzellgewebe lokale Gichtanfalle veranschaulichten und nur geringe Reaktionen an der Versuchsperson erzeugen konnte, wofür er durch mehrere Tage hintereinander vor dem Versuche 5—8 g Salzsäure in Wasser gab. Hingegen entstanden bei Darreichung von Alkalien Steigerungen des Entzündungsprozesses, selbst unerträgliche Schmerzen. F. erkennt auch den Nutzen der Thermalbadekuren bei Gicht an und hat auch gelegentlich kalte Seebäder günstig wirken gesehen; trockene Wärme wirkt im allgemeinen besser als feuchte. Selbstverständlich ist daneben eine mäßige Diät und Vermeidung von Alkoholicis sowie nukleäreicher Nahrung, wie Thymus, Leber etc. Verf. verbietet schließlich auch den Zuckergenuß. B.

D. PANÝREK (Prag): Eine einfache Methode, Ohnmächtige zum Bewußtsein zu bringen.

Diese neue Methode, Bewußtlose zu erwecken, beruht in eindringlichen rhythmischen Hebebewegungen der Nase von unten nach oben und wieder Zurückdrücken der Nase von oben nach unten mit einer in Wasser oder Essig getauchten Kompresse, eventuell aber mit bloßer Hand („Sbornik klinický“, Bd. 5, H. 4). Auf diese Weise wird der Bewußtlose in 1—2 Minuten geweckt. Junge Personen (Kinder), Frauen und sonst Gesunde reagieren schneller als ältere, Männer und Heruntergekommene. Die Methode wirkt vielleicht so, daß die starke Reizung der sensitiven Nerven der Nase auf die Vasomotoren der Hirnrinde und auf die Zentren der wichtigsten Lebensäußerungen (die Atmung, Zirkulation), welche sie reizt, übertragen wird. Indikationen: Tiefe Narkosen, Vergiftung durch Kohlendioxid, jede Erstickung (neben künstlicher Atmung), Intoxikationen mit narkotischen Giften (neben den übrigen Behelfen) usw., leichtere Formen von Shock. Kontraindikation: Verletzungen der Nase, schwere Schädelverletzungen (Fractura baseos cranii, Schußverletzungen des Gehirns), Koma diabeticum, uraemicum usw., überhaupt agonale Bewußtlosigkeit. Es wäre vielleicht ratsam, diesen Eingriff unter jene Manipulationen einzureihen, die für die erste Hilfe bei Ohnmachten und ähnlichen Zuständen — für Laien angeführt werden. STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Aus Untersuchungen von EDEL über den Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und „zyklische“ Albuminurie („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 19) geht Folgendes hervor: Das alpine Klima ist für Nephritiker (und auch für Menschen mit erhöhtem Blutdruck ohne Nephritis) ungeeignet, denn schon nach kurzem Aufenthalte in den Bergen kann bei solchen Patienten eine unverkennbare Steigerung des Blutdruckes wahrgenommen werden. Anders verhält es sich bei zyklischer Albuminurie; bei ihr ist der Blutdruck zu niedrig, die Leistungsfähigkeit des Herzens eine minderwertige, die Neigung zu abnorm rascher Ermüdbarkeit eine große. Stellt man diesen Symptomen die in Betracht kommenden

Wirkungen des alpinen Klimas gegenüber, so zeigt sich, daß das alpine Klima alles das begünstigt, woran es bei zyklischer Albuminurie fehlt, nämlich Steigerung des Blutdruckes, Kräftigung des Herzens, insbesondere, wenn gleichzeitig das Bergsteigen geübt wird, ausgiebige, respektive vertiefte Atmung und erhebliche Steigerung der Ausdauer.

— Ein sehr brauchbarer **Ersatz des Secale** scheint nach den Erfahrungen von TOFF das Styptol (phthalsaures Cotarnin) zu sein. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 24.) Eigentlich ist dieser Körper die Verbindung zweier Hämostatika, da der Phthalsäure sowohl wie dem Cotarnin blutstillende Wirkung zukommt. Verf. hat das neue Cotarninpräparat, das vor dem älteren Stypticin den Vorzug größerer Wohlfeilheit hat, in 20 Fällen von gynäkologischen und obstetrischen Blutungen versucht und nur in drei Fällen keinen Erfolg gesehen. Allerdings handelte es sich da um Abortusblutungen, die nach vorgenommener Auskratzung der zurückgebliebenen Eihaut- resp. Plazentaresten ohne jede weitere Medikation gestillt wurden. Von den neun Fällen, welche ausführlicher besprochen werden, betreffen zwei Menorrhagien ohne deutliches pathologisch-anatomisches Substrat, zwei Hämorrhagien im Anschluß an das Puerperium, einer Metrorrhagie, einer klimakterische Blutung, einer Salpingoovariitis mit profusen Menses, einer Blutung infolge Tumorenbildung, einer Endometritis blennorrhagischer Natur mit heftigen Schmerzen in der Gegend des Uterus und der Adnexen. Hier entfaltete Styptol neben prompter styptischer auch eine ausgezeichnete sedative Wirkung. Gegeben wurde durchschnittlich 0.05 Styptol dreimal täglich.

— Zur **Therapie schwerer Diabetesfälle** berichtet LOENING („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 3). Bei schweren Diabetesfällen muß nicht nur auf die qualitative, sondern auch auf die quantitative Regelung der Diät, besonders der Eiweißdiät, geachtet werden. Verf. beobachtete häufig, daß Diabetiker, die bei reichlicher Diät nicht zuckerfrei wurden, bei sehr knapper Diät sogar geringe Mengen Kohlehydrate vertrugen. Es muß dann nur zur annähernden Deckung des Kalorienbedürfnisses außer dem Eiweiß stets noch eine große Menge Fett gegeben werden. Dabei kann eine starke Azidose auftreten. Allmählich, mitunter erst nach Monaten, geht dann unter sehr weitgehender Einschränkung der Nahrungs- und Fettzufuhr die Zuckerausscheidung weit herunter und kann sogar ganz verschwinden. In letzter Zeit hat L. zwei sehr schwere Fälle von Diabetes bei jungen Leuten unter Berücksichtigung dieser Behandlungsgrundsätze zuckerfrei werden sehen. Bei einem wurde sogar eine dauernd bleibende, recht erhebliche Toleranz erzielt. Im ersten Falle wurde wegen der hohen Azidose mit energischer Kohlehydratentziehung gezögert. Als sie aber strenger durchgeführt wurde, zugleich aber auch eine Beschränkung der Eiweiß- und Fettzufuhr Platz griff, sank nicht nur die Zucker-, sondern auch die Oxybuttersäureausscheidung. Die Azidose ging sehr viel stärker herunter als auch der Beschränkung der Fettzufuhr entsprach.

— Das **Gonosan** (Kawa-Kawa in Verbindung mit Sandelholzöl) gibt man nach BEBING („Therapie der Gegenwart“, 1904, Nr. 6) und F. KORNFELD (Ibidem, 1904, Nr. 8) bei frischen Gonorrhöen in Kapseln 0.3 g täglich 6 Stück im Verein mit einer lokalen Therapie (Spülungen). Die Verff. geben ihm vor allen Balsamicis den Vorzug. Gerade in solchen Fällen, wo wegen der Heftigkeit der ersten Erscheinungen des frischen Trippers die lokale Behandlung noch nicht einsetzen kann, leistet das Gonosan vorzügliche Dienste; die Schmerzen beim Urinieren lassen sehr bald nach, eventuelle Blutungen aus der Urethra sistieren und der grünlich-gelbe Eiter hellt sich auf. Nach 4–6 Wochen kann man die Gonorrhöer in den meisten Fällen als geheilt entlassen. Wenn dieser Erfolg auch in der Hauptsache der Gonorrhöebehandlung selbst zu danken ist, so glauben Verff. doch dem Gonosan ein nicht unwesentliches Nebenverdienst zuschreiben zu dürfen. Gonosan scheint auch die Gefahr des Übergreifens des Prozesses auf die Pars posterior oder gar auf die Blase sehr zu verringern; wenigstens bekommen wir derartige Komplikationen seit der Anwendung von Gonosan selten zu Gesicht. Doch muß man sich wohl hüten, das Gonosan schematisch jedem Gonorrhöer zu verordnen; die Patienten bedürfen einer dauernden Beobachtung. Wenn auch weit

seltener als bei allen anderen Balsamicis, so kommen doch von Zeit zu Zeit Verdauungsbeschwerden — Appetitlosigkeit, Ekelgefühl, Leibschmerzen, Stuhlverstopfung — vor. Man muß dann sofort mit dem Gonosan aussetzen. Ebenso schnell verschwinden diese Beschwerden auch, worauf man wieder vorsichtig mit der Darreichung von Gonosan beginnen darf.

— Zur **Behandlung des Ulcus corneae** empfiehlt COLASUONO („Neue Therap.“, 1904, Nr. 8) das Thigenol. Dasselbe wird ins Auge ganz einfach mit einem reinen Glasstäbchen aufgetupft, nachdem man die Lider auseinander gezogen hat. Das Mittel diffundiert rasch. Nach der Anwendung empfindet der Kranke ein leichtes Brennen, welches in wenigen Minuten verschwindet. Bei äußerst empfindlichen Kranken kann man das Thigenol mit Glycerin im Verhältnis von Thigenol und Glycerin aa. oder Thigenol 2, Glycerin 1 anwenden. Selbst in dieser Form ist diese Behandlung der mit Pulvern oder Salben weit vorzuziehen.

— Über die **Behandlung der Bubonenpest** mittelst intravenöser Anwendung von YERSINS Serum teilt CAIBENS Folgendes mit („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5); YERSINS Serum ist ein Heilmittel von großem Wert in der Behandlung der Bubonenpest. Seine Wirkungsweise ist sowohl bakterizid wie antitoxisch. Diese doppelte Wirkungsweise des Serums wird am besten durch frühzeitige Anwendung sowohl subkutan in das Lymphsystem des Bubos, wie intravenös erreicht. In leichten Fällen genügt vielleicht allein die subkutane Injektion, in schweren Fällen aber sollte man die kombinierte Methode anwenden. Die Gesamtdosis muß 150 bis 300 cm³ betragen; die intravenös gegebene Portion soll sich nach der Schwere der Allgemeinerscheinungen richten.

— Den **Fleischsaft Puro** nennt WEINBERG („Heilkunde“, 1904, Nr. 2) ein sehr gutes Nähr- und Anregungsmittel, das sowohl in der Kinderpraxis als auch bei Erwachsenen Verwendung finden sollte in all jenen Fällen, in denen es sich um Rekonvaleszenten nach schweren akuten und Infektionskrankheiten handelt, in Fällen beginnender Lungenspitzen tuberkulose, in Erkrankungen des Blutes wie Anämie und Chlorose, zumal das Präparat gern genommen wird und frei von Nebenwirkungen ist.

— Experimentelle Untersuchungen über den **Einfluß des Alkohols auf den Hirn- und Rückenmarksdruck** hat FINKELNBURG angestellt („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 20). Bei Einführung von Alkohol in den nüchternen Magen narkotisierter Hunde steigt der Druck in der Schädel-Rückgrathöhle regelmäßig beträchtlich an, hält sich längere Zeit auf einer bestimmten Höhe, um langsam abzusinken. Dieses Zustandekommen der Drucksteigerung beruht wohl weniger auf einer hyperämischen Volumszunahme des Gehirns, als auf einer Vermehrung des Liquor cerebrospinalis infolge gesteigerter Sekretion durch den Alkohol und dadurch bedingter Erhöhung des Subarachnoidealdruckes. Die als Nachwehen stärkeren Alkoholgenusses regelmäßig auftretenden nervösen Beschwerden (Kopfschmerz, Hyperästhesie der Kopfhaut, Schwindelgefühl) bieten bisweilen das klinische Bild des vermehrten Hirndrucks, wobei neben der toxischen Wirkung des Alkohols auf die Nervensubstanz auch der gesteigerte Druck der Zerebrospinalflüssigkeit eine Rolle spielt.

Literarische Anzeigen.

Die Impfstoffe und Sera. Grundriß der ätiologischen Prophylaxe und Therapie der Infektionskrankheiten für Ärzte, Tierärzte und Studierende. Von **Dr. L. Deutsch** (Detre) und **Dr. C. Feistmantel**. Leipzig 1903, Georg Thieme.

Das vorliegende Lehrbuch ist für den Praktiker geschrieben und verfolgt den Zweck, denselben mit den Schutzimpfungen und der Serotherapie vertraut zu machen. Um dem Leser ein vollständiges Verständnis desselben zu ermöglichen, schicken die Verff. dem speziellen Teil eine Erörterung der theoretischen Grundlagen dieser modernen Heilverfahren voraus, wobei die sogenannte Immunitätslehre in klarer und leicht faßlicher Weise dargestellt wird. Wenn auch heute bereits eine recht beträchtliche Anzahl ähnlicher Lehrbücher existiert, so ist es immerhin willkommen, wenn der schwierige und vielfach sehr komplizierte Stoff eine Darstellung erfährt, die es

auch einem weiteren ärztlichen Leserkreis ermöglicht, die Ergebnisse der neueren Forschungen, die heute doch bereits große praktische Wichtigkeit erlangt haben, kennen zu lernen. Im speziellen Teile werden die verschiedenen Schutzimpfungen sowie die bisher bekannten Heilsera im einzelnen eingehend abgehandelt, wobei auch die ätiologisch-therapeutischen Bestrebungen gegenüber den verschiedenen Tierseuchen vollste Berücksichtigung finden. D. S.

La Radiothérapie, son application aux affections cutanées. Par le Docteur Belot. Avec 24 figures dans le texte et 13 planches hors texte. Paris 1904, G. Steinheil.

Das treffliche Handbuch BELOTS, das die dermatologische Bedeutung der Radiotherapie zum ersten Male an der Hand einer umfangreichen, den feinsten Einzelheiten gerecht werdenden Monographie ans wirksamste Licht stellt, ist wärmstens zu begrüßen.

Als Mitarbeiter BÉCLÈRES und therapeutischer Beistand BROCCQ hat BELOT das reiche Material der Station BROCA auf seine Reaktionsfähigkeit den X-Strahlen gegenüber geprüft und mit großem Scharfblicke jene Momente erfaßt, welche den Schlüssel des Erfolges bilden. Diese werden hier in weitgehendster Liberalität den Röntgenologen zur Verfügung gestellt, die, auch ohne Dermatologen zu sein, längs der ausgezeichneten, stets augenfälligen, jede Undeutlichkeit vermeidenden Markierung BELOTS nie den Weg verfehlen werden.

Von den drei Teilen des Werkes sind die beiden ersten, kurz gehaltenen, dem Instrumentarium, sowie dem physiologischen und pathologischen Wirkungsvermögen der Röntgenstrahlen gewidmet, der dritte, 248 Seiten starke Abschnitt behandelt alle praktischen Behelfe, welche sich dem Verf. als wirksam erwiesen haben, darunter manche, um deren Einführung er sich selbst verdient gemacht hat (Lokalisator BELOT), und weiterhin die große Reihe der Dermatosen, bei welchen die streng dosierte Strahlenapplikation Besserung oder Heilung sichert. Hierbei sind die erforderlichen Dosen stets präzise namhaft gemacht und die in der Gesamtliteratur niedergelegten therapeutischen Weisungen und Erfahrungen vergleichsweise herangezogen. N.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli.

BIANCHI: Ein Beitrag zur Kenntnis der perzeptiven Zonen des Gehirnmantels und die FLECHSIGsche Doktrin.

Die Diskussion über die FLECHSIGsche Doktrin steht seit ungefähr 10 Jahren auf der Tagesordnung. FLECHSIG hat auf der Gehirnoberfläche Projektionsfelder unterschieden, zu welchen die Fasern der sensiblen Organe und die assoziativen Zonen gelangen sollen, welche letztere den verschiedensten Partien des Hirnmantels angehören. In der ersten Zone entstehen nach F. die einfachen Vorstellungen, die sich aber nicht reproduzieren, sondern auf andere Punkte übertragen werden, wo sie, mit anderen Vorstellungen vereint, die komplizierten Denkprodukte zusammensetzen. B., der selbst seit langem ein Gegner der F.schen Anschauungen ist, glaubt, daß die histologische Methode F.s allein sicherlich nicht geeignet sei, die verschiedenen Funktionen der zerebralen Felder zu erklären, daß ihr aber aus pathologischen Fällen, funktionellen Defekten, destruktiven Herden etc. eine wirksame Kontrolle erwachse. Er hat nun eine Reihe von geeigneten Fällen gesammelt, genau untersucht und ist zu Anschauungen gelangt, die im großen und ganzen jenen von F. strikte widersprechen. Er zeigt die zugehörigen Präparate, Zeichnungen und Photographien.

Società medico-chirurgica di Bologna.

PUGLIESE: Die Organe und der Blutdruck.

Thymus, Lymphdrüsen, Nieren, Muskeln, Gehirn und Milz bewirken, mit 0.8%iger Kochsalzlösung 24 Stunden und länger extrahiert, im Verhältnisse von 1 Teil des Gewichtes frischer Substanz mit 4 Teilen der physiologischen Lösung eingespritzt, eine Herabsetzung des Blutdrucks, die nicht anhält und deren Effekte immer vorübergehend sind.

Votr. hat sodann nach der Methode von BATTELLI aus den salzigen Extrakten die löslichen Proteide entfernt und so saure, gelbliche, in der Hitze nicht gerinnende Lösungen erhalten, die mit Ammoniak und Hg-Salzen etc. Präzipitate gaben und die Blutgerinnung in vitro im Verhältnisse von 1:10 verhinderten. Ähnlich wirkte der mit Essigsäure erhaltene Niederschlag. Die nach dem Alkalisieren der Lösung sich abscheidende klare Flüssigkeit zeigte starke hämolytische Wirkung; Hunden injiziert, erzeugte sie enorme Blutdrucksenkungen. Diese Senkung hängt ganz besonders von der Substanz ab, die sich nach Alkalizusatz aus dem Extrakte abscheidet. Der zurückbleibende Anteil erzeugt hingegen nach der Präzipitation eine deutliche Blutdrucksteigerung. Beim Kaninchen sind diese Wirkungen noch deutlicher als bei Hunden. Die präzipitierende Substanz, welche die Blutdrucksenkung, Inkoagulabilität des Blutes und Atmungsstillstände herbeiführt, gehört aller Wahrscheinlichkeit nach zu den Histonen

POPPI: Der Keuchhusten bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten.

Votr. schließt aus seinen Beobachtungen während einer Keuchhustenepidemie, daß das katarrhalische Stadium das kontagiösere ist. Die Inkubationszeit schwankt zwischen 14 und 18 Tagen, das katarrhalische Stadium zwischen 2 und 40 Tagen, das spastische zwischen 30 und 55 Tagen. Die größten Unterschiede wies das Stadium der Resolution auf: Zwischen 20 und 100 Tagen. Fieber trat fast niemals auf. Bei Säuglingen nimmt der Appetit und damit auch das Gewicht bedeutend ab. Bisweilen bestand ein gewisses refraktäres Verhalten der Brustkinder gegen die Infektion. Als Komplikation zeigte sich einmal eine diffuse, therapeutisch sehr hartnäckige Furunkulose. Die Mortalität war sehr gering, doch starben 3 Kinder 3 Monate nach Ablauf der Krankheit, und zwar eines an Nephritis, zwei an Bronchopneumonie.

FOCHESSATI: Ein Fall von Epitheliom des Nasenflügels, geheilt mit Röntgenstrahlen.

Der Kranke war bereits wiederholt operiert worden und rezidiv. Das Epitheliom betraf den linken Nasenflügel; die Nekrose reichte bis an den Sulcus naso-labialis heran; im Bereiche dieses Sulcus, am Anfange der linken Wange fand sich ein Strang derber Infiltration. Nach den ersten Sitzungen, die sehr kurz waren, erschien eine Rötung an den Rändern der Ulzeration, die bald an Intensität zunahm und schließlich eine blau-violette Farbe aufwies. Die harten und elevierten Ränder des Geschwüres nahmen nun allmählich an Dicke und Härte ab und eine narbige Linie umschloß allmählich das gesamte ulzerierte Feld. Nach 150 fast täglichen Sitzungen, deren Dauer je nach der Stärke der Reaktion zwischen 1 und 20 Minuten schwankte und die einmal auf 14 Tage suspendiert werden mußten, war die Heilung komplett und nur eine gleichförmige, zart gerötete Narbe zurückgeblieben.

Società medico-chirurgica di Pavia.

S. VERNON: Das Fett in der normalen Magenschleimhaut.

Das ständige Vorhandensein von Fett in der normalen Magenschleimhaut war bisher nur an Hunden von TRICLURA und am Frosche von ARNOLD nachgewiesen worden. An der Hand von Untersuchungen im GOLGischen Institute fand VERNON, daß die Magenschleimhaut aller Wirbeltiere konstant eine gewisse Menge endo- und extrazellulären Fettes enthält, und zwar in elektiven Zonen je nach der Tierart. Das Fett erscheint in der Magenschleimhaut schon vor der Geburt und unterliegt Schwankungen in Sitz und Menge, je nach der Entwicklung des Tieres und dem Alter desselben. Es hängt von den Verhältnissen der Resorption nicht ab und richtet sich auch nicht nach der Sekretion der Schleimhaut. Auch in der Schleimhaut winterschlafender Tiere hat V. Fett vorgefunden. Dasselbe ist in seiner Menge von nervösen Einflüssen vollkommen unabhängig. Bei akuter und subakuter Arsen- und Phosphorvergiftung nimmt (beim Hunde) die Quantität der Fetttropfen in der Magenschleimhaut nicht zu und hängt auch nicht vom Grade der fettigen Degeneration ab. Bei Entzündungen der Schleimhaut nimmt es in charakteristischer Weise die tiefen Partien der Drüsentubuli ein. Über die physiologische Funktion des Fettes in der Magenschleimhaut hat sich Votr. noch keine Vorstellung zu bilden vermocht.

R. Accademia di Medicina di Torino.

FABRIS: Ein Fall von Okklusion und Thrombose der Venae suprahepaticae.

An einem 16jährigen Patienten fehlten — wahrscheinlich infolge kongenitaler Veränderungen — die Vereinigungen der oberhalb der Leber gelegenen Venenstämme mit der unteren Hohlvene. Im An-

schlusse daran haben sich diffuse Thrombosen aller intrahepatischer Venenverzweigungen und Veränderungen des Leberparenchyms eingestellt. Schließlich traten Thrombose der Vena portae und der extrahepatischen Verzweigungen derselben mit hämorrhagischen Infarkten des Darmes, Hydrops ascites haemorrhagicus, schließlich der Tod ein.

Notizen.

Wien, 27. August 1904.

(ANTON DRASCHE †.) Am 23. August ist in Vöslau bei Wien der ehemalige Primararzt Hofrat Prof. DRASCHE schwerem Siechtum erlegen. Seit Jahren der ärztlichen Tätigkeit durch Krankheit entzogen, lebte der Verblichene seinen zumal epidemiologischen und hygienischen Arbeiten, welche dank den ärztlichen Erfahrungen des Autors in mehreren Cholera- und Typhusepidemien bleibenden Wert besitzen. 1826 zu Lobenda in Böhmen geboren, 1853 an der Wiener Universität promoviert, leitete DRASCHE 1855 als Sekundararzt des allgemeinen Krankenhauses die Cholera-Abteilung, habilitierte sich 1858, wurde während der Choleraepidemie des Jahres 1866 zur Leitung des städtischen Choleraspitals berufen und 1874 zum a. o. Professor der Epidemiologie und zum Primararzt einer medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses ernannt, der er bis zum Jahre 1897 vorstand. Als Mitglied des Obersten Sanitätsrates wie des Gemeinderates der Stadt Wien verwertete er seine hygienischen Kenntnisse und Erfahrungen im Interesse der Gesamtheit. Ein wohlwollender, guter Mensch, wurde der Verblichene von seinen zahlreichen Schülern und von der großen Menge seiner Patienten verehrt. Sie werden dem uner müdlichen wissenschaftlichen Arbeiter, dem humanen Arzte ein ehrendes Gedenken bewahren.

(Auszeichnungen.) Dem Dozenten Dr. EGON R. BRAUN v. FERNWALD in Wien wurde das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen. — Prof. Dr. B. STILLER in Budapest ist zum k. ung. Hofrate ernannt worden.

(Militärärztliches Offizierskorps.) Ernannet wurden: St.-A. Dr. JAKOB RABL zum Garnisons-Chefarzt in Budweis; Reg.-A. I. Kl. Dr. FRANZ WELZENBERG zum Chefarzt der 8. Inf.-Truppen-Division.

(Die Ärzte im russisch-japanischen Kriege.) Die „Ärztliche Gesellschaft in Kiew“ hat an das „Rote Kreuz“ eine Petition gerichtet, in welcher darauf verwiesen wird, daß für die russischen Ärzte auf dem Kriegsschauplatz und deren Familien im Falle eines unglücklichen Zufalles mangels entsprechender gesetzlicher Bestimmungen nicht vorgesorgt sei und um entsprechende Maßregeln betreffend die Fürsorge für das ärztliche Personal gebeten wird. In der Motivierung des Gesuches wird auf die Kriegsstatistik hingewiesen, welche ausweist, daß in vielen Kriegen die Anzahl der durch Feindeshand oder Krankheiten umgekommenen Ärzte verhältnismäßig größer ist als die der Offiziere. Die Gesellschaft der Ärzte ersucht: 1. Die Fürsorge des Alexander-Komitees in Betreff der Verwundeten auch auf das ärztliche Personal, welches in eine ansteckende Krankheit verfällt, auszudehnen; 2. die gleichen Rechte, welche in Bezug auf Pension und Fürsorge von dem Komitee den Familien gefallener oder verschollener Krieger zuteil werden, auch auf die Familien der durch Krankheit zugrunde gegangenen Ärzte und Krankenpfleger zu übertragen; 3. für eine Versicherung des Lebens des ärztlichen Personals auf dem Kriegsschauplatz von seiten des Staates Sorge zu tragen; 4. ein besonderes Kapital aus freiwilligen Spenden zu bilden, welche speziell zur Unterstützung der im Kriege verunglückten Ärzte oder ärztlichen Familien dienen sollen. — Die russische Regierung hat durch Vermittlung des französischen Gesandten in Tokio bei der japanischen Regierung die Freilassung der gefangenen Ärzte begehrt und die Forderung mit dem Hinweis auf die Bestimmung der Genfer Konvention, nach welcher Ärzte nicht gefangen genommen werden dürfen, begründet.

(Die weiblichen Studenten der Medizin in der Schweiz) haben der Zahl nach die männlichen Studenten bereits überholt. Insgesamt studierten nach der „Med. Reform“ auf allen Schweizer Universitäten im Wintersemester 1903/04 1654 Medizin-

studierende, darunter waren 763 männliche und 891 weibliche Studenten. Man muß hierbei freilich berücksichtigen, daß eine große Anzahl Ausländerinnen (insbesondere Russinnen) in der Schweiz ihre Ausbildung suchen.

(Wiener Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch.) Der Jahrgang 1905 dieses in den Kreisen der Praktiker seit fast drei Dezennien allbeliebten Medizinalkalenders ist im Verlage von Urban & Schwarzenberg soeben erschienen. Das handliche, durch Benutzung dünneren, sehr guten Papiers nunmehr wesentlich komprimierte Büchlein enthält auch diesmal — es liegt zum 28. Male auf — eine reiche Fülle des für den praktischen Arzt Wissenswerten und bietet so die Möglichkeit rascher Orientierung im Bedarfsfalle. Nach Diagnosen alphabetisch geordnete Rezeptformeln, in welchen von den neuen und neuesten Präparaten lediglich die erprobten Berücksichtigung gefunden haben, eine kleine „Pharmakologie nach Indikationen“, die Rezeptur des Kassen- und Armenarztes, eine kurze Symptomatologie und Therapie der wichtigsten akuten Intoxikationen, eine gute Übersicht der Arzneimittel, ihrer Dosierung, Anwendung und Preislage, ein Verzeichnis der Nährpräparate, Kosmetika, der Maximaldosen für Erwachsene und Unerwachsene, Tabellen des Längenwachstums und der Gewichtszunahme des gesunden Kindes, über Sterblichkeit und mittlere Lebensdauer, Körperlänge und Körpergewicht, Dentition, Inkubationsdauer infektiöser Krankheiten, ferner eine Anleitung zur Untersuchung von Se- und Exkreten sowie des Blutes, zur Untersuchung auf Farbenblindheit, Sehproben, Schwangerschaftskalender, endlich ein kleines Kompendium der therapeutischen Technik mit Einschluß der Diätetik und Physiotherapie bilden den wissenschaftlichen Abschnitt des Kalenders, welchem sich Mitteilungen über die Wiener Krankenanstalten, das ärztliche Vereinsleben Wiens, ein Verzeichnis der Wiener Ärzte, ferner Daten über Kurorte, Bäder, Heilanstalten, Sanatorien, Sommerfrischen etc. anreihen. Ein Kalendarium und Notizbuch für alle Tage des Jahres schließen das Werkchen ab, dessen neuer Jahrgang gleich seinen Vorgängern zweifellos den Beifall der praktischen Ärzte finden wird, welchen er gewidmet ist.

(Statistik.) Vom 14. bis inklusive 20. August 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6481 Personen behandelt. Hiervon wurden 1445 entlassen, 147 sind gestorben (9.10% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, ägypt. Augenzündung 7, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie 3, Blattern 1, Varizellen 17, Scharlach 32, Masern 53, Keuchhusten 8, Rotlauf 37, Wochenbettfieber 3, Röteln —, Mumps 1, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 623 Personen gestorben (— 58 gegen die Vorwoche).

Rohitsch-Sauerbrunn. In dem südsteierischen, durch seine heilkräftigen Glaubersalzquellen berühmten Kurorte Rohitsch-Sauerbrunn wurde eine neue, große Heilanstalt für die physikalischen Heilmethoden errichtet. Die technische Einrichtung dieser Anstalt, die sich im südlichen Teile des großen Kurparterre bogenförmig ausbreitet, wurde von den Zentralheizungswerken A. G. in Wien besorgt. Längs der ganzen Gebäudefront zieht sich ein Wandelgang hin, der in zwei Behandlungssäle, Baderäume, Kabinen für Lichtbäder und elektrische Wannenbäder führt. Auch Ruhesäle mit Einpack- und Massagebetten, ein ärztliches Zimmer mit elektrisch-medizinischen Apparaten, ein Inhalatorium und pneumatische Kammern sind eingerichtet. Der ärztliche Leiter der Anstalt ist Dr. O. v. AUFSCHNATTER. Im Mittelbau befinden sich 17 heilgymnastische Maschinen nach Dozent Dr. Hanz. Über all diesen Räumen sind Freiluft- und Sonnenbäder angeordnet. Dieses neue erstklassige Institut, welches das Land Steiermark als Besitzer des Kurortes geschaffen hat, unterstützt die günstigen Erfolge der Trinkquellen und ermöglicht die individualisierende Behandlung der Kranken.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Paul G., Der österreichische Gerichtsarzt. Wien und Leipzig 1904, F. Deuticke. — K. 8.40.

Neumann W., Über den sogenannten Weichselzopf. Leipzig 1904, B. Koenig. Schmidt H. E., Kompendium der Röntgentherapie. Mit 22 Abb. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Fink F., Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad beim Gallensteinleiden. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. — M. 3.—

Goldschmidt J., Die Tuberkulose. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. — M. 3.—

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Brann.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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. 30 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: 9 Mrk. — Inserate werden für die spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9184.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem Institute für Mechanotherapie in Wien. (Doz. Dr. A. Bum — Dr. R. Grünbaum.) Schwund des proximalen Fragmentes nach Humerusfraktur durch Muskelzug. Von Dr. ROBERT GRÜNBAUM. — Tic convulsif. Von Dr. VACLAV PLAVEC. III. — Referate. PAUL EDEL (Engelberg): Über den Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und zyklische Albuminurie. — PLACHTA (Berlin): Das Megalerythema epidemicum. Die Großflecken. — RIEHL (Kissingen): Zur Kenntnis des Herpes Zoster bei kruppöser Pneumonie. — TOKUYE KIMURA (München): Untersuchungen der menschlichen Blasengalle. — W. MINNICH (Zürich-Weissenburg): Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zu dem Kreislaufapparat. — TH. BRUGSCH (Altona): Salizyltherapie und Nieren. — J. OEHLEK (Tübingen): Über die Hauttemperatur des gesunden Menschen. — Kleine Mitteilungen. Abtötung von Bakterien durch schwache therapeutisch verwertbare Ströme. — Sanatogen. — Zur Lösung von Nierensteinen. — Schlaflosigkeit. — Beeinflussung des Keuchhustens durch Zypressenöl. — Behandlung gewerblicher Hautaffektionen. — Helmitol. — Literarische Anzeigen. Compendium der Kinderkrankheiten. Ein praktisches Nachschlagebuch für Studierende und Ärzte. Von Prof. FERDINAND FRÜHWALD, Abteilungsvorstand an der Wiener Poliklinik. — Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen. Für praktische Ärzte und Studierende. Von Dr. E. JACOBI, a. o. Professor und Direktor der dermatologischen Universitätsklinik in Freiburg i. B. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 dem Institute für Mechanotherapie in Wien.
(Doz. Dr. A. Bum — Dr. R. Grünbaum.)

Schwund des proximalen Fragmentes nach Humerusfraktur durch Muskelzug.

Von Dr. Robert Grünbaum.

Zu den allerseltensten Ausgängen eines stattgehabten subkutanen Knochenbruches gehört der Schwund eines größeren Bruchfragmentes, so daß jeder kasuistische Beitrag hierzu schon vermöge seiner Seltenheit einiges Interesse beanspruchen darf. Ich hatte Gelegenheit, einen Fall¹⁾ zu beobachten, der auch noch wegen anderer Umstände eine besondere Mitteilung verdient.

Die Krankengeschichte ist in kurzem folgende:

Ein 62jähriger Maschinenwärter, der bis dahin stets vollständig gesund gewesen sein soll, erlitt am 6. August des Jahres 1902 einen Unfall in der Weise, daß er beim Abladen von Stückkohle von einem Wagen — bei einer ihm ziemlich ungewohnten und lange vorher nicht vorgenommenen Arbeit — während er sich bemühte, ein besonders großes Kohlenstück, dessen Gewicht er auf 60—70 kg schätzte, mit einer Kohlenschaukel vom Wagen herunterzuwerfen, plötzlich einen sehr heftigen, blitzartig einsetzenden Schmerz in seiner rechten Schulter verspürte, wobei er gleichzeitig ein lautes Krachen vernahm. Der rechte Arm war momentan unbrauchbar und das rechte Schultergelenk schwellte rasch sehr bedeutend an. Eine äußere Verletzung konnte Patient nicht bemerken. Trotz bedeutender und zunehmender Schmerzen versah er, ohne irgend welche Mitteilung von seinem Unfälle zu erstatten,

¹⁾ Vorgestellt von Doz. Dr. Bum in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 8. Mai 1903.

seine Funktionen als Maschinenwärter einer Dampfmaschine noch bis zum Feierabend durch 2 Stunden, indem er alle nötigen Handgriffe mit der gesunden Linken allein vornahm. Zu Hause behandelte er die Schwellung seiner rechten Schulter, die bereits Kindskopfgröße erreicht haben soll, mit kalten Umschlägen. Ein Arzt konsultierte er, in der Hoffnung, daß alle Erscheinungen bald zurückgehen würden, zu dieser Zeit nicht. Trotz der bedeutenden Schmerzen und der beträchtlichen Schwellung der rechten Schultergelenksgegend versah er seinen, freilich ganz leichten Dienst ununterbrochen vom nächsten Morgen bis zum Februar des Jahres 1903, wo ihn eine „Magenverstimmung“ zum Arzte führte. In der auf den Unfall zunächst folgenden Zeit traten ausgedehnte bläuliche und grünliche Verfärbungen an der Schulter, am Ober- und Vorderarm auf; die Schmerzen nahmen nur sehr langsam an Intensität ab. Eine beschränkte Gebrauchsfähigkeit der rechten oberen Extremität stellte sich erst nach Monaten ein. Von dem im August v. J. erlittenen Unfälle machte Patient seinem Arzte erst viel später auf dessen direktes Befragen nach der Ursache der Bewegungsstörung des rechten Armes die erste Mitteilung und dieser wies den Patienten zur Behandlung an uns. Daß Patient keine Meldung von dem Unfälle erstattete und auch keinen Arzt konsultierte, begründet er damit, daß er die Befürchtung hegte, bei Krankmeldung und längerem Verbleiben im Krankenstande seinen Posten zu verlieren und als alter Mann keine neue Anstellung zu finden.

Bei der ersten Untersuchung am 10. April des Jahres 1903 zeigt die rechte Schulter des mittelgroßen, gut genährten, muskelkräftigen Patienten eine auffallende Konfiguration. Die Gegend der rechten Schulter ist bedeutend abgeflacht, der Processus acromialis springt weit vor, der äußere Schulterkontur erscheint wie geknickt und bildet einen nach außen offenen Winkel. Die Achse des Oberarmes weicht nach innen gegen die MOHRENHEIMSche Grube ab. Ihre Verlängerung trifft die Clavicula in ihrem mittleren Drittel. Auf den ersten Blick das typische Bild der Luxatio humeri sub-

coracoidea. Nur erscheint der rechte Arm verkürzt. Die Verkürzung beträgt 4 cm (links 33 cm, rechts 29 cm). Auch der Palpationsbefund scheint die Diagnose einer Luxation zu bestätigen. Versucht man mit den Fingerspitzen gegen die Cavitas glenoidalis vorzudringen, so gelingt dies ganz leicht; die Cavitas ist ganz leer und läßt sich in ihrem ganzen Umfange abtasten. Sucht man jetzt nach dem Oberarmkopfe, so ist derselbe in der Fossa infraclavicularis nicht zu finden. Auch von der Achselhöhle dringt man leicht gegen die Gelenkspfanne vor, ohne auf den Kopf zu stoßen. Die Abtastung der seitlichen Thoraxwände ergibt das Vorhandensein eines flachen, höckerigen, knöchernen Walles, dessen Konvexität nach oben und vorne gerichtet ist und fest den seitlichen Rippenflächen anhaftet. Verfolgt man den Humerusschaft von unten nach oben, so findet man, daß derselbe mit einer kleinen Verdickung frei zwischen den Muskeln endigt. Vom Kopfe ist trotz sorgfältigster Untersuchung keine Spur aufzufinden.

Auch die Röntgenuntersuchung (Dr. KIENBÖCK) ergibt gar keinen Anhaltspunkt für die Existenz des oberen Bruchfragmentes (s. Figur).

Das obere Humerusende zeigt eine geringere Verbreiterung und dunklere Färbung, die neugebildeten periostalen Auflagerungen erscheinen als dunkler Schatten an der seitlichen Thoraxwand. Ein dem Kopfe entsprechender Schatten aber ist nicht zu finden. Die übrigen Armknochen zeigen keine Anzeichen einer bestehenden Knochenatrophie. Die Muskulatur der rechten oberen Extremität vollständig intakt, keine Atrophie vorhanden. Wenn Patient den rechten Arm kurze Zeit frei herabhängen läßt, treten fibrilläre Zuckungen im Deltoideus auf. Die Sensibilitätsprüfung ergibt normale Verhältnisse.

Von besonderem Interesse ist, wie Patient seine rechte obere Extremität gebraucht. Die Funktion der Hand ist nicht behindert. Die Bewegungen der Finger aktiv und passiv vollständig normal, Faustschluß und Händedruck kräftig. Die passive Beweglichkeit im Ellbogengelenk ist frei. Fordert man den Patienten auf, den Vorderarm aktiv zu beugen, so sieht man, wie sich die Muskeln des Oberarmes, namentlich der Deltoideus, kräftig anspannen, der Oberarm verkürzt sich scheinbar, der Ellbogen rückt um etwa 1 cm höher, und jetzt erst vermag Patient eine aktive Vorderarmbeugung vorzunehmen.

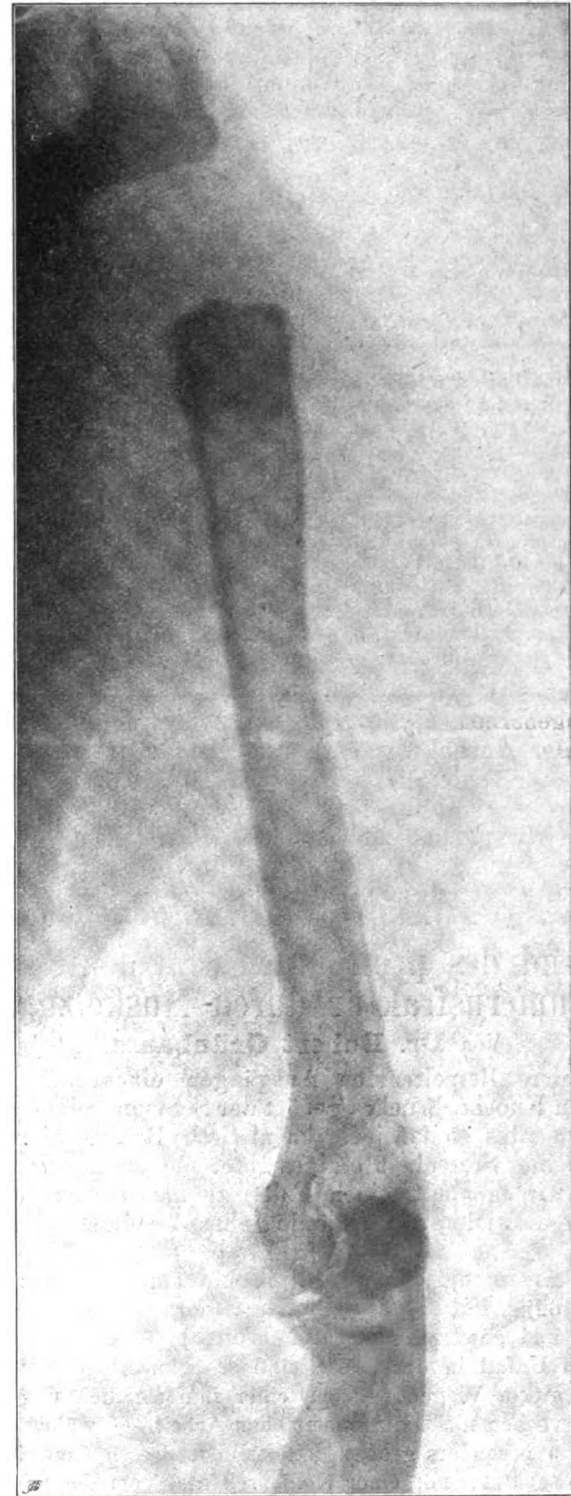
Die genauere Analyse lehrt, daß der Kranke seinen Vorderarm erst dann zu beugen vermag, wenn er das obere Ende des Humerusfragmentes fest an die Rippen, resp. an die denselben fest adhären Wall neugebildeter Knochensubstanz anpreßt. Dasselbe beobachtet man, wenn Patient den ganzen Oberarm zu heben versucht. Es hat sich also eine Art von Nearthrose zwischen oberem Humerusfragmente und den Rippen gebildet. Die passive Beweglichkeit im Schultergelenke ist eine abnorm große. Man kann den Oberarm nach allen Richtungen weit über den normalen Exkursionsumfang hinaus bewegen, wobei natürlich die Bewegungen nicht im Schultergelenke, sondern um das obere Bruchende als Drehpunkt erfolgen. Der Oberarm erscheint hierbei in seinem obersten Drittel abgeknickt, was demselben ein ganz groteskes Aussehen verleiht.

Die sonstige Untersuchung des Patienten ergibt vollständig normale Verhältnisse. An Brust- und Bauchorganen nichts Pathologisches nachweisbar. Beginnende Arteriosklerose an den peripheren Gefäßen. Die Untersuchung des zentralen und peripheren Nervensystems negativ; keine Sensibilitätsstörungen, keine Störungen der Innervation, Reflexe normal. In der Anamnese keine wesentlichen Angaben; Patient soll stets vollständig gesund gewesen sein, Lues wird entschieden negiert, Potus in sehr mäßigem Grade zugegeben.

Wie aus dieser Krankengeschichte hervorgeht, handelt es sich bei diesem Patienten um eine Fraktur des Humerus in der Höhe des Collum chirurgicum, veranlaßt durch den kräftigen Zug der Oberarmmuskulatur, also eine typische Fraktur durch Muskelzug. Solche durch innere Gewalt verursachte Frakturen — im Gegensatz zu den durch die Einwirkung äußerer Gewalten hervorgerufenen Brüchen — sind verhältnismäßig selten. Ihre Frequenz beträgt nach BRUNS²⁾ nur etwa $\frac{1}{2}$ —1% aller Brüche. Dabei muß man noch in Erwägung ziehen, daß

in der Literatur vielfach diese echten Brüche durch Muskelzug mit den sogenannten Spontanfrakturen oder besser ausgedrückt mit den pathologischen Brüchen verwechselt und zusammengeworfen werden.

Streng genommen, gehören hierher nur jene Fälle, bei denen der Zug der eigenen Muskulatur mit Bestimmtheit die alleinige Ursache für die Fraktur gewesen ist, und bei



denen alle jene Prozesse ausgeschlossen werden können, welche die Knochenfestigkeit so bedeutend herabsetzen, daß bereits eine geringfügige Kraft (irgend eine äußere Schädigung, ein Muskelzug oder die einfache Belastung) genügt, um ein Zerbrechen der schon vorher erkrankten Knochen herbeizuführen. In diesen Fällen ist der erfolgte Bruch nur eine mehr oder weniger zufällige Komplikation der zugrunde liegenden Knochenkrankung. Bei jeder Fraktur, welche durch den Zug der

²⁾ Die Lehre von den Knochenbrüchen, Deutsche Chirurgie, Lieferung 27.

eigenen Muskulatur erfolgt, muß man zunächst an alle jene pathologischen Prozesse denken, die mit einer Verminderung der natürlichen Knochenfestigkeit einhergehen. Schon die physiologische Altersinvolution bedingt eine gewisse senile Knochenatrophie, die eine Prädisposition des höheren Alters für Knochenbrüche bedingt, ohne daß freilich diese Knochenatrophie als ein regelmäßiges und notwendiges Attribut des hohen Alters betrachtet werden kann. Als pathologische Fälle können nur jene erklärt werden, bei denen die Knochenatrophie einen exzessiv hohen Grad erreicht oder aber bereits bei jüngeren Individuen, z. B. im Gefolge eines allgemeinen Marasmus, nach chronischen, konsumierenden Krankheiten auftritt. Von alledem war bei unserem Patienten keine Rede. Derselbe stand zwar in höherem Alter, befand sich aber in einem sehr guten Ernährungszustande, seine Muskulatur war überaus kräftig und wohl entwickelt, und bei der Röntgenuntersuchung fand sich nicht der geringste Anhaltspunkt für eine bestehende Knochenatrophie.

Eine andere Gruppe von Spontanfrakturen läßt sich auf Erkrankungen des Zentralnervensystems zurückführen. Hierher gehört vor allem die Tabes dorsalis, in deren Verlaufe häufig derartige Frakturen beobachtet werden, deren Bedeutung noch dadurch gesteigert wird, daß diese Brüche, wie aus der Literatur hervorgeht, in vielen Fällen erst auf die sichere Diagnose geführt haben. Noch häufiger beobachtet man pathologische Frakturen bei chronischen Gehirnkrankheiten, namentlich bei der allgemeinen Paralyse. Hier findet man oft den Knochen ganz weich, mit dem Messer schneidbar oder mit dem Finger zerdrückbar, die Rinde dünn, das Mark weich und dunkel, die Spongiosa spärlich, so daß es nur einer geringen Kraft bedarf, um den Knochen zu frakturieren. Auffallende Knochenbrüchigkeit beobachtet man auch noch bei der Syringomyelie und bei den verschiedenen Hemmungsbildungen des Zentralnervensystems, so bei angeborenem Hydrocephalus, wo spontane Frakturen in multipler Anzahl vor und nach der Geburt als Folge der trophischen Störungen beschrieben wurden. So berichtete RIEZ³⁾ von einem neugeborenen, nach 8 Tagen gestorbenen Kinde, welches mit Hydrocephalus und Spina bifida im Lumbalteile behaftet war und multiple Spontanfrakturen, neben ansgebreiteten trophischen Störungen an den Extremitäten, Zurückbleiben der Ossifikation aufwies.

Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, in allen Fällen von Spontanfrakturen das Nervensystem einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen.

Die Knochenfestigkeit wird weiters sehr bedeutend herabgesetzt durch alle Formen von rarefizierenden und eitrigen Knochenentzündungen. Hierher gehören z. B. jene Brüche, die ohne äußere Veranlassung im Verlaufe einer Osteomyelitis beobachtet werden. Selten gibt die Knochenkaries Veranlassung zu Spontanfrakturen. Der Prozeß befällt ja fast ausschließlich die spongiöse Substanz der kurzen Knochen und Gelenkenden der Röhrenknochen und greift selten so tief, daß dadurch die Festigkeit wesentlich alteriert würde. Bei Kindern muß man stets an Rachitis denken, welche zweifellos die häufigste Prädisposition der Frakturen und Infraktionen abgibt. Endlich kann auch der osteomalacische Prozeß mit der durch denselben bedingten Weichheit der Knochen gelegentlich die Ursache einer pathologischen Fraktur sein. — Wenn die Kontinuität eines Knochens durch ein wucherndes Neugebilde unterbrochen ist, so kann es begreiflicherweise sehr leicht und aus geringfügiger Veranlassung zu einer Fraktur an dieser Stelle kommen. Unter den Knochengeschwülsten sind die primären und sekundären Osteosarkome und Karzinome die häufigste Ursache von Spontanfrakturen, und auch hier kommen Fälle vor, wo die Geschwulstbildung noch unentdeckt geblieben war und erst die eingetretene Spontanfraktur auf die Vermutung einer Knochen-

neubildung hinführt. Von gutartigen Geschwülsten kommen nur Enchondrome und Knochenzysten in Betracht.

Durch die Entwicklung von Echinokokken im Innern eines Knochens kann derselbe bis auf eine dünne Knochen- schale verdünnt oder selbst stellenweise perforiert werden, wodurch leicht Spontanfrakturen veranlaßt werden können. Im Verhältnis zur außerordentlichen Häufigkeit der Syphilis sind spontane Frakturen im Gefolge derselben äußerst selten, dagegen sind syphilitische Lokalaffectationen, namentlich Knochengummen, die gummöse Periostitis und die hereditäre Syphilis häufiger die Ursache von pathologischen Brüchen.

Erst wenn man alle diese Eventualitäten in Erwägung gezogen und sich wie bei unserem Patienten keine derselben stichhaltig erwiesen hat, ist man zur Annahme berechtigt, daß man es mit einem typischen Falle von Fraktur durch Muskelzug zu tun hat. Von den langen Röhrenknochen stellt der Humerus erfahrungsgemäß das größte Kontingent dieser Art von Brüchen. Unter 95 von GUBLT⁴⁾ gesammelten Fällen betrafen 57 den Oberarm, 25 den Oberschenkel, 8 den Unterschenkel und 5 den Vorderarm. Gewöhnlich entsteht ein solcher Bruch durch Muskelzug beim kräftigen Fortschleudern eines Gegenstandes oder beim Austeilen eines Schlages besonders dann leicht, wenn die mit großer Kraft ausgeführte Bewegung nicht in der Weise abläuft, wie sie intendiert wurde, sondern in einer bestimmten Phase eine plötzliche Hemmung erleidet. Den Mechanismus einer solchen Fraktur vergleicht BRUNS⁵⁾ mit dem beim Abbrechen eines geschwungenen Stockes dicht vor der Hand. Der Arm wird plötzlich in seiner raschen Bewegung gehemmt und in einen ungleicharmigen Hebel verwandelt, dessen langer Arm von der Hand bis zur Insertion der Schultermuskeln und dessen kurzer Arm von da bis zur Gelenkpfanne reicht; dicht vor dem Ansätze der Schultermuskeln bricht der Knochen durch die gewaltsame Biegung ab. Diese Erklärung ist auch für den von uns beobachteten Fall vollständig zutreffend, der insofern für die Entstehung einer solchen Fraktur noch günstigere Verhältnisse bot, als der Arm des Patienten in dem Momente, als die Fraktur erfolgte, mit einer langen Kohlen- schaufel bewaffnet war, wodurch eine künstliche Verlängerung des einen Hebelarmes bewirkt wurde. Dieses besonders ungünstige Verhältnis der beiden Hebelarme zueinander, zusammengehalten mit der überaus kräftig entwickelten Schultermuskulatur unseres Patienten, scheinen mir auch ohne die Annahme irgendwelcher lokaler pathologischer Prozesse genügende Erklärungsgründe zu sein für die Entstehung der Fraktur des Humerus durch den Zug der eigenen Muskulatur.

Was aber unseren Fall zu einem ganz besonders bemerkenswerten stempelt, ist das vollständige Verschwinden eines so großen Bruchstückes, wie es der Humeruskopf und die angrenzenden Teile des Schaftes bis zum Collum chirurgicum darstellen, in der verhältnismäßig so kurzen Zeit von wenigen Monaten. (Schluß folgt.)

Tic convulsif.

Von **Dr. Václav Plavec.**

III.

III. Der automatische Gesichtskrampf.

Unter dieser Bezeichnung können wir alle übrigen Formen des lokalisierten Gesichtskrampfes, mögen sie welche Pathogenese immer haben, zusammenfassen. Da es keine natürlichen automatischen Bewegungen im Gesichte gibt, handelt es sich da ausschließlich um abnormale, in ihrem ganzen Umfange pathologische und neue Prozesse. Obzwar das Gesicht in diesen Fällen keineswegs besonders prädisponiert ist wie

³⁾ „Presse méd. belge“, 1876, Nr. 5, zit. nach BRUNS.

⁴⁾ Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen, pag. 232.

⁵⁾ l. c. pag. 83.

beim echten Tic oder beim Reflexkrampf, geschieht es unter gewissen Umständen dennoch, daß sich der Krampf nicht nur im Gesichte lokalisiert, sondern auch, daß er das auffallendste und scheinbar einzige Symptom ist. Auch solche Fälle werden häufig als Tic convulsif bezeichnet.

Die erste große Gruppe der hierhergehörigen Fälle hat eine grobe organische Läsion des Nervensystems zur Grundlage. Der Gesichtskrampf ist hier nur ein sekundäres, zufälliges Symptom, so daß wir also von einem symptomatischen Krampfe sprechen könnten. Die eigentliche Natur des Prozesses verdeckt sich aber nur in seltenen Fällen und auch da nur für kurze Zeit hinter dem Bilde eines selbständigen Gesichtskrampfes. Bei der näheren Untersuchung konstatiert man gewöhnlich außer dem Gesichtskrampf noch andere Symptome: Paresen, Paralysen, Sensibilitätsstörungen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Störungen der Sprache oder des Gedächtnisses und Symptome einer herdförmigen Erkrankung des Nervensystems überhaupt.

Der Krampf selbst hat weder mit willkürlichen, noch mit reflektorischen Bewegungen eine Ähnlichkeit und entbehrt vollständig der Koordination; das Zusammenspiel der Antagonisten verschwindet.

Gewöhnlich ist der Krampf einseitig, bleibt aber selten auf die Gesichtsmuskulatur beschränkt; oft ist auch jene des weichen Gaumens in Mitleidenschaft gezogen (OPPENHEIM).

Handelt es sich um einen Herd in der Gehirnrinde (in der der Gesichtsmuskulatur entsprechenden Partie), dann tritt der Krampf gewöhnlich anfallsweise auf, nicht allzu häufig, sondern ungefähr einmal in mehreren Tagen. Im Beginne des Anfalles ist der Krampf tonisch, später klonisch: aus einer Muskelgruppe breitet er sich über das ganze Gesicht aus und geht gewöhnlich auf die Nachbarmuskeln über (Zunge, Kaumuskeln). Jeder Anfall ist gleichsam eine Kopie des vorangehenden. Im weiteren Verlaufe der Krankheit nimmt die Zahl der ergriffenen Muskeln stetig zu, der Krampf ergreift auch entferntere Muskelgruppen (Vorderarmmuskeln) und es kann sich daraus eine echte JACKSONSche Epilepsie entwickeln. So lange der Krampf begrenzt bleibt, ist das Bewußtsein nicht gestört. In atypischen Fällen hält der Krampf mehrere Tage oder Wochen an; namentlich die Arteriosklerose mit partiellen und lokalen Thrombosen der Gehirnarterien kann diese Dauerform hervorrufen.

Sitzt der Herd in der weißen Gehirnschicht, dann sind Krämpfe selten, denn die Nervenfasern sind nicht so erregbar und besitzen namentlich nicht die Akkumulationsfähigkeit für schwache Reize (Druck) wie die graue Substanz (FRANCOIS-FRANCK). Infolgedessen fehlt hier die Möglichkeit für typische, akute Anfälle. In den publizierten Fällen handelte es sich zumeist um Bewegungen, die im Vergleiche zum Tic auffallend langsam verliefen.²³⁾ Ich selbst beobachtete eine auffallend langsame unwillkürliche Biegung und Streckung des Fußes bei einem Kranken, bei dem später die Sektion ein Gumma in der weißen Substanz unterhalb der Zentralwindung der Gegenseite nachwies.

Im verlängerten Mark sind so viele wichtige Funktionen zusammengedrängt, daß es kaum möglich ist, daß eine Herd-erkrankung einen einfachen Gesichtstic vortäuschen könnte.

In Fällen, in denen es sich um einen Gesichtskrampf infolge Alteration des peripheren motorischen Neuron handelt (Bulbärparalyse, Tumoren der Medulla oblongata, Entzündung oder Unfall, Druck auf den Fazialis), beobachtet man eine solche Unregelmäßigkeit und Anarchie der Bewegungen, daß auch einzelne Muskelbündel entweder für sich allein oder auf der Höhe der Kontraktion des ganzen Muskels zuckende Bewegungen ausführen. Dieser Zustand ist bekannt unter dem Namen der fibrillären oder auch faszikulären Zuckungen, je nachdem wie groß die Bündel sind, die sich bewegen. Ist die Kontinuität der Nervenfasern gestört, dann pflegen die fibril-

lären Zuckungen (Flimmern) sehr klein zu sein, und man beobachtet außer Parese oder Paralyse auch Atrophie und Degeneration der Gesichtsmuskeln.

Manchmal beobachtet man in solchen Fällen eine dauernde Kontraktion der ganzen betreffenden Gesichtshälfte. Es ist möglich, daß die zarten fibrillären Zuckungen und die Kontraktur muskulären Ursprunges infolge degenerativer Veränderungen sind, was aus einem Versuche von S. MAYER hervorgeht, welcher das fibrilläre Flimmern nach Durchschneidung des N. facialis beim Kaninchen nicht einmal durch Kurare beseitigen konnte.

Die faszikulären Zuckungen setzen nicht immer eine grobe Alteration des peripheren Neuron voraus. Es genügen schon die feinen funktionellen Störungen, wie sie bei der traumatischen Neurose, beim Paramyoklonus, bei der Neurasthenie und Hysterie angenommen werden. Namentlich bei der Neurasthenie werden die faszikulären Zuckungen im Gesichte (um die Augen) als charakteristisches Symptom angeführt (SAHLI); manchmal auch bei „sonst“ gesunden Leuten nach großer Anstrengung oder Aufregung oder nach Kälteeinwirkung. Bei den normalen, natürlichen Bewegungen handelt es sich niemals um faszikuläre Innervation, sondern im Gegenteil, es werden hier auf einmal mehrere Muskelgruppen mit ungleicher Stärke zu einer synergischen Bewegung innerviert. Auch bei Krämpfen, die von höheren Zentren ausgehen (JACKSONSche Epilepsie, Gehirnämie u. a.), werden niemals faszikuläre Zuckungen beschrieben.

Nach ausgeheilten peripheren Lähmungen des Gesichtsnerven stellen sich auch kompliziertere krampfartige Bewegungen ein, die sicher zerebralen Ursprungs sind. Diese Krämpfe sind entweder spontan oder Begleiterscheinungen natürlicher Bewegungen (Blinzeln, Sprechen usw.). Wille und willkürliche Bewegungen in den betreffenden Muskeln können den Krampf lindern. GOWERS, HITZIG und BERNHARDT nehmen hier gewisse molekulare Veränderungen im Kern des Facialis am Boden des vierten Ventrikels einerseits infolge unterbrochener Leitung, andererseits infolge kräftiger, aber vergeblicher Innervationen an.

Zu der zweiten großen Gruppe der automatischen Krämpfe können wir jene Fälle zählen, wo ein anatomisches Substrat fehlt, d. h. wo der Gesichtskrampf der Ausdruck einer „funktionellen“ Erkrankung des Nervensystems ist.

Die Literatur enthält zahlreiche Fälle, in denen der Gesichtskrampf hysterischen Ursprungs war (CHARCOT, STEMBO u. a.). Aus diesen Fällen ersehen wir zugleich, daß der hysterische Gesichtskrampf gewöhnlich tonisch ist. (Blepharospasmus, manchmal mit faszikulären Zuckungen verbunden.²⁴⁾ In der Mehrzahl der Fälle befällt der Krampf außer der mimischen Muskulatur auch die intraokuläre oder die Zungenmuskulatur (der oft angeführte Hemispasmus glossolabialis).

Die hysterischen Krämpfe sind zwar sehr eigentümlich und mannigfaltig, aber insofern es sich um die dem Willen unterworfenen Muskulatur handelt, haben sie das gemeinsame Merkmal, daß sie mittelst willkürlicher Bewegungen in ihren wesentlichen Umrissen reproduziert werden können (OPPENHEIM, UNVERRICHT). Die hysterischen Bewegungen zeigen oft einen gewissen Rhythmus (CHARCOT) und ändern sich unvermutet aus banalen und suggestiven Gründen. Im Schlafe hören sie auf. Durch das Auftreten neuer hysterischer Symptome wird die Diagnose bestätigt. Insbesondere muß man nach hysterogenen Punkten suchen, von denen aus sich durch Druck ein Anfall auslösen oder beseitigen läßt. Schließlich fehlt die bekannte hysterische Stimmung in keinem Falle.

Auch die Epilepsie könnte als Petit mal den Gesichtskrampf bedingen. Bewußtseinsstörung während des Anfalles, Aura vor demselben beweisen die epileptische Natur. Oft sind gleichzeitig die intraokulären Muskeln mitergriffen. In einem Falle, wo der Gesichtskrampf im Anfalle mit Schwindel

²³⁾ Chorea prae- und posthemiplegica. Athetosis. Mitbewegungen.

²⁴⁾ Vielleicht infolge der Ermüdung wegen unaufhörlicher Innervation.

und konjugierter Deviation der Augen nach rechts kombiniert war, nahm MOOS ein Sinken des Druckes im Labyrinth und in den halbzirkelförmigen Kanälen infolge eines Krampfes des M. stapedius an.²⁵⁾

Eine besondere und rein funktionelle Pathogenese hat jener Gesichtskampf, welcher infolge häufiger, professioneller Tätigkeit der Gesichtsmuskeln entsteht. Aber so wie es nur selten vorkommt, daß bei einer Beschäftigung nur die Gesichtsmuskeln arbeiten, ebenso selten kommt der professionelle Gesichtskampf vor. DUCHENNE beobachtete einen jungen Mann, bei dem sich infolge nächtlichen Studiums später bei jedem Versuche zu lesen ein Krampf des Stirnmuskels und des Lidschließers einstellte. Häufiger sind jene Fälle, bei denen gleichzeitig die Zungenmuskulatur in Mitleidenschaft gezogen ist; BERNHARDT zitiert den Krampf der Ausrufer, der Musikanten auf Blasinstrumenten usw. Der Krampf tritt nur bei der Beschäftigung auf und ist gewöhnlich tonisch.

Die Pathogenese des professionellen Krampfes ist für alle Arten desselben gemeinsam. Nach der übereinstimmenden Ansicht der Mehrzahl der Autoren handelt es sich um funktionelle Störungen des Koordinationszentrums der willkürlichen Bewegungen auf neuropathischer Grundlage. Diesem physiologischen Zentrum muß nicht ein scharf umgrenztes anatomisches Zentrum entsprechen. Da alle übrigen Bewegungen frei sind, kann man als sicher annehmen, daß die funktionelle Erkrankung weder in den entsprechenden psychomotorischen oder reflektorischen Zentren, noch in den Vorderhörnern des Rückenmarks, wo sich alle Bahnen berühren, ihren Sitz haben dürfte.

Eine allzu häufig wiederholte professionelle Beschäftigung muß aber nicht immer einen professionellen Krampf, sondern kann auch einen echten Tic oder einen Reflexkrampf hervorrufen. So berichtet GRASSER²⁶⁾ über einen Fall von echtem Tic convulsif, der vorwiegend in der Muskulatur des Rumpfes lokalisiert war, und wo der Kranke fortwährend die Bewegung des Aufladens eines Ballens auf die linke Schulter wiederholte. Diese Bewegung hat der Kranke in seinem Leben sehr oft ausgeführt, denn er war Kolporteur. Speziell in bezug auf die Gesichtsmuskulatur veröffentlichten BERNHARDT und F. COHN zwei Fälle, in denen der klonische Gesichtskampf infolge fleißigen und anstrengenden Arbeitens mit der Lupe entstanden war. In beiden Fällen zeigte sich der Krampf zuerst im Schließmuskel des Auges und breitete sich später auf die ganze linke Gesichtshälfte aus.

Eine funktionelle Störung in den Koordinationszentren müssen wir auch bei jenem Gesichtskampf annehmen, welcher manchmal das Stottern begleitet. Solche Störungen sind gewöhnlich angeboren; alle übrigen koordinierten Bewegungen sind normal.

Sehr unsicher und strittig ist das Verhältnis des Gesichtskampfes zum FRIEDREICHschen Paramyoclonus multiplex oder kurz Myoklonie. Die Zusätze Para und multiplex wurden weggelassen, als man erkannte, daß der Krampf weder symmetrisch und beiderseitig (LÖWENFELD, SEELIGMÜLLER), noch vielfach (ZIEHEN) sein muß. MARINA nimmt auf Grund einer gesammelten Statistik an, daß die klonische Form des Krampfes nicht entscheidet, denn er fand 8 Fälle, in denen auch tonische Krämpfe vorhanden waren. MARINA und UNVERRICHT legen das Hauptgewicht auf die Anordnung der krampfhaften Bewegungen: Ein rascher, manchmal rhythmischer Krampf ergreift nur einen einzelnen Muskel, oft sogar nur einzelne Teile eines Muskels. KNY will sogar seine beiden Fälle als Myoclonus fibrillaris multiplex bezeichnen. Selten kommt es deswegen zu einer Lokomotion der Glieder; nur die Haut über dem Muskel springt wellenförmig hervor (SCHULTZE: Myokymia). Die synergischen Bewegungen, welche hie und da beschrieben werden, sollen dies nach einigen Autoren nur

scheinbar sein, wenn zufälligerweise nur die synergischen Muskeln von krampfhaften Zuckungen betroffen sind (MARINA). Das Gesicht ist viel beweglicher als der Rumpf und die Extremitäten, und deswegen kommt es hier viel eher zu wirklichen Bewegungen; daher verleiht das Muskelhüpfen, d. i. der unregelmäßige, klonische, von Muskel auf Muskel überspringende Krampf dem Gesichte ein charakteristisches Aussehen (UNVERRICHT).

Als weitere, manchmal aber fehlende Symptome von Myoklonie werden angeführt: willkürliche Bewegungen besänftigen den Krampf; jede Art von Aufregung und Gemütsbewegungen verstärken ihn; ähnlich wirken Hautreize; die Reflexe sind erhöht; sie ist häufig von Nervosität begleitet und tritt überhaupt bei neuropathischen Personen auf.

ZIEHEN stellt sich die Verwandtschaft zwischen Tic convulsif und Paramyoklonus so vor, wie zwischen bulbärer und spinaler Muskelatrophie. Dem Tic und Paramyoklonus reiht er noch die Chorea electrica und den essentiellen Tremor an. Diese ganze Gruppe nennt er Myoklonia und nimmt an, daß sie stets spinalen Ursprungs sei. MARINA bezeichnet dieselbe Gruppe als Myospasia und denkt sich die Verwandtschaft hauptsächlich im klinischen Bilde. Er gibt zu, daß die Pathogenese verschieden sein kann; da aber die Pathogenese der Krämpfe in vielen Fällen unbekannt ist, hält er es für besser, die Krämpfe nach den Symptomen einzuteilen. Einen ganz ähnlichen Standpunkt nimmt KODYM ein.

Mit diesen Ansichten stimmt UNVERRICHT nicht überein, sondern stellt sich die Myoklonie (resp. den FRIEDREICHschen Paramyoklonus) als eine bestimmte, scharf umgrenzte Krankheit vor.

SCHULTZE, ZIEHEN, MARIE und MARINA leugnen die Verwandtschaft zwischen Paramyoklonus und Maladie des tics, so daß der echte Gesichtstic aus der Verwandtschaft ausgeschlossen ist.

Die Selbständigkeit des Gesichtstic als Reflexkrampf gegenüber dem Paramyoklonus geht aus folgenden Gründen hervor:

1. Zunächst ist es der diametral verschiedene Einfluß der intendierten Bewegungen, den weder SCHULTZE noch ZIEHEN erklären können. Die Einwendung ZIEHENS, daß die willkürlichen Bewegungen beim Tic nur deswegen Krämpfe hervorrufen, weil sie stets mit Aufregung verbunden sind, ist unberechtigt.

2. Mit Recht weist UNVERRICHT darauf hin, daß der ursprüngliche einseitige Krampf des Gesichtes nur selten auf die andere Seite oder auf die benachbarten Muskeln und fast nie auf die Extremitätenmuskeln übergeht. Diesen Übergang zum echten Paramyoklonus sollte man um so eher erwarten, weil der Tic meistens viele Jahre dauert.

3. Der Reflexkrampf tritt oft in vollkommen isolierten Anfällen auf, was beim Paramyoklonus bis jetzt noch nicht beobachtet wurde.

4. Selten finden sich beim Reflexkrampf faszikuläre Zuckungen und fast unmöglich ist es, daß er nur aus solchen bestünde wie die Fälle von Paramyoklonus, welche KUY publiziert hat.

5. Der Paramyoklonus entsteht gewöhnlich plötzlich (FRIEDREICH: Schreckneurose), der Reflexkrampf allmählich. Ausnahmen kommen allerdings auf beiden Seiten vor.

6. Schließlich hat bis jetzt noch niemand den Paramyoklonus für einen Reflexkrampf erklärt, trotzdem die Haut- und Sehnenreflexe beim Paramyoklonus erhöht sind.

FRIEDREICH, CHARCOT, ZIEHEN, UNVERRICHT und überhaupt fast alle Autoren lokalisieren aus klinischen und experimentellen Gründen den Ursprung des Paramyoklonus in die motorischen Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks, bei den Gehirnnerven aber in die entsprechenden Kerne am Boden des IV. Ventrikels. Andererseits zwingen uns gewichtige Gründe, den Reflexkrampf anderswohin als in den motorischen Kern des Fazialis zu lokalisieren. Die genannten Autoren stellen sich den Paramyoklonus als ein spontanes Symptom

²⁵⁾ Nach GOWERS.

²⁶⁾ Nach einem Referate in der „Revue neurologique“, 1898.

der gesteigerten Erregbarkeit der betreffenden Ganglienzellen vor.

Daß der Paramyoklonus mit dem symptomatischen und dem als Symptom selbständiger funktioneller Erkrankungen auftretenden Gesichtskampf nicht verwandt ist, bedarf keines Beweises.

Man kann also nicht sagen, daß jeder Tic convulsif ein lokalisierter Paramyoklonus ist, wohl aber, daß wenigstens einzelne Fälle dieselbe Pathogenese haben können wie der Paramyoklonus. Schon SCHULTZE reserviert sich diesen Schluß und fühlt sich in seiner Anschauung, daß Paramyoklonus und Fazialistic als eng zusammengehörig zu betrachten sind, hauptsächlich durch einige von ERB beobachtete Fälle von Fazialistic, wo statt zusammengesetzter Grimassen nur isolierte Zuckungen in den Gesichtsmuskeln vorhanden waren, die ihre Intensität und Lokalisation fortwährend wechselten, bestärkt. Auch ZIEHEN machte die Beobachtung, daß manche Fälle von Tic, namentlich was den Einfluß intendierter Bewegungen anbelangt, dem Paramyoklonus ähnlich waren. Vielleicht handelt es sich in diesen und ähnlichen Fällen tatsächlich um einen lokalisierten Paramyoklonus; im allgemeinen fand ich aber in der Literatur keinen einzigen Fall, der als lokalisierter Paramyoklonus geführt würde.

Nach meinen eigenen Erfahrungen kann ich diese Möglichkeit der Lokalisation des Paramyoklonus auf einen kleinen, zirkumskripten anatomischen Bezirk bestätigen. Ich beobachtete nämlich in unserer Ambulanz einen klonischen Krampf der Muskeln des rechten Vorderarms bei einem 19jährigen Mädchen, welches alle angeführten Symptome des Paramyoklonus darbot. Beim Beklopfen der Sehnen und Gelenke, sowie auch bei Reizungen der Haut verstärkte er sich, intendierte Bewegungen beeinträchtigte er nicht²⁷⁾; er sprang beständig, aber unregelmäßig von einem Muskel auf den anderen über und betraf oft nur einzelne Bündel eines einzigen Muskels. Die Bewegung der Finger war unbedeutend und die Hand bewegte sich nur beim Beklopfen. In der Anamnese wurde angeführt, daß der Vater oft an Krampfanfällen leidet, die namentlich nach Exzessen in Alkohol auftreten und bis zu 2 Stunden dauern. Vor 4 Jahren hatte die Kranke denselben Krampf symmetrisch in beiden Händen, welcher damals ungefähr ein Jahr dauerte.

Ich muß aber mit UNVERRICHT darin übereinstimmen, daß sich der Paramyoklonus im Gesicht etwas anders darstellt als die übrigen Arten des Gesichtskampfes. Ich erschließe dies aus einem Falle von Paramyoklonus, der über den ganzen Körper lokalisiert war und den ich bei einem 50jährigen Manne beobachtet habe.

Der Kranke kam wegen eines Emphysems mit Bronchitis, und erst als er entkleidet war, bemerkte ich einen raschen, aber wenig ausgiebigen, klonischen Krampf, vorwiegend in beiden Supinatoren, Bicipites und in beiden Waden. Eine wirkliche Bewegung der Hand oder des Fußes erfolgte aber nur dann, wenn man die Haut reizte oder die Sehnen beklopfte. Während der Ruhe bestand der Krampf vorwiegend aus faszikulären Zuckungen. Der Patient gab an, daß er diesen Krampf schon vor 20 Jahren bemerkte und daß ihn derselbe sonst nicht belästigt habe. Infolge von Aufregung verstärkt er sich. Jetzt erst beobachtete ich auch das Gesicht und bemerkte einen Krampf, welcher jenem krampfhaften Zucken, das wir bei Neurasthenikern zu sehen gewohnt sind, ähnlich war. Die Bewegungen der Muskel und ihrer Teile verrieten sich mehr durch die Bewegungen der Haut als der ganzen Wange oder der Lider.

Mit Sicherheit konnte ich konstatieren, daß in gewissen Momenten der Krampf bloß die untere Partie des einen Augenschließmuskels beherrschte. In unregelmäßigem Turnus durchlief dieser flimmernde Krampf sämtliche Gesichtsmuskeln. Der Gesichtsausdruck hatte dabei nicht viel zu leiden. Allerdings ist es möglich, daß der Krampf in diesem Falle nur wenig entwickelt war.

²⁷⁾ Das Mädchen war Näherin.

Wenn ich hiermit die Schilderung der pathogenetisch verschiedenen Arten des lokalisierten Gesichtskampfes schließe, muß ich noch hervorheben, daß ich eine andere hier nicht erwähnte Pathogenese durchaus nicht für unmöglich halte. Eine andere Frage ist es aber, ob auch die Wirklichkeit für eine solche spricht.

Übereinstimmend wird angegeben, daß es auch bei bestem Willen und Wissen nicht möglich ist, in jedem einzelnen Falle den Ursprung und das Wesen des Gesichtskampfes zu erkennen. Nach GOWERS machen diese Fälle ungefähr ein Viertel aus. Ein großer Teil der Autoren hält diese Fälle unbekanntem Ursprungs für echten (oder auch idiopathischen, genuinen) Tic convulsif und stellt sich daher auch den Krampf als eine spontane Erscheinung gewisser feiner, molekularer Veränderungen im Kern oder im kortikalen Zentrum des Fazialis vor (OPPENHEIM, STRÜMPPELL, ERB u. a.). Abgesehen davon, daß es sich hier um eine bloße Hypothese handelt, möchte ich darauf hinweisen, wie leicht sich der sogenannte idiopathische Gesichtskampf als Reflexkrampf erklären läßt. Ein solcher idiopathischer Tic convulsif tritt gewöhnlich in Anfällen auf, und dazu eignet sich gerade die reflektorische Tätigkeit infolge ihrer akkumulativen Fähigkeit ganz besonders. Außerdem bestehen zwischen der Qualität des Reizes und der reflektorischen Bewegung sehr enge und bestimmte Beziehungen, und es ist daher sehr wahrscheinlich, daß die Anfälle des Reflexkrampfes hauptsächlich durch einen bestimmten, wenn auch minimalen (und daher unterschätzten) Reiz hervorgerufen werden. So z. B. wird ein heftiger Bлеpharospasmus eher durch einen schwachen Lichtreiz als durch einen groben Druck auf die Umgebung des Auges hervorgerufen. Während der Ruhepausen nimmt die Erregbarkeit des Reflexzentrums stetig zu und kann daher die Intensität des Reizes zu staunend niedrigen Werten sinken. So kann man es verstehen, warum der Reflexkrampf auch bei Nacht und überhaupt bei vollständiger Ruhe auftreten kann. Schließlich kann man sich schwer vorstellen, daß ein rein pathologischer Prozeß die verhältnismäßig noch ziemlich koordinierten Bewegungen, wie sie beim idiopathischen Tic beschrieben werden, auslösen könnte (ROMBERG bezeichnet sie als Grimassen). In Fällen, wo die krankhaften Bewegungen vollkommen unsynergisch, unkoordiniert sind, muß man eher an einen Krampf organischen Ursprungs oder an Paramyoklonus denken als an neue, hypothetische, funktionelle Veränderungen.

Neben reinen Fällen mit völlig typischer Pathogenese findet man auch solche mit kombinierter Pathogenese. Am häufigsten geschieht es, daß eine ursprünglich reflektorische, wiederholte Bewegung automatisch willkürlich wird, d. h. es entwickelt sich ein echter Tic convulsif mit allen charakteristischen Symptomen (BRISSAUD). Eine Bewegung, welche ursprünglich nur von einem peripheren Reize abhing, z. B. das Blinzeln, besteht bei neuropathisch disponierten Personen auch nach dem Verschwinden dieses Reizes fort und kann durch den Willen unterdrückt werden.²⁸⁾ Es bleibt keine andere Annahme übrig als die, daß die Ursprungsstelle der krankhaften Erscheinung in die psychomotorischen Zentren verlegt wurde. Diese Änderung der Pathogenese würde ganz gut der Lehre von den Reflexen entsprechen, welche von JENDRASSIK und SAHLI vertreten wird: außer den einfachen Sehnenreflexen besitzen alle komplizierteren Reflexe zwei Bögen, einen spinalen und einen kortikalen. Unter normalen Verhältnissen beteiligen sich beide Bögen aktiv an der Auslösung der Reflexbewegung.

Eine andere Kombination ist folgende: Infolge Läsion der Pyramidenbahnen entsteht im Laufe der Zeit eine bedeutende Steigerung der Reflexerregbarkeit, und auf diese Weise kann eine herdförmige Erkrankung des Gehirns einen Reflexkrampf hervorrufen (BERNHARDT u. a.).

²⁸⁾ BATISTELLI beschreibt einen derartigen Fall.

OPPENHEIM beobachtete mehrmals einen Tic convulsif im Verlaufe der multiplen Sklerose.²⁹⁾ Ich selbst beobachtete auf derselben Grundlage eine so hochgradige Steigerung der Reflexerregbarkeit, daß beim Faradisieren der unteren Extremitäten stets krampfartige Zuckungen in der Muskulatur dieser Extremitäten auftraten.

An Fällen, die ich unter die Bezeichnung der automatischen Krämpfe einreihe, gibt es keine Not. Ich möchte aber nur jene Fälle anführen, in denen der Gesichtskrampf als das hervorstechendste Symptom den Eindruck einer selbständigen Erkrankung machte. Gleich im Vorhinein kann ich bemerken, daß ich keinen einzigen Fall gesehen habe, der für den sogenannten idiopathischen Gesichtskrampf gesprochen hätte.

1. Ch. E., 30jährige Hebamme. Nach eigener Angabe stammt die Kranke aus gesunder Familie. Sie hat einmal geboren, einmal abortiert. Vor 4 Jahren machte sie eine venerische Erkrankung durch, welche einen rechtsseitigen Bubo, später einen Ausschlag im Gesichte und Haarausfall zur Folge hatte. Seit zirka 8 Jahren leidet sie oft an Kopfschmerzen, besonders früh. Sie ist sehr zerstreut und reizbar und entschlossen, ihrem Leben durch Selbstmord ein Ende zu machen; sie hat dies schon öfters versucht, wurde aber stets daran verhindert. Ebenfalls seit zirka 3 Jahren bemerkte sie den Krampf im Gesichte und am Halse. Im Vorjahre bestand eine vollständige Remission durch mehrere Monate.

Status praesens: Die Kranke ist von kleiner Gestalt, grazilem Knochenbau, schwacher Muskulatur, mäßig anämisch. Öfters im Tage, insbesondere aber bei Gegenwart fremder Personen, stellt sich ein klonischer Krampf beider Stirnmuskeln ein in Form von rasch hintereinander sich wiederholendem Heben und Senken der Augenbrauen. Die Schnelligkeit und Form der ganzen Bewegung ist nicht so krampfartig und momentan wie beim „Tic“ und ähnelt eher willkürlichen Bewegungen. Nicht gleichzeitig mit diesem Krampfe und auch verhältnismäßig nicht so oft stellt sich ebenfalls in vollständig ausgebildeten Anfällen ein Erstarren aller Halsmuskeln ein. Auf dem Höhepunkte der Erstarrung verfallen alle beteiligten Muskeln in eine Vibration, die sich durch Zittern des Kopfes verrät.

Es ist ersichtlich, daß auch diese Krampfform willkürlich reproduziert werden kann.

Bei der Untersuchung auf REMAKSche Punkte macht die Kranke selbst darauf aufmerksam, daß durch Druck (etwas lateralwärts vom dritten Zervikaldornfortsatz) das erwähnte Zittern des Kopfes ausgelöst werden kann. Sensibilität und Patellarreflexe sind normal; Konjunktivalreflex abgeschwächt; mäßige Ovaralgie. Die Laune der Patientin wechselt; es fehlt ihr nie viel vom Weinen zum Lachen. Von ihrer Krankheit erzählt sie sehr gern. Mit der Ausführung der Elektrisation war sie nicht zufrieden und machte selber Vorschläge, wie man sie elektrisieren solle. Kurz vor ihrem Austritte verschwand der Einfluß des Druckes auf den ursprünglichen Punkt, und die Kranke machte wiederum selbst auf eine andere, ähnliche Stelle aufmerksam, welche sich dort befand, wo die Pfeilnaht mit der Kranznaht zusammenstößt. Durch Druck auf diese Stelle ließ sich wiederum der Krampf der Halsmuskeln auslösen.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Kranke Lues durchgemacht hat. Der Krampf selbst aber muß meiner Ansicht nach als ein Symptom von Hysterie aufgefaßt werden, die sich später zu der Lues hinzugesellt hatte (THOMAYER).

2. H. K., 74jähriger ehemaliger Koch. Der Kranke leidet an einer Hypertrophie der Prostata und außerdem schon seit 18 Jahren an einer totalen Paralyse und Atrophie der linken Gesichtsmuskulatur. Der weiche Gaumen bewegt sich normal. Wegen Ektropium des unteren Augenlides wurde er bereits zweimal operiert; trotzdem besteht ein mäßiges Ektropium und Tränenröufeln fort. Beim Sprechen macht das paralytische Lid zuckende Bewe-

gungen. Der untere, überhängende Rand hebt sich in die Höhe und das ganze Lid verschiebt sich dabei einwärts.

Ich nehme hier einen Krampf des HORNERschen Muskels an, entstanden durch die Paralyse des N. facialis. Da die ganze übrige, vom N. facialis versorgte Gesichtsmuskulatur völlig atrophisch war, muß der genannte Muskel aus dem Versorgungsgebiete des N. facialis ausgeschieden werden, wenigstens für den vorliegenden Fall.

3. H. J., 9jähriger Arbeiterssohn. Der Kranke bietet die sicheren Symptome des Hydrocephalus chronicus. Der Kopf rund, mißt über der Glabella 59 cm. Schon seit einem Jahre leidet er an Anfällen, an die er selbst sich nicht erinnert. Er weiß nur so viel, daß er im Sprechen plötzlich für eine Weile stockt. Nach Aussage der Umgebung verdreht der Kranke in diesem Augenblicke die Augen, und gleichzeitig treten Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur auf. Anfangs bestand nur das Verdrehen der Augen. Die Anfälle wiederholen sich sowohl während der Ruhe, als auch bei Nacht, bei Tag etwa 7mal. Stellt sich der Anfall während des Stehens ein, fällt der Kranke nicht um und setzt nach einer kleinen Weile seine Rede fort. Der Anfall dauert nur einige Sekunden. Er macht sich dabei nie naß und beißt sich auch nie.

Von den vielen Fällen unseres Archivs will ich nur zwei anführen:

1. H. M., 75jährige Bettlerin, leidet schon seit vielen Jahren an Atemnot; vor 6 Wochen verlor sie nach einem heftigen Schreck die Gewalt über die linke obere Extremität; seither hat sich aber dieser Zustand etwas gebessert.

Status praesens: Patientin mittelgroß, von schlaffer Muskulatur, ziemlich gut genährt. Der linke Mundwinkel und die ganze linke Wange hängt etwas mehr herab als die rechte; die Zunge weicht beim Vorstrecken nach rechts ab. Beim Betrachten der beiden Oberextremitäten sieht man keine Abnormität; Sensibilität normal. Die Muskelkraft ist in der linken Hand viel kleiner als in der rechten. Pupillenreaktion normal. Während der Untersuchung bekam die Patientin einen Anfall von krampfhaftem Zucken in der Wangenmuskulatur, der ungefähr 3 Minuten dauerte. Der Anfall begann mit Zuckungen im Orbicularis oris und griff allmählich auf die übrigen Muskeln der linken Wange über. Der Krampf macht der Kranken keine Beschwerden; sie gibt nachträglich an, daß er ebenso lange anhält als die plötzliche Erschlaffung der linken Hand; er stellt sich ein- oder mehrmals wöchentlich ein.

Aus diesen Angaben läßt sich schließen, daß es sich hier um einen groben Prozeß in der Nähe der Gehirnrinde handelt. Interessant ist, daß nur die untere Hälfte der Gesichtsmuskulatur ergriffen ist. Dies würde mit der Lehre derjenigen übereinstimmen, welche behaupten, daß der Fazialis in der Gehirnrinde zwei gesonderte Zentra besitze, von denen das eine in dem unteren Drittel der Zentralwindungen liegt und die Mundmuskeln versorgt, das andere im Gyrus angularis liegt und die Augenmuskeln des Gesichtes versorgt.³⁰⁾ Ihre Fasern vereinigen sich angeblich erst unterhalb der Capsula interna. BERNHARDT und GOWERS referieren über mehrere Fälle von Gesichtskrampf, in denen bei kortikaler Affektion bloß die untere Gesichtshälfte gelitten hat.

2. C. N., 12jährige Fleischhauerstochter. Dieser Fall stammt aus der Ambulanz des Jahres 1898 und trägt die Diagnose: Inf. apicum tuberculosa. Lymphomata colli. Tic convulsif. Als Randbemerkung wird hinzugefügt: Patientin klagt über Stechen im Ohre und Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte. Lymphdrüsen am Halse geschwellt; über der linken Spitze bronchiales Atmen. Rechtes Trommelfell hyperämisch und vorgewölbt. Rechte Augenspalte schmaler; die rechte Wange zeigt ausgeprägte Furchen. Der Mund nach rechts verzogen, der rechte Mundwinkel höher als der linke. Die Nasenspitze weicht nach rechts ab; dabei besteht ein fortwährendes fibrilläres Flimmern auf der rechten Stirnseite und in der Umgebung des rechten Mundwinkels.

Aus dieser kurzen, aber wichtigen Bemerkung kann man schließen, daß der Ursprung des Tic ein rein peripherer

²⁹⁾ Wenn hier der Tic direkt eine Folgeerscheinung der Herderkrankung wäre, müßte er sich mit Paralyse, eventuell mit Degeneration der Muskeln kombinieren.

³⁰⁾ MENDEL, EULENBURG Real-Enzyklopädie, Bd. VIII, Gehirn.

ist und ohne Zweifel im Felsenbein sitzt. Der totale Verlust der Koordination (dauernder, alle Muskeln betreffender Tonus) und das fibrilläre Flimmern unterscheiden diesen Fall sicher vom Reflexkrampf.

Bei einer Kompression des N. hypoglossus durch einen kariösen Prozeß beobachtete VYSIN ganz analoge Verhältnisse in der Zungenmuskulatur.

Ich selbst beobachtete einen mäßigen tonischen Gesichtskrampf, der mit faszikulären Zuckungen verbunden war, bei einer tuberkulösen Basilar meningitis.

Referate.

PAUL EDEL (Engelberg): Über den Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis und zyklische Albuminurie.

Aus den Beobachtungen E.s („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 19) ergibt sich in therapeutischer Richtung, daß für Nephritiker (und auch Menschen mit erhöhtem Blutdruck ohne Nephritis) das alpine Klima ungeeignet ist. Die neben der Steigerung der Gefäßspannung im alpinen Klima zustande kommenden Wirkungen, wie die Kräftigung des Herzens etc. (s. unten), mildern den ungünstigen Einfluß etwas. Die Kräftigung des Herzens ist aber von zweifelhaftem Werte, wenn zugleich die Ansprüche, die an das Herz durch Zunahme der Widerstände gestellt werden, steigen. Wo, wie bei Nephritis, Neigung zu erhöhter Gefäßspannung besteht, sind Einflüsse, die dauernde Steigerung des Blutdrucks begünstigen, gefahrvoll und stets zu verwerfen.

Anders verhält es sich bei zyklischer Albuminurie: Bei ihr ist der Blutdruck zu niedrig, die Leistungsfähigkeit des Herzens eine minderwertige, die Ausgiebigkeit der Atmung zu Zeiten der Schläflichkeit unzureichend, die Neigung zu abnorm rascher Ermüdbarkeit eine große. Stellt man diesen Symptomen die hier in Betracht kommenden Wirkungen des alpinen Klimas gegenüber, so zeigt sich, daß das alpine Klima alles das begünstigt, woran es bei zyklischer Albuminurie fehlt, nämlich Steigerung des Blutdrucks, Kräftigung des Herzens, insbesondere, wenn gleichzeitig das Bergsteigen geübt wird, ausgiebigere resp. vertiefte Atmung und erhebliche Steigerung der Ausdauer. Fast jedermann kann an sich die Beobachtung machen, daß er nach kurzem Aufenthalt im alpinen Klima zu ungewohnten Anstrengungen ohne Ermüdung sich befähigt sieht, welche er in unserem Klima nicht oder nur mit Hinterlassung großer Ermüdung zustande bringen würde.

Das alpine Klima ist unter gleichen Gesichtspunkten indiziert bei Individuen, die, ohne die Eiweißausscheidung im Harn, den Habitus und die anderen Symptome der zyklischen Albuminurie aufweisen: zu geringe Leistungsfähigkeit des Herzens, leichte Ermüdbarkeit etc. Es sind ferner für das alpine Klima, den obigen Überlegungen zufolge, ganz besonders diejenigen Zustände ins Auge zu fassen, bei denen das Gefäßsystem die entgegengesetzte Anomalie, wie der Nephritiker, nämlich zu geringen Tonus und zu weite Arterien evident erkennen läßt. Hier ist z. B. an Morbus Basedowii zu denken. Wo die obige Wirkung des alpinen Klimas zu fürchten ist, empfiehlt es sich, die Alpen ganz zu meiden. Andererseits muß bei den Patienten, die eine richtige Indikationsstellung an den richtigen Platz in den Alpen führt, der therapeutische Wert des alpinen Klimas ein großer sein durch die Möglichkeit, den Patienten nicht wie im CO₂-Bade vorübergehend, sondern ununterbrochen und lange jener Wirkung aussetzen zu können.

BR.

PLACHTE (Berlin): Das Megalerythema epidemicum. Die Großflecken.

Die örtlichen Röteln der Grazer Schule, das Erythema infectiosum nach STICKER, das Erythema infectiosum febrile seu afebrile nach TRIPKE und das Erythema simplex marginatum nach L. FEILCHENFELD sind mit dem des Verf. identisch („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 9).

Die Differenzen der Rubeolen gegenüber dem Megalerythema beruhen auf: a) der Form des Exanthems; die Rubeolen bilden

fein punktförmige, hirse Korn-, linsen-, hanfkorn große Flecken, es fehlt ihnen die zirkumskripte Großfleckigkeit; die Rubeolen konfluieren nicht, das Megalerythema stets; b) der Lokalisation. Bei den Rubeolen werden der Reihe nach befallen Gesicht, Rumpf, Arme und Beine, und zwar schnell hintereinander, oft in Stunden. Beim Megalerythema ist die Reihenfolge: Gesicht, Extremitäten, Rumpf. Die Rubeolen sitzen gerade am Rumpf, wo das Megalerythema meist ganz fehlt; jedenfalls ist der Rumpf bei den Rubeolen schon nach ganz kurzer Zeit affiziert, während an der gleichen Stelle das Megalerythema erst viel später und in letzter Linie auftritt; c) der Dauer des Floritionsstadiums, das bei den Rubeolen 2—4 Tage, bei Megalerythema 5—10 Tage anhält; d) auf dem Vorkommen der erwähnten gyrierten roten Linien im Rückbildungsstadium des Megalerythema, welche bei den Rubeolen fehlen; e) der verschiedenen Inkubationsdauer, die beim Megalerythema auf 5—10, ausnahmsweise auf 14 Tage, bei den Rubeolen auf 17—24 Tage berechnet wird.

Vor der Verwechslung mit einer Reihe von Erythemen infolge von äußeren physikalischen Ursachen oder von toxischer Nebenwirkung von Arzneimitteln schützt, abgesehen von der Anamnese, der Umstand, daß diesen allen die bestimmte Lokalisation, die epidemische Verbreitung und der zyklische Verlauf fehlt.

Die Pityriasis rosea GIBERT differenziert sich dadurch, daß sie 1. mit mehr oder weniger starkem Jucken einhergeht, 2. auf jeder Effloreszenz Schuppen bildet, 3. zwar bisweilen in gehäuften Fällen, aber niemals in kontagiöser Verbreitung beobachtet worden ist, 4. daß das Gesicht nur sehr selten befallen wird, das bei unserem Megalerythema geradezu der Prädispositionssitz ist; 5. daß sie einen viel chronischeren Verlauf nimmt und bisweilen soviel Wochen (5—10) dauert, als das Megalerythema Tage.

Die Skarlatinosus unterscheidet sich von dem typischen Megalerythema durch drei auffällige Merkmale: 1. sie tritt, wenn sie das Gesicht überhaupt befällt, an diesem zu allerletzt auf, das Megalerythema befällt stets das Gesicht, und zwar stets zuerst; 2. sie dauert nur 1—2, höchstens 3 Tage, das Megalerythema 5—10 Tage; 3. sie ist gefolgt von einer Hautschuppung, zum Teil in Form von kleinen kleienförmigen Schuppen, zum Teil aber auch lamellös; das Megalerythema schuppt in der übergroßen Mehrzahl der Fälle nicht. Gegenüber dem Erythema exsudativum multiforme Hebrae kommen in Betracht: 1. Die Lokalisation; das Eryth. multif. befällt fast immer nur die Hand- und Fußrücken; 2. das Eryth. multif. tritt nicht in epidemischer Ausbreitung auf; 3. es entwickelt sich durch Intensitätssteigerung zu papulösen, tuberösen, vesikulösen, bullösen, zirzinären, serpiginösen und zosterähnlichen Formen, die alle dem Megalerythema fehlen; 4. fehlen beim Megalerythema, abgesehen von Ausnahmefällen mit ganz geringem Jucken, alle subjektiven Beschwerden und Allgemeinerscheinungen. Die Dauer der beiden Prozesse ist verschieden; das Megalerythema befällt das Individuum nur einmal, es ist rosenrot, das Erythema multif. blaurot etc.

Die Therapie hat sich bei dem akuten zyklischen Verlauf lediglich auf hygienische oder etwaige symptomatisch erforderliche Maßnahmen zu beschränken. G.

RIEHL (Kissingen): Zur Kenntnis des Herpes Zoster bei krupöser Pneumonie.

Der Herpes kommt in ca. 30—40% von krupösen Lungenentzündungen vor, und zwar viel häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte („Münch. med. Wschr.“, 1904, Nr. 20).

Bei einem und demselben Individuum bricht Herpes fast durchweg nur einmal aus; meistens tritt er am 3. oder 4. Erkrankungsstage auf. Lokal am häufigsten erscheint er im Gebiet des 2. und 3. Trigeminusastes, besonders des N. infraorbitalis. Im Bereich des 1. Trigeminusastes (Auge, Stirn) findet er sich selten. Atypische Lokalisationen am Hals, Stamm (After, Kreuzbein) und Extremitäten gehören zu den Ausnahmefällen. Die Pneumonien des Kindes- und des Greisenalters verlaufen fast immer ohne Herpesbildung. Die leichtesten Fälle von Pneumonie charakterisieren sich meist durch ausgedehnte, starke Herpesbildung. Schwere Lungen-

entzündungen dagegen, die letal enden, zeigen in 90% keine Entwicklung von Herpeseffloreszenzen. Bis zu einem gewissen Grade also hat die prognostische Bedeutung des Herpes ihre volle Berechtigung.

Br.

TOKUYE KIMARA (München): Untersuchungen der menschlichen Blasengalle.

Der Farbstoffgehalt der Blasengalle variiert: er ist bei Tuberkulose niedrig, bei Stauungszuständen hoch. Das spezifische Gewicht der Blasengalle schwankt zwischen 1.012 und 1.040; der Trockenrückstand zwischen 2.68 und 20.63%. Ein strenger Parallelismus zwischen ihnen und dem Extinktionskoeffizienten besteht nicht („Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 3 u. 4).

Die (relative) Viskosität der Blasengalle schwankt innerhalb sehr weiter Grenzen (1.46—58.24). Bei Hindernissen im Ductus choledochus findet man den Farbstoffgehalt, den Trockenrückstand und die Viskosität der Blasengalle außerordentlich vermehrt. Urobilinogen ist ein regelmäßiger, Urobilin ein sehr häufiger Bestandteil der Blasengalle. Bei totalem Gallenabschluß vom Darm, bei starker Diarrhöe und beim Neugeborenen fehlen Urobilinogen und Urobilin in der Blasengalle. Diese Tatsachen stimmen vollkommen mit der enterogenen Theorie der Urobilinbildung überein. Normale Fäzes enthalten regelmäßig Urobilinogen. Zum Nachweis dient die Reaktion mit Dimethylamidobenzaldehyd nach Entfernung von Indol und Skatol mittelst Ligroin. Bei Undurchgängigkeit des Gallenganges fehlt das Urobilinogen in den Fäzes. Auch das Mekonium enthält kein Urobilinogen. In einem Falle von Verschuß des Ductus cysticus wurde in der Galle ein bisher noch nicht beschriebener brauner Farbstoff gefunden.

Br.

W. MINNICH (Zürich-Weissenburg): Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zu dem Kreislaufapparat.

Die pathologischen Rückwirkungen des endemischen Kropfes und wahrscheinlich der Schilddrüsenerkrankungen überhaupt auf Herz und Kreislauf vollziehen sich nach zwei Typen: Durch die Kropfsklerose als solche und durch die Modifikation der Schilddrüsenfunktion. M. unterscheidet daher („Monogr. Abhandlung“, Deuticke, Wien 1904):

1. Die pneumonische Form der Schilddrüsenkardiopathien. Je nach der durch die Tracheostenose bedingten Form der Dyspnoe kommt Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels zustande, während der linke Ventrikel erst auf dem Umwege des großen Kreislaufs in Mitleidenschaft gezogen wird.

2. Den thyreopathischen Typus. Dieser letztere, hervorgerufen durch die zahlreichen Modifikationen, welche der Regulationsapparat des Herzens direkt durch die veränderte Sekretion des erkrankten Organes erleidet, ist im Gegensatz zum ersten Typus unversgesellschaftet vielleicht noch häufiger anzutreffen. Die Art und Weise, wie er uns entgegentritt, wird nicht durch die Begleitschaft der Dyspnoe, sondern durch den Grad der funktionellen Einbuße, welche die Herzregulatoren erlitten haben, bedingt und spiegelt sich trotz mancherlei Übergangsformen in folgenden zwei scheinbar klinisch verschiedenen Krankheitsbildern wieder, von denen das erste, nur beim endemischen Kropfe beobachtet, als fakultatives Vorstadium des zweiten sich erweist:

1. Die thyreopathische oder thyreogene Hypertrophie vom Charakter der idiopathischen Herzhypertrophie (hypertrophisches Kropfherz, Herzthyreosis hypertrophischer Form).

2. Die thyreopathische oder thyreogene Tachykardie vom Charakter des „Basedow fruste“ (basedowisierter Kropf, rudimentärer Pseudobasedow, besser Herzthyreosis tachykardischer Form).

Als Ursachen der von der funktionellen Insuffizienz der Schilddrüse abhängigen Herzthyreosis erwiesen sich sämtliche progressiven und regressiven Ernährungsstörungen sowie die Entzündungen des Organes. Gewisse Fälle von Kropfherz, wo unter psychisch-emotionellen Einflüssen im Gegensatz zur Mehrzahl sich eine scheinbare symmetrische Evolution der Schilddrüsenveränderung und der Herzauffektion kundgibt, machen es wahrscheinlich, daß

als weitere Ursache der Thyreosis vaskuläre oder sekretorische Inhibition betrachtet werden muß. Die Fälle dieser Gattung allein bilden die Brücke zu den echten Rudimentärformen des Basedow.

Br.

TH. BRUGSCH (Altona): Salizyltherapie und Nieren.

Nach den Erfahrungen von BR. kann man („Ther. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 2) unbeschadet bei Männern bis 3 g, bei Frauen bis 2 g Natr. salicyl. oder Aspirin geben. Treten Exazerbationen ein, so steigere man die Tagesdosis einmalig auf 5 g, gebe aber in den nächsten Tagen wieder 3 resp. 2 g Dosen. Mehrere Tage hintereinander Dosen von 5 g zu geben ist nicht ratsam, da wir mit Sicherheit eine Nierenreizung zu erwarten haben. Gleichfalls ist es zu widerraten, große Einzeldosen (schon 4—6 g) zu geben, wie es der alten STRICKERSchen Vorschrift entspricht; damit schädigen wir sicher die Nieren unserer Patienten!

Für die Therapie des akuten Gelenkrheumatismus hat sich folgende Art der Salizylverabreichung als empfehlenswerteste herausgestellt: Zur Zeit des Anfalls über den Tag verteilte, große Salizyldosis (5—6—8 g Natr. salic.) oder Aspirin (in stündlichen Gaben von 0.5 g), am nächsten Tag, wo meist der Anfall gebrochen sein wird, Übergehen zu kleinen Dosen von 3 g und diese dann lange Zeit beibehalten, indem man allmählich bis auf 2, dann 1 g heruntergeht. Man erreicht auf diese Weise den verhältnismäßig größten Effekt und schont außerordentlich die Nieren — weit mehr, als wenn man etwa 4 Tage lang 5 g-Dosen gibt. Wir besitzen aber noch ein anderes Mittel, die Schädlichkeit des Salizyls herabzusetzen, und zwar die Diaphoresis.

Br.

J. OEHLER (Tübingen): Über die Hauttemperatur des gesunden Menschen.

Bei Nahrungsentziehung sinkt die Hauttemperatur durchschnittlich um wenige Zehntelgrade und weist etwas größere Schwankungen auf, aber nur an der Oberfläche der Extremitäten, nicht an Kopf und Rumpf („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 3 u. 4). Mit der Dauer der Nahrungsentziehung fällt die Hauttemperatur immer mehr proportional der verminderten Wärmebildung, vielleicht auch, weil der Einfluß der Außentemperatur beim Hungernden mehr zur Geltung kommt. Die Konstanz der Hauttemperatur zeigt nur geringe Schwankungen, wenn auch eine gewisse Abstufung der einzelnen Hautstellen der Extremitäten gegenüber der Rumpfhaut sich bemerkbar macht (zwischen 33.5 bis 35.5). Diese Grenze wird nach oben nur von der Wangen- und Bauchtemperatur überschritten, dann folgen Stirne, Brust, Extremitäten. Die gesamte Hauttemperatur geht der Rektumtemperatur im Stadium der Nahrungszufuhr parallel. Mit dem Sinken der Lufttemperatur weist auch die Hauttemperatur größere Schwankungen auf, besonders an den peripheren Körperteilen. Der Einfluß der Bekleidung bzw. Bedeckung auf die Hauttemperatur macht sich innerhalb enger Grenzen der Außentemperatur kaum geltend.

B.

Kleine Mitteilungen.

— Untersuchungen über die Abtötung von Bakterien durch schwache therapeutisch verwertbare Ströme veröffentlichten LEHMANN und ZIEGLER („Arch. f. Hyg.“, Bd. 46, Hf. 3). Durch 10 bis 15 Minuten lange Einwirkung von Strömen von 3—5 Milliampères, die bei Einschleichen in den Stromkreis nahezu unfühbar sind, läßt sich ein kleines Volumen (wenige Zehntelkubikzentimeter) Flüssigkeit oder Nährboden in der Umgebung der Anode von sporenfreien Bakterien vollkommen befreien. Sporen werden nur dann vollständig getötet, wenn nur sehr kleine Mengen Nährboden sterilisiert werden sollen, z. B. der Inhalt einer Zahnwurzel. Die Wirkung der Anode ist allein bedingt durch die daselbst aus dem Kochsalz gebildeten Elektrolyte Chlor und Salzsäure. Die gebildeten Chlormengen sind etwas stärker als die auftretenden Salzsäuremengen bei der Gesamtwirkung beteiligt. Es läßt sich zeigen, daß

sich die Wirkung des Stromes an der Anode quantitativ genau nachahmen läßt durch die Wirkung der Menge von Chlor und Salzsäure, die der Strom erzeugt. Der Strom ist an der Anode wirkungslos, sowie man durch Bleischwamm das gebildete Chlor und die Salzsäure im Entstehen bindet. An der Kathode wirkt der Strom durch die gebildete Alkalimenge, seine Wirkung läßt sich durch Alkali quantitativ nachahmen. Es besteht also wenig Aussicht, in weitem Umfange die sterilisierende Wirkung der konstanten Ströme in der Medizin anzuwenden.

— Das **Sanatogen** ist nach den Erfahrungen von BENAROYA („Deutsche Ärztezeitung“, 1904, Nr. 15) indiziert: Bei der Ernährung rachitischer Kinder wegen der Begünstigung der Kalksalzaufnahme. Bei der Ernährung von Säuglingen, die aus irgendwelchen Gründen der natürlichen Ernährungsweise mit Muttermilch nicht teilhaftig werden können (SCHULTZE, HEUBNER). Bei allen mit einem gesteigerten Zerfall von Körpersubstanz einhergehenden Erkrankungen wegen des dadurch schnell zu erzielenden N-Ansatzes. Bei fast allen Digestionsstörungen unabhängig von der Natur der Krankheit wegen seiner leichten Assimilierbarkeit, Reizlosigkeit und günstigen Beeinflussung der Appetenz. Bei der Behandlung fast sämtlicher Nervenkrankheiten wegen seiner neurotonisierenden Eigenschaft.

— Zur **Lösung von Nierensteinen** empfiehlt JAENICKE den Birkenblätterttee („Zentralbl. f. innere Med.“, Nr. 13, 1904). Es werden die zu Sommeranfang gesammelten Birkenblätter getrocknet. Zum Gebrauch wird ein gehäufte Teelöffel der fein zerriebenen Blätter mit reichlich $\frac{1}{4}$ Liter kochendem Wasser übergossen, muß 5 Minuten ziehen, 5 Minuten kochen und wird alsdann durchgegossen. Von diesem so zubereiteten Tee läßt J. früh nüchtern und nachmittags um 5 Uhr dieselbe Dosis trinken. Am besten wirkte der Tee, wenn er denselben im Anfang zirka 6 Monate nacheinander trinken ließ, alsdann noch 2—3mal 4 Wochen lang mit je 4wöchentlichen Pausen dazwischen. Natürlich ist der Tee nicht in ständige, die im Körper vorhandene Disposition zur Bildung neuer Nierensteine zu beseitigen, sondern es muß neben der die vorhandenen Steine auflösenden Behandlung eine andere, sei es diätetische oder medikamentöse, einhergehen, die die Neubildung neuer Nierensteine verhindert. Auf diese Weise ist es Verf. gelungen, viele Fälle von Nierensteinen glücklich zu behandeln.

— Bei einfacher, unkomplizierter **Schlaflosigkeit** erwies sich VAN HUSEN („Psych.-neur. Wochenschr.“, V, 6) das Veronal als ein gutes Schlafmittel, das meist schon in der Dosis von 0.5 g nach 20 Minuten bis eine Stunde einen ruhigen, angenehmen Schlaf herbeiführte. Auch bei Erregungszuständen war Veronal recht brauchbar; bei leichterer Erregung genügte zuweilen auch schon die Dosis von 0.5; in der Regel waren indes Dosen von 1.0 und 1.5 erforderlich. In den meisten, nicht allen Fällen führten dieselben nach $\frac{1}{2}$ —2 Stunden (selten erst nach 6 bis 10 Stunden oder noch später) einen ruhigen Schlaf herbei, der sich meist auf 7—8, bisweilen freilich auch nur auf 3—5 Stunden erstreckte. Ein immer und in allen Fällen wirkendes Beruhigungs- und Schlafmittel ist Veronal ebensowenig wie irgend eines der bisherigen Hypnotika. Besonders in manchen Fällen von seniler Unruhe und von Dementia praecox versagte es. Die meiste Ähnlichkeit hat das Veronal mit dem Trional, das ihm auch an hypnotischer Kraft so ziemlich gleichkommt. Nur in wenigen Fällen schien Veronal etwas besser als Trional zu wirken. Ebenso wie bei Trional trat auch bei Veronal in vielen Fällen eine deutliche kumulative Wirkung zutage, insofern einerseits die volle Wirkung vielfach erst bei der dritten oder vierten Dosis sich einstellte und andererseits nach dem Aussetzen des Mittels noch häufig eine Nachwirkung auf die nächsten Nächte statthatte. Bei längerer Verabreichung trat in der Regel ein allmähliches Versagen der Wirkung ein. Im ganzen wird man wohl sagen können, daß das Veronal ein recht gutes und trotz der gelegentlich auftretenden Nebenwirkungen ein relativ ungefährliches Schlafmittel ist, das sowohl bei einfacher Schlaflosigkeit wie bei Erregungszuständen Geisteskranker entweder allein oder in Abwechslung mit anderen Hypnotics zu empfehlen ist. In ähnlicher Weise äußern sich auch JOLOWITZ („Deutsche med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 22), NEU-

FIELD („Ärztliche Rundschau“, 1904) sowie Generalarzt LINDNER („Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung“, 1904, Nr. 11).

— Über die **Beeinflussung des Keuchhustens durch Zypressenöl** berichtet SOLTMANN („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 3) folgendes: Als beste Art der Anwendung bewährte sich das Aufgießen auf Oberbett, Kopfkissen und Leibwäsche der Kinder von täglich 4mal 10—15 g einer alkoholischen Lösung des Öles 1:5); eventuell wurde diese Medikation auch nachts ein- bis zweimal wiederholt. Die einzige Schattenseite bei der Anwendung bestand in den auf der Wäsche zurückbleibenden Flecken. Aus den Versuchen geht hervor, daß das Zypressenöl in allen Fällen des Keuchhustens die Zahl der Hustenparoxysmen prompt und schnell herabsetzt, ihre Intensität mildert, ihre Extensität verkürzt, die freien Intervalle verlängert, die schwächenden Nachwirkungen des Paroxysmus und Einzelanfalles aufhebt. Nachteilige Wirkungen auf Magen-Darmkanal, Respirationstraktus, Nervensystem, Herz und Niere machen sich nicht bemerklich, im Gegenteil, es schwächt die von diesen aufgetretenen Komplikationen ab oder hebt sie zum Teil auf und verhindert zumeist das Auftreten solcher, gestaltet somit den ganzen Verlauf der Krankheit zu einem milden. Das äußert sich auch besonders darin, daß Würgen und Erbrechen nicht eintreten oder bald schwinden, Suffokationserscheinungen und zyanotische Röte im Gesicht unbedeutend werden und es zu Nasenbluten und Ekchymosen überhaupt nicht mehr kommt. Besonders aber verdient der Umstand der Hervorhebung, daß die Kinder bei dieser Medikation gegenüber früheren Beobachtungen stets frisch aussahen und in einem guten Ernährungszustand entlassen werden konnten.

— Die **Behandlung gewerblicher Hautaffektionen** mit Anthrasol und Anthrasolseifen erörtert HUGO GOLDMAN („Deutsche Ärztezeitung“, 1904, Nr. 11). Er brachte das Anthrasol folgendermaßen zur Anwendung: In 10%iger Anthrasol-Vaseline, in 10%igem Anthrasol-Lanolin und in Substanz. Bei pustulösen Dermatosen ließ Verf. die betreffenden Körperstellen mit 10%iger Anthrasol-Vaseline oder Anthrasol-Lanoline einreiben. Furunkel behandelte er mit Anthrasol in Substanz, indem er das Mittel mit einem Pinsel auf die affizierte Hautstelle auftragen ließ. In jenen Fällen von Dermatosen, in denen es sich darum handelt, auf ausgebreitete Körperteile eine bald bloß vorübergehende, bald intensive Einwirkung des Anthrasols zu bezwecken, erwiesen sich die Anthrasolseifen ganz vorzüglich und vorteilhaft. Zum Zwecke leichter Einwirkung des Anthrasols wird die Seife (5% oder 10%) nach Art der gewöhnlichen Seifen bloß auf die erkrankten Stellen mit Wasser aufgetragen und bald mit lauem Wasser abgespült. Zur Tiefenwirkung läßt man den aufgetragenen Seifenschaum vollends eintrocknen, um ihn dann entsprechend der gewünschten Einwirkung erst nach einigen Stunden abzuwaschen.

— Aus den Beobachtungen von KELEMEN („Heilkunde“, 1904, 5) über den Wert des **Helmitol** bei Cystitis geht hervor, daß wir das Helmitol als ausgezeichnetes Adjuvans verwenden können, sowohl bei auf gonorrhöischer Basis als bei durch andere Infektionen entstehender Cystitis. Sein Erfolg beruht teils auf seiner ausgezeichneten Wirkung als Desinfiziens, teils auf seiner Wirkung als harntreibendes Mittel. Es ist auch ein sehr gutes Beruhigungsmittel, denn in allen Fällen, in denen die Patienten über Erscheinungen der Urethritis postica klagten, erzielte das Helmitol alsbald Besserung, ja noch mehr, Heilung. Bei der Cystitis gonorrhöischer Genese wirkt es auf die Gonokokken als solche nicht spezifisch ein. Es verleiht aber dem Urin saure Reaktion, desinfiziert denselben, verringert die Entzündung und lokalisiert dieselbe in ihrer Weiterverbreitung.

Literarische Anzeigen.

Kompendium der Kinderkrankheiten. Ein praktisches Nachschlagebuch für Studierende und Ärzte. Von **Professor Ferdinand Frühwald**, Abteilungsvorstand an der Wiener Poliklinik. Mit 165 in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Ein Repetitorium der Kinderkrankheiten, dessen Vorzüge die überaus schönen Illustrationen und die Liebe und erschöpfende

Gründlichkeit sind, mit der die therapeutische Seite des Inhaltes behandelt erscheint. Die neuen, neuesten und allerneuesten pharmazeutischen Behelfe finden Berücksichtigung. Falls es sonst für Leser anderer Bücher ähnlicher Art eine Last war, sich im Texte mittelst des üblichen beigegebenen Index zurechtzufinden, so werden solche Leser in der alphabetischen Ordnung des FRÜHWALDSchen Buches einen Vorzug desselben sehen. Krankheiten, Symptome, therapeutische und diagnostische Einzelheiten, alles ist alphabetisch aneinander gereiht, „um dem Kompendium auch die Vorteile eines praktischen Nachschlagebuches zu geben“.

Ein durchaus praktischer Wert ist dem guten Nachschlagebuche gewiß zuzusprechen, dessen Ausstattung die bekannt gefällige des rührigen Verlages ist.

NEURATH.

Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen. Für praktische Ärzte und Studierende. Von **Dr. E. Jacobi**, a. o. Professor und Direktor der dermatologischen Universitätsklinik in Freiburg i. B. Zweite Auflage. Mit 159 farbigen und 2 schwarzen Abbildungen auf 86 Tafeln. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg.

Die allgemeine Anerkennung, ja Bewunderung, welche die erste Auflage des vorliegenden Werkes gefunden, ließ eine rasche Neuauflage erwarten. Diese Prognose hat sich prompt erfüllt, denn schon 5 Monate nach Abschluß der Uraufgabe mußte eine neue Ausgabe werden. Dieselbe weist nur unbedeutende Veränderungen — Neuaufnahme von 2 Tafeln und Ersatz einzelner Bilder durch noch besser ausgeführte — auf.

Die Erfindung ALBERTS (München), welchem wir das neue Verfahren der Citochromie verdanken, feiert in JACOBI auch textlich trefflichem Werke ihre Triumphe, und das Wort NEISSERS, welchem sein Schüler das schöne Buch gewidmet: „Besseres, Naturgetreueres, so unmittelbar Wirkendes hat noch kein Atlas geboten“, ist der beste Geleitbrief für dieses, durch Ausstattung und Wohlfeilheit hervorragende Bilderwerk. Die Naturwahrheit und Plastik der einzelnen Tafeln ist in der Tat geradezu frappierend. Der Atlas JACOBI bedarf weiterer Empfehlung nicht. L. K.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde.

STÜCKEL: Über Blasensteinoperationen bei der Frau.

Der Gynäkologe besitzt 4 Methoden, um chirurgische Eingriffe an der Blase und in derselben auszuführen: 1. die Einführung des Fingers in das Blasen kavum nach vorausgeschickter Dilatation der Harnröhre, 2. das Operationszystoskop, 3. die Sectio alta, 4. die Kolpozystotomie.

Die erste Methode muß völlig aufgegeben werden. Sie ist die älteste und wurde besonders von SIMON mit Erfolg angewendet. Es ist nicht zu leugnen, daß bei ihr die Extraktion von Fremdkörpern, Steinen etc. sehr leicht gelingen kann und daß üble Folgen durchaus nicht regelmäßig zurückbleiben. Bei der forzierten Harnröhrenerweiterung zerreißt der Sphincter vesicae internus allerdings stets; er kann indessen spontan völlig verheilen und braucht dann in seiner Funktionstüchtigkeit keinen dauernden Schaden davonzutragen. In der Literatur sind viele solche Fälle beschrieben. Ganz zweifellos kann aber die völlige Sphinkterverheilung ausbleiben und eine dauernde Blaseninkontinenz wegen mangelnden Schlusses des Blasen schließmuskels der höchst unliebsame Endeffekt dieses Verfahrens sein. Wir sind niemals imstande, mit Sicherheit vorzusagen, ob das eine oder das andere erfolgen wird, und müssen uns von vornherein auf Nachoperationen gefaßt machen, um den Sphinkter wieder zu vernähen, die Harnröhre plastisch zu verengern. Wir werden deshalb geradezu verpflichtet sein, die Harnröhrendilatation und das Einführen des Fingers in die Blase ganz fallen zu lassen, wenn wir über bessere Methoden verfügen. Das Operationszystoskop scheint freilich nicht dazu berufen, sich eine domi-

nierende Stellung zu erringen. So genial es erdacht ist, so schön die Ausführungen dieses komplizierten Instrumentes auch ausfallen, es ist nicht leicht zu handhaben und wird nur innerhalb enger Indikationsgrenzen benützt werden können. Ich habe den Eindruck, daß sich die Gynäkologen schwer dazu verstehen werden, die doch recht mühsame Technik zu erlernen. Nach meinen bisherigen eigenen Erfahrungen kommen nur kleine Fremdkörper oder eingewanderte Ligaturen für zystoskopisch durchführbare Operationen in Betracht. Für diese Fälle glaube ich das zystoskopische Instrumentarium von MIRABEAU oder SATZKO, das neben dem Untersuchungs zystoskop eingeführt wird und unabhängig von diesem in der Blase bewegt werden kann, mehr empfehlen zu sollen, als die eigentlichen Operationszystoskope. Es bleiben somit für die Entfernung von größeren Steinen und Tumoren nur die beiden chirurgischen Methoden im engeren Sinne mit Eröffnung der Blase von oben oder von unten, die Sectio alta und Kolpozystotomie übrig. Beide leisten Vorzügliches bei richtiger Indikationsstellung. Ich möchte zur Exstirpation von Tumoren prinzipiell die Sectio alta und zur Entfernung von Blasensteinen prinzipiell die Kolpozystotomie empfehlen. Besondere Schwierigkeiten bei der Operation von Blasen-tumoren macht erfahrungsgemäß oft die Blutstillung. Es ist unbedingt notwendig, das Operationsterrain so breit freizulegen, daß es vollständig übersehen werden kann. Das gelingt durch die am besten quer angelegte Spaltung des Blasenscheidels oder der vorderen Blasenwand beim hohen Blasenschnitt fast immer in ausgezeichneter Weise, während der Einblick ins Blasen kavum bei Spaltung der unteren Blasenwand durch den Blasenscheidenschnitt ein ganz ungenügender und beschränkter bleibt.

Dagegen ermöglicht das letztere Verfahren eine sehr schonende, schnelle und sichere Extraktion von Fremdkörpern und größeren Steinen: Nach medianer Spaltung der vorderen Vaginalwand auf 4—6 cm wird mittelst per urethram eingeführten Katheters die Blase in die Wunde gedrängt und in der gleichen Richtung durch Einschnitt auf die vorgedrägte Katheterspitze 3—4 cm weit gespalten. Darauf geht der Zeigefinger der rechten Hand durch die Kolpozystotomie-wunde in die Blasenöhle ein, während die linke Hand von den Bauchdecken her ihm „kombiniert“ entgegenarbeitet. So gelingt es meist, „bimanuell“ Steine und Corpora aliena in die Scheide zu dirigieren oder so in die Wunde einzustellen, daß sie sich durch Zangen mühelos extrahieren lassen. Beide Methoden, die Sectio alta wie die Kolpozystotomie, bieten keine technischen Schwierigkeiten; beide sind durchaus lebenssicher, weil sie sich beide extraperitoneal abspielen und weil mit großer Sicherheit auf primäre Wundheilung gerechnet werden kann. Nach meinen Erfahrungen ist es sehr zu empfehlen, die Blase stets völlig zu schließen und auf jede Drainage ebenso zu verzichten wie auf die Tamponade der Bauchdecken-, resp. Scheidenwunde. Ich habe selbst bei schwerer Zystitis stets primären Nahterfolg ohne Fistelbildung gesehen. Es ist dabei allerdings notwendig, die Blasenwunde exakt, und zwar isoliert in ein oder zwei Schichten zu vernähen (ausschließlich mit Katgut!) und einen Harnröhrenverweilkatheter einzuführen. Der SKENESche Pferdefußkatheter aus Glas ist der weitaus beste. Er liegt sicher, läßt sich durch Kochen einwandfrei sterilisieren und inkrustiert sich nicht, wenn er auch eine Woche oder länger liegen bleibt. Sollte gelegentlich einmal die Blasenwunde nicht völlig verheilen, so wird sich die restierende Fistel schnell spontan schließen, wenn ihre Heilung durch Entfernung aller etwa noch vorhandenen Fäden aus der Fistel-gegend und von allem auch wieder durch den S. schen Katheter, der den Urin von der Fistel fernhält und die Blase ruhigstellt, eine zweckmäßige Unterstützung findet.

Notizen.

Wien, 3. September 1904.

(Zulassung weiblicher Ärzte zur Spitalspraxis.)
Wie halbamtlich verlautbart wird, „bildet gegenwärtig die Frage der Zulassung weiblicher Doktoren der Medizin zum Spitalsdienst den Gegenstand von Erwägungen in der n. ö. Statthalterei“. — Man sollte glauben, daß diese „Frage“ einzig und allein im affirmativen Sinne beantwortet werden kann. Wenn man Frauen zum Studium der Medizin zuläßt, wenn man ihnen den Doktorgrad gewährt, dann muß man in Konsequenz dieser Zugeständnisse den weiblichen Ärzten die volle Gleichstellung mit ihren männlichen Kollegen gewähren und die Ärztinnen als Aspiranten, Sekundär-ärzte und Assistenten akzeptieren. Dies ist man ihnen und der Gesellschaft schuldig. Glauben diejenigen, denen vor der Öffnung der letzten Schranke zwischen männlichen und weiblichen Ärzten bangt,

zweckentsprechender zu handeln, wenn sie den weiblichen Ärzten die Möglichkeit fachlicher Ausbildung am Krankenbette verschließen? Soll unser Ärztoproletariat durch den Anschluß der weiblichen Ärzte eine Vermehrung erfahren, weil die politische Behörde der in der Frauenfrage liberalen Unterrichtsverwaltung nachzuhinken beliebt? Wir erwarten auch von den politischen Stellen eine definitive Lösung dieser „Frage“ im liberalsten Sinne.

(Erneuerungen.) Der Oberbezirksarzt Dr. ST. GELLNER ist zum Landes-Sanitätsinspektor, der Bezirksarzt Dr. J. PICK zum Oberbezirksarzte in Böhmen ernannt worden. — Prof. MAX NITZE in Berlin hat den Titel eines Geh.-Rates erhalten.

(XV. Internationaler medizinischer Kongreß.) Wir erhalten soeben die zweite und dritte Nummer des offiziellen Blattes des XV. internationalen medizinischen Kongresses, der im April 1906 zu Lissabon tagen wird. In der Chronik dieser Nummern sind die gegenwärtigen Fragen und die bedeutendsten Beschlüsse des Organisations-Komitees dargestellt. Hervorzuheben sind die Kolonialausstellung, welche gelegentlich des Kongresses in Lissabon stattfinden soll, und die Pellagraforschung, die gegenwärtig in Portugal von der psychiatrischen Sektion vorgenommen wird. Die beiden Nummern des offiziellen Blattes sind fast ausschließlich mit den offiziellen Thesen, mit den Namen der Referenten, die bereits die ihnen gemachte Einladung angenommen haben, gefüllt. Außer den offiziellen Thesen bringen die einzelnen Sektionen eine Anzahl von Fragen zum Vorschlage, in der Absicht, die Ärzte zu freien Referaten über dieselben anzuregen. Zum Schlusse enthalten diese Nummern die Liste der National-Komitees, die in den verschiedenen Ländern sich gebildet haben. Das österreichische Lokalkomitee leiten Hofrat Prof. NOTHNAGEL als Präses, die Prof. OBERSTEINER und FRANKL-HOCHWART als Sekretäre, Hofr. Prof. POLITZER als Kassier.

(Die Direktion des Ersten öffentlichen Kinder-Kranken-Institutes in Wien) versendet folgende Notiz: „Ein in den letzten Tagen von der Firma Kufeke an die Ärzte verschickter Aufsatz mit der Überschrift: „Aus dem I. öffentlichen Kinder-Kranken-Institute des Professors KASSOWITZ, Wien“ ist ohne Ermächtigung der Direktion und ohne Vorwissen derselben veröffentlicht worden.“

(ALBERT LANDERER †.) Am 21. August ist der chirurgische Oberarzt des Karl-Olgakrankenhauses in Stuttgart Professor A. S. LANDERER, 50 Jahre alt, in Gargellen (Schweiz) gestorben. Ein Schüler BRAUNES und THIERSCHS, hat der Verblichene seinen Namen durch zahlreiche ausgezeichnete Arbeiten, vor allem durch sein wiederholt aufgelegtes Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie bekannt gemacht. Seine Studien über die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure haben seinerzeit allgemeine Beachtung gefunden. LANDERER, der seit einem Dezennium die Leitung der chirurgischen Abteilung des Stuttgarter Krankenhauses innehatte, war berufen, als chirurgischer Oberarzt des demnächst zu eröffnenden großen Krankenhauses in Schöneberg-

Berlin zu fungieren, wo ihm ein größerer Wirkungskreis winkte. Mit ihm ist ein gewissenhafter Forscher, ein trefflicher Chirurg geschieden.

(Statistik.) Vom 21. bis inklusive 28. August 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6551 Personen behandelt. Hiervon wurden 1421 entlassen, 139 sind gestorben (8,9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 57, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 20, Dysenterie 2, Blattern —, Varizellen 27, Scharlach 35, Masern 40, Keuchhusten 7, Rotlauf 53, Wochenbettfieber 10, Röteln 1, Mumps 4, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 655 Personen gestorben (+ 32 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. KARL REITTER, ein angesehener Kollege, der durch seine langjährige Tätigkeit als Kassier der Witwen- und Waisensozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums sich die bleibende Dankbarkeit der Ärzteschaft gesichert hat, im 60. Lebensjahre; in Landstraß der Regimentsarzt d. R. Dr. JOSEF WERNER, 70 Jahre alt; in Bockstein der praktische Arzt Dr. HEINRICH RASCH im 41. Lebensjahre; in Ems der Direktor der medizinischen Klinik in Kiel Geh.-R. Prof. Dr. RIEGEL; in Genf der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. FRIEDRICH ZAHN, 59 Jahre alt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Marcuse M., Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? Leipzig 1904, M. Malende. — M. 1.50.
Nagel W., Handbuch der Physiologie des Menschen. 3. Bd., 1. Hälfte. Physiologie der Sinne. Braunschweig 1904. F. Vieweg & Sohn.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage liegen Prospekte bei von: C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim - Waldhof über „Ferratin“ und „Feratose“, Cim & Cie. F. Comar & Fils & Cie. in Paris über „Adrenalin“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Kronendorfer

natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF WIEN k. u. k. Hoflieferant
BUDAPEST
IX., Kolinergasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltánegasse 10.

Creosotal

Duotal

Salophen

Hedonal

Theocin-natr. acetic.

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder.
Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.
Dos.: 0,25—0,50—1,0 g 4—6mal tägl.

Somatose

Hervorragendes Roborans.
Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Lactagogum.
In organischer Verbindung mit 2% Fe als Eisen-Somatose
insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.



Isopral

Neues Hypnotikum; Ersatz für Chloral, doppelt so intensiv wirkend, Herz und Gefäßsystem weniger angreifend.
Dos.: 0,5—1,0 g bei einfachen Agrypnien; 1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen, entweder in Lösung oder in Form von Tabletten. In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.

Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat, neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.
Dos.: 2,0 g in kaltem Wasser gelöst, 3—4mal täglich (am ersten Tage 5mal).

Mesotan

Veronal

Helmitol

Agurin

Heroinhydrochlor.

Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 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 spaltige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ist gegenwärtig die ausschließlich medikamentöse Behandlung exsudativer seröser Entzündungen der Pleura zulässig? Von Prof. S. W. LEWASCHEW in Kasan, I. — Aus dem Institute für Mechanotherapie in Wien. (Doz. Dr. A. BUM — Dr. R. GRÜNBAUM.) Schwund des proximalen Fragmentes nach Humerusfraktur durch Muskelzug. Von Dr. ROBERT GRÜNBAUM. (Schluß.) — Tic convulsif. Von Dr. VACLAV PLAVEC. IV. — **Referate.** JULIUS DONATH (Wien): Beiträge zur Lehre von der paroxysmalen Kältehämoblobinurie. — PIETKOWSKI (Posen): Über Ätiologie und Schluckmechanismus bei idiopathischer Speiseröhrenverengung. — E. SIEMERLING (Berlin): Über den Wert der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten. — MAROWITZ (Tübingen): Über die gerinnungshemmende Wirkung des Kobragiftes. — JOSEF BÄCKER (Budapest): Ruptur der Symphysis während der Geburt. — MONTALTI (Epinal): Versuche mit MARMOREK-Serum in der Phthiseotherapie. — FOUQUET (Paris): Über bakteriologische und serotherapeutische Versuche bei Syphilis. — LAGRANGE: Ein 30 Jahre im Auge gelegener Fremdkörper. — N. F. DOMBROWSKI (Warschau): Über einen Fall von Kryptorchismus und Inkarnation eines Hodens im Leistenkanal. — HAMEQUIN (Paris): Die Behandlung der Phlebalgien. — **Kleine Mitteilungen.** Behandlung von freien Hernien. — Rheumasan — Ernährung der Italiener. — Bioferrin. — Behandlung der puerperalen Erkrankungen der Uterushöhle. — Empyroform. — Behandlung der Blutungen nach der Geburt. — Interne Behandlung von Gallensteinen. — Thiosinaminbehandlung von Kontrakturen. — Perdynamin. — Injektionen in das Rückenmark bei Zerebrospinalmeningitis. — **Literarische Anzeigen.** Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Von Prof. Dr. LEBMANN und Doz. Dr. NEUMANN. — Psychiatrie und Dichtkunst. Ein Vortrag von Dr. phil. et med. GÜSTRA WOLFF. — **Feuilleton.** Über die Berechtigung zur Tötung. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus französischen Gesellschaften. (Original-Bericht.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Ist gegenwärtig die ausschließlich medikamentöse Behandlung exsudativer seröser Entzündungen der Pleura zulässig?

Von Prof. S. W. Lewaschew in Kasan.

I.

Im letzten Viertel des verflossenen Jahrhunderts wurde die Behandlung der exsudativen Pleuritiden nochmals einer gründlichen Forschung unterzogen und auf eine höhere Stufe der Entwicklung gebracht. Die zahlreichen innerhalb dieses Zeitraumes erschienenen Arbeiten, die sich mit dem Studium der angegebenen Frage befaßten, suchten dieselbe hauptsächlich in zwei Richtungen zu erforschen: einerseits bezweckten die Forscher die weitere Ausarbeitung der Methoden der künstlichen Entfernung der Exsudate aus den Brusthöhlen mittelst Punktion der Brustwandungen — einer Methode, die sich in der ärztlichen Praxis immer mehr und mehr einbürgert —, andererseits setzte sich der größte Teil der übrigen Forscher zum Ziele, die Wirkung der neueren medikamentösen Substanzen zu prüfen, die nach dem Gutachten mancher Autoren gegenüber den früher gebräuchlichen Mitteln nicht in höherem Grade wirksam sind, sondern direkt spezifisch gerade auf die entzündlichen Exsudate in der Lungenpleura wirken sollen.

Es unterliegt natürlich keinem Zweifel, daß die gesamte Behandlung der exsudativen Entzündungen der Lungenpleura eine radikale Reorganisation hätte erfahren müssen, wenn sich die Angaben bezüglich der Spezifität mancher medikamentöser Mittel bestätigt hätten. Dieser Umstand erklärt zur Genüge, daß bis auf den heutigen Tag immer noch

verhältnismäßig zahlreiche Untersuchungen vorgenommen werden, die sich mit der Prüfung neuerer, wenn man sagen darf, antiexsudativer Mittel befassen. Von denselben Betrachtungen ausgehend, will ich auch meine hierher gehörigen Beobachtungen mitteilen, die ich in einem Zeitraume von ungefähr 14 Jahren an dem mir zur Verfügung stehenden, ziemlich reichen Materiale angestellt habe. An diese Mitteilung beabsichtige ich auch die von mir bezüglich der Bedeutung der pharmazeutischen Behandlung bei exsudativen Entzündungen der Lungenpleura überhaupt gewonnenen Resultate anzuschließen. Bevor ich aber zur Erörterung der von mir erzielten Resultate übergehe, erachte ich es für notwendig, sowohl zur Erklärung des von mir akzeptierten Untersuchungsverfahrens wie auch zur Klarstellung des gegenwärtigen Zustandes der Frage wenigstens eine sehr kurze Übersicht der Literatur zu bringen.

Im Anfange der achtziger Jahre hat AUFRECHT, nachdem er in einigen Fällen von Perikarditis, die sich im Verlaufe von Gelenkrheumatismus eingestellt hatte, mit Erfolg Salizylsäure angewendet hatte, versucht, dieselbe auch bei primärer Perikarditis anzuwenden, und dabei gleichfalls günstige Resultate erzielt. Er ging hierauf zur Prüfung der Salizylsäure auch bei Pleuritis über, wobei er sich wiederum von der zweifellosen Wirksamkeit der Salizylsäure auch bei dieser letzteren Krankheit überzeugen konnte.¹⁾ Gestützt auf diese Beobachtungen, empfahl AUFRECHT, exsudative Entzündungen der Lungenpleura mit Salizylsäure zu behandeln. Letztere muß nach seiner Ansicht möglichst frühzeitig, womöglich noch in frischen Fällen, zur Anwendung kommen, und zwar in Dosen von 1.0 6mal täglich; gleichzeitig empfiehlt AUFRECHT,

¹⁾ Siehe Literatur-Verzeichnis am Schlusse dieser Arbeit.

den Patienten strenger Bettbehandlung zu unterziehen; nach 2—3 Tagen kann die Tagesmenge der Salizylsäure bis auf 3·0—4·0 verringert werden; sind keine Kontraindikationen vorhanden, so ist es zweckmäßiger, die Behandlung im allgemeinen 8—10 Tage lang fortzuführen.²⁾ Später ist AUFRECHT zu der Ansicht gelangt, daß auch dann, wenn innerhalb des erwähnten Zeitraumes eine Herabsetzung des Niveaus des Exsudats nicht stattgefunden hätte, es noch keineswegs als bewiesen erachtet werden könnte, daß die Salizylsäure im gegebenen Falle überhaupt unwirksam sei, da günstige Resultate häufig erst nach langem Gebrauch derselben erzielt würden. Aus diesem Grunde empfiehlt AUFRECHT, die von ihm ursprünglich in Vorschlag gebrachte Behandlungsmethode derart zu modifizieren, daß die Behandlung nicht auf eine 8—10tägige Anwendung der Salizylsäure beschränkt bleibe, sondern daß nach einer 2—3tägigen Zwischenpause die Salizylsäure wiederum 8—10 Tage lang sechsmal täglich zu 1·0 gegeben, hierauf aber wieder eine 2—3tägige Zwischenpause gemacht werde u. s. w., so daß die Prozedur mehrmals hintereinander wiederholt werde.

Einige im Anschluß an die Mitteilungen AUFRECHTS erschienenen Kontrolluntersuchungen, namentlich diejenigen, die mehr oder minder unmittelbar nach dem Erscheinen der erwähnten Arbeiten AUFRECHTS zur Veröffentlichung gelangt sind, haben anscheinend nicht nur die Angaben AUFRECHTS bestätigt, sondern die antiexsudative Wirkung der Salizylpräparate bei serösen Entzündungen der Lungenpleura gleichsam noch mehr hervorgehoben. So sind als die ersten EUGSTER³⁾ und DRZEWIECKI⁴⁾ und hierauf EICHHORST⁵⁾, FIEDLER⁶⁾, TETZ⁷⁾, STILLER⁸⁾, BIEGANSKI⁹⁾, DERI¹⁰⁾, STRISOWER¹¹⁾, TALAMON¹²⁾, KÖSTER¹³⁾, HERZ¹⁴⁾, HECHT¹⁵⁾, VELTENI¹⁶⁾, DOCK¹⁷⁾ u. a. zu dem Schlusse gelangt, daß sowohl die Salizylsäure wie auch das Natronsalz derselben auf seröse Entzündungen der Lungenpleura sehr intensiv wirken, indem sie die entzündlichen Erscheinungen zum Stillstand bringen und die Resorption des Exsudats beschleunigen. Nach der Ansicht der Mehrzahl der oben aufgezählten Autoren soll die günstige Wirkung der Salizylpräparate nicht nur in frischen Fällen von Pleuritis, wie dies AUFRECHT annahm, zur Geltung kommen, sondern auch in solchen Fällen, die bereits mehr oder minder lange bestanden haben. Und noch mehr, manche Autoren (STILLER, TETZ, STRISOWER u. A.) betrachten die Behandlung nach AUFRECHT als einen so mächtigen und sicheren Heilfaktor, daß man nach ihrer Ansicht in den Fällen, in denen die Pleuritis bei der Anwendung der Salizylpräparate nicht nachgibt und das Exsudat innerhalb der ersten 5—6 Tage von Beginn der Behandlung nicht resorbiert wird, mit Sicherheit annehmen kann, daß nicht eine seröse, sondern eine eitrige Entzündung der Lungenpleura vorliege.

Hätten ähnliche Schlüsse der Wahrheit entsprochen, so hätte man augenscheinlich annehmen müssen, daß durch die angeführten Untersuchungen die Wege der Behandlung der serösen Entzündungen der Lungenpleura endgültig festgestellt sind. In diesem Falle hätte darüber kein Zweifel bestehen können, daß die ärztliche Kunst in der Salizylsäure und ihrem Natronsalz die gesuchten spezifischen antiexsudativen Mittel wirklich gefunden habe, deren Sorgfalt und dauernde Anwendung, den Angaben AUFRECHTS entsprechend, für jeden Arzt und in jedem Falle von serösem Exsudat in der Lungenpleura obligatorisch sein müßte. Die früheren zweifelhaften Methoden der innerlichen und äußeren Anwendung gewisser medikamentöser Mittel wären also vollkommen überflüssig geworden. Jedoch gestattet eine nähere Kenntnisnahme der einschlägigen Literatur durchaus nicht, den Salizylpräparaten eine ähnliche Wirkung beizumessen. Vor allem weisen selbst einige der oben aufgezählten Autoren bestimmt darauf hin, daß sie von der geschilderten Behandlung zweifellos günstige Resultate nur bei gewissen Formen von Pleuritis, und zwar bei solchen, die als Komplikationen im Verlaufe von Gelenkrheumatismus aufgetreten oder, wenn unabhängig von dem-

selben, so doch auf derselben Grundlage entstanden sind.¹⁸⁾ Ferner haben andere Forscher, wie z. B. UNVERRICHT¹⁹⁾ und EDGREN²⁰⁾, auf Grund ihrer Beobachtungen irgend welche definitive Schlüsse hinsichtlich der spezifisch therapeutischen Eigenschaft der Salizylpräparate bei seröser Entzündung der Lungenpleura nicht ziehen können; vielmehr betrachten sie die Salizylpräparate als symptomatische Mittel und fügen hinzu, daß sie bei vorsichtiger Anwendung nicht schaden können. Schließlich betrachtet eine dritte Gruppe von Autoren, die selbst von einer gerade in der Lehre der Pleuritis so bekannten Autorität wie FRÄNZEL²¹⁾ vertreten wird und auch Namen wie VOLLAND²²⁾ und NEUMANN²³⁾ aufweist, den Gebrauch der Salizylsäure oder des Natrium salicylicum bei der in Frage stehenden Erkrankung als direkt schädlich, und zwar auf Grund der mehr oder minder schweren Nebenwirkungen derselben, wie Abnahme der Herzaktivität, allgemeiner Kräfteverfall, vollständiger Appetitverlust, erschöpfende Schweiß etc.

Wenn schon selbst hinsichtlich der anscheinend wirksamsten medikamentösen Behandlung der exsudativen Entzündung der Lungenpleura so heftige Widersprüche bestehen, so stößt man auf noch größere Einwendungen, wenn man die Literatur der übrigen medikamentösen Mittel betrachtet, mag es sich um den innerlichen Gebrauch verschiedener Diuretika, verschiedener Abführmittel, Herzmittel etc. handeln, oder um die namentlich in früheren Zeiten so beliebte äußere Anwendung verschiedener hautreizender Substanzen, wie spanisches Fliegenpflaster, Jodtinktur etc. Als genügende Erläuterung dazu kann folgende Meinung von DIEULAFOY, der sich bekanntlich mit der Frage der Behandlung der Pleuritis so viel befaßt hat, dienen: „Ich nehme also an, daß das spanische Fliegenpflaster auf das in der Lungenpleura befindliche Exsudat gar keinen Einfluß ausübt, und enthalte mich daher dessen Anwendung. Die übrigen therapeutischen Mittel, wie Aderlaß, Abführmittel, harn- und schweißtreibende Mittel, sind, wie mir scheint, in der Behandlung von pleuritischen Exsudaten nur von sehr untergeordneter Bedeutung: Ich gelange immer mehr und mehr zu der Überzeugung, daß alle diese Mittel gewöhnlich nutzlos, bisweilen sogar schädlich sind.“²⁴⁾

Nichtsdestoweniger sind manche dieser Mittel, besonders die hautreizenden Substanzen, bis auf den heutigen Tag unter den Ärzten noch weit verbreitet. Noch vor kurzer Zeit hat I. M. PROSOROWSKI auf das wärmste eine Modifikation dieser Behandlungsmethode empfohlen, die in Bepinselung der affizierten Brustkorbseite mit einer Mischung von Guajakol und Jodtinktur besteht.²⁵⁾ In der ersten Zeit meiner praktischen Tätigkeit habe auch ich häufig zum spanischen Fliegenpflaster, zu Bepinselungen der affizierten Brustkorbseite mit Jodtinktur gegriffen, dann aber den Anwendungskreis dieser Mittel immer enger und enger gezogen und gebrauche sie jetzt schon äußerst selten. Da es mir einerseits unmöglich ist und andererseits auch überflüssig erscheint, sämtliche hierher gehörigen Krankengeschichten ausführlich anzuführen, will ich nur beiläufig sagen, daß ich mich in 82 bei mir verzeichneten Fällen nicht ein einziges Mal mit genügender Deutlichkeit davon habe überzeugen können, daß die genannten Mittel den Verlauf der Pleuritis kupiert oder die Resorption des Exsudats beschleunigt hätten. Im Gegenteil, es bot sich mir nicht selten Gelegenheit, unglücklichen Kranken zu begegnen und solche in den Vorlesungen meinen Zuhörern zu demonstrieren, bei denen die Haut der erkrankten Seite infolge der barbarischen Einpinselungen mit starker Jodtinktur in großen Fetzen herabhing und mehr oder minder tiefe und schmerzhaft Fissuren zwischen denselben aufwies oder durchweg mit fast unzählbaren Spuren von erschreckend vielen spanischen Fliegenpflastern bedeckt war, bei denen nichtsdestoweniger in der Lungenpleura ein mehr oder minder bedeutendes Exsudat bestand, das bei Anwendung anderer Behandlungsmethoden in kurzer Zeit verschwand. Dies alles

ließ schon seit langer Zeit die Überzeugung in mir aufkommen, daß weder die vielmaligen und stärksten Einpinselungen mit Jodtinktur, noch die fleißige Applikation von spanischem Fliegenpflaster die Fähigkeit besitzen, auf den Verlauf der Pleuritis in dem von uns gewünschten Sinne irgendwie zu wirken. Ich habe infolgedessen schon seit ungefähr 8 Jahren auf den Gebrauch von Jodtinktur und von spanischem Fliegenpflaster zu dem angegebenen Zwecke verzichtet, und wenn ich jemals zu diesen Mitteln greife, so geschieht es zur Erfüllung einer ganz anderen Indikation, und zwar ausschließlich in der Absicht, die intensiven Schmerzen zu lindern, welche die Pleuritis nicht selten begleiten. Ich muß aber bemerken, daß ich mich auch von deren schmerzstillender Wirkung nicht mit absoluter Sicherheit habe überzeugen können und daß ich dieselben aus eigener Initiative niemals anwende. In dieser Beziehung befindet sich aber der Arzt gewöhnlich in der Lage, den dringenden Wünschen der Kranken selbst oder deren Angehörigen nachgeben zu müssen, da im Publikum die Überlieferungen derjenigen Medizin noch gut erhalten sind, deren Richtschnur die grausame Regel war: quod medicina non sanat, ferrum sanat; quod ferrum non sanat, ignis sanat etc. Bis auf den heutigen Tag kann man ab und zu noch Menschen begegnen, die fest davon überzeugt sind, daß sie durch alljährlichen, stets zu derselben Zeit ausgeführten Aderlaß oder durch Unterhaltung einer Fontanelle auf irgend einem Körperteil vor jeglicher Erkrankung trotz der ungesundesten Lebensweise geschützt sind, und wenn diese Individuen dennoch erkranken, so sind sie überzeugt, daß daran die nicht genügend reichliche Blutentziehung oder die unrichtige Applikation der Fontanelle schuld ist. Man darf wohl hoffen, daß diese letzten Überreste der barbarischen therapeutischen Manipulationen, die hauptsächlich nur in der Machtlosigkeit der damaligen ärztlichen Kunst gewurzelt haben, mit der Verbreitung wahrer Kenntnisse der im tierischen Körper sich abspielenden Erscheinungen und der wirklichen Ursachen der Krankheiten einerseits und mit der fortschreitenden Entwicklung der inneren Medizin andererseits allmählich verschwinden werden.

Was die verschiedenen schweißtreibenden Abführmittel etc. betrifft, so hat sich deren Anwendung nach meinen Beobachtungen gleichfalls als vollkommen erfolglos erwiesen, so daß ich auch deren Anwendung bald habe einstellen müssen.

Das Studium der neueren Literatur beweist, daß meine Ansicht nicht vereinzelt dasteht, sondern gerade in der letzten Zeit immer mehr und mehr Verbreitung findet. Neben der von mir oben bereits zitierten Ansicht des berühmten französischen Klinikers DIEULAFOY finden wir auch in den neuesten englischen und deutschen Monographien ein ähnliches skeptisches Verhalten den oben bezeichneten Behandlungsmethoden gegenüber. So ist RICKARDS auf Grund eigener Beobachtungen zu dem Schlusse gelangt, daß die Resorption von Exsudaten durch die Anwendung von Derivantien nicht immer beschleunigt wird, und daß harntreibende Mittel nicht nur nutzlos, sondern direkt schädlich sind, indem sie die Kranken schwächen etc.²⁷⁾

ROSENBACH äußert sich in bezug auf diese Mittel, daß er es als Pflicht erachte, zu bemerken, daß allen diesen Mitteln ein zu großer Einfluß auf die Resorption von Exsudaten aus der Lungenpleura auf Grund ihrer harn- und wassertreibenden Wirkung nicht beigemessen werden und daß man nicht allzulange auf ihre Wirkung warten und aus diesem Grunde den Zeitpunkt der operativen Entfernung des Exsudats, die allein ein zuverlässiges Resultat ergibt, nicht aufschieben darf.

STINTZING²⁸⁾ fügt nach einer Aufzählung der Mittel, die zur Beschleunigung der Resorption verordnet werden, hinzu, daß er dieselben in einer sehr großen Zahl von Fällen angewendet, aber keinen zuverlässigen Erfolg damit erzielt hatte.

UNVERRICHT²⁹⁾ sagt im Kapitel über Behandlung der exsudativen Pleuritiden, daß man bei allen irgend bedeutenden Exsudaten (außer die allzu geringen) bald von der vollkommenen Machtlosigkeit der pharmazeutischen Therapie sich überzeugt und anstatt derselben die operative Behandlung antreten muß.

Die von mir bis jetzt angeführten Tatsachen geben einerseits eine hinreichende Aufklärung darüber, wie wenig Bedeutung man heutzutage auf Grund der neuesten Beobachtungen der älteren Methode der Behandlung der Pleuritis beimessen darf, und wie wenig die Hoffnung berechtigt ist, mit Hilfe dieser Methoden nicht nur in den meisten, sondern selbst in einzelnen Fällen von etwas bedeutendem pleuritischen Exsudat Heilung zu erzielen; andererseits unterrichten uns diese Tatsachen über den Schaden, der dem Patienten von einer Selbsttäuschung des Arztes in dieser Beziehung erwachsen kann. In der Tat kann man noch heutzutage nicht selten Menschen mit gekrümmtem Rumpfe, mit eingefallenem Thorax, mit nach der einen oder nach der andern Seite verschobenem Herzen etc. begegnen, die die bezeichneten Anomalien trotz einer vielmonatlichen Behandlung eines pleuritischen Exsudats mit spanischem Fliegenpflaster, Jodtinktur etc. akquiriert haben.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bezüglich der Behandlung mit Salizylsäurepräparaten; aber auch hinsichtlich dieser letzteren ist, wie wir gesehen haben, eine Übereinstimmung der Schlüsse der verschiedenen Forscher nicht erzielt worden. Die Mehrzahl der Autoren allerdings schreibt den Salizylpräparaten eine intensive therapeutische Wirkung auf das in den Pleurahöhlen befindliche Exsudat zu, sogar eine so auffallende, daß manche Autoren die Salizylpräparate als ein gutes differentialdiagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen serösen und eitrigen Exsudaten betrachten; andere Autoren haben sich jedoch mit absoluter Sicherheit von der therapeutischen Wirkung der Salizylpräparate nicht überzeugen können. Eine dritte Gruppe von Autoren betrachtet, wie oben gesagt, die Salizylpräparate bei der Behandlung der Pleuritis nicht nur als nutzlos, sondern sogar als direkt schädlich. Aus der Ansicht der ersteren Autoren würde also hervorgehen, daß jeder Fall von seröser Pleuritis (oder nach anderen Autoren die Mehrzahl der Pleuritisfälle) mit Salizylpräparaten behandelt werden muß und geheilt werden kann; nach der Annahme der letzteren Autoren würde eine derartige Behandlung überhaupt unzulässig sein.

Was mich betrifft, so habe ich mit der Anwendung der Salizylpräparate bei serösen Entzündungen der Lungenpleura in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre, nach dem Erscheinen der zweiten Mitteilung AUFRECHTS, begonnen. In der ersten Zeit gab ich meinen Kranken, die Vorschrift dieses Autors streng befolgend, ausschließlich Salizylsäure in den von diesem Autor vorgeschlagenen großen Dosen. Bald aber mußte ich ebenso wie viele andere Beobachter zu geringeren Dosen des Mittels und dann zum Natronsalz desselben greifen. Nur sehr wenige Kranke vermochten einige Tage hintereinander 6 Eingrammdosen Salizylsäure täglich zu vertragen; bei den meisten stellten sich sehr bald heftige Schmerzen in der Magengrube, vollständiger Verlust des Appetits, Erbrechen, bisweilen selbst blutiges Erbrechen, etc. ein. Ich begann dann Eingrammdosen 6—8mal täglich zu geben, erlebte aber auch bei dieser geringen Dosis nach wie vor verschiedene ungünstige Nebenerscheinungen. Als nun in den neunziger Jahren in der Literatur darüber Mitteilungen erschienen sind, daß das Natrium salicylicum sich zu diesem Zwecke ebenso eigne wie die Salizylsäure selbst, so blieb ich endgültig bei diesem Mittel, dasselbe zunächst, den Vorschlägen FIEDLERS entsprechend, 6mal täglich zu je 1.25 Grm. verordnend. Jedoch wurde in diesen Dosen auch das Natrium salicylicum von den Kranken nur ausnahmsweise gut vertragen; meistens kam es zu schweren Nebenerscheinungen,

sowohl lokalen von seiten des Verdauungstraktus (Magen-schmerzen, Verlust des Appetits, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall), wie auch allgemeinen (Abnahme und Unregelmäßigkeit der Herz-tätigkeit, allgemeiner Kräfteverfall, Ohrensausen, Taubheit, Schwindel etc.). Es stellte sich also bald die Notwendigkeit heraus, auch die Dosen des Natrium salicylicum allmählich zu verringern. Es wurde klar, daß FIEDLER ebenso wie AUFRECHT überhaupt von vornherein zu große Dosen empfohlen haben, da auch weit geringere Dosen dieselbe Wirkung hervorzubringen imstande waren. Auf Grund der Gesamtheit meiner Beobachtungen mußte ich 0·5—0·6—0·8 Natrium salicylicum 4—6mal täglich als die gewöhnliche Dosis für Erwachsene anerkennen (0·5—0·6 für Frauen und sehr schwache Kranke). Übrigens muß man bisweilen die soeben angegebene Dosis entweder bis 0·3 Grm. verringern (besonders bei langem Gebrauch des Mittels), oder im Gegenteil bis zu 1·0 steigern.

Bevor ich zur Erklärung der Resultate, die ich bei Prüfung der Salizylsäure und ihres Natronsalzes erhalten habe, übergehe, glaube ich noch auf einen Umstand aufmerksam machen zu müssen, der bei Beobachtungen über Entzündung des Pleurasackes von außerordentlicher Wichtigkeit ist, bis jetzt aber in verhältnismäßig sehr geringem Grade die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hat, was wahrscheinlich eine der Hauptursachen der zahlreichen Widersprüche und unrichtigen Schlüsse über die Behandlung der Pleuritis gewesen ist. Jeder, der in der Lage war, eine mehr weniger bedeutende Anzahl von Pleuritiden genau verfolgen zu können, wird kaum bestreiten wollen, daß diese Krankheit im höchsten Grade verschiedenartig verläuft. In manchen Fällen bleiben die entzündlichen Erscheinungen nicht lange bestehen, das Exsudat erreicht allmählich sehr bedeutende Grade, der Krankheitsverlauf wird schleppend und kann nur mittelst der radikalsten therapeutischen Maßnahmen zum Stillstand gebracht werden. Bei anderen Kranken kommt die Pleuritis, die mit stürmischen und gefährdenden Erscheinungen einsetzte, bald spontan zum Stillstand; das Exsudat und alle Krankheitserscheinungen verschwinden von selbst. Die Ursache dieses so verschiedenartigen Verlaufs bleibt ebenso wie die Entstehung der Krankheit selbst sehr häufig vollkommen unbekannt, so daß man gewöhnlich auch nicht im entferntesten in der Lage ist, zu Beginn der Pleuritis voraussagen zu können, welchen Verlauf dieselbe nehmen wird. Eine Zeitlang war die Ansicht verbreitet, daß die Schwere der exsudativen Pleuritis von der Art der im Exsudat enthaltenen Mikroorganismen abhängt. Diese Ansicht ist jedoch durch spätere Beobachtungen widerlegt worden. Was mich betrifft, so habe ich in sämtlichen in meine Behandlung gelangten Fällen nicht unterlassen, von den im Exsudat enthaltenen Mikroorganismen Kulturen anzulegen, und kann gleichfalls bestätigen, daß sich ein Zusammenhang zwischen der Intensität der Erkrankung und der Art der im Exsudat aufzufindenden Mikroben nicht feststellen läßt.³⁰⁾ Nun versteht es sich von selbst, daß, wenn ein Beobachter zufällig einigen Fällen begegnet, in denen die Krankheit Neigung zu spontaner Heilung besitzt, das Resultat der Behandlung, welche therapeutischen Maßnahmen immer ergriffen worden sind, stets ein sehr günstiges sein wird und daß die Schlußfolgerung hinsichtlich der Wirksamkeit des angewendeten Mittels dabei unvermeidlich eine irrtümliche sein muß. Derartige spontane Heilungen ohne jegliche therapeutische Intervention im engeren Sinne des Wortes sind bei der Aufnahme der Kranken in Krankenhäuser möglich, wo die Pleuritiker die für sie so nötige absolute Ruhe und entsprechende Wartung finden, die nicht selten schon an und für sich ausreichen, um das Exsudat, das sich früher nicht verringern wollte und sich sogar vergrößerte, zur Resorption und spontanem Verschwinden zu bringen.

Als Beweis dafür bin ich in der Lage, folgende Beobachtung anzuführen:

M. A., 60 Jahre alt, kam in die Klinik 1 Monat nach Beginn der Erkrankung, die sich nach den Angaben der Patientin im Anschluß an eine starke Erkältung mit ziemlich großem rechtsseitigen Exsudat, das hinten bis 1·5 cm oberhalb des Angulus scapulae (bei auf der Brust gefalteten Händen) hinaufreichte, entwickelt haben sollte. In der ganzen verfloßenen Zeit wurde sie von starkem Husten, von Stechen in der Seite und von Asthma gepeinigt, wobei diese Krankheitserscheinungen sich immer mehr und mehr steigerten, so daß die Patientin in der letzten Zeit nur noch auf dem Rücken zu liegen vermochte. Die Probepunktion förderte eine seröse, leicht trübe Flüssigkeit von 1014 g spezifischem Gewicht zutage, in der die mikroskopische Untersuchung eine ziemlich große Anzahl von Eiterkörperchen und die bakteriologische Untersuchung die Anwesenheit von pyogenen Streptokokken ergab. Temperatur subfebril, abends bisweilen bis 37·7°. — Behandlung: Absolute Bettruhe, innerlich Kodein zu 0·015 pro dosi, jedesmal beim Husten zu nehmen. Innerhalb der ersten 4 Tage wurden nur Besserung des subjektiven Befindens und Nachlassen des Hustens wahrgenommen, während die objektiven Erscheinungen in der rechten Hälfte des Brustkorbs unverändert blieben. Am 5. Tage begann das Niveau des Exsudats zu sinken, was auch in den folgenden Tagen anhielt, so daß nach 1½ Wochen von dem Exsudat keine Spur mehr wahrzunehmen war; das vesikuläre Atmen nahm auf der rechten Hälfte des Brustkorbs die normalen Grenzen wieder ein, und die Kranke wünschte, da sie sich vollkommen gesund fühlte, aus der Klinik entlassen zu werden.

Im vorstehenden Falle ist also einzig und allein bei entsprechender Lebensweise und bei Gebrauch von Kodein, das eigentlich nur zur Linderung der Schmerzen und des Hustens gebraucht wurde, d. h. eigentlich ohne jegliche gegen das Exsudat gerichtete Behandlung unter allmählicher Resorption des Exsudats in kurzer Zeit vollständige Genesung eingetreten. Hätte ich in diesem Falle unmittelbar nach der Aufnahme der Kranken in die Klinik etwa spanisches Fliegenpflaster oder Jodtinktur angewandt, so hätte ich es natürlich nicht unterlassen können, den günstigen Ausgang der Krankheit eben auf dieses Mittel zurückzuführen, d. h. es wäre eine vollkommen irrtümliche Schlußfolgerung erfolgt. Man hätte also annehmen können, daß Jedermann die absolute Notwendigkeit einleuchten muß, neue Behandlungsmethoden nur an Fällen zu prüfen, hinsichtlich deren man gewissermaßen die Sicherheit haben kann, daß in denselben eine Neigung zur spontanen Heilung der Pleuritis nicht besteht. Da wir aber, wenn wir den Kranken zum ersten Male sehen, keinen ausreichenden Anhaltspunkt haben, darüber zu entscheiden, wie die Krankheit verlaufen wird, so ist es zweifellos, daß die einzige Möglichkeit, die soeben angegebenen Vorsichtsmaßregeln zu erfüllen, in der vorherigen Beobachtung eines jeden Falles ohne jegliche Behandlung bestehen muß, besonders in der ersten Zeit des Aufenthaltes der Kranken unter neuen, günstigen Verhältnissen, wie sie im Krankenhause gegeben sind, um erst dann zur Prüfung der einen oder der andern Behandlungsmethode zu schreiten, nachdem wir uns überzeugt haben würden, daß die Krankheit zur spontanen Heilung keine Neigung besitzt. Und doch ist in manchen der sich mit der Erforschung der AUFRECHTSchen Behandlungsmethode beschäftigenden Arbeiten diese Seite der Frage ganz außer Acht gelassen. So sind z. B. in der vor kurzem erschienenen Arbeit von Dr. POLJAKOW einige Fälle von Pleuritis mit günstigem Ausgang bei Gebrauch von Natrium salicylicum geschildert, in denen aber das Mittel schon am 2. Tage nach der Aufnahme der Kranken in die Klinik zur Anwendung gelangt ist, was im Sinne der soeben angestellten Betrachtungen diesen Beobachtungen jede Beweiskraft nimmt.³¹⁾ Es ist also klar, daß durch diese Fehlerhaftigkeit des Beobachtungsverfahrens die in der Literatur anzutreffenden Widersprüche in den Schlußfolgerungen hinsichtlich der therapeutischen Wirkung irgend eines Mittels gewissermaßen erklärt werden können.

Aus dem Institute für Mechanotherapie in Wien.
(Doz. Dr. A. Bum — Dr. R. Grünbaum.)

Schwund des proximalen Fragmentes nach Humerusfraktur durch Muskelzug.

Von Dr. Robert Grünbaum.

(Schluß.)

In der Literatur finden sich darüber nur verhältnismäßig wenige Angaben. Die erste Mitteilung⁶⁾ betrifft einen Mann, der in Boston von verschiedenen Ärzten viele Jahrzehnte lang beobachtet und wiederholt zum Gegenstande von Mitteilungen gemacht worden ist.

Der betreffende Patient brach in seinem 18. Lebensjahre innerhalb zweier Monate den rechten Humerus 3mal an derselben Stelle ungefähr in der Mitte. Nach der zuletzt erlittenen Fraktur trat keine Konsolidation mehr ein, vielmehr wurde der Humerus im Laufe der nächsten 12 Jahre fast vollkommen resorbiert, und zwar ganz allmählich ohne alle Schmerzen, ohne Entzündung, Eiterung und Aufbruch. Dann blieb der Zustand unverändert; der Vorderarm war stets funktionsfähig, so daß Patient trotz des knochenlosen Oberarmes alle möglichen Arbeiten verrichten konnte. Im 70. Lebensjahre starb Patient im Irrenhause. Die Sektion ergab, daß vom Humerus nur kleine Knochenreste vom oberen und unteren Ende übrig geblieben waren, welche durch einen teils aus Bindegewebe, teils aus Muskelfasern bestehenden Strang in Verbindung gehalten wurden. Dieser Strang wurde hauptsächlich von dem eng verwachsenen Brachialis internus und Triceps gebildet. Die übrigen Muskeln ließen sich leicht isolieren, entsprangen und inserierten sich teils an den noch vorhandenen Knochenresten, teils an dem erwähnten Strange, welcher die halbe Länge des normalen Humerus besaß.

Über einen zweiten Fall berichtet AGNEW⁷⁾, bei welchem die Hälfte des Humerus innerhalb 8 Jahren nach der Fraktur durch Resorption verschwand. OEHLER⁸⁾ teilte 2 Fälle aus LÜCKES Klinik mit.

Der erste dieser Fälle, der in seinem Befunde dem von mir beobachteten Falle gleicht, betraf eine Frau, die im Alter von 25 Jahren auf die rechte Schulter gefallen war. Sofort heftige Schmerzen, Unfähigkeit, den Arm zu bewegen; zunächst keine ärztliche Behandlung; Arm nur in der Schlinge getragen. Nach 5 Wochen Anlegung eines erhärtenden Verbandes durch einen Bader. Verband bleibt 3 Monate lang liegen. Nach seiner Entfernung Schwellung und Schmerzen geringer, aktive Bewegung unmöglich. Bei passiven Bewegungen deutliches Knacken und Krepitation von aneinander reibenden Knochen. Hierauf Anwendung von Elektrizität etc. Zwei Jahre später begann die Beweglichkeit sich zu bessern. Erst 7 Jahre nach Entstehung der Verletzung suchte Patientin die Klinik auf. Hier konstatierte man: die rechte Schulter fällt steil ab; Akromion rechts tiefer stehend als links; die normale Wölbung fehlt entsprechend der rechten Regio deltoidea, doch scheinen die Muskeln, speziell der Deltoidens, rechts nicht schwächer als links. Die Achse des Oberarms weicht nach innen ab. Der rechte Arm abnorm leicht passiv beweglich; ganz extreme Bewegungen leicht und schmerzlos passiv ausführbar. Jede Hemmung in der Schulter fehlt. Man kann das obere Ende des rechten Humerus frei hin- und herschieben. Cavitas glenoidalis leer. Von der Achselhöhle aus läßt sich die seitliche Thoraxwand abtasten; nirgends eine Spur von dem — etwa luxierten — Humeruskopf zu fühlen. Das obere Ende des Humerus kann man besonders deutlich untersuchen, wenn man es in der MOHRENHEIMSchen Grube direkt unter der Haut erscheinen läßt. Man findet auch hier keine Spur vom Humeruskopfe, vielmehr erkennt man deutlich, daß Kopf und Hals des Oberarmknochens vollständig fehlen. Der Humerus endet leicht verjüngt, die Markhöhle ist geschlossen. Die Messung ergibt, daß rechts mindestens 5 cm vom oberen Humerusrand fehlen.

⁶⁾ „Boston med. and surg. Journ.“, Juli 1838, Okt. 1872, zit. nach BRUNS, „Deutsche Chirurgie“, Lief. 27, pag. 511.

⁷⁾ Surgery, Vol I.

⁸⁾ Inaug.-Dissert., Straßburg 1883, zit. nach SCHNITZLER, „Wiener klin. Rundschau“, 1899, Nr. 12 u. 13.

Nirgends eine Narbe nachweisbar. Bewegungen etwas unsicher, aber ziemlich kräftig. Patientin kann ihrem Berufe (Korbflechten) nachgehen, sich allein an- und auskleiden etc.

Der zweite Fall betrifft einen 15jährigen Burschen, der 8 bis 9 m tief auf die linke Schulter auffiel. Sofort starke Schwellung, Unfähigkeit den Arm zu gebrauchen. 3 Wochen ohne ärztliche Behandlung, hierauf Spitalaufnahme. Nun fand sich: die Muskulatur der linken Schulter, besonders der M. deltoideus, beträchtlich atrophiert, die linke Schulter eigentümlich deformiert; 3 cm unter der Schulterhöhe ragt die Spitze eines scharfkantigen Knochenstückes unter der verdünnten Haut hervor. Diese Spitze ist das obere Ende des nach vorn abgewichenen Humerusschaftes. Der linke Oberarm um 2 1/2 cm kürzer als der rechte. Humeruskopf nicht deutlich durchzufühlen. Bei stärkeren Exkursionen Krachen und Krepitation. Bei der Operation zeigt sich der Humeruskopf bis auf einen schmalen, kaum 1 cm dicken, schalenförmigen Rest völlig verschwunden, mit diesem durch ligamentöse Stränge die hintere Fläche der erwähnten Knochenspitze, d. h. des Humerusschaftes, verbunden. Nirgends Eiter, die Umgebung von granulationsähnlichen Geweben eingenommen.

Ein weiterer Fall, den OEHLER⁹⁾ zitiert, ist der SALZMANN'S. Hier hatte ein altes Weib nach einem Falle eine Verkürzung des rechten Beines um vier Querfinger und Einwärtsrotation dieser Extremität akquiriert. Zunächst Diagnose auf Luxation, vergebliche Repositionsversuche. Bei der Sektion fehlte der Schenkelkopf vollkommen und da, wo er abgebrochen war, fand man den Hals ganz rau und ungleich. SCHNITZLER¹⁰⁾ bezeichnet diesen Fall insofern als einen zweifelhaften, als es durchaus nicht ausgeschlossen werden kann, ob nicht wirklich eine Luxation vorgelegen hatte. Für die Annahme der Fraktur spricht die geschilderte rauhe und ungleiche Beschaffenheit des Halses. Wäre der Schenkelkopf im Anschlusse an eine Luxation zur Resorption gelangt, so wäre der Hals wahrscheinlich abgerundet gewesen.

In einem Falle BEYERS¹¹⁾ war 7 Tage nach erfolgter Fraktur des Humerushalses das obere Fragment schon merklich verkleinert; es war deutlich ausgehöhlt und an der der Fraktur entsprechenden Stelle auf die Gelenkskappe reduziert (Sektionsbefund).

Dann liegt eine Beobachtung von DE LA HARPE¹²⁾ vor.

Ein junger Mann von 18 Jahren erlitt auf dem Eise einen Fall auf den Rücken, fuhr jedoch während des ganzen folgenden Monats fort, seine Arbeit zu verrichten. Dann erst wurde ein Arzt zugezogen, der einen Bruch des Brustbeins, beider Schlüsselbeine und mehrerer Rippen fand. Später kam es an den genannten Stellen zur Abszeßbildung, es trat ein pleuritisches Exsudat hinzu und 3 Monate nach der Verletzung erfolgt der Tod. Die Sektion ergab, daß der obere Teil des Sternums ganz verschwunden, der untere mürbe, zerfressen und von Eiter umspült war. Die beiden obersten Rippen der rechten und die 3 ersten Rippen der linken Seite waren gebrochen, zerfressen und von Eiter umgeben. Beide Schlüsselbeine mit Ausnahme des Akromialendes waren verschwunden und ihre Stelle von einer Eiteransammlung eingenommen, in welcher einige leicht zerbrechliche Knochenstückchen schwammen.

Dieser Fall ist aber nicht einwandfrei, weil es sich hier um eine mit Eiterung einhergehende Resorption von Knochen handelte.

Eine ähnliche Beobachtung erwähnt ROKITANSKY.¹³⁾ Derselbe sah ausgedehnte Defektbildungen an den Knochen der rechten Thoraxwand nach Zertrümmerung durch Huftritte. Jedoch findet sich der Fall nirgends ausführlicher beschrieben.

Diese wenigen Fälle hat SCHNITZLER¹⁴⁾ noch um einen einwandfreien, genau beschriebenen, selbst beobachteten Fall vermehrt.

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ l. c.

¹¹⁾ l. c. OEHLER.

¹²⁾ Schweizer Zeitschrift f. Med. etc., 1853, pag. 289.

¹³⁾ Lehrbuch der pathol. Anatomie, II, pag. 112.

¹⁴⁾ „Wiener klin. Rundschau“, 1899, Nr. 12 u. 13.

H. W., 19jähriger Brauergehilfe, verunglückte im März 1898 in nachfolgend geschilderter Weise: Er wollte aus einem Maischbottich, in dem er gearbeitet hatte, hinausgelangen und sich zu diesem Behufe über die mannshohe Wand des Bottichs schwingen. Während nun die ganze Körperlast auf den in gestreckter Stellung fixierten Armen ruhte, verspürte Patient in der Gegend des linken Ellenbogens einen sehr heftigen Riß, und der linke Arm versagte den Dienst. Die Schmerzen in der linken Ellenbogengegend hielten an, dieselbe schwell stark an, ebenso der linke Vorderarm, und der linke Arm war gebrauchsunfähig. Der vom Kranken damals konsultierte Arzt verordnete Salizylpulver und kalte Umschläge, später Einwicklungen mit einer Flanellbinde. Allmählich gingen Schmerzen und Schwellung zurück, und nach einigen Wochen konnte Patient seiner Beschäftigung wieder teilweise nachgehen; nur jene Verrichtungen konnte er nicht ausführen, die eine Streckung im linken Ellenbogengelenk erforderten. Am 25. Juni trat ohne dem Patienten bekannte Veranlassung (insbesondere ohne eine neuerliche Verletzung) unter Fieber und allgemeinem Unwohlsein Rötung und Schwellung der Haut des linken Vorderarms, und zwar zunächst nahe der Ellenbogengegend. Am 27. Juni wurde H. auf die Erysipelabteilung des Kaiser Franz Josef-Spitals aufgenommen. Dasselbst wurde folgender Status notiert: Ziemlich großer, kräftig gebauter, gut genährter junger Mann. Allgemeine Mattigkeit. Temperatur 37.8. Der linke Vorderarm in seiner ganzen Ausdehnung, insbesondere um das Ellenbogengelenk herum, stark geschwollen, die Haut des Vorderarms und der unteren Hälfte des Oberarms dunkelrot, infiltriert und druckempfindlich. Im ganzen Bereiche der linken oberen Extremität keinerlei Hautverletzungen oder Residuen von solchen nachweisbar. Die starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit macht eine genaue Untersuchung der Konstituenten des Ellenbogengelenkes unmöglich. Bewegungen etwas eingeschränkt. (Die innere Untersuchung ergibt nichts Erwähnenswertes.) Diagnose: Erysipel. In den nächsten Tagen blaßte das Erysipel ab, die Haut schuppte, die Schwellung des Oberarms verging, während die des Vorderarms bestehen blieb. Dann entwickelte sich über der Ulnakante, und zwar zirka vier Querfinger unterhalb der Spitze des Olekranon, ein kleiner Abszeß, der am 5. Juli inzidiert wurde, wobei konstatiert wurde, daß er nur in der Haut und im subkutanen Zellgewebe saß, mit den tieferen Teilen nichts zu tun hatte. Die Inzisionswunde schloß sich dementsprechend auch nach wenigen Tagen, eine oberflächliche Narbe zurücklassend.

Am 8. Juli 1898 war die Abschwellung der Ellenbogengegend so weit vorgeschritten, daß zum ersten Male eine genaue Palpation möglich war, und da ergab die Untersuchung: Radius und Humerus normal. Die Kontinuität der Ulna erscheint unterbrochen. Das Olekranon deutlich nachweisbar, unterhalb seiner Basis hört die Ulna auf und der Finger vermag tief in die Weichteile des Vorderarms einzudringen; einige Zentimeter weiter unten läßt sich in den Weichteilen das obere Ende der unteren Ulnahälfte wieder nachweisen und diese dann wieder bis zur Handwurzel verfolgen. Aktive Streckung im linken Ellenbogengelenk unmöglich.

Wegen dieses auffallenden Befundes wurde H. einige Tage später auf die chirurgische Abteilung transferiert. Aus dem hier aufgenommenen Status sei folgendes hervorgehoben: Bei dem kräftig gebauten Manne ist der linke Oberarm wesentlich magerer als der rechte, und beträgt die Differenz (um die Mitte gemessen) 3 cm. Der linke Vorderarm zeigt Hautödem, besonders über der Ulna, ist aber auch magerer als der rechte, und beträgt die Differenz (im oberen Drittel gemessen) beinahe 3 cm. Im linken Schultergelenke alle Bewegungen frei. Im linken Ellenbogengelenke ist die Beugung aktiv und passiv frei. Die Streckung aktiv kraftlos, bis zirka 160°, passiv etwas weiter, aber auch nicht vollkommen ausführbar. Supination und Pronation, besonders letztere, eingeschränkt. Der Radius von normaler Beschaffenheit; bei starker Pronation tritt das Radiusköpfchen etwas weiter vor; im Gelenke leichtes Krachen.

Das linke Olekranon zeigt fingerbreit unter seiner Spitze eine grubige Vertiefung (die durch eine Fingerkuppe auszufüllen wäre) und setzt sich dann, dünner und schmaler als normal, beinahe vollkommen spitz endigend, noch zirka 3 cm weit fort. Dieses obere Stück der Ulna ist in normaler Weise an der Sehne des etwas

atrophischen Trizeps befestigt, liegt der Trochlea exakt auf, ist aber von rechts nach links sehr verschiebbar. Nun fehlt ein gut handbreites Stück der Ulna; dieselbe wird erst an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Dritteile des Vorderarmes tastbar, und zwar zunächst in sehr verschmälertem Umfange; sie nimmt aber nach abwärts ziemlich rasch an Dicke zu, um über dem Handgelenke normale Dimensionen aufzuweisen. Eine sehr genaue Untersuchung des Nervensystems ergibt ganz normalen Befund, so daß Tabes, Syringomyelie etc. ausgeschlossen werden können. Auch für Lues finden sich keinerlei Anhaltspunkte. Der eben beschriebene Befund stammt vom November 1898. Mehrere zwischen Juli und November vorgenommene Untersuchungen konnten feststellen, daß zweifellos der Defekt langsam an Ausdehnung zunahm, daß die Grube im Vorderarm sich langsam vertiefte und der obere Teil des unteren Ulnastückes sich verschmälerte, daß also der Prozeß ein langsam progredienter war. Röntgenaufnahmen bestätigten dies.

Eine diesbezügliche Bemerkung findet sich bei GURLT¹⁵⁾, der hervorhebt, daß das Schwinden von Fragmenten bei Gelenkbrüchen, besonders das Collum femoris betreffend, mehrfach zur Beobachtung gelangt ist.

Sonst fand ich nur noch eine kurze Notiz bei HOFFA¹⁶⁾, daß es bei Oberschenkelbrüche manchmal zur Resorption des Kopfes kommen kann, ohne daß sich hier nähere Angaben und Details finden.

Eine Erklärung, welcher Art der Prozeß ist, der der spontanen Resorption der Bruchenden zugrunde liegt, ist nicht leicht zu geben. Fälle wie der von DE LA HARPE und ROKITANSKY finden ihre vollständig ausreichende Erklärung in den mit der Fraktur vergesellschafteten Eiterprozessen. Wie schon die Beschreibung des hier erhobenen Befundes ergibt, handelt es sich um eine entzündliche Einschmelzung, welche, von außen gegen den Knochen vordringend, die Bruchfragmente allmählich verkleinert und schließlich vollständig zum Verschwinden bringt.

Anders steht die Frage für die übrigen Fälle. OEHLER will den hier stattfindenden Prozeß in eine gewisse Analogie bringen mit der Caries sicca, indem die meist begrenzt bleibenden und rasch vorübergehenden traumatischen Knochenentzündungen ausnahmsweise exzessiv werden können, sich über weite Strecken ausbreiten und die höchsten Grade der entzündlichen Erweichung selbst einen so vollständigen Schwund der Knochen hervorbringen können, daß förmliche Defekte entstehen. Mit Bezug auf den Bostoner Fall, der im Irrenhause starb, nimmt BRUNS¹⁷⁾ an, daß es sich hier und in ähnlichen Fällen um neurotische Knochenatrophie handle, die einerseits die Ursache abnormer Knochenbrüchigkeit sei, andererseits durch ausgedehnten Schwund des Knochengewebes großartige Zerstörungen und Defekte zu setzen imstande sei. Zur Unterstützung seiner Ansicht führt er eine Beobachtung CHARCOTS an, der bei der Sektion eine Frau, die durch viele Jahre an einer Tabes dorsalis litt, im Verlaufe welcher sie zahlreiche Spontanfrakturen erlitt, den linken Oberschenkel um 3 cm verkürzt und Kopf, Hals und Trochanter fast vollständig geschwunden fand. Diese Annahme wird natürlich für alle Fälle, bei denen eine genaue Untersuchung des Nervensystems keine Anhaltspunkte für irgend eine Erkrankung bietet, hinfällig; sicher aber ist die Forderung SCHNITZLERS, in allen solchen Fällen das Verhalten des Nervensystems einer exakten Prüfung zu unterziehen, eine wohl begründete.

Auch mit den physiologischen Resorptionsvorgängen, welche an den Bruchenden bei jeder Frakturheilung in beschränktem Maße stattfinden und wodurch die vorspringenden Bruchenden, Kanten und Spitzen schwinden, stehen diese pathologischen Resorptionen in gar keinem Zusammenhange, denn bei der normalen Frakturheilung verfallen lediglich nur die

¹⁵⁾ l. c.

¹⁶⁾ Lehrbuch d. Frakturen u. Luxationen.

¹⁷⁾ l. c.

statisch nicht in Anspruch genommenen Knochenteile der Resorption, während die Resorption in den erwähnten Fällen an diese Grenzen nicht gebunden erscheint.

PALTAUF¹⁸⁾ hat anlässlich der Demonstration des SCHNITZLERSchen Falles in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte seine Meinung dahin geäußert, daß es sich in diesen Fällen um eine einfache sekundäre Atrophie der nicht zur Vereinigung gelangten Bruchstücke handle, und erwähnt zur Stütze dieser Anschauung ein im pathologisch-anatomischen Institut befindliches Präparat einer veralteten Tibiafraktur, bei der die Fragmente mit glatten, konisch verjüngten Enden voneinander abstehen. Die Fibula ist viel massiger als normal, hyperostotisch und hatte die Stütze der Extremität übernommen. In ganz ähnlicher Weise waren in dem SCHNITZLERSchen Falle die weit voneinander abstehenden Fragmente zugespitzt resp. an Masse stark reduziert, während der Radius, insbesondere seine untere Hälfte, wohl dicker erscheint als normal. SCHNITZLER erwähnt auch noch, daß der Defekt während der mehrmonatlichen Beobachtungszeit zunahm, was wohl mit der Annahme einer sekundären Atrophie ganz gut übereinstimmt. Auch ich möchte mich dieser Annahme anschließen, wenn sich auch in dem von mir beschriebenen Falle eine derartige konische Verjüngung des Bruchendes weder palpatologisch noch auf dem Röntgenbilde auffand, vielmehr das obere Ende des unteren Fragmentes abgerundet und eher etwas verbreitert erschien. Dieses abweichende Verhalten kann seine Erklärung vielleicht darin finden, daß das untere Bruchstück durch die Pseudoartikulation mit den Rippen stets funktionell in Anspruch genommen und durch die Bewegungen abgeschliffen, abgerundet wurde, während das obere Bruchstück, der Kopf und die angrenzenden Teile des Halses der sekundären Atrophie verfielen. Freilich bleibt, wie schon SCHNITZLER hervorhebt, mit der Annahme PALTAUFS die Frage noch immer ungelöst, warum es in den speziellen Fällen von nicht eingetretener Frakturheilung nicht bei der einfachen Pseudarthrosenbildung bleibt, sondern zu einer derartigen weitgehenden Atrophie kommt.

Unsere Kenntnisse über die Genese und pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Pseudarthrosen sind trotz zahlreicher kasuistischer und experimenteller Beiträge noch immer so lückenhafte, daß die Beantwortung derartiger Fragen, wenn es je gelingen sollte, dafür eine befriedigende Erklärung zu erlangen, wohl noch in weite Zukunft gerückt ist.

Nur ein Moment, das schon vermöge der Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der es in den diesbezüglichen Krankengeschichten erwähnt wird, auffällt, scheint mir, namentlich zusammengehalten mit einzelnen Ergebnissen des Tierexperiments, einiger Beachtung wert zu sein. In allen Krankengeschichten mit Ausnahme des Bostoner Falles findet sich die Angabe, daß die Patienten unmittelbar nach erlittener Fraktur durch mehrere Wochen, selbst Monate noch weiter ihrer Tätigkeit nachgingen und sich entweder gar keiner oder einer unzweckmäßigen Behandlung unterzogen, in allen Fällen eines Fixationsverbandes zur Ruhigstellung der Fragmente in der ersten Zeit oder überhaupt entbehren mußten. Nun liegen einige Versuchsergebnisse über Pseudarthrosenbildung vor, welche ähnliche Verhältnisse bei Tieren betreffen. V. OLLIER¹⁹⁾ fand bei Versuchen an Kaninchen, daß die andauernde Reizung des Kallus durch fortgesetzte Bewegungen die Verknöcherung derselben verhindert. Bei einem Versuche kam es sogar zur vollständigen Resorption des Kallus, so daß nach 28 Tagen die beiden Fragmente wieder ganz beweglich und nur durch eine faserige, rötliche, schwammige Substanz verbunden waren. Wenn auch dieser eine positive Versuch keinen ausreichenden Beweis abzugeben vermag, so ist er vielleicht doch geeignet, einen kleinen Fingerzeig zu bieten, welche Momente

¹⁸⁾ Zit. nach SCHNITZLER.

¹⁹⁾ Du cal et de ses modifications sous l'influence de l'irritation; zitiert nach BRUNS.

für die Entstehung dieser seltenen Fälle von Bedeutung werden können.

Auch in versicherungsrechtlicher Beziehung weist der von mir besprochene Fall einige Besonderheiten auf. Es geschieht nicht häufig, daß ein Unfallversicherter einen erlittenen Unfall und dazu noch einen so schweren Unfall, wie eine Oberarmfraktur, mit voller Absicht nicht zur Meldung bringt. Als Erklärung hierfür gab Patient an, daß er befürchten mußte, bei längerer Krankheit seinen Posten zu verlieren und als alter und vielleicht teilweiser Invalide keine Stellung mehr finden zu können, daß er deshalb den Versuch machte, seine Arbeit trotz des unbrauchbaren rechten Armes weiter zu verrichten. Dieses Verhalten, das im auffallenden Kontraste steht zu dem Bestreben vieler Unfallversicherter, aus ihrem Unfälle möglichst große materielle Vorteile zu ziehen, wird aber verständlich, wenn man berücksichtigt, daß die Schwierigkeiten, als älterer Arbeiter noch einen neuen Posten zu bekommen, tatsächlich bestehen, und daß das Krankengeld oder die voraussichtliche Invaliditätsrente geringer ist als der gewöhnliche Arbeitsverdienst. Es geschieht ja auch gar nicht selten, und dies namentlich bei älteren Arbeitern, daß dieselben bei Erkrankung, trotzdem das Heilverfahren noch lange nicht beendet ist, bereits wieder ihre Arbeit aufnehmen, einerseits aus Furcht, ihre frühere Stellung durch zu langes Kranksein zu verlieren, andererseits durch Not gezwungen, weil das Krankengeld nicht ausreichend ist, um den Lebensunterhalt zu decken. Daß ein Patient mit einer frischen Oberarmfraktur noch imstande ist, seinen Dienst als Maschinenwärter durch Monate zu versehen, gehört wohl auch nicht zu den alltäglichen Erfahrungen.

Die Unfallversicherungsanstalt, bei welcher mein Patient versichert war, hat unter Hinweis auf die unterlassene Meldung des Unfalls und auf die später erfolgte Krankmeldung das nachträglich gestellte Begehren auf Zuerkennung einer Rente abgewiesen; das angerufene Schiedsgericht hat aber in Berücksichtigung der oben erwähnten Umstände und der glaubwürdigen Angaben des Patienten die Rentenansprüche in vollem Umfange anerkannt.

Tic convulsif.

Von **Dr. Václav Plavec.**

IV.

Therapie.

Wenn der Gesichtskrampf nur ein Symptom oder Bestandteil einer anderen organischen oder funktionellen Erkrankung ist, muß seine Therapie nicht besonders abgehandelt werden. Aber auch der selbständig auftretende Gesichtskrampf wird in mancher Hinsicht ebenso behandelt wie die übrigen Krampfarten, so daß nur einige spezielle Bemerkungen notwendig sein dürften.

Die neuropathische Disposition, der wir sehr oft begegnen, verlangt eine entsprechende Diätetik: Verbesserung und Regelung der Ernährung, Beseitigung der Überanstrengung der Geisteskräfte und jeder Art von überflüssiger Erregung. Die medikamentöse Therapie ist mannigfaltig, aber wenig wirksam. Meine Patienten lobten noch am meisten die Wirkung der Arsenlösung und Zinkpillen. Auch Massage, Hydrotherapie und Gymnastik werden empfohlen.

Was die eigentliche Therapie anbelangt, so kommt man beim echten Tic convulsif mit einer bloßen Belehrung des Kranken und seiner Umgebung aus. Der Tic ist eine psychische Erkrankung des jugendlichen Alters und entwickelt sich auf hereditärer Basis. Die wichtigste Behandlungsmethode ist daher eine richtige Erziehung (CHARCOT, BRISSAUD und Andere). Der Wille der Patienten ist schwach und muß daher mit allen Mitteln, welche zu einer Steigerung des Selbstbewußtseins und Selbstvertrauens führen, unterstützt werden. Andererseits muß der Kranke lernen, seinem Willen zu ge-

horchen. Es wurde bereits erwähnt, daß der Kranke durch seinen Willen die Bewegungen unterdrücken kann, und in dieser vorsätzlichen Beherrschung seiner selbst muß sich der Kranke oft üben. Allerdings muß er dies aus freiem Antriebe machen und nicht aus Furcht vor Strafe, weil jede Aufregung dem Kranken schadet. FEINDEL und MEIGE sagen, daß der Kranke sich vom Tic befreien kann, wenn er sich davon befreien will; zu Heilzwecken empfehlen sie folgende Übungen: 1. das Gesicht für eine Weile zu immobilisieren; 2. mit den Gesichtsmuskeln willkürliche Bewegungen auszuführen (Gesichtsgymnastik), namentlich solche, welche zu den krankhaften Bewegungen im antagonistischen Verhältnisse stehen. Diese zweite Methode muß meiner Ansicht nach mit Vorsicht angewendet werden, da sich bei disponierten Leuten (und diese eben werden vom Tic befallen) auch eine beabsichtigte Bewegung leicht stabilisieren könnte. Sollte eine Erfüllung der gestellten Bedingungen seitens der Umgebung des Kranken nicht zu erwarten sein, wäre eine Isolierung des Patienten am Platze.

Die spezielle Therapie des Reflexkrampfes bewegt sich analog der Ätiologie in einer doppelten Richtung: erstens den peripheren Reiz zu beseitigen, und zweitens die Reflexerregbarkeit herabzusetzen. Die erste Aufgabe ist unverhältnismäßig leichter und fällt oft in das Gebiet der operativen Chirurgie. In Fällen, wo sich eine auffallende Empfindlichkeit eines Trigeminasastes nachweisen läßt, ist für den Kranken die Durchschneidung dieses Astes besser als die Durchschneidung des N. facialis, zu welcher nur in den verzweifeltsten Fällen geschritten werden sollte. BITREMIEUX sah einigemal Heilung des Tic convulsif nach Katheterisation der Tränenkanälchen. Eine Zeitlang können Gegenreizmittel (Vesikantia hinter das Ohr, Kanterisation der Wirbelsäule) oder Narkotika (Morphium) helfen. In frischen Fällen kann man auch eine Schwitzkur versuchen, welche sich in manchen sogenannten rheumatischen Fällen bewährt hat (DEYL).

Um die Reflexerregbarkeit herabzusetzen, sind wir fast ausschließlich auf die medikamentöse Therapie angewiesen, die aber nur von geringem Erfolge begleitet ist. Außer den bekannten Bromiden, welche namentlich BERNHARDT lobt, wird eine ganze Reihe von Präparaten gereicht.

Eine besondere Erwähnung verdient die Elektrotherapie. Wir können sie bei jeder Art von Gesichtskrampf anwenden, sei es zu Suggestivzwecken (hauptsächlich bei Krämpfen hysterischen Ursprungs), oder zu wirklich therapeutischen Zwecken, wobei sich ein Erfolg nicht länger bezweifeln läßt.²¹⁾ Die Aufgaben der Elektrotherapie bei Krämpfen können wir nach ERB folgendermaßen gruppieren:

1. Beseitigung des motorischen Reizes. Zu diesem Behufe legt man die Anode an irgend einer Stelle im Verlaufe der motorischen Bahnen des Fazialis, beginnend vom kortikalen Zentrum des Gesichtsnerven bis inklusive die Gesichtsmuskulatur, an. Methoden gibt es mehrere. ERB und BERGER empfehlen, die Anode auf die kontralaterale Scheitelgegend anzulegen, auf eine Stelle, welche dem unteren Drittel der Zentralwindung entspricht, und die Kathode auf die Wirbelsäule oder auf die Hand derjenigen Seite, auf welcher der Krampf ist. Dann wird der Strom allmählich bis zu einer leicht erträglichen Stärke gesteigert und nach 5—10 Minuten wiederum langsam abgeschwächt. Oder man legt am Nacken auf jeden Proc. mastoideus eine Elektrode (die Anode auf die kranke Seite) und leitet den Strom quer durch die Medulla oblongata. Ich glaube, die erste Methode eignet sich für die kortikale oder subkortikale Lokalisation, die zweite aber für den reflektorischen Krampf. BERGER beobachtete eine Besserung

²¹⁾ Abgesehen von den zahlreichen, auffallend günstigen Erfolgen bei Neuralgien und peripheren Paralysen verdient hier besonders folgendes Experiment Beachtung: FRIEDLÄNDER durchschnitt bei einem Hunde beide Ischiadici, und da zeigte es sich, daß der galvanisierte Fuß schon nach 4 Wochen wieder normal, der andere Fuß aber noch paretisch war, WINDSCHEID: SCHMIDTS Jahrbücher, 1899, Bd. 26, pag. 81.

des Tic, wenn er die Anode auf die Mitte der Hinterhauptgegend und die Kathode auf irgend eine entfernte Stelle legte.

Weitere, ähnliche Methoden sind: die Anode auf die Austrittsstelle des Fazialis, die Kathode auf die Muskeln; oder man streicht mit der Anode langsam über das Gesicht und mit der Kathode über den Brustkorb. REMAK empfiehlt, die Anode auf das obere Sympathikusganglion zu legen, um auf diese Weise indirekt mit Hilfe der Vasomotoren einzuwirken. Bei meinen Fällen sah ich von dieser Methode gar keine Erleichterung.

Auch eine starke Faradisation der Medulla oder der Muskeln wird empfohlen, um die Muskeln und Nerven zu ermüden und so die Erregbarkeit herabzusetzen. Diese Methode ist sehr unangenehm, namentlich am Kopfe. Ein Patient, bei dem ich sie versucht habe, ist mir ausgeblieben. REMAK und DEYL sahen nicht bloß nach der Faradisation, sondern auch nach starken konstanten Strömen eine Verschlimmerung des Tic convulsif.

2. Beseitigung des peripheren Reizes durch Anlegen der Anode auf die Puncta dolorosa (auf hysterogene Stellen). In Fällen, wo der Krampf mit einer Trigeminalneuralgie zusammenhing, hat mir diese Methode gute Dienste geleistet.

3. Reflektorische Unterdrückung des Krampfes durch starke Reizung an der Peripherie. Abgesehen davon, daß auf diese Weise kaum ein dauernder Erfolg erzielt werden dürfte, ist diese Methode noch unangenehmer als die starke Faradisation, weil bei ihr außer starken (gewöhnlich faradischen) Strömen noch Metallpinsel benützt werden, damit die äußere (kutane) Reizung möglichst groß ausfalle.

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit erachte ich es für eine angenehme Pflicht, dem hochverehrten Herrn Hofrat Prof. Dr. B. EISELT für die liebenswürdige und allseitige Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Literatur. Außer den Handbüchern von MAIXNER, THOMAYER, OPPENHEIM, GOWERS, EICHHORST, NIEMEYER-SEITZ, STRÖMPFEL, SAHLI und ERB habe ich folgende Literatur benutzt: M. BERNHARDT, Erkrankungen der peripherischen Nerven. — NOTHNAGEL, Pathologie und Therapie, 1896, XI. Bd., II. T. — W. ERB, Handbuch der Elektrotherapie. — ZIEMSEN, Handbuch der allgem. Therapie, 1886, III. Bd. — E. REMAK, Zur Pathogenese der nach abgelaufenen Facialislähmungen zurückbleibenden Gesichtsmuskelnzuckungen, „Berliner klin. Wochenschr.“, 1898, Nr. 52. — BRESLER, Beitrag zur Lehre von der Maladie des tics convulsifs. „Neurologisches Zentralblatt“, 1896, pag. 955. — J. MITCHELL, Cases of trigeminal spasm. Resection. Probable presence of sensory fibres in the seventh nerve. „Journal of nervous and mental disease“, XXV, pag. 392. — T. COHN, Facialis-Tic als Beschäftigungsneurose. „Neurologisches Zentralblatt“, 1897, Nr. 1. — E. FEINDEL et H. MEIGE, Tic ou spasme de la face. „Revue neurologique“, 1898, pag. 126. — CHARCOT, Leçons du mardi à la Salpêtrière. 4. juin 1889 et 23 octobre 1888. — J. DEYL, Tic convulsif. „Časopis lékařů českých“, XXII, pag. 225. — O. KODYM, Maladie des tics und einige verwandte Krankheiten. Ebenda XXX., pag. 117. — K. ALT, Über neuere elektrotherapeutische Arbeiten. SCHMIDTS Jahrbücher, 1887, Bd. 253, pag. 81. — L. BATISTELLI, Contributo allo studio dei tic convulsivi. Riforma medica, 1896, Vol. I, Nr. 63—65. — GAD, Reflexe. EULENBURGs Enzyklopädie, Bd. XX. — E. BRISAUD, Leçons sur les maladies nerveuses, 1894. — UNVERNICH, Myoklonie. EULENBURGs Enzyklopädie, Bd. XVI. — A. HABEL, Über Fortbestehen von Tic convulsif bei gleichzeitiger Hemiplegie. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1898, pag. 189. — TH. ZIEHEN, Über Myoklonus und Myoklonie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1883, pag. 465. — A. MARINA, Über Paramyoclonus multiplex und idiopathische Muskelkrämpfe. Ebenda, pag. 700. — E. KUV, Über ein dem Paramyoclonus multiplex nahestehendes Krankheitsbild. Ebendort pag. 577. — V. VŘSIN, Störungen der Zungeninnervation. „Sbornik poliklinický“, 1897. — O. BOSS, Beitrag zur Lehre von der Ätiologie des Tic convulsif. „Neurologisches Zentralblatt“, 1885, pag. 313. — SCHULTZE, Über den Paramyoclonus multiplex. Ebenda, pag. 363. — E. REMAK, Elektrotherapie. EULENBURGs Real-Enzyklopädie, Bd. VI. — Zahlreiche Referate im „Neurologischen Zentralblatt“, „Revue neurologique“ und SCHMIDTS Jahrbüchern führe ich nicht besonders an.

Referate.

JULIUS DONATH (Wien): **Beiträge zur Lehre von der paroxysmalen Kältehämoglobinurie.**

Verf. hat bei drei Fällen von paroxysmaler Hämoglobinurie eingehende Blutuntersuchungen angestellt. („Zeitschr. f. klin. Med.“,

Bd. 52, H. 1 u. 2.) Als unmittelbare Folge der Anfälle zeigte sich Verminderung des Hämoglobins und der Zahl der roten Blutkörperchen. Häufig fanden sich Normoblasten und einmal auch Myelozyten mit neutrophiler Granulation während der Anfälle; im nativen Präparat nur vereinzelte Schatten und Hämoglobinschollen, einzelne rote Blutkörperchen wie aufgequollen, vereinzelte fragmentierte Blutkörperchen; im gefärbten Präparat nur bei einem Fall rote Blutkörperchen mit Stellen, die durch basische Farbstoffe gefärbt waren; sonst keinerlei charakteristische Veränderungen. In dem nach EHRLICH und BOAS aus dem legierten und abgekühlten Finger entnommenen Blut waren alle genannten Veränderungen ausgesprochen. Das Serum enthielt bei keinem Fall in der anfallsfreien Zeit gelösten Blutfarbstoff, dagegen stets während der Anfälle. Die Gerinnung des Blutes erfolgte rasch, bei einem Fall zeigte sich mehrmals einen Tag nachher eine Lockerung des Blutkuchens; zu einer Verflüssigung kam es aber nicht. Der Harn zeigte gewöhnlich vor der Hämoglobinentleerung Spuren von Nuklealbumin und Serumalbumin, welche die Hämoglobinausscheidung überdauerten, zuweilen spärliche hyaline und granuliert Zylinder; der ausgeschiedene Blutfarbstoff war meist im Anfall selbst Oxyhämoglobin, bei besonders schweren Anfällen mehrmals auch Methämoglobin. Die weiteren Blutuntersuchungen ergaben, daß eine abnorme Empfindlichkeit der roten Blutkörperchen gegen Kälte nicht bestand. Austritt von Blutfarbstoff konnte auch nicht beobachtet werden, wenn das Blut bei verschiedenen Temperaturen zur Gerinnung gebracht wurde. Bei allen drei Fällen fand sich eine geringere Widerstandsfähigkeit der Erythrozyten gegenüber mechanischen Schädigungen als bei normalen Menschen. Diese Unterschiede waren aber zu verschiedenen Zeiten auch bei einem und demselben Kranken verschieden groß. Der CHVOSTEKsche Versuch, bloß durch einfache Stauung Hämoglobinämie zu erzeugen, gelang nur bei einem Fall in nennenswertem Maße. Die Prüfung der hämolysierenden Fähigkeit des Blutes ergab folgendes: Es zeigten sich nur geringe isolytische Eigenschaften, welche auch in der anfallsfreien Zeit vorhanden waren. In keinem der Fälle waren in der anfallsfreien Zeit lösende Eigenschaften für die eigenen Blutkörperchen vorhanden. Das Anfallserum zeigte einmal eine Spur von Lösungsvermögen. Im Anfall wird keine der beiden Komponenten des Hämolysins im Sinne EHRLICHs im Überschuß gebildet; im Intervall findet sich eine Hämolysinkomponente im Plasma. Der Ausfall dieser Versuche spricht nicht gegen die Annahme eines im Anfall wirkenden Hämolysins, da dasselbe nach völliger Verankerung an die Blutkörperchen sich dem Nachweis im Serum entzieht. Die weitere Untersuchung der roten Blutkörperchen ergab, daß sie sich in ihrem Verhalten gegen normale menschliche Sera nicht von normalen menschlichen Blutkörperchen unterscheiden und auch nicht von einem Menschenblutkörperchen lösenden Immuns serum (Kaninchen) in stärkerem Maße gelöst wurden als normale Erythrozyten. Durch Abrin und Rizin wurden die Blutkörperchen eines Falles noch in stärkeren Verdünnungen agglutiniert als normale. Stauungsserum, nach $\frac{1}{4}$ stündiger Abschneidung des Oberarms von einem Fall von Chlorose entnommen, zeigte keine hämolysierende Wirkung auf die während des Intervalls gewonnenen Blutkörperchen bei zwei der Fälle; Kälteserum, von Individuen stammend, welche vor der Blutentnahme 6—10 Minuten lang den Vorderarm in 4—5gradiges Wasser gehalten hatten, zeigte nur bei einigen Versuchen eine geringgradige Steigerung des vorher schon Blutkörperchen etwas lösenden Vermögens.

B.

PIETRKOWSKI (Posen): Über Ätiologie und Schluckmechanismus bei idiopathischer Speiseröhren-erweiterung.

Die äußeren Ursachen für die Entstehung der idiopathischen Ösophagusdilatation sind mannigfaltig: Psychische Einflüsse, Erkältungen, Entzündungen der Schleimhaut durch reizende Speisen, Traumen und Infektionskrankheiten. („Archiv für Verdauungskrankheiten“, Bd. X, H. 2.)

Die innere Ursache für die Entstehung des Leidens ist einheitlich und besteht in der Störung des fein ausbalancierten Inner-

vationsgleichgewichtes, das zwischen Kardial- und unterem Ösophagusdrüsen besteht:

a) Einer primären Verstärkung der Kardialinnervation beim Kardiospasmus, wie sie durch Aufregungen, Erkältungen, Traumen und Entzündungen zustande kommen kann, entspricht als korrespondierender Faktor in der Ausbildung des Leidens die Herabsetzung der reflektorischen Erregbarkeit der unteren Speiseröhrenmuskulatur, so daß der Konstriktionsreiz erst durch Drehung der Wand auf die automatischen Zentren übertragen werden muß. Hierin liegt die Ursache für die Dilatation. Da aber der Muskel völlig gesund ist, entspricht er gleichzeitig der vermehrten Arbeit mit echter Hypertrophie.

b) Einer primären Schwäche der Ösophagusmuskulatur, wie sie durch Infektionskrankheiten oder Dehnung infolge Überanstrengung beim Tragen schwerer Lasten auftritt, entspricht als korrespondierender Faktor eine Erhöhung des Kardionus, der durch sekundäre Reize von steckenbleibenden Speisen oder Schleimhautentzündung sich zum echten Spasmus steigert und nun für die Ausbildung des Leidens in den Vordergrund treten kann.

Radikalheilung scheint nur auf operativem Wege (Dehnung und funktionelle Ausschaltung der Kardial-) möglich. BR.

E. SIEMERLING (Berlin): Über den Wert der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Verf. hat die histologische Durchforschung der Zerebrospinalflüssigkeit vorgenommen und auch die physikalische Eigenschaft, die Farbe (Chromodiagnostik) und das chemische Verhalten berücksichtigt („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 21). Die Untersuchungen erstreckten sich auf 38 Fälle von progressiver Paralyse, 3 Fälle von Delirium tremens, 5 Fälle von Alkoholismus chronicus, 4 Fälle von Epilepsie, respektive epileptische Geistesstörung, 6 Fälle von einfacher Seelenstörung (darunter 2 Katanie, 2 Paranoia, 1 Dem. sen., 1 Autointoxikationspsychose), 15 Fälle von Nervenkrankheiten (Tumor cerebri 1, Tumor medullae spinalis 1, Lues cerebrospinalis 2, Neurose nach Trauma 2, Dementia apoplectica 1, multiple Sklerose 1, Tabes 4, Schädel-fraktur mit extraduraler Blutung 1, Hirnblutung mit Durchbruch in Ventrikel 1, Neurose unbestimmter Ätiologie 1), endlich 4 Fälle von Meningitis, darunter 2 tuberkulöse, 1 eitrige. Das Resultat seiner Untersuchungen faßt S. in folgender Weise zusammen:

In der Zytodiagnostik, in dem chemischen und in dem physikalischen Verhalten (Chromodiagnostik) des Liquor cerebrospinalis haben wir eine wertvolle Bereicherung unserer diagnostischen Methoden zu erblicken. Ausgesprochene Lymphozytose weist auf das Bestehen einer meningitischen Reizung hin. Es ist anzunehmen, daß es sich dabei um einen meningitischen Prozeß mit Ausscheidung von zelligen Exsudaten handelt. Mit der Leukozytose verbunden ist meist eine Trübung nach Magnesiumsulfatzusatz, eine Vermehrung des Eiweißgehaltes. Die Chromodiagnostik kann unter Umständen bei Blutungen zur Unterscheidung über die Herkunft der Blutung Verwendung finden. Die Deutung und diagnostische Verwertung der einzelnen zelligen Elemente, welche außer den Lymphozyten sich finden, stößt noch auf Schwierigkeiten und bedarf weiterer Klärung. BR.

MORAWITZ (Tübingen): Über die gerinnungshemmende Wirkung des Kobragiftes.

In dem Kobragift ist eine wirksame Substanz enthalten, die man vielleicht als Antikinase bezeichnen kann. Dieser Körper hat keine Wirkung auf das fertige Fibrinferment, er hemmt aber die Entstehung desselben dadurch, daß er in vivo wie in vitro die Wirkung der Kinase neutralisiert („Deutsches Archiv für klin. Medizin“, Bd. 80, H. 3 u. 4). Durch reichlichen Zusatz von Thrombokinese kann diese Hemmung überwunden werden, woraus mit einer gewissen Reserve auf quantitative Beziehungen zwischen der Kinase und dem wirksamen Körper des Schlangengiftes geschlossen werden kann. Eine vitale Reaktion des Organismus ist zum Zustande-

kommen der Ungerinnbarkeit des Blutes bei Injektion von Schlangengift in den Kreislauf nicht erforderlich. Im Gegensatz zum Pepton wirkt also das Schlangengift direkt. B.

JÖSEF BÄCKER (Budapest): Ruptur der Symphysis während der Geburt.

Im Anschlusse an einen schweren Forzeps bei einem 5000 g schweren Kinde fand sich bei der 21jährigen Ipara vor dem Orif. urethrae eine quer verlaufende, auf 5—6 cm klaffende Wunde, welche sich bis ins Cavum praeperitoneale Retzii erstreckte. Das Peritoneum war allenthalben unverletzt; zu beiden Seiten dieser Wundhöhle waren die auseinander gewichenen Bruchenden der Oss. pubis in einer Distanz von 2 Querfingern zu finden. Das Becken wurde durch einen Gurt fixiert, die Wundhöhle tamponiert und ein Dauerkatheter eingelegt. Der Verlauf war vollkommen afebril; nach 6 Wochen tadelloser Gang. Hernach zwei normale Entbindungen, von denen die erste in der 34. Woche eingeleitet worden war.

Bei 98 Fällen von Symphysenbruch, die RUDAUX gesammelt hat, erfolgten 25 bei spontaner Geburt. Schon unter normalen Verhältnissen kann es in der Schwangerschaft zu einer Relaxation des Symphysengelenkes kommen, wozu als weiteres ätiologisches Moment eine zu starke Entwicklung der Frucht, abnorm lange Schwangerschaftsdauer und infolgedessen härtere Schädelknochen und geringere Konfigurationsfähigkeit des Schädels treten. Gerade die hochgradigeren Beckenverengungen spielen hier keine Rolle, weil bei diesen der Schädel nicht ins Becken tritt.

Bezüglich der Frage, ob bei Symphysenruptur im weiteren Verlaufe der Geburt auch eine oder beide Articulat. sacro iliac. reißen müssen, ist der Standpunkt einzunehmen, daß dies bei einer mäßigen Entfernung der Symphysenenden keineswegs der Fall sein muß. Pathognomonische Stellung der Extremitäten, Unmöglichkeit der aktiven Bewegung, Schmerzen bei passiver Bewegung treten nur dann auf, wenn die hinteren Gelenke beteiligt sind.

Die Therapie der Symphysenruptur ist dieselbe wie die jeder anderen offenen Fraktur: Reinlichkeit und gute Koaptation der Bruchenden. Dazu dient der Beckengurt und die Tamponade der Wundhöhle, während von anderer Seite prinzipiell die Knochen-naht empfohlen wird („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 7.)

FISCHER.

MONTALTI (Epinal): Versuche mit MARMOREK-Serum in der Phthiseotherapie.

Verf. verfügt über ein Material von 9 Tuberkulosen. Ein Fall, der von Haus aus verzweifelt war, ging mit Tod ab. Ein Fall ging aus äußeren Gründen für die Behandlung verloren. Ein dritter reagierte mit Urtikaria, Fieber und allgemeiner Verschlechterung des Gesamtzustandes auf die Serotherapie. („Le Progrès médical“, 1904, Nr. 18.)

Von den restierenden 6 Fällen wurde einer anscheinend völlig geheilt. Bei den andern trat eine wesentliche Besserung auf, indem das Fieber schwand, die lokalen Erscheinungen viel geringer wurden, der Nachtschweiß aufhörte und selbst ohne Überernährung Gewichtszunahme eintrat.

Das Verfahren bestand in zwei Serien à drei Injektionen, und zwar an den ersten zwei Tagen zu je 5 cm³, am dritten Tage 6 cm³; nach einer dreitägigen Pause wurden an den drei folgenden Tagen je 7 cm³ Serum injiziert. J. St.

FOUQUET (Paris): Über bakteriologische und sero-therapeutische Versuche bei Syphilis.

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die Geschichte der Forschung nach dem wirksamen Agens der Lues. („Gazette des hopitaux“, 1903, Nr. 117.) Er schließt den ersten Teil seiner Arbeit mit einer ausführlichen Beschreibung der Inokulationsversuche von ROUX und METSCHNIKOFF, denen es bekanntlich im Sommer 1903 gelungen ist, Lues auf einen Affen zu übertragen. Das Versuchstier zeigte typische primäre und sekundäre Erscheinungen der Lues. Serotherapeutische Versuche wurden mit einem

Serum angestellt, welches man von Tieren, die gegen Lues ausgesprochen refraktär waren, gewonnen hatte, oder von Tieren, die mit dem Serum luetischer Menschen injiziert worden waren, oder man wählte Serum alter, durch ihre Krankheit selbst immuner Luetiker. Das letztere Serum scheint am meisten tonisch und regenerativ zu wirken, doch vermag es in seiner Wirkung das Quecksilber auch nicht annähernd zu ersetzen. J. St.

LAGRANGE: Ein 30 Jahre im Auge gelegener Fremdkörper.

Ein etwa 0.5 cm langes Holzstückchen von der Dicke eines Zündhölzchens war einem achtjährigen Knaben ins Auge gedrungen. („Journal de médecine“, 1903, Nr. 26.) Im Anschluß an diese Verletzung wurde das Auge atrophisch. Vor 8 Jahren entstand ein kleiner Abszeß in demselben, vor 2 Jahren ein zweiter und endlich vor kurzem ein neuer entzündlicher Nachschub. LAGRANGE entfernte, ohne die Enucleatio bulbi vorzunehmen, das Holzstückchen, das 30 Jahre im Auge verweilt hatte. J. St.

N. F. DOMBROWSKI (Warschau): Über einen Fall von Kryptorchismus und Inkarzeration eines Hodens im Leistenkanal.

Der 30jährige Patient erklärte, daß ihm im Leistenkanal der Hoden eingeklemmt sei, und daß er in dieser Gegend heftige Schmerzen verspüre. Bei der Besichtigung der Stelle, an der die Schmerzen besonders stark ausgesprochen waren, konnte man im rechten Leistenkanal eine pflaumengroße, ovale, nicht weit von der inneren Öffnung des Leistenkanals liegende Geschwulst sehen. Penis normal. Hodensack gleichfalls normal, mit deutlich ausgesprochener Naht. Bei der Betastung des Skrotums fühlt man in demselben nur einen normalen Hoden. Der rechte Hode konnte an der normalen Stelle nicht gefunden werden, so daß der Finger bei der Untersuchung leicht in den Leistenkanal gelangt. Auf Befragen erklärte der Pat., daß der rechte Hode sich niemals im Hodensack befunden habe, sondern sich nur zeitweise nach dem Leistenkanal senkte, wo er im oberen Teile desselben liegen zu bleiben pflegte. Der Hode war vollständig beweglich und konnte fast stets mit der Hand nach der Bauchhöhle reponiert werden, wobei der Patient, um ein Hinuntersteigen des Hodens zu verhindern, eine Bandage trug, wie man sie bei Inguinalhernien zu tragen pflegt. Pat. versichert, niemals Schmerzen gehabt, bzw. Inkarzerationserscheinungen wahrgenommen zu haben. Da verspürte Patient einmal plötzlich fürchterliche Schmerzen in der Leistengegend, so daß er sich nur mit großer Mühe bis zum Bette fortschleppen konnte; Übelkeit und Erbrechen waren nicht vorhanden. Verf. versuchte sofort, den inkarzerierten Hoden zu reponieren. Wegen heftiger Schmerzen mußte von digitalen Manipulationen bald Abstand genommen und zur Übergießung der Leistengegend mit Äther geschritten werden. Unter dem Einfluß dieser Manipulation ließen die Schmerzen ein wenig nach, ohne daß jedoch die Reposition des Hodens gelang. Am 7. Tage ist spontane Reposition eingetreten. L—y.

HAMEQUIN (Paris): Die Behandlung der Phlebalgien.

Warme Bäder und Effleurage der Venen sind nach der Meinung des Verfassers die besten Mittel bei Varikositäten und abgelaufener Phlebitis. („La Presse médicale“, 1903, Nr. 16.) Die Bäder dürfen eine Temperatur von 35° nicht übersteigen. Die Dauer beträgt 1/2 Stunde. Der an Venenschmerzen leidende Patient darf im Bade weder ausgesprochene Kälte-, noch solche Wärmesensationen empfinden. Das neutrale Bad ist das am meisten beruhigende. Die Effleurage der Venen bewirkt die Resorption der Exsudate und das Verschwinden der Schmerzen. Sie darf nur ausgeführt werden, wenn sämtliche Entzündungserscheinungen bereits zurückgegangen sind, also erst im Endstadium der Phlebitis, wenn der Thrombus bereits organisiert und die Gefahr einer Embolie ausgeschlossen ist. Bei zirkumskripten Schmerzen ist nur mit einer Hand zu streichen, und zwar ausschließlich in der Richtung von

unten nach oben. Erstrecken sich die Schmerzen auf den ganzen Verlauf einer Vene, z. B. einer Saphena, so gebraucht man mit Vorteil beide Hände. Bei sehr heftigen Schmerzen ist große Zartheit geboten. Nach 15—20 Minuten empfindet die streichende Hand gleichwie der Kranke ein lebhaftes Wärmegefühl. Dann lassen die Schmerzen nach, und zwar plötzlich bei einfachen Kongestionen, langsamer in solchen Fällen, wo die Venenwände bereits Veränderungen erlitten haben.

Die Schmerzlinderung ist anfänglich nur vorübergehend, nach 10—20 Sitzungen fast in allen Fällen dauernd. Auch die Rezidive der Phlebitiden können durch diese Behandlung hintangehalten werden.

J. St.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Behandlung von freien Hernien** hat STEFFEN Alkokolinjektionen verwendet („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5). Er nimmt folgende Lösung:

Rp. Alkohol absol.,
Aqu. dest. ana 50·0
Acid. phosphor. dil.
Formalin ana gtts. X.

Den Inhalt einer 3 g-Spritze injiziert er, zuerst in wöchentlichen, dann in längeren Pausen, über dem Bruch sack, bzw. über der Bruchpforte, nachdem zuvor der Bruch reponiert worden ist. Bei empfindlichen Kranken kann man die Injektion durch vorangegangene Einspritzung von 0·01 Kokain fast schmerzlos machen. St. resümiert seine Erfahrung folgendermaßen: Die Behandlung der freien Hernien, nach der SCHWALBESchen Injektionsmethode, von St. etwas modifiziert, liefert ungefähr 50% gute Anfangsergebnisse, so daß die früheren Patienten ohne Bruchband jede Arbeit verrichten können und daß bei der Untersuchung ein Bruch nicht mehr konstatiert werden kann. Die Kurzeit muß mindestens 1 Jahr betragen bei kleineren und frischen Hernien. Je größer die Hernie, d. h. je weiter die Pforte und je älter der Bruch ist, um so mehr Zeit ist nötig, 2—3 Jahre und mehr. Dementsprechend ist die Zahl der Injektionen eine kleinere oder größere. Die Behandlung ist in den meisten Fällen ambulant, in immer größer werdenden Pausen durchzuführen. Besondere Schonung ist nicht nötig. Ganz weite Pforten erfordern anfangs tägliche Behandlung (mit kleineren Dosen) und Bettruhe. Im allgemeinen ist die Methode für alle freien Hernien geeignet, welche durch ein Bruchband zurückgehalten werden können. Schlecht retinible Brüche können in dem Maße gebessert werden, daß deren Träger mit einem Bruchbande wieder vollständig arbeitsfähig werden. Von den guten Anfangsergebnissen rezidivieren zirka 12·5% ($\frac{1}{8}$) vollständig oder unvollständig. Die Rezidive können der Behandlung wiederum unterworfen werden. Die Methode eignet sich für jedes Lebensalter; toxische Erscheinungen kommen nicht vor, doch ist das Verfahren nicht völlig gefahrlos.

— Das **Rheumasan** hat BEHR („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 5) in 30 Fällen angewandt und es als vorzügliches Mittel befunden bei der Behandlung von Muskelrheumatismus, akutem Gelenkrheumatismus, Arthritis chronica, Interkostalneuralgie, Trigemineuralgie, Migräne, Lumbago, Pleuritis sicca und exsudativa. Rheumasan erscheint als eine besonders willkommene Bereicherung des Arzneischatzes, da z. B. bei dem schlechten Ernährungszustand mancher der einschlägigen Fälle eine Beeinträchtigung des Magens zu vermeiden ist. Bei dem neuen Präparate wirkt die Art des Trägers des Medikaments besonders günstig; es ist nämlich eine Kombination der Salizylsäure und einer weichen Seife.

— Die **Ernährung der Italiener** schildert LICHTENFELD („PFLÜGERS Arch.“, Bd. 99). Verf. vergleicht auf Grund amtlicher Quellen den Verbrauch der italienischen und deutschen Arbeiter an stickstoffhaltigen und stickstofffreien Nahrungsmitteln und deren Arbeitswerte. Der Verbrauch an Reinkalorien ist u. a. auf beiden Seiten derselbe; auf den Italiener fallen etwas mehr Eiweißkalorien; bei den stickstofffreien Nahrungsmitteln liegt beim Deutschen das Schwergewicht auf Seiten der Fette, beim Italiener auf der der

Kohlehydrate. Ein wesentlicher Unterschied, der den Wert des italienischen Arbeiters betont, ergibt sich aus folgendem: Für die einzelnen Arbeiterklassen und Gewerbe ist zwar prozentuarisch der Anteil der Eiweißkalorien am Gesamtverbrauch im wesentlichen hier und dort gleich, aber absolut wurden sehr verschiedene Quantitäten Eiweiß verzehrt; der physiologisch und volkswirtschaftlich wichtige Unterschied zwischen dem italienischen und deutschen Arbeiter ist der, daß sich innerhalb der verschiedenen Kategorien von Arbeitsleistung der Verbrauch von Eiweißkalorien beim Deutschen nur um 26%, beim Italiener aber um 56% steigert. Der Organismus des italienischen Arbeiters ist also im Geben und Nehmen einer bedeutenderen Steigerung seiner Leistung fähig, und diese Steigerungsfähigkeit, in der er den deutschen erheblich übertrifft, erklärt seine Schätzung besonders in den stark anstrengenden Berufsarten, wie Erdbewegung, Steinbearbeitung und dgl., in denen er ja tatsächlich vorzugsweise beschäftigt ist.

— Das **Bioferrin** ist nach den Erfahrungen SIEBERTS („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 27) ein von CLOETTA hergestelltes Hämoglobinpräparat. Dasselbe besitzt Haltbarkeit, Freiheit von pathogenen Bakterien, hohen Hämoglobingehalt, guten Geruch und Geschmack bei meist raschem Erfolg. Es eignet sich daher zur allgemeinen Anwendung. Man kann sich durch den Vergleich der vor der Verordnung und etwa nach dreiwöchentlicher Medikation ausgeführten Hämoglobinbestimmungen nach TALLQVIST, die, in einer Minute ausgeführt, sehr sichere Werte ergeben, überzeugen, inwieweit eine Vermehrung des Hämoglobins eingetreten ist. Die gute Injektion der Haut und Schleimhäute, vor allem der Ohren und der Nagelglieder der Finger zeigen diese ohne weiteres an. Die Dosis der Säuglinge beträgt 1—2mal 5 g, für ältere Kinder 10 bis 15 g, für Erwachsene 15—30 g pro die. Das Bioferrin kann mit kalter oder warmer Milch, Wasser usw. verdünnt, wie unverdünnt genommen werden, am besten zu Beginn der Hauptmahlzeiten. In der Kinderpraxis ist es bei ausschließlich mit Milch ernährten Säuglingen vom 10. Monat an, ferner bei allen Rachitikern, Skrofulösen und aus irgend welcher Ursache anämischen Kindern indiziert, auch bei appetitlosen und nervösen Kindern. Neben dem Eisen enthält es alle Fermente, Alexine, kurz alle wirksamen Bestandteile des Blutes. Ob das Eisen des Hämoglobins als solches, oder aber als Sauerstoffüberträger, durch Katalyse wirkt, bleibt dahingestellt.

— Über die **Behandlung der puerperalen Erkrankungen der Uterushöhle** berichtet SITSCHINSKY („Shurn. akusch. i. sheask. bolesn.“, 1904, Nr. 4). Er bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden, Ausspülung der Uterushöhle, Auskratzung, permanente Berieselung, Vaporisation, das Antistreptokokkenserum, und nennt alle Methoden ungenügend. Er selbst wendet folgende Behandlungsmethode an: Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit Sublimatlösung 1:1000, unmittelbar darauf Ausspülung mit Borlösung oder sterilisiertem Wasser von 40° R; dieses bezweckt, die Uterushöhle von dem etwa zurückgebliebenen Sublimat zu reinigen, die Gebärmutter zur Kontraktion zu bringen und eine aktive Hyperämie auf der Innenfläche hervorzurufen. Abtupfen mit steriler Marly. Ausspülung der Uterushöhle mit 50·0—100·0 Spiritus (90°), unter gewissem Druck. Spiritus hat neben der desinfizierenden Wirkung den Effekt, daß das Gewebe schrumpft, die Lumina der Lymphgefäße sich zusammenziehen und die Thromben fixiert werden. Einführung von Jodoformmarly. Dabei ist zu beachten, daß der Uterus nicht disloziert wird. S. hat 258 Kranke in dieser Weise behandelt post partum und post abortum, darunter waren Fälle von Endometritis (49·2%), „Resorptionsfieber“, Lochiometra, puerperalen Geschwüren und exsudativer Peri-parametritis. Die Mortalität betrug 0.

— Das **Empyroform** (Kondensationsprodukt aus Teer und Formaldehyd; E. Schering, Berlin) ist nach BEHRING („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 7) ein Teerpräparat, welches berufen ist, alle anderen Teerpräparate zu verdrängen. Man kann es auch bei verhältnismäßig frischen, noch nässenden Ekzemen in Anwendung bringen. Verf. hat es bei den lästigen und hartnäckigen Kinder-ekzemen versucht. Er stimmt mit den Erfahrungen, welche in der NEISSERSchen Klinik gemacht worden sind, vollkommen überein. In mehreren Fällen von skrofulösen Ekzemen des Gesichtes, die bis

dahin jeglicher lokaler Therapie widerstanden, war die Wirkung eine geradezu frappante; es unterstützt den Heilungsprozeß ohne Frage sehr wesentlich. Auch Lichen scrophulosorum und Prurigo werden durch Empyroform günstig beeinflusst. Bei älteren Ekzemen ist die Wirkung zu schwach; da muß immer wieder zu reinem Teer und seinen Verbindungen mit stärkeren Mitteln zurückgegriffen werden. Verf. verwendet Empyroform in Form von 5—10%igen Salben, deren fast absolute Geruchlosigkeit besonders hervorgehoben zu werden verdient. Intoxikationen kamen nicht vor.

— Die **Behandlung der Blutungen nach der Geburt** bespricht FRITSCH („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 1). Bei Atonia uteri hebt man den Uterus hoch, indem man mit den Händen auf die hintere Seite geht. Man drückt den Uterus in forciierter Anteflexionsstellung auf die Symphyse und über die Symphyse hinweg. Man antepioniert ihn stark. Der innere Muttermund liegt ungefähr gerade über dem Pecten pubis. Die Bauchdecken werden tief hinter dem Uterus in den Beckeneingang hineingedrückt. Der Raum hinter dem Uterus, der so entstehende Trichter, wird mit zusammengelegten Handtüchern, Wäschestücken oder großen Ballen Watte ausgefüllt, so daß der Uterus ganz vorn an die Bauchdecken angepreßt ist. Dann wird mit einer energisch angezogenen Rollbinde die ganze Masse hinter dem Uterus tief nach unten gepreßt, so daß die Bauchdecken einen Trichter bis fast in den Beckeneingang hinein bilden. Das Corpus uteri liegt also auf und vor der Symphyse. Hat man keine Rollbinde, so kann man auch durch zusammengeknapfte Handtücher den Uterus nach vorn pressen. — Bei Rißblutungen empfiehlt F. die Methode der „doppelten Kompression“: Zunächst wird die Plazenta entfernt, dann drückt man mit der rechten Hand den anteflektierten Uterus so tief als möglich in das Becken hinein; dadurch werden alle Koagula ausgepreßt. Dann ergreift man mit der linken Hand, an der linken Bettseite stehend, die Vulva, drückt die beiden großen Schamlippen fest zusammen und drängt sie nach oben in den Schambogenwinkel hinein, als wollte man den ganzen Beckenbogen in die Beckenhöhle nach oben schieben. So gelingt es, die Vulva so fest zusammenzudrücken und zusammenzuhalten, daß das Blut nicht mehr ausfließen kann. Nun wird mit der einen Hand von oben, mit der andern Hand von unten kräftig das Dazwischenliegende zusammengepreßt. In dieser Art werden die Hände wenigstens eine halbe Stunde oder noch länger gehalten. Läßt man dann langsam die eine Hand los, so bleibt meist der Uterus zunächst wie festgeklebt liegen. Die Blutung steht. An die Stelle der oberen Hand kommt ein Sandsack von 3 Kilo oder ein anderer schwerer Gegenstand. F. hat kolossale Blutungen auf diese Weise in wenigen Minuten zum Aufhören gebracht.

— Eine **interne Behandlung von Gallensteinen** bespricht RICHARDSON („Therapeut. Gazette“, 1904). Seine Behandlungsmethode stützt sich auf folgende Erwägungen: Die aus Gallen fisteln abfließende Galle enthält 3—8mal so viel Cholestearin als Gallensäuren, während umgekehrt normale Galle 12—13mal mehr Gallensäuren als Cholestearin liefert. Die ausgeschiedene Menge Gallensäuren ist nicht ausreichend, um das Cholestearin in Lösung zu erhalten; es kommt somit zur Steinbildung. Den Grund der mangelhaften Ausscheidung sucht Verf. in einer Erkrankung der Gallenblasenschleimhaut, die die Gallensäuren zwar nicht selbst produziert, aber deren Ausscheidung besorgt. Aus Versuchen von HARLEY und BARRATT an gesunden Hunden geht hervor, daß eingebrachte Gallensteine nach 6—12 Monaten resorbiert wurden; erzeugten sie künstlich Cholecystitis, so blieben die Steine unverändert. Analysen liegen für diese Versuche nicht vor, doch glaubt R. mit Sicherheit annehmen zu können, daß die eintretende bzw. ausbleibende Resorption von dem Vorhandensein bzw. Fehlen der Gallensäuren abhängig war. Er zieht aus diesen Erwägungen den therapeutischen Schluß, man solle bei Gallensteinleiden sowohl in der anfallsfreien Zeit, als auch während der Anfälle Gallensäuren darreichen, und zwar in Form des glykokollsauren Natron.

— Zur **Thiosinaminbehandlung von Kontrakturen** berichtet LENGEMANN („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 13). L. hat vor einem Jahre über zwei durch Thiosinamininjektionen erfolgreich behandelte Fälle von DUPUYTRENScher Kontraktur berichtet; die

Kontrakturen haben sich auch heute noch nicht wieder eingestellt. Er hat später noch in einem dritten Falle von DUPUYTRENScher Kontraktur, bei einem 35jährigen Patienten, das Thiosinamin mit Erfolg angewendet. Nach etwa 40 Injektionen, verbunden mit Massage und passiven Streckungen, warmen Bädern und Auflegen von Thiosinaminpflastermull war der Finger gerade. Die Dauer der Behandlung betrug etwa zwei Monate. Der Erfolg hielt auch weiter an. In einem anderen Falle von narbiger Kontraktur des Daumens nach Quetschung und Fraktur des Metakarpalknochens wurde nach im ganzen 25 Injektionen die aktive Beweglichkeit des Daumens hergestellt; die Behandlung wurde durch Handbäder, Massage, Bewegungsübungen und Auflegen von 20% Thiosinaminpflastermull unterstützt. Verf. hat die Injektionen in den Krankheitsherd selbst gemacht; es ist zu empfehlen, die Schmerzhaftigkeit durch eine vorangehende Injektion von $\frac{1}{2}$ cm³ 1%iger Kokainlösung herabzusetzen; die Kanüle bleibt liegen, die Thiosinaminlösung kommt an dieselbe Stelle.

— Das „**Perdynamin**“ ist nach den Erfahrungen von FARKAS („Pester med.-chir. Presse“, Bd. 39, Nr. 25) ein angenehm schmeckendes, vollständig verdauliches und resorbierbares, flüssiges, organisches Eisenpräparat, welches die Zähne nicht angreift, den Appetit vermehrt, von Seiten des Magens und Darms absolut keine unangenehmen Erscheinungen verursacht. Hauptsächlich indiziert ist es bei Chlorose und Anämie, außerordentlich nützlich bei nervösen und Schwächezuständen, bei organischen Erkrankungen, bei beginnender Lungentuberkulose. Zuzufolge seines hohen Eisengehaltes bewirkt es eine Vermehrung der Hämoglobinmenge und der Zahl der roten Blutkörperchen; reich an Phosphor und Eiweiß, leistet es als Kräftigungsmittel gute Dienste. Es kann daher in jeder Hinsicht zu den besten und hervorragendsten organischen Eisenpräparaten gezählt werden.

— Über **Injektionen in das Rückenmark bei Zerebrospinalmeningitis** berichtet MORRIS MANGES („Medical News“, 1904, 20). Diese neue Behandlungsmethode besteht in der Lumbalpunktion, bei welcher der Aspiration der Zerebrospinalflüssigkeit in einer Menge bis zu 50 cm³ eine Injektion von artefizielltem Serum und endlich eine solche von 1%iger Lysollösung in einer Menge von 9—12 cm³ angeschlossen wird. Die Temperatur fällt unmittelbar, steigt aber nach ein bis drei Tagen wieder. Die Punktion und Injektion muß nun wiederholt werden, bis eine vollkommen klare, durchsichtige Flüssigkeit bei der Punktion gewonnen wird. Das wird nach wenigen Punktionen erreicht. Die Behandlung soll vollkommen schmerzlos sein. M. hat drei Fälle in dieser Art behandelt. Die Injektionen wurden ohne Anästhesie gemacht. Nur einmal wurde leichte Chloroformnarkose angewendet. Irgend welche Gefahren birgt die Behandlung nicht in sich. Die Resultate waren günstig. M. beschreibt das Verfahren der Ausspülung des Rückenmarkskanals nach SEAGER. Eine zweite Kanüle wird zwischen den zwölften Brust- und ersten Lendenwirbel eingeführt. Durch sie wird die Kochsalzlösung eingespritzt und durch die untere wieder abgezogen. Als Menge der Lysollösung empfiehlt Verf. bei Kindern 3—9, bei Erwachsenen 12—15 cm³. Die Injektionen werden täglich gemacht, bis die Flüssigkeit klar ist.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Von Prof. Dr. Lehmann und Doz. Dr. Neumann. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. München 1904, J. F. Lehmann. (Lehmanns medizinische Handatlanten, Bd. 10.)

Binnen kurzer Zeit ist der LEHMANN-NEUMANNsche Atlas in dritter Auflage erschienen, ein Umstand, der allein schon seine Beliebtheit und Verbreitung beweist. Er genießt dieselbe aber auch mit vollem Rechte, da er dem Studierenden und Arzte ein verlässliches Lehr- und Nachschlagebuch nicht nur bei den persönlichen bakteriologischen Laboratoriumsarbeiten, sondern auch bei selbständigen Untersuchungen ist, in dem er niemals vergebens Rat suchen wird. Die neue Auflage berücksichtigt überall die Er-

gebnisse der jüngsten Forschungen, die ja auf zahlreichen Gebieten der Bakteriologie und verwandten Disziplinen eine Fülle neuer Kenntnisse vermitteln. Dem praktischen Bedürfnisse entsprechend, wurde eine kurze Darstellung der Malariaerreger eingefügt und die Beschreibung der Kultur- und Färbungsmethoden wesentlich erweitert, was gewiß für Viele eine willkommene Ergänzung und Bereicherung dieses Jahrbuches sein dürfte. Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, daß dasselbe sich auch weiterhin seinen Freundeskreis bewahren und vergrößern wird.

Dr. S.

Psychiatrie und Dichtkunst. Ein Vortrag von Dr. phil. et med. Günter Wolff (LOEWENFELD und KURELLA, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XXII), Wiesbaden 1903, Bergmann.

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit gibt der Widerspruch ab, der darin zu liegen scheint, daß Krankheiten als Abweichungen vom Normalen nach einer gewissen Auffassung nicht schön und damit kein Gegen-

stand der Kunst seien, daß jedoch berufene Dichter in künstlerischer Absicht und auch mit künstlerischer Wirkung Geisteskranke dargestellt haben. WOLFF kommt zu dem Schlusse, daß psychiatrisch richtig geschilderte Geisteskranke künstlerisch unbrauchbar sind, weil sie die den Gesunden beherrschenden Motive vermissen lassen, aber psychologisch unverständlich sind, und der Dichter sein Werk durch die Einführung des Psychopathischen, des Zufalls statt des Gesetzes, psychologisch nicht vertiefen kann. Die künstlerisch wirksamen Darstellungen von Psychosen sind im psychiatrischen Sinne unrichtig; es liegt ihnen eine mit normalpsychologischen Vorstellungen arbeitende Laienpsychiatrie zugrunde; der Dichter legt hier um das geistige Leben einen durchsichtigen Schleier, durch den wir immer noch den Gang des geistigen Geschehens beobachten können. Als Beispiel einer naturgetreuen, künstlerisch aber ganz verfehlten Darstellung einer Psychose wird Gerhard Hauptmanns „Fuhrmann Henschel“, als Beispiel einer psychiatrisch unrichtigen, dagegen dichterisch wirksamen Darstellung wird Shakespeares „König Lear“ und Oswald Ibsens „Gespenster“ angeführt.

INFELD.

Feuilleton.

Über die Berechtigung zur Tötung.

Wie oft haben wir alle, Ärzte und Laien, bei dem Hinscheiden von Kranken, die an unheilbaren und qualvollen Veränderungen litten, den Tod als eine Erlösung, als ein Glück für die Kranken hingestellt! Ist es dann zu verwundern, wenn aus diesen, zwar meist zum Trost für die Hinterbliebenen bestimmten Worten die Idee erwuchs, ob es nicht in gewissen Fällen tunlich und geradezu human wäre, solchen unheilbaren und dabei qualvollen Krankheiten ein rascheres Ende zu bereiten? So kam es, daß schon seit langem die Frage aufgeworfen wurde, ob man nicht dem Arzte die Berechtigung einräumen sollte, solchen Patienten auf eigenen Wunsch und den ihrer Familienmitglieder das Leben zu kürzen. ROEDER, ein Darmstädter Arzt, hat nun jüngst in einem weit verbreiteten angesehenen Blatte¹⁾ diese Frage zur neuerlichen Diskussion gestellt und, da er mit positiven und vorsichtig verklaustrierten Vorschlägen kommt, so verdienen seine Ausführungen sicherlich auch in rein ärztlichen Kreisen Beachtung. Bald hat sich auch eine vollkommen ablehnende Stimme²⁾ hören lassen, weshalb Argumente und Gegenargumente hier einer kurzen Besprechung und Prüfung unterworfen sein mögen.

Die Berechtigung zur Tötung menschlichen Lebens ist auch heute noch in den meisten modernen Staatswesen in 3 Fällen gegeben: bei dem Vollzug der Todesstrafe, im Kriege und bei der Ausführung der Kraniotomie (bzw. im weiteren Sinne auch des künstlichen Abortus). Wenn es nun, meint ROEDER, seit nahezu 2000 Jahren der christlichen Zeitrechnung für die Gerichtsbarkeit keine Bedenken gab, es nicht Gott allein zu überlassen, über Leben und Tod zu entscheiden, wenn es seit Urzeiten den Machthabern nicht darauf ankam, zum Zwecke der Vergrößerung ihres Machtgebietes Tausende gesunder Menschen dem Moloch des Krieges zu opfern, so sollte es gerade im Gegensatze hierzu eine Tat edelster Menschlichkeit sein, bei unrettbar verlorenen, physisch und psychisch schwer Leidenden der Natur zu Hilfe zu kommen und die Auflösung solcher unglücklicher Menschen zu beschleunigen. Und er unterbreitet folgende Vorschläge:

1. Die Erfüllung des Wunsches hoffnungslos erkrankter, schwer Leidender, von ihrem Leiden durch vorzeitig herbeigeführten Tod erlöst zu werden, sollte von seiten des Staates ermöglicht werden.

2. Der Wunsch nach dieser Erlösung muß entweder, falls der Kranke noch in der Lage ist, einen Wunsch zu äußern, vor amtlichen Zeugen protokolliert werden, oder er kann vorher, ehe man an Krankheit denkt, als eine Art Testament verfaßt werden, das bei eintretendem bezüglichen Krankheitsfall zu eröffnen wäre.

¹⁾ Beilage zur „Münchener Allgemeinen Zeitung“, 1904, Nr. 130.

²⁾ PAUL GARIN, *ibid.*, Nr. 148.

3. Dem Wunsche kann nur willfahrt werden, wenn keinerlei die längere Erhaltung des Lebens erheischenden, vermögens- oder familienrechtlichen Bedenken dabei in Frage kommen.

4. Der Wunsch der Angehörigen, den Kranken sein Leiden bis zu einem natürlichen Ende durchkosten zu lassen, muß hinter dem geäußerten Wunsch des Leidenden zurückstehen.

5. Die Entscheidung, ob dem Wunsch des Leidenden von ärztlicher Seite mit gutem Gewissen zu willfahren sei, ist von einem, ähnlich den Assisen, zusammengesetzten ärztlichen Kollegium zu treffen.

6. Bei der Entscheidung des ärztlichen Kollegiums muß Einstimmigkeit darüber herrschen, daß die Erkrankung unheilbar ist, daß sie für den Kranken eine qualvolle ist, eventuell auch, daß sie eine große Gefahr für die mit der Pflege betrauten Gesunden in sich schließt.

7. Ein juristisches Kollegium hat gleichzeitig darüber zu entscheiden, ob vermögens- oder familienrechtliche Bedenken einem Auslöschen des letzten Lebensfunken entgegenstehen.

8. Wenn Einstimmigkeit des ärztlichen und richterlichen Kollegiums darüber herrscht, daß nichts im Wege steht, den Wunsch des Leidenden zu erfüllen, dann kann dem letzteren auf völlig schmerzlose Weise der Übergang ins Jenseits erleichtert werden.

Wie früher erwähnt, weist ROEDER auf die Todesstrafe und den Krieg hin, welche beiden Fälle illustrieren sollen, daß auch heute noch — bei unserer vielgepriesenen Kulturhöhe — die Tötung von Menschenleben nicht nur erlaubt, sondern sogar geboten ist. Und wenn sein Gegner GARIN bemerkt, daß es sich in diesen Fällen nicht um ein Recht des Einzelnen, sondern um eine Funktion der Gesamtheit des Staates handle, so wäre hier wohl kein Unterschied gegenüber der von ROEDER vorgeschlagenen Eventualität gegeben, wo der Arzt ebenfalls nur als das Exekutivorgan des Staates erscheint, wie er dies heute — auch ohne amtliche Stellung — bereits in so vielen Fällen (Infektionsanzeigen usw.) darstellt. Über die Berechtigung der Todesstrafe und des Krieges, welche beide ja auch vom Autor abgelehnt werden, hier zu sprechen oder die Theorie der Notwehr für den letztgenannten Fall zu überprüfen, wie GARIN geneigt ist, würde hier zu weit führen. Wichtiger ist der Umstand, daß sich die Stimmen nicht nur von geistlicher Seite immer lauter erheben, welche auch die Perforation — den einzigen gerechtfertigten Fall von Tötung nach ROEDER — verwerfen, wo das noch nicht geborne Leben dem des Erwachsenen ja doch nicht völlig gleichgestellt werden kann. Ich führe hier nur PINARD³⁾ an, welcher sagt: „Pour moi, l'accoucheur n'a le droit, ni moralement, ni légalement, ni scientifiement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Sacrifier l'enfant pour sauver la mère est une légende, qui doit disparaître“, und verweise nur auf die großen Schwierigkeiten, welche die Juristen

³⁾ Annales de gyn. et obst., T. LIII, pag. 17.

dabei gefunden haben, die Perforation mit den Paragraphen des Strafgesetzbuches in Einklang zu bringen.⁴⁾ Die herrschende Gerichtspraxis, welche schon operative Eingriffe als „schwere Körperverletzung“ definiert hat, die Stimmung des Publikums, welche erst jüngst die Frage der „Operationsreverse“ so in den Vordergrund gerückt hat (NEUGEBAUER, KRÖNIG, CHROBAK), sind gewiß nicht aufmunternd, von der Gesetzgebung Änderungen in dem von ROEDER angedeuteten Sinne zu verlangen.

Und nun diese Vorschläge selbst. Die vielen Kautelen, welche sie schaffen, lassen dankbar erkennen, daß auch der Antragsteller selbst sich der unendlichen Gefahren bewußt ist, welche darin gelegen sind, einem Menschen ein so ungeheuerliches Recht über das Leben eines andern zu gewähren. Aber er beruft sich auf die wahre Humanität und vergißt, daß diese schon einen großen Teil seiner Voraussetzungen zunichte werden lassen soll. Gebot der wahren Humanität wird es stets bleiben, seinen Kranken die Unheilbarkeit einer Erkrankung überhaupt nicht zum Bewußtsein kommen zu lassen. Mit aller Kunst weben wir ja ein Lügengewebe um dieselben, mit aller Sorgfalt nähren wir die geringsten Hoffnungen der Patienten, und für mich wenigstens hat es nie einen größeren Stolz gegeben, als wenn ich mir sagen konnte, daß die Trägerin des inoperablen Karzinoms bis zur letzten Sekunde sich ihres Zustandes nicht bewußt war. So soll schon die Voraussetzung, daß der Kranke selbst den Wunsch ausspreche, von der unheilbaren Erkrankung erlöst zu werden, hinfällig werden, wenn der humane Arzt nicht die leiseste Vermutung aufkommen läßt, daß es sich wirklich um einen unheilbaren Zustand handle. Und was sagt das Wort „unheilbar“? Es wird dies stets nur ein relativer Begriff sein, abhängig von dem jeweiligen Stand unserer ätiologischen, diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse. Was heute als inoperabler und unheilbarer Krebs auch von den größten Autoritäten erkannt wurde, kann sich morgen als Irrtum erweisen. Irren ist menschlich, und in der Medizin, die leider keine Arithmetik ist, ist 2×2 nicht immer 4. Was heute unheilbar erscheint, kann morgen heilbar sein. So wird die Begriffsbestimmung von unrettbar verlorenen Kranken unendlich schwer sein, jedenfalls aber auf eine immer geringere Zahl eingeschränkt werden. Aber auch in der unbedingt notwendigen zweiten Vorbedingung des „qualvollen Zustandes“ sind wir zunächst auf subjektive Angaben angewiesen; welcher Maßbestimmung können solche Angaben unterworfen werden? Die individuell in weiten Grenzen schwankende Schmerzempfindlichkeit ist bekannt, und wie oft werden die gräßlichsten Schmerzanfälle, die den Wunsch nach Erlösung auf die Lippen drängen, wieder durch schmerzfreie Viertelstunden wettgemacht, welche die noch tiefer in der Menschenseele liegende Hoffnung, zu leben, von neuem erwecken! Wenn aber, worauf GARIN aufmerksam macht, die geringste zivilrechtliche Anordnung die Entschlußfreiheit und Zurechnungsfähigkeit voraussetzt, so ist diese bei dem denkbar höchsten Entschluß, bei der Entscheidung über das eigene Leben, im Falle wahnsinniger Schmerzen oder der wahnsinnigen Angst vor denselben als gänzlich ausgeschlossen zu betrachten. Dann werden auch die „amtlichen Zeugen“ hinfällig, während die als Art Testament getroffene Verfügung an den oben angeführten Schwierigkeiten scheitern muß. Wenn aber „vermögens- oder familienrechtliche Bedenken“, zu deren Prüfung ein eigenes Richterkollegium eingesetzt wird, den anscheinend berechtigten Wunsch des Kranken unerfüllbar machen können, wo bleibt dann die wahre Humanität, für die kleinliche Rücksichten doch nicht ausschlaggebend sein können und dürfen? Des weiteren dürfte die ironische Bemerkung GARINS wohl den Nagel auf den Kopf getroffen haben, wenn er sagt, das Zusammenwirken zweier mehrköpfiger Ärzte- und Juristenkollegien habe viel Sympathisches; denn diese Einrichtung ließe erwarten, daß die Mehrzahl der Kranken entweder mit dem Leben davon käme oder eines natürlichen Todes verstürbe, zumal Morphium oder Revolver den gleichen Dienst weniger umständlich, jedenfalls aber viel billiger leisten würden. Damit wäre auch die moralische Frage berührt, denn die vorgeschlagene Tötung bedeutet

nichts anderes als einen indirekten Selbstmord des Kranken. Der schwankende Moralbegriff, die gewiß unterschiedlich zu treffende Beurteilung des Selbstmordes gestatten hier keine ausführlichere Besprechung, ebensowenig wie die transzendente Saite, die GARIN anschlägt, wenn er meint, es bestehe ja keine Gewißheit, daß die Tötung des Kranken die Befreiung von Qualen bedeute, wo die Möglichkeit nicht auszuschließen sei, daß er jenseits der Pforten des Todes größeren und peinlicheren entgegengehe.

Da uns Ärzten aber die Möglichkeit gegeben ist, unsere Kranken, wenigstens zum größeren Teil, in einer berechtigten Täuschung über ihren Zustand zu erhalten, uns ferner die Möglichkeit gegeben ist, ihnen in ausgedehntem Maße ihren Zustand erträglicher und ja sogar hoffnungsfreudiger zu gestalten, so werden sich ROEDERS Vorschläge, so gut und edel sie gemeint sind, doch als überflüssig erweisen, sicher aber als derzeit indiskutabel abgelehnt werden müssen. In einer Zeit, wo trotz der immensen Fortschritte der Psychiatrie die Irrenpflege den größten Beschuldigungen ausgesetzt ist, die Ärzte in Ausübung ihres operativen Berufes den größten Schwierigkeiten und Mißverständnissen unterliegen, wäre es eine sehr zweischneidige Maßnahme, auf eine Erweiterung ärztlicher Befugnisse im eben besprochenen Sinne hinzuwirken.

J. FISCHER (Wien).

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

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

Société médicale des hôpitaux.

SIMONIN: Der bazilläre Befund im Blute von Typhuskranken.

Verf. hat zugleich mit SACQUÉPÉE und PERQUIS zu wiederholten Malen die Gegenwart von Typhusbazillen im Blute Typhöser noch vor Auftreten der VIDALSchen Reaktion konstatieren können. Obwohl bei schweren Fällen stets sehr viele Bazillen im Blute gefunden werden, läßt sich dennoch keine ständige Beziehung zwischen der Schwere der Erkrankung und dem Bazillenreichtum des Blutes feststellen. Auch die Agglutinationsfähigkeit der Bazillen im Blute kann nicht prognostisch verwertet werden, denn man findet bei denselben Individuen verschiedene Rassen von Typhusbazillen, die sich, unabhängig von der Schwere der Erkrankung, verschieden empfindlich gegenüber dem agglutinierenden Serum verhalten. Auch im Urin ist oft ein sehr frühzeitiges Auftreten des Typhusbazillus zu konstatieren. Die Abwesenheit des Typhusbazillus im Laufe gewisser sekundärer Temperaturerhöhungen ist wohl auf eine durch Staphylokokken oder Kolibazillen bedingte Septikämie zurückzuführen, für welche Bakterien durch die Darmulcerationen eine Eingangspforte geschaffen wird.

BABINSKI: Lumbarpunktion gegen Ohraffektionen.

B. hat in 8 Fällen von Ohraffektionen mit MENIÈRESchem Schwindel und bei eitrigen Mittelohrentzündungen mit labyrinthischen Störungen die Lumbarpunktion angewendet. Durch dieses Verfahren gingen die subjektiven Beschwerden der Patienten (Sausen, Pfeifen, Klingen etc.) zurück. Auch psychische Erscheinungen, unter denen einzelne von diesen Kranken litten, erfuhren eine wesentliche Besserung. Diese glücklichen Erfolge waren, wenn schon nicht definitiv, so doch andauernd. Bei einem Fall dauert die Genesung bereits $3\frac{1}{2}$ Monate. Freilich darf man sich von der Lumbarpunktion nichts versprechen, wenn das Labyrinth bereits zerstört ist. Da es aber oft sehr schwer ist, den Zustand des Labyrinths zu beurteilen, und da andererseits die Punktion einen harmlosen Eingriff darstellt, kann man in allen Fällen von chronischen Mittelohrentzündungen die Punktion versuchen.

VINCENT: Polymyositis infectiosa recidiva.

V. stellt einen 23jährigen Mann vor, der in drei durch kurze Zwischenräume getrennten Attacken von akuter Polymyositis befallen worden war; dem letzten Anfall, der vor 4 Monaten erfolgte, war wie den beiden andern eine Angina vorhergegangen, begleitet von remittierendem Fieber. Die Lokalisation betraf stets dieselben Muskeln: die Strecker des linken Oberschenkels und die Rückenmuskulatur derselben Seite, welche der Sitz einer beträchtlichen, nicht ödematösen, ziemlich derben Schwellung war. Der Schmerz war sehr heftig und erfuhr bei jeder Bewegung eine beträchtliche Steigerung. Der Patellarreflex war aufgehoben. Die Schwellung der Muskulatur ging allmählich zurück und ließ einen kleinen, harten Knoten in der Rückenmuskulatur

⁴⁾ Vgl. DOHRN, Über die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshilflichen Operationen. Sammlung klin. Vortr., 1902, Nr. 336.

und eine ovale Knotenbildung von 12 cm Länge und 7 cm Breite im Oberschenkel zurück. Gegenwärtig ist der Tumor in der Rückenmuskulatur verschwunden, der Knoten im Oberschenkel ist noch palpabel, aber bereits ebenfalls in Rückbildung begriffen. Die Annahme einer Trichinose erscheint nicht haltbar, da der Patient bei keinem der drei Anfälle Diarrhoe, Gesichtssödem, Beteiligung der Zungen- oder Augenmuskulatur oder ein anderes typisches Symptom dieser Affektion gezeigt hatte. Außerdem waren stets die Streckmuskeln befallen, während die Trichinose die Beuger bevorzugt.

GRIFTON: Tuberkulöser, primärer Pseudorheumatismus.

Die Affektion betraf anfangs eine große Anzahl von Gelenken, beschränkte sich später auf ein Knie und nahm daselbst Hyarthrosencharakter an. Durch Exklusion kam man zunächst zur Diagnose eines tuberkulösen Pseudorheumatismus. Indes wies der Patient kein Zeichen von klinischer Tuberkulose auf und die Affektion am Knie deutete durch nichts darauf hin, daß sie sich eines Tages in einen Tumor albus verwandeln könnte. In der sehr fibrinösen Flüssigkeit, welche man durch die Punktion aus dem kranken Knie erlangte, fanden sich Lymphozyten in der Form, wie bei der akuten Pleuritis. Die Injektion beim Kaninchen ergab ein positives Resultat, aber erst nach mehreren Monaten: Die Verteilung und Entwicklung der experimentellen Läsionen ließ auf eine sehr geschwächte Virulenz des Bazillus in der Gelenkflüssigkeit schließen. Der Kranke wurde von seinem Pseudorheumatismus geheilt, wie ein Pleuriker von seiner Pleuritis.

Besançon beobachtete einen Mann, der seit 4 Monaten multiple Gelenkentzündungen hatte, die auf Salizyltherapie nicht reagierten und durch den klinischen Verlauf sowie durch den Tierversuch als tuberkulös erkannt wurden. Viel später gesellte sich eine doppelte sero-fibrinöse Pleuritis und hernach eine Peritonitis hinzu. B. meint, daß man zwar erst später die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Rheumatismus erkannt habe, dafür jetzt allzu häufig tuberkulösen Rheumatismus diagnostiziere. Nur der positive Tierversuch rechtfertigt diese Diagnose.

SOUQUES: Über einen Fall von gangränöser Lungenkaverne.

S. stellt einen Kranken vor, der im Jahre 1889 an einer zirkumskripten Gangrän der rechten Lungenspitze litt. Die Diagnose unterlag damals keinem Zweifel. Die Heilung gestaltete sich schwierig und langwierig. Schließlich restierte eine Kaverne unter dem rechten Schlüsselbein, deren klonische Symptome Vortr. demonstriert. Daß die Kaverne gangränösen Ursprungs ist, kann als sicher angenommen werden. Die Heilung der Lungengangrän ist zwar nicht selten, doch häufig nur unvollständig. Oft bleiben Kavernen mit vernarbten Wandungen durch Jahr, ja sogar durch das ganze Leben hindurch bestehen. Die Gegenwart einer Kaverne läßt Rezidiven, die oft erst nach vielen Jahren eintreten, stets befürchten.

VERDALLE: Über die wahrscheinlichen Beziehungen der Leukoplasmie des Collum uterinum zur Lues und zum Epitheliom.

Die Leukoplasmie des Collum uterinum ist bisher fast gar nicht beschrieben worden. V. beschreibt drei Beobachtungen, die er zum Teil in Gemeinschaft mit LABADIE-LAGRAVE gemacht hat. In diesen 3 Fällen hing die Leukoplasmie unter der Form weißer, perlmuttartig glänzender, glatter Flecken mehrere Jahre dem Ausbruch des Karzinoms voraus. Sobald man also solche Flecken bemerkt, muß man die Kranken sehr genau überwachen, um gegebenenfalls rechtzeitig operieren zu können. Es ist zwar die Möglichkeit vorhanden, daß diese epithelialen Manifestationen ähnlich wie die Leukoplasien des Mundes in der Zunge auch mit der Lues in Zusammenhang stehen. Doch hält V. die Entwicklung eines Karzinoms stets für wahrscheinlicher.

LEREBOULLET: Metaikterische Milzvergrößerungen.

L. hat einige Fälle von Milztumoren nach Ikterus beobachtet, die mit den gewöhnlichen Milztumoren nicht verwechselt werden sollen. Es handelte sich stets um Patienten, welche längere Zeit hindurch an Ikterus, der, durch diese oder jene Erkrankung bedingt, sehr intensiv gewesen war, gelitten hatten. Während desselben war keine Milzvergrößerung konstatiert worden. Dazu kam es erst gelegentlich des Auftauchens späterer Symptome, wie Dyspepsie, Hämatemesis, Albuminurie etc. Außer dem Milztumor fand sich bei den Patienten oft sehr blasse Hautfarbe sowie urobilinhaltiger Harn. In einzelnen Fällen kam es zu teilweise nicht unbeträchtlichen intestinalen Blutungen.

In einem Fall kam es zum Exitus letalis infolge Ruptur einer varikösen Ösophagusvene. Bei der Obduktion fand man in der makroskopisch normal aussehenden Leber eine intensive sklerosierende Angiocholitis mit Kompression des venösen Gefäßsystems. Durch letztere erscheint die Erweiterung der Vena portae, Hämatemesis und endlich auch Milztumor erklärt. Daß nur die passive Stauung, nicht aber Infektion den Milztumor bedingen, bewies die bakteriologische Unter-

suchung, die sowohl die Infektion des Lebergewebes als die Sterilität der Milzpulpa klar machte. Der metaikterische Milztumor ist also abhängig von einer primitiven Angiocholitis. Er unterscheidet sich von dem permanenten Milztumor bei Ikterus dadurch, daß hier der Ikterus nicht mehr vorhanden ist. Es gibt auch Fälle, wo Angiocholitis und Milztumor dem Ikterus vorausgehen oder dieser überhaupt fehlt.

Notizen.

Wien, 10. September 1904.

(Wiener medizinische Fakultät.) Der soeben ausgegebene Lektionskatalog für das Wintersemester 1904/05 kündigt an der Wiener medizinischen Fakultät 361 Vorlesungen und Kurse an, die von 29 ordentlichen, 55 außerordentlichen Professoren und 121 Privatdozenten resp. Assistenten abgehalten werden. Auf die einzelnen Disziplinen verteilen sich die angekündigten Kollegien wie folgt:

Disziplin	O. Prof.	A. o. Prof.	Dozenten resp. Assist.	Zahl der Vorlesungen
Geschichte d. Medizin . . .	—	—	2	3
Anatomie u. Histologie . . .	3	4	2	18
Physiologie	1	1	1	7
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	3	5	5	26
Heilmittellehre	—	—	3	10
Interne Medizin	5	11	39	83
Kinderheilkunde	1	4	5	16
Chirurgie	2	6	17	45
Ohrenheilkunde	1	2	6	20
Augenheilkunde	2	5	9	32
Gynäkologie	2	7	14	30
Hautkrankheiten u. Syphilis .	4	4	6	26
Psychiatrie	2	3	8	21
Staatsarzneikunde u. Hygiene	1	2	2	11
Angewandte med. Chemie . .	2	—	2	12
Veterinärkunde	—	1	—	1
Summe	29	55	121	361

Nicht lesen werden im kommenden Semester 2 Extraordinarii und 4 Privatdozenten. — Die Fakultät wurde im abgelaufenen Sommersemester von 847 ordentlichen (gegen 803 im Sommersemester des Vorjahres), darunter 64 (51) Frauen, 56 (41) außerordentlichen Hörern, 393 (401) Frequentanten, darunter 2 Frauen, und 4 (7) Hospitantinnen besucht. Die Gesamtzahl der Mediziner betrug 1300 gegen 1252 im Vorjahre. Die angeführten Zahlen bedeuten — zum ersten Male seit Jahren — eine, wenn auch minime Steigerung der Frequenz, die zum Teil durch die Zunahme der weiblichen ordentlichen und außerordentlichen Hörer gedeckt erscheint. Bezüglich der Nationalität der Frequentanten ist eine nennenswerte Änderung gegenüber den Vorjahren nicht zu verzeichnen.

(Universitäts-Nachrichten.) An der Wiener Universität haben sich Dr. HEINRICH SCHUR für interne Medizin, Doktor VICTOR HANKE für Augenheilkunde und Dr. MAX REINER für Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie habilitiert. — Der a. o. Prof. Dr. OTTOKAR KUKULA ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie an der böhmischen Universität in Prag ernannt worden. An derselben Universität hat sich Dr. RUDOLF MÜLLER für Pharmakognosie habilitiert. — Die a. o. Proff. Doktor BADZYNSKI und Dr. W. SIERADZKI sind zu ordentlichen Professoren der Hygiene, bzw. der gerichtlichen Medizin an der Universität Lemberg ernannt worden. — Prof. Dr. LUDWIG v. KREHL in Tübingen ist zum ordentlichen Professor für innere Medizin (an Stelle NAUNYNS) nach Straßburg berufen worden.

(Als Koexaminatoren bei den medizinischen Rigorosen) werden im Studienjahre 1904/05 fungieren: Wiener Universität Prof. WAGNER v. JAUREGG und TH. ESCHERICH (II. Rigorosum), OBERSTEINER und MONTI (III.); deutsche Universität Prag: F. GANGHOFNER und A. EPSTEIN (II.), PH. J. PICK und E. ZAUFAL (III.); böhmische Universität Prag: G. KABBEL und K. KUFFNER (II.), V. JANOVSKÝ und E. KAUFMANN (III.); Universität Graz: G. ANTON und M. PFAUNDLER (II.), W. PRAUSNITZ, J. HABERMANN und K. KREI-

BICH (III.); Universität Innsbruck: K. MAYER und J. LOOS (II.), G. JUFFINGER, A. LODE und L. MERK (III.); Universität Krakau: V. JAWORSKI, ST. PARENSKI und J. ZOLL (II.), P. PIENIAZEK, L. REISS und M. RUTKOWSKI (III.); Universität Lemberg: ST. BADZINSKI, J. RACZYNSKI und J. WICZKOWSKI (II.), W. LUKASIEWICZ, V. WEHR, G. ZIEMBICKI und H. SCHRAMM (III.).

(Auszeichnungen.) Dem Landes-Sanitätsinspektor Doktor V. SLAVIK in Prag ist der Titel eines Regierungsrates, dem Oberbezirksarzte k. R. Dr. J. HAINZE in Teschen der Titel und Charakter eines Landes-Sanitätsinspektors, dem Bezirksarzte Dr. E. QUIRSFELD in Rumburg der Titel und Charakter eines Oberbezirksarztes, den Oberbezirksärzten k. R. Dr. J. GROHMANN in Teplitz und Doktor K. VOIGT in Schüttenhofen das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, den Bezirksärzten DDr. J. TICHY in Trautenau, F. KULHAVY in königliche Weinberge und M. HORNÍČEK in Smichov das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden. — Dem Kurarzte Dr. B. MAZZEGGER in Obermais bei Meran ist das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, dem Stadtarzte Dr. ANTON LICHTENECKERT in Zwittau das goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen worden.

(Kriegschirurgisches.) Das „Echo de Paris“ veröffentlicht eine Korrespondenz vom russisch-japanischen Kriegsschauplatze, welche interessante Details über die Wundbehandlung seitens der Japaner enthält. Die Wunden werden auf dem Schlachtfelde lediglich provisorisch mit Hilfe des Verbandpäckchens verbunden, das jeder Soldat bei sich trägt; selbstredend bedingen heftige Blutungen und andere bedrohliche Zustände eine Ausnahme. Die Behandlung der Wunden erfolgt erst in den japanischen Spitälern. Die Resultate sind außerordentlich günstig. Die Mortalität beträgt 3%. Allerdings trägt die ungemäss mäßige Lebensweise zu diesem günstigen Ergebnisse bei, doch ist bei dem Umstande, daß auch bei den in japanischen Spitälern verpflegten russischen Verwundeten dieselben guten Resultate gezeitigt werden, der Erfolg in erster Reihe der Behandlung zuzuschreiben. Die große Schnelligkeit der modernen kleinen Projektile bedingt eine neue Wundkomplikation, nämlich die Entstehung zahlreicher traumatischer Aneurysmen.

(Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei und des Geheimmittelwesens) hat der Generalpostmeister von Kanada dem Parlamente einen Gesetzentwurf unterbreitet, demzufolge Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren, Bücher, Zirkulare usw., welche großartige Wunderkuren, sichere Heilungen durch gewisse Quacksalber und deren Medizinen im Annoncenwege und auf andere Weise anpreisen, von der Beförderung durch die Post ausgeschlossen und verboten werden. Zur Begründung des Gesetzes wird ausgeführt, daß die Verbreitung der höchst unwahrscheinlichen „wunderbaren Erfolge“ der betreffenden Patentmedizinen usw. ein Betrug sei, der an dem leidenden und vertrauensseligen Publikum Tag für Tag in weitem Umfange begangen werde, und daß die Regierung entschlossen sei, diesem Unfuge, so weit es in ihrer Macht stehe, ein Ende zu machen. Der Gesetzentwurf hat bereits zwei Lesungen passiert und wird wahrscheinlich in kurzer Zeit als Gesetz in Kraft treten.

(Die freie Vereinigung der deutschen medizinischen Fachpresse) wird ihre diesjährige ordentliche Generalversammlung am 21. September zu Breslau abhalten. Auf der Tagesordnung findet sich u. a.: Besprechung über die Frage der medizinischen Orthographie; Medizinische Presse und Leipziger

Verband; zur Frage der redaktionellen Verantwortlichkeit bei Polemiken.

(Statistik.) Vom 29. August bis inkl. 4. September 1904 waren in den Zivilspitälern Wiens 6539 Personen behandelt. Davon wurden 1396 entlassen, 135 sind gestorben (8 1/2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 56, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 29, Dysenterie 2, Blattern —, Varizellen 14, Scharlach 29, Masern 25, Keuchhusten 6, Rotlauf 41, Wochenbettfieber 2, Röteln —, Mumps —, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospina. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 563 Personen gestorben (— 92 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Berlin am 3. d. M. der hervorragende Dermatologe Geh. Rat Prof. Dr. HEINRICH KOEBNER, seinerzeit Direktor der Breslauer dermatologischen Klinik und Poliklinik, auf welche Stelle er wegen Kränklichkeit resignierte, 66 Jahre alt; in Graz der praktische Arzt Dr. LOTHAR JOST im 80. Lebensjahre; in Lissabon der Professor der Augenheilkunde Dr. HYGINO DE SOUSA.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Leyden E. v., und Klemperer F., Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. Lieferung 126—130. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg. — K. 1.90 pro Lief.
 Rabel E., Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904, Veit & Co. — M. 2.40.
 Eschle F. C. R., Die krankhafte Willensschwäche. Berlin 1904, H. Kornfeld. — M. 4.—.
 Nagel W., Gynäkologie für Ärzte und Studierende. II. verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin 1904, H. Kornfeld. — M. 10.—.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main** über Dr. Ritserts „Anästhesin“; **E. Merck**, chemische Fabrik in Darmstadt, über „Veronal“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

— In der Entwicklung zurückgebliebene —

kränkliche
schwächliche
rachitische
skrophulöse

Kinder

badet man am besten mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend schon nach wenigen Bädern.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

ARABELLA

**Natürliches Mineral-Wasser
von den berühmten Heilquellen
dieses Namens in Kelenföld (Ungarn)**

Von den medizinischen Autoritäten des In- und Auslandes als ein Heilmittel

für Leber-, Nieren-, Blasenleiden, Gicht und Magensäure anerkannt, ebenso von bedeutendem Werte als Abführmittel.

Probeflaschen franko und unentgeltlich von sämtlichen in der Broschüre verzeichneten Depots gegen
Einsendung eines in derselben eingelebten Applikationsscheines.

Administration der Arabella Aktiengesellschaft, 2 a Hay Hill, Berkeley Square, London W.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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-Zelle oder deren Raum mit 50 Pf. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telefon Nr. 9104.

Redaktion: Telefon Nr. 13.849.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Erfahrungen aus einer Masernepidemie. Von Dr. J. FELS in Lemberg. — Aus dem landschaftlichen Krankenhause in Zara. Orchidopexie nach HAHN. Von Primararzt Dr. B. PERIĆ. — Ist gegenwärtig die ausschließlich medikamentöse Behandlung exsudativer seröser Entzündungen der Pleura zulässig? Von Prof. S. W. LEWASCHEW in Kasan. II. — Referate. K. SICK (Tübingen): Über Herkunft und Wirkungsweise der Hämagglutinine. — O. LASSAR (Berlin): Über eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen. — FRANZ FINK (Karlsbad): Die Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad bei Gallensteinkranken. — LADISLAUS DETRE und JOSEF SELLEI (Budapest): Die hämolytische Wirkung des Sublimats. — KOBLANCK (Berlin): Dauerergebnisse der Prolapsoperation. — TSCHERNO-SCHWARTZ (St. Petersburg): Die bakteriologische Methode der Diphtheriediagnose. — ERNI (Paris): Das Klopfphänomen „Signe de tapotage“ bei der Lungenphthise mit Kavernen. — N. A. SACHAROW (Tiflis): Ist Sauerstoff zur Wirkung der hydrolytischen Fermente wirklich notwendig? — HEINER (Leipzig): Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe. — Kleine Mitteilungen. Diät bei Gicht. — Das Nährpräparat Hygiama. — Die örtlichen Ätzungen bei Diphtherie. — Hyperidrosis. — Anthrasol. — Zur Behandlung der Psoriasis. — Die anarischen Inseln als Kurorte für Lungenkranke. — Die Verwendung des Alkoholverbandes bei Panophthalmie. — Jodcatgut. — Literarische Anzeigen. Lehrbuch der inneren Medizin. Herausgegeben von Dr. J. Freiherrn v. MERING. — Therapie der Magenkrankheiten. Von Dr. MAX KAHANE in Wien. — Die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Bekämpfung der Mischinfektion. Von Dr. A. MENZER, Stabsarzt in Halle a. S. — Die Verletzungen des Ohres, deren Folgezustände und ihre gerichtsarztliche Beurteilung. Von Dr. JOSEF TYRMAN, k. u. k. Stabsarzt. — Feuilleton. Pariser Briefe. III. (Orig.-Korresp.) — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus italienischen Gesellschaften. (Original-Bericht.) — Notizen. Der Kampf gegen die registrierten Hilfskassen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Erfahrungen aus einer Masernepidemie.

Von Dr. J. Fels in Lemberg.*)

Im Herbst 1901 herrschte in Lemberg eine ausgedehnte Masernepidemie, die in der ersten Hälfte September begann, im November und Oktober ihren Höhepunkt erreichte und in der zweiten Hälfte Januar 1902 im Abklingen war. Bekanntlich kommen sporadische Masernfälle fast stets vor, am häufigsten aber treten die Masern in großen Epidemien fast zu jeder Jahreszeit auf und dann wird ein großer Teil der Kinder, die noch nicht durchmasert sind, von denselben befallen, um so mehr, als die Masern als eine leichte Krankheit gelten, welche jeder Mensch durchmachen muß. Deswegen werden gewöhnlich fast gar keine Vorsichtsmaßregeln getroffen, die Kinder zu isolieren, im Gegenteil, die Eltern geben oft absichtlich die gesunden Kinder mit den kranken zusammen, um mit einem Male die Masern bei allen ihren Kindern los zu werden. Da die Disposition zur Masernerkrankung eine fast allgemeine ist, so erliegen ihr während einer Epidemie fast alle Kinder, die bis dahin von Masern noch frei waren. So war es auch damals in Lemberg und es gab fast kein Haus, in dem nicht mehrere Kinder an Masern krank lagen. Es behaupten viele Autoren, darunter auch BIEGANSKI¹⁾, daß die größeren Masernepidemien in großen Städten sich mehr oder weniger alle 3 bis 4 Jahre wiederholen, und auch derzeit erkrankten fast ausschließlich Kinder unter 8 Jahren, woraus man schließen könnte,

daß die vorhergehende größere Masernepidemie in Lemberg vor etwa 7—8 Jahren statthatte, was ich auch wirklich von älteren Kollegen bestätigt fand. Besagte Epidemie unterschied sich durchaus nicht, weder in ihrem Verlaufe noch auch was die Komplikationen betrifft, von anderen oft beobachteten; denn sie war weder besonders bösartig, was den Verlauf und Ausgang der Krankheit betrifft, noch auch besonders leicht und gutartig betreffs der Komplikationen von seiten des Respirationstraktes, Darmtraktes und Gebörganges, die durchaus nicht zu den Seltenheiten gehörten; aber trotzdem war die Sterblichkeit unter den Kindern zur Zeit dieser Epidemie verhältnismäßig viel größer als sonst, so daß abergläubische Mütter ihren Kindern Schlüssel um den Hals hängten als einen schützenden Talisman, um sie vor Krankheit und Tod zu behüten.

Meine Erfahrungen aus dieser Epidemie beziehen sich auf etwa 50 Masernfälle, die ich allerdings nur in verschiedenen Stadien der Krankheit beobachten konnte, denn da die Eltern die Masern als eine leichte Krankheit betrachten, die überdies leicht zu erkennen ist, so suchen sie oft gar keine ärztliche Hilfe oder sie holen den Arzt nicht zu den weiteren Kindern, wenn dieser bereits vorher bei einem der Geschwister Masern diagnostiziert und die nötigen hygienisch-diätetischen Verordnungen getroffen hat. Sehr oft wird der Arzt bloß im Prodromalstadium geholt, weil die Eltern nicht wissen, worauf die Hitze des Kindes zu beziehen sei, oder man ruft ihn bereits nach dem Verschwinden des Exanthems, wenn Komplikationen von seiten des Respirationstraktes oder anderer Organe auftreten. Aus den angeführten Gründen können auch Erfahrungen aus der Privatpraxis keine Ansprüche auf strikte Genauigkeit und Gründlichkeit erheben und ich werde mich deshalb nur mit einem kurzen Überblick

*) Nach einem in der Lemberger Ärztesgesellschaft am 13. Mai 1904 gehaltenen Vortrage.

¹⁾ BIEGANSKI-WILCZYNSKI im „Handbuch innerer Krankheiten“, Krakau 1903.

des Verlaufes und der von mir gemachten Beobachtungen begnügen. Andererseits aber darf nicht außer acht gelassen werden, daß auch die Erfahrungen im Spital nicht immer ausgedehnte sein können, da dort hauptsächlich gerade die schwersten Masernfälle unterkommen, ausgenommen die Fälle, welche während des Spitalsaufenthaltes aus irgend einem anderen Grunde daselbst an Masern erkranken.

Wie bereits früher erwähnt, erkrankten damals an Masern Kinder vom 1.—8. Lebensjahre, dagegen stimmen fast alle Beobachter darin überein, daß Kinder im ersten Lebensjahre nur selten erkranken. Ich sah zwar sporadische Masernfälle auch im ersten Halbjahre, aber in dieser Epidemie kamen mir solche Fälle nicht vor. Ähnlich verhält es sich mit den Masern bei Erwachsenen, die bekanntermaßen einen viel schwereren Verlauf nehmen, als bei Kindern und gilt diesbezüglich das 16. Lebensjahr als Grenzpunkt. Ich sah zwar zwei schwer verlaufende Masernfälle bei Erwachsenen, davon einen durch eine krupöse Pneumonie und Empyema thoracis kompliziert, und in beiden Fällen meinte man anfangs beginnende Variola vor sich zu haben; aber diese Fälle ereigneten sich nicht während dieser Epidemie.

Das Inkubationsstadium, das ich manchmal beobachten konnte, wenn nämlich in einer Familie mehrere Kinder nacheinander an Masern erkrankten, betrug 10 Tage, aber auch 11—12 und sogar 14 Tage. THOMAS, REHN und andere²⁾ sahen schon im Inkubationsstadium eine kurzdauernde Temperatursteigerung und BIEGANSKI beobachtete ebenfalls selten geringe Temperatursteigerungen und unbestimmte Störungen, wie Appetitmangel, gestörten Schlaf, Verstimmung, aber es bleibt immer zweifelhaft, ob diese Erscheinungen mit den folgenden Masern in Zusammenhang zu bringen sind oder nicht. Zweimal sah ich ebenfalls ähnliche leichte Störungen während des Inkubationsstadiums:

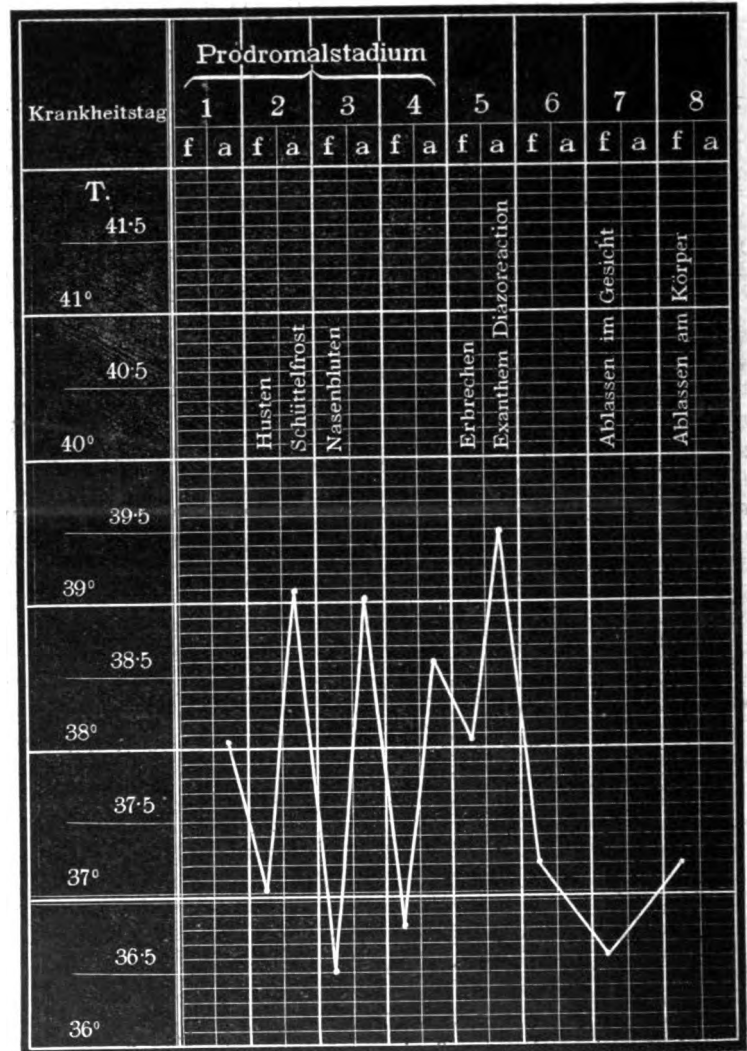
K. J., 6 Jahre, 3. und 4. September geringe Temperatursteigerung 37·2—37·5°, Appetitmangel, unwohl; 16. September 38°, Puls 136 und Beginn der Masernprodrome, 20. September Masernexanthem im Gesicht.

K. R., 4 Jahre, 20. September wurde ohnmächtig, was angeblich einige Minuten dauerte, Puls 120, durch 2 Tage unwohl, Appetitmangel, verstimmt; 29. September 38·6°, Puls 112, Exanthem am Gaumen, 30. September Masernexanthem im Gesicht.

Manchmal erzählten mir auch die Mütter, daß schon vor Beginn des Inkubationsstadiums die Kinder durch einige Tage mißgestimmt waren und leicht fieberten. Es scheint also doch, daß solche leichte Erscheinungen im Inkubationsstadium der Masern öfter vorkommen, nur daß sie unbeachtet vorübergehen.

Das Stadium prodromorum der Masern ist noch immer, sowohl in diagnostischer Beziehung als auch was seinen Verlauf betrifft, Gegenstand zahlreicher Beobachtungen und Forschungen, deshalb leitete auch ich meine besondere Aufmerksamkeit auf dessen Erscheinungen und kann in der Tat manches Mitteilenswerte anführen. Schon seit langem war es ein Bemühen der Ärzte, aus den Prodromen die kommenden Masern mit Sicherheit vorauszusagen und nicht selten machten die Eltern dem Arzte daraus einen Vorwurf, wenn er nicht aus den unbestimmten katarrhalischen Erscheinungen und dem Fieber die Masern erkannte, was mit Sicherheit nur zur Zeit einer Epidemie möglich ist oder wenn gehäufte Fälle an einem bestimmten Orte sich ereignen. Deswegen hat man auch in letzter Zeit verschiedene Symptome gesucht und sie als stetige und charakteristische Merkmale des Prodromalstadiums beschrieben. In erster Reihe gilt dies von den sogenannten KOPLIKSchen Stippchen, das sind bekanntlich weiße oder bläulich-weiße Flecken von Stecknadelkopfgröße, umgeben von einem roten Hofe; mitunter stellen sie auch die Spitze kleiner roter Knötchen dar und bestehen hauptsächlich aus abgestoßenen Epithelzellen. Diese Fleckchen hat schon

früher der Däne FLINDT³⁾ als Bläschen beschrieben, ferner GERHARDT, REUBOLD und FILATOR. Jedoch erst der amerikanische Kinderarzt KOPLIK lenkte mit Nachdruck im Jahre 1896 und 1898 die Aufmerksamkeit aller auf sie als auf ein sicheres Frühsymptom der Masern, welches um 24—48 Stunden dem Exanthem der Haut vorausgeht. Man findet sie auf der Schleimhaut der Wangen gegenüber den unteren Backenzähnen, um den Ausführungsgang des Ductus Stenonianus, seltener auf der Lippenschleimhaut, dem Gaumen und Zahnfleisch. FLINDT sah dieselben auch auf der Konjunktiva und FILATOR beschrieb sie auch auf der Zungenspitze, indem sie derselben das Aussehen verleihen, als wäre sie mit Kleie bestreut. Im Stadium eruptionis verschwinden die KOPLIKSchen Spritzflecken. Hervorheben will ich jedoch, daß mit den KOPLIKSchen Stippchen nicht die normalen Schleimdrüsen



zu verwechseln sind, welche auf der ektropionierten Lippenschleimhaut hervortreten und öfter die Gestalt bläulicher Knötchen annehmen, um so deutlicher, wenn im Fieberstadium die Schleimhaut injiziert und gerötet ist. Im Beginn verwechselte ich manchmal diese Drüsen mit den KOPLIKSchen Stippchen, jedoch sind erstere natürlich eine normale Erscheinung, die mit verschiedener Deutlichkeit bei jedem Menschen und besonders bei Kindern hervortritt. Was nun die Häufigkeit im Erscheinen der KOPLIKSchen Flecke betrifft, so gehen die Angaben der verschiedenen Beobachter sehr weit auseinander, denn während die einen (FRUYNIGHT und andere) dieselben in 80—90% der Masernfälle konstatierten, fanden sie andere, wie ARONHEIM, nur in 6%; der Fälle. Andere wieder (WIDOWITZ, MOTTA-LOCO, MÜLLER⁴⁾) fanden die-

²⁾ HENCOCH, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1897.

³⁾ „Przeglad lekarski“, 1899, pag. 397.

⁴⁾ „Münchener medizinische Wochenschrift“, 1904, Nr. 3.

selben als ein Frühsymptom nicht bloß der Masern, sondern auch der Rubiolen und sprechen ihnen hiermit die Bedeutung eines pathognomonischen Frühsymptomes der Masern ab. Während dieser Masernepidemie nun habe ich die KOPLIK'schen Flecke nur sehr selten sehen können, und zwar sahen sie wie Hirsekörner an der Wangenschleimhaut aus oder bildeten kleine weiße Beläge vorn auf dem Zahnfleische. Dagegen hat wohl das Exanthem der Mundschleimhaut in Form von zackigen roten Flecken und Strichelungen, welche oft um einen Tag dem Exanthem der Haut vorausgehen, eine sichere diagnostische Bedeutung.

EMERICH's Diazoreaktion gilt heute als eine fast konstante Erscheinung bei Masern, die sich in intensiver Weise durch 5—8 Tage erhält, und manche wollten ihr auch die Bedeutung eines Frühsymptoms zuschreiben. In den Fällen nun, in denen ich schon rechtzeitig nach derselben fahnden konnte, konnte ich dieselbe fast gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems konstatieren; mithin kommt ihr die Bedeutung eines Frühsymptoms nicht zu.

Im Jahre 1893 beschrieb BOLOGNINI⁵⁾ ein neues Symptom der Masern, welches darin besteht, daß man, wenn der Kranke am Rücken liegt und die Knie beugt, durch die Bauchdecken in einer größeren oder kleineren Ausdehnung ein leises Reiben durchfühlen kann; die Ursache dieses Reibens soll das Exanthem am Peritoneum sein. Von 200 Masernfällen fand er dieses Symptom nur nicht in zwei Fällen und schreibt ihm die Bedeutung eines Frühsymptoms der Masern zu, das bereits vor dem Erscheinen des Schleimhautexanthems zu konstatieren ist. Bei der Nachprüfung dieses Symptoms konnte es KOPPEN zwar ziemlich oft, aber keineswegs immer finden, und dazu viel häufiger nach Ausbruch des Exanthems als vorher; aber als Wesen der Erscheinung betrachtet er ein Knistern, welches durch Bewegung des Inhalts im Dünndarm hervorgerufen wird, und als ein Knistern, welches in kleine Bläschen zerteilt ist. Deshalb trat auch die Erscheinung besonders in den Fällen auf, die mit Diarrhöe kompliziert waren, und kann, wenn auch überhaupt selten, bei Kindern auftreten, die an Darmerscheinungen leiden. Sie ist also kein charakteristisches Masernsymptom und um so weniger ein pathognomonisches Frühsymptom derselben. Ich konnte dasselbe auch nur selten konstatieren als ein geringes Knistern, das sehr bald verschwand.

Belehrend und für mich neu waren jedoch meine Erfahrungen über den Fieberverlauf der Masern. Fast in allen Handbüchern und Veröffentlichungen wird seit WUNDERLICH als typischer Fieberverlauf der Masern eine plötzliche Temperatursteigerung mit Beginn der katarrhalischen Erscheinungen beschrieben, worauf am 2. oder 3. Tage ein Rückgang der Temperatur erfolgt, und erst am 3. oder 4. Tage mit Ausbruch des Exanthems erfolgt wieder ein jäher Anstieg; nun dauert die Kontinua durch 3 Tage, worauf also am 5. Tage ein jäher Abfall kritisch zur Norm erfolgt. SOLT-MANN⁶⁾ bezeichnet den Fieberverlauf bei Masern als „Typus der genuinen Pneumonie“. Ebenso auch BIEGANSKI, der jedoch nach 3—4 Tagen des Blütestadiums die Temperatur entweder kritisch oder auch lytisch abfallen sah. Außer diesem seit jeher als für die Masern charakteristischen Fiebertypus beobachtete nun JÜRGENSEN⁷⁾ noch zwei andere, und zwar in der Weise, daß die Temperatur vom Beginn des Prodromalstadiums langsam remittierend und zunehmend in die Kontinua des Fastigiums übergeht, und einen dritten selteneren Typus, wo die Temperatur auf einmal den Charakter einer Kontinua annimmt. BIEGANSKI betrachtete auch ausnahmsweise den zweiten remittierenden Typus, den jedoch HEUBNER⁸⁾

direkt als den häufigsten beobachtete, und MÜLLER⁹⁾ beobachtete während einer Masernepidemie in Marburg zwar den Typus mit 1—2tägiger Fieberintermission als den häufigsten, daneben aber auch den remittierenden und den von Anfang an kontinuierlichen Fiebertypus. Während der Epidemie im Herbst 1901 hatte ich nun ziemlich oft Gelegenheit, schon im Prodromalstadium genaue Temperaturmessungen vorzunehmen, und zwar dann, wenn in einer Familie mehrere Kinder nacheinander an Masern erkrankten. Auch ich sah manchmal Fälle, wo die Temperatur in die Höhe ging und ohne Rückgang konstant blieb. Das waren größtenteils Fälle, wo das Prodromalstadium nur sehr kurz, oft nur einen Tag, dauerte. Diese Fälle begannen mitunter plötzlich wie das Scharlachfieber; das Kind erkrankte abends mit Schüttelfrost und Erbrechen, in der Nacht bedeutende Hitze und Delirien, und in der Früh sah man bereits ein intensives Masernexanthem sich entwickeln. Oder das Kind erkrankte früh und abends konnte ich schon das Exanthem der Mundhöhle konstatieren. Diese Fälle nahmen überhaupt einen raschen Verlauf, am 3. Tage erfolgte gewöhnlich ein kritischer Abfall oder es begann schon am zweiten Tage die Temperatur per lysim zu sinken. Viel Kopfzerbrechen bereiteten mir jedoch die Fälle mit remittierendem Fieberverlauf im Prodromalstadium, um so mehr, wenn diese Fälle im Beginne der Epidemie vorkamen oder in einem Hause den Reigen begannen, namentlich aber, wenn der remittierende Typus einen direkt intermittierenden Verlauf annahm. Ich kannte damals den remittierenden Typus noch gar nicht und in 3 Fällen mit intermittierendem Fieberverlauf glaubte ich es direkt mit Intermittens zu tun zu haben, um so mehr als das Prodromalstadium manchmal in diesen Fällen 5—7 Tage dauerte, was ja mitunter vorkommt und was ja auch HENOCH und andere Beobachter erwähnen. Als Beispiel eines solchen Fieberverlaufes gebe ich hier die Fieberkurve eines Masernfalles an, der mir in dieser Epidemie als erster unterkam. Dem remittierenden Typus entsprachen auch diejenigen Fälle, in denen mir die Mütter angaben, daß die Kinder durch einige Tage bis Mittag oder abends fieberlos waren und spielten, aber mittags oder abends Hitze und Verstimmung eintrat. Daß ich manchmal Fälle sah, in denen das Prodromalstadium eine Woche dauerte, und daß gerade in diesen Fällen das Fieber einen remittierenden Verlauf annahm, erwähnte ich bereits.

Schließlich möchte ich noch eines im Volke sehr verbreiteten Mittels gedenken, das vielleicht seit SYDENHAM datiert, der ja zuerst die Masern als eine gesonderte Krankheit beschrieb und sie von anderen Infektionskrankheiten abgrenzte. Zur Zeit der Masernepidemie fand ich oft fiebernde Kinder in einem Zustande der Somnolenz oder Betäubung. Im Beginn bezog ich das gewöhnlich auf den fieberhaften oder Infektionszustand, bis ich dann erfuhr, daß die Mütter den kleinen Kindern in ziemlichen Gaben, dann eßlöffel- und stamperlweise, Met zu trinken gaben, um den Ausbruch des Masernexanthems zu beschleunigen. Im übrigen kamen mir in dieser Epidemie keine schweren zerebralen oder nervösen Erscheinungen vor.

Was den Krankheitsverlauf selbst, die Komplikationen und Nachkrankheiten, betrifft, so kann ich mich ganz kurz fassen, da dieselben sich in nichts von anderen Epidemien unterscheiden. Das Exanthem blieb in den leichteren Fällen manchmal kaum nur einen Tag; Masern ohne Exanthem, wie sie manche Autoren erwähnen, scheint mir eine zu gewagte Diagnose. Einer meiner Fälle, in welchem das Prodromalfieber ebenfalls einen remittierenden Verlauf hatte, zeichnete sich dadurch aus, daß durch 3 Tage des Blütestadiums das Exanthem nur am Abend deutlich hervortrat und vormittags immer abbläste. — Die katarrhalischen Lungenentzündungen bildeten eine ziemlich häufige Komplikation und doch verlor ich keinen Kranken, wiewohl es unter ihnen auch junge, etwas schwächliche Kinder gab und solche mit gleichzeitiger Komplikation

⁵⁾ „Przeglad Lekarski“, 1899, pag. 451.

⁶⁾ „Deutsche medizinische Wochenschrift“, 1904, Nr. 17.

⁷⁾ NOTHNAGEL, Spezielle Pathologie und Therapie.

⁸⁾ Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.

⁹⁾ „Münchener medizinische Wochenschrift“, 1904, Nr. 3.

von seiten des Ohres und Darmes, ein achtjähriges Mädchen sogar mit einer bestehenden tuberkulösen Verdichtung beider Lungenspitzen. Die kruppöse Pneumonie bildet eine viel seltenere Komplikation der Masern, ich sah sie bei einem achtjährigen Mädchen am vierten Krankheitstage als rechtsseitige Pleuropneumonie auftreten, die dann auch auf die linke Seite übergang und am 13. Tage mit typischer Krise endete.

Andrerseits sah ich bei einem 4 $\frac{1}{2}$ monatlichen Kinde am vierten Krankheitstage der Masern eine kruppöse Pneumonie auftreten und tags darauf erfolgte der Exitus letalis. Die Komplikation der Masern mit Diphtherie und Croup diphthericus gab früher eine direkt letale Prognose, heutzutage ist es, dank der Wirksamkeit des Antidiphtherieserums, anders geworden. In einem meiner Fälle, der ein sechsjähriges Mädchen betraf, trat der Krupp schon im Prodromalstadium auf und hier genügten Inhalationen, ein Brechmittel und Expektorantia, zwei Blutegel auf das Manubrium sterni und graue Salbe; der zweite Fall betraf ein zweijähriges Mädchen, am vierten Krankheitstage trat bei ihm eine Laryngitis ein, zu der sich am 6. Tage die Erscheinung eines wahren Krupps und diphtheritischer Belag auf der linken Tonsille hinzugesellten. Es wurden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zwei Injektionen von je 1000 Antitoxineinheiten des BUIVIDSchen Serums mit gutem Erfolge ausgeführt.

Nasenbluten sah ich nicht bloß im Prodromal- und Blütestadium, sondern auch nach Abblenden des Exanthems auftreten. Die eitrigen Mittelohrentzündungen traten am Ende der ersten Woche, am 6. oder 7. Tage auf und gingen in keinem meiner Fälle in chronische Eiterung über, was bei Scharlach sehr oft eintritt. Bemerkenswert ist, daß nach FREYSING die Otitis media bei den Masern eine fast konstante Erscheinung sein soll, aber größtenteils ohne sichtbare Erscheinungen verläuft, ähnlich wie die so häufige Otitis media der Säuglinge. In den mit Enteritis komplizierten Fällen machte ich die Erfahrung, daß die Diarrhöe gleichzeitig mit den Prodromen der Masern einsetzte; ähnlich verhielt es sich mit den schweren Bronchitiden. Von den Nachkrankheiten erwähnen die meisten Beobachter die innigen Relationen zum Keuchhusten, der sowohl als Komplikation wie auch als Nachkrankheit der Masern auftritt, und BIEGANSKI behauptet sogar, daß nach den Masernepidemien gewöhnlich Keuchhustenedidemien auftreten. Nach der letzten Masernepidemie in Lemberg war es jedoch nicht so; ich konnte nur ziemlich häufig sporadische Keuchhustenanfälle bei Kindern sehen, welche 1—4 Wochen zuvor Masern durchgemacht. In 2 Fällen traten nach den Masern Schmerzen in der rechten Ileozökalgegend auf, ähnlich wie dies auch nach Influenza beobachtet wird. Masernrezidive, welche manche Autoren beschreiben, sah ich nicht, dagegen bekam ich ziemlich oft von den Eltern zu hören, daß das Kind schon einmal die Masern gehabt habe. Daß man zweimal an Masern erkranken kann, ist wissenschaftlich nachgewiesen, aber sicherlich kommt dies nicht so oft vor, als man gewöhnlich meint, denn sehr oft handelt es sich hierbei entweder um Rubeola, die äußerst schwer von den Masern zu unterscheiden ist, oder um andere Ausschläge und Erytheme, die ein masernähnliches Aussehen besitzen.

Aus dem landschaftlichen Krankenhaus in Zara.

Orchidopexie nach Hahn.

Von **Primararzt Dr. B. Peričić.**

Vor einigen Jahren hat der nunmehr verstorbene Berliner Chirurg HAHN eine Operationsmethode der Hodenretention angegeben, die ich in mehreren mir zur Verfügung stehenden neuesten chirurgischen Handbüchern nicht erwähnt sehe, die mir aber für schwierige Fälle sehr zweckmäßig erscheint. Ich habe in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt, diese Ope-

ration mit bestem Erfolge auszuführen und möchte mit der Veröffentlichung dieses Falles zu ihrer besseren Kenntnis beitragen.

N. C., 24 Jahre alt, Friseur, hat seit der Kindheit eine rechtsseitige, kleine, inguinale Geschwulst nebst Hodenretention. Hier und da stellten sich starke lokale Schmerzen ein ohne Schwellung des Bauches und ohne Erbrechen, die auf Liegen und langsamen Druck mit dem stark gebeugten rechten Beine zurückwichen. In den letzten Jahren trug Pat. bisweilen ein Bruchband.

Status: Rechtsseitige Hydrokele bilocularis. Rechter Hoden weder im Skrotum noch im Leistenkanal zu tasten. Im Leistenkanal kein Darm.

Allgemeinzustand unwesentlich verändert.

Am 12. Mai 1904 Operation in Chloroformnarkose.

Schnitt wie bei radikaler Hernienoperation. Zuerst stößt man auf die Hydrokele, die exstirpiert wird. Hinter derselben findet man einen nach der Bauchhöhle offenen Sack. Der in die Bauchhöhle eingeführte Finger holt den Hoden, der über dem inneren Leistenringe liegt, heraus. Er wird samt dem Samenstrange von dem Halse des Bruchsackes, d. h. des offen gebliebenen Processus vag., abpräpariert und dieser dann durchtrennt und verschlossen. Hierauf wird das Skrotum an seiner tiefsten rechten Seite durchbohrt und der Hoden durch den Schlitz herangeleitet. Das übrige Operationsfeld wird mit tiefen und oberflächlichen Nähten ganz vernäht und der Hoden in Jodoformgaze eingewickelt. Verband.

Während der ersten Tage nach der Operation mußte Pat. wegen Harnverhaltung zweimal täglich katheterisiert werden. Erst am 18. Mai spontanes Harnlassen.

Am 17. wurde in Narkose die Skrotalhaut im Bereiche des Schlitzes etwas abpräpariert und der Hoden darunter reponiert. Darüber einige Nähte und in einen Wundwinkel ein Jodoformgasedocht, welcher am 19. samt den Nähten der oberen Wunde entfernt wurde.

Fieberloser Verlauf. Heilung beider Wunden per primam. Am 26. Mai geheilt entlassen.

Dieser Fall bietet eine Verbindung von Hydrokele, Monorchismus und Leistenhernie dar. Die Hydrokele ist dadurch entstanden, daß der Processus vag. peritonei, der sich vor dem Herabrücken des Hodens entwickelt (auch bei abnormer Lagerung desselben), oben teilweise obliteriert worden ist; im unteren Teile entwickelte sich eine Hydrokele; die oben zurückgebliebene peritoneale Grube erweiterte sich langsam durch Druck seitens der Eingeweide und wurde zu einem Bruchsack.

Nach der Exstirpation der Hydrokele mußte man zunächst die Hodenretention beseitigen. Die gewöhnliche Operationsart (nach SCHÜLLER-KOCHER) ist folgende: Nachdem Hoden und Samenstrang präpariert und der Processus vag. durchtrennt und verschlossen wurden, wird der ins Skrotum reponierte Hoden durch Catgutnähte fixiert; Nähte durch die Tunica communis des Samenstranges und die Aponeuose des Obliquus externus verengern die vordere Leistenöffnung; endlich, um das Zurückweichen des Hodens unmöglich zu machen, wird nach KOCHER am Eingang ins Skrotum um den Samenstrang eine zirkuläre, nicht einschnürende Naht angelegt.

Wegen Spannung des Samenstranges und Möglichkeit des Zurückweichens des Hodens schien mir in diesem Falle die Fixation nach HAHN viel sicherer. Wie aus der oben beschriebenen Operation zu ersehen ist, stülpt HAHN den präparierten Hoden durch einen Schlitz an der Hodensackbasis heraus und verschließt die obere Wunde ganz; nach 3—4 Tagen erweitert er den Schlitz etwas, reponiert den Hoden unter die Skrotalhaut und vernäht darüber die Haut.

Die zweite Operation habe ich in Narkose ausgeführt; sie kann aber sicher auch unter Kokainanästhesie gemacht werden.

Ist gegenwärtig die ausschließlich medikamentöse Behandlung exsudativer seröser Entzündungen der Pleura zulässig?

Von **Prof. S. W. Lewaschew** in Kasan.

II.

Nach diesen einführenden Bemerkungen will ich nun zur Darstellung meiner Untersuchungen übergehen, von denen jede, wie aus dem Obenstehenden ersichtlich, aus 2 Teilen besteht: aus Beobachtung der Kranken bei sogenannter expektativer — indifferenten — Behandlungsmethode und aus der Prüfung der Salizylpräparate in verschiedenen Dosen je nach der Individualität des Falles. Meine Erfahrungen umfassen insgesamt 67 mit exsudativer Pleuritis behaftete Patienten, bei denen ich in der Lage war, den Verlauf der Krankheitserscheinungen bei Anwendung der Salizylsäure oder deren Natronsalzes mit genügender Vollkommenheit zu verfolgen, sowie 11 ebensolche Kranke, die nach der Methode von Dr. PROSOROWSKI behandelt wurden. Es ist mir natürlich unmöglich, an dieser Stelle, wenn auch in gedrängter Kürze, sämtliche hierher gehörigen Krankengeschichten anzuführen, da dies sehr viel Raum beansprucht hätte; ich will mich infolgedessen auf eine allgemeine Schilderung der von mir erzielten Resultate und auf die Mitteilung einiger Beispiele beschränken.

Was die Salizylpräparate betrifft, so müssen die Fälle, in denen diese Präparate zur Anwendung gelangt sind, in zwei Gruppen eingeteilt werden. Die erste Gruppe umfaßt diejenigen Fälle, in denen, den Angaben AUFRECHTS und anderer Autoren entsprechend, bei dem Gebrauch der Salizylsäure oder deren Natronsalzes allmähliche Abnahme sämtlicher entzündlichen Erscheinungen und Resorption des Exsudats beobachtet wurde. Die zweite Gruppe umfaßt Kranke, bei denen unter dieser Behandlung vollkommen entgegengesetzte Resultate erzielt wurden. Als Beispiele der letzteren Gruppe können folgende Fälle dienen.

K. S., 22 Jahre alt, wurde 1 Monat nach Beginn der Erkrankung, die sich unmittelbar nach einer starken Erkältung entwickelt haben sollte, in die Klinik mit Exsudat in der rechten Pleura, das hinten die Höhe der Spina scapulae, vorn die dritte Rippe erreichte, bei mäßigem Fieber (36.5° — 38° morgens und 37.6° bis 38.2° abends) aufgenommen; der Umfang der beiden Hälften des Brustkorbes zeigte bedeutende Verschiedenheit (rechts: Querdurchmesser 16 cm, Längsdurchmesser 25 cm; links: Querdurchmesser 13 cm, Längsdurchmesser 22 cm). Im Sputum keine Tuberkelbazillen. Die Probepunktion förderte eine vollkommen durchsichtige seröse Flüssigkeit zutage. Innerhalb der ersten 8 Tage traten bei symptomatischer Behandlung (Narkotika gegen Husten und Schmerzen, Bismut gegen Diarrhöe) besondere Veränderungen im Brustkorb nicht auf. Nur verringerte sich die Morgentemperatur einigermassen und stieg seitdem nicht über 37.5° . Nun wurde Natrium salicylicum zu 0.6 pro dosi, zunächst 4mal täglich verordnet. Gegen Ende der nächstfolgenden Woche sank die Temperatur morgens bis auf 36.3° — 36.8° , des Abends bis 37.2° — 37.4° . Das Niveau des Exsudats sank hinten bis zum unteren Drittel des Schulterblattes, vorn bis zum unteren Rande der vierten Rippe. Die Kapazität der Lungen nahm etwas zu; dann aber begann die Temperatur trotz der fortgesetzten Anwendung der Salizylsäure in gesteigerten Dosen (0.6 zunächst 6mal, dann 7—8mal täglich) wieder zu steigen, hauptsächlich des Abends (des Morgens 38° — 38.4° , des Abends 38.8° — 38.2° — 38.3° — 38.5° — 38.8° — 39° — 39.3° usw.); das Niveau des Exsudats stieg um 2 cm; die Kapazität der Lungen verringerte sich wieder. Da es nun innerhalb einer 5wöchigen Behandlung gelungen ist, nur eine Herabsetzung der Temperatur zu erwirken, die jetzt des Abends nur bis auf 37.4° — 37.9° stieg und sämtliche übrigen, sowohl subjektiven wie auch objektiven, Erscheinungen in statu quo geblieben sind, so wurden die Dosen des Natrium salicylicum bis auf 1 g 6mal täglich ge-

steigert; die Symptome blieben auch jetzt ohne jegliche Veränderung weiter bestehen; sogar die Temperatur fuhr fort, des Abends bis auf 37.6° zu steigen. Andererseits aber begann der Patient bereits über heftige Schmerzen in der Magengrube zu klagen, er verlor den Appetit vollständig, hatte des Morgens häufig Übelkeit und Erbrechen. Aus diesem Grunde wurde das Natrium salicylicum fortgelassen, wonach die Temperatur sofort stieg und des Abends 37.8° — 38.4° erreichte. Es wurde eine Punktion der rechten Pleurahöhle unter systematischer Verdrängung des Exsudats durch physiologische Kochsalzlösung gemacht, wobei ein vollständig durchsichtiges seröses Exsudat von 1019 g spezifischen Gewichts zutage gefördert wurde. Nach 2 Tagen konnte man die beginnende Resorption der Überreste des Exsudats wahrnehmen, die nun allmählich vollständig verschwanden. Nach 14 Tagen zeigten die rechte und die linke Brustkorbhälfte bereits entgegengesetzte Verhältnisse: die linke erschien bei der instrumentellen Messung etwas größer als die rechte (die Differenz betrug je nach der Höhe $\frac{1}{2}$ —1 cm); auf der rechten Seite befand sich die Grenze des hellen perkutorischen Schalles auf der üblichen Stelle, desgleichen die Grenze des rein vesikulären Atmens, das nur noch unterhalb der rechten Brustwarze und namentlich in der rechten Subskapulargegend bedeutende Abschwächung zeigte. Der Patient verließ, sich vollkommen wohl fühlend, die Klinik, um sich eine Zeitlang noch ambulatorisch mit Inhalationen von komprimierter Luft behandeln zu lassen.

Dieser kurze Auszug aus der Krankengeschichte beweist, daß bei dem Kranken teilweise unter dem Einfluß der Krankenhausverhältnisse, teils unter dem Einfluß des Natrium salicylicum für kurze Zeit eine gewisse, ziemlich deutliche Besserung erzielt wurde, die aber dann sehr bald trotz der Fortsetzung derselben Behandlung durch eine neue, stark ausgesprochene Verschlimmerung ersetzt wurde. Die anhaltende Anwendung des Natrium salicylicum länger als innerhalb eines Monats blieb auf das Exsudat selbst ohne jegliche Wirkung und hatte nur Herabsetzung der Temperatur zur Folge, wobei das Mittel sowohl in Dosen von 0.6 wie auch in solchen von 1.0 vollkommen gleich wirkte. Eine endgültige Beseitigung des Exsudats konnte einzig und allein mittelst Punktion des Brustkorbes und Substituierung des Exsudats durch physiologische Kochsalzlösung erzielt werden.

W. A., 34 Jahre alt, wurde in die Klinik 14 Tage nach Beginn der Pleuritis, die sich nach längerem Aufenthalt in Zugluft entwickelt haben sollte, mit bedeutendem rechtsseitigem Exsudat, das hinten bis zur Spina scapulae, vorn bis zum 3. Interkostalraum reichte und den Herzspitzenstoß um 4 cm außerhalb der linken Mammillarlinie verschob, aufgenommen; der Querdurchmesser der rechten Hälfte des Brustkorbes betrug 13.9, der der linken 12.3 cm. Die Temperatur betrug des Morgens 38.4° , des Abends 39.2° . Im Sputum keine Tuberkelbazillen. Die Probepunktion förderte eine durchsichtige seröse Flüssigkeit von 1017 spezifischem Gewicht zutage. Die bakteriologische Untersuchung ergab in derselben den Staphylococcus aureus. Zur Linderung der Schmerzen und des Hustens wurde Salepdekot mit Kodein verordnet. Innerhalb der ersten 6 Tage sank die Temperatur auf subfebrile Zahlen (36.5° des Morgens und 37.6° — 37.8° des Abends); der Husten und die Seitenstiche ließen bedeutend nach, jedoch blieben die Perkussionsergebnisse unverändert. Nun wurde die Behandlung mit Natrium salicylicum eingeleitet. Zunächst wurde das Mittel in Dosen von 0.3, nach 2 Tagen in solchen von 0.5, nach weiteren 4 Tagen in Dosen bis 0.6 vier- bis achtmal täglich verabreicht. Mit dieser Behandlung wurde 4 Wochen lang fortgefahren. Das Resultat des Behandlung war jedoch nur Herabsetzung der Temperatur bis zur Norm und auffallende Steigerung der täglichen Harnquantität (von 600 cm^3 allmählich bis auf 2400 cm^3). Die objektiven Erscheinungen von seiten des Brustkorbes blieben jedoch unverändert. Nun wurde das Exsudat, das sich als seröses erwies und ein spezifisches Gewicht von 1021 hatte, punktiert und durch physiologische Kochsalzlösung ersetzt, worauf innerhalb der ersten 24 Stunden der Zustand in statu quo blieb; dann aber begann die Temperatur zu steigen und erreichte innerhalb zweier Tage die

Höhe von 39.4°. Gleichzeitig fand eine rasche Senkung des Niveaus der Dämpfung statt. In 14 Tagen wurde das Exsudat vollständig resorbiert und die Temperatur sank bis zur Norm; das subjektive Befinden der Patientin besserte sich derart, daß dieselbe nach Ablauf von 8 Tagen um Entlassung aus der Klinik nachsuchte. Die Messung der rechten und linken Körperhälfte ergab nunmehr gar keine Differenz.

Im vorstehenden Falle fällt vor allem auf, daß bei ausschließlich exspektativem Vorgehen eine hochgradige Besserung eingetreten ist, die sich durch rasches Aufhören sämtlicher akuter Krankheitserscheinungen dokumentiert hat. Die nachfolgende anhaltende Anwendung des Natrium salicylicum in verhältnismäßig großen Dosen innerhalb 5 Wochen hat auf das Exsudat auch nicht den geringsten Einfluß gehabt, während der Ersatz desselben durch eine indifferente Flüssigkeit zur raschen Resorption des Exsudates und vollständigen Genesung der Kranken geführt hat.

W. T., 26 Jahre alt, kam in die Klinik 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung, die sich im Anschluß an eine heftige Erkältung entwickelt haben sollte, mit Stichen in der linken Seite, die sich immer mehr und mehr steigerten, mit starken Atembeschwerden und in fieberhaftem Zustand. Sie wurde zunächst zu Hause, dann im Krankenhaus mit Natrium salicylicum in Dosen von 0.6 fünfmal täglich ohne besonderen Erfolg behandelt: es trat nur vorübergehende Besserung ein. Die Untersuchung ergab bedeutendes Exsudat, das hinten bis zum unteren Drittel des Schulterblattes reichte; die rechte Herzgrenze lag in der rechten Sternallinie. Durch Probepunktion wurde eine halbdurchsichtige Flüssigkeit zutage gefördert, in der die mikroskopische Untersuchung eine ziemlich große Anzahl von Eiterkörperchen und die bakteriologische Untersuchung den FRÄNKELschen Pneumokokkus ergab. Die Temperatur betrug des Abends 37.8°, der Durchmesser der linken Seite 13.8, der rechten 12.2 cm; Lungenkapazität 1600 cm³. Im Sputum keine Tuberkelbazillen. Es wurde Kodein verordnet. Nach 2 Tagen, innerhalb deren keine Veränderungen im Zustande der Kranken aufgetreten waren, wurden tägliche Einpinselungen der erkrankten Seite mit einer Mischung von Guajakol und Jodtinktur nach der Methode von Dr. PROSOROWSKI ausgeführt. Nach 3 Einpinselungen begann die Kranke über zunehmende Schmerzen in der linken Brusthälfte zu klagen, die Temperatur stieg des Abends bis auf 38.0°, das Niveau der Dämpfung stieg etwas. Nach 8 Tagen, d. h. nach 8 Einpinselungen, zeigte das subjektive Befinden der Patientin keine Veränderung; das Exsudat stieg bis an die Spina scapulae, indem es das Herz bis hinter die rechte Sternallinie verdrängte; der Durchmesser der linken Brusthälfte erreichte das Maß von 14.3 cm; die Kapazität der Lunge verringerte sich bis auf 1200 cm³. Nun wurde die übliche Punktion nebst Substituierung des entleerten 1650 cm³-Exsudats durch physiologische Kochsalzlösung ausgeführt. Am 2. Tage kam es zur üblichen Steigerung der Temperatur, gleichzeitig aber zur Resorption des Exsudats, das innerhalb 17 Tage vollständig verschwand.

Im vorstehenden Falle konnte durch die Behandlung mit Natrium salicylicum eine Besserung im Zustande der Kranken nicht erzielt werden, während die Anwendung der Einpinselungen mit Guajakol und Jodtinktur nach der Methode von Dr. PROSOROWSKI sogar eine stark ausgesprochene Verschlimmerung des Krankheitsprozesses nebst Zunahme des Exsudats zur Folge hatte; demgegenüber brachte die Punktion unter Ersatz des Exsudats durch eine indifferente Flüssigkeit rasches Verschwinden des Exsudats und vollständige Genesung.

Die angeführten Beispiele geben einen genügend deutlichen Beweis dafür, daß in vielen Fällen von exsudativen Entzündungen der Lungenpleura, selbst in solchen, die sich im Anschluß an eine Erkältung entwickelt haben und folglich nach AUFRECHT und anderen Autoren die günstigsten Bedingungen zur Anwendung der AUFRECHTSchen Behandlungsmethode darbieten, die Salizylsäure und deren Natron-

salz weder auf die entzündlichen Erscheinungen, noch auf das Exsudat irgend welchen Einfluß auszuüben vermögen, die ersteren sowohl wie auch die letzteren geben bei dieser Behandlung nicht nur nicht nach, sondern fahren trotz der Behandlung fort, sich mit der früheren Heftigkeit zu entwickeln, sie steigern sich, selbst nach vorübergehendem Nachlassen, plötzlich und sehr stark und nehmen einen Verlauf wie bei den akutesten Formen der Pleuritis an. Nachdem ich mich von dem so verschiedenen Verhalten der in Frage stehenden Erkrankung der Behandlung den Salizylpräparaten gegenüber überzeugt habe, suchte ich irgend eine Regelmäßigkeit im Auftreten der wahrgenommenen Verschiedenheiten zu finden oder irgendwelche zahlenmäßige Gesetze für günstige und ungünstige Resultate, wie dies gewöhnlich in ähnlichen Fällen bei anderen Krankheiten geschieht, wahrzunehmen. Es haben mich jedoch längere Untersuchungen überzeugt, daß sich hier keine Regelmäßigkeit und kein statistisches Gesetz feststellen lassen, da die Resultate zu unbeständig und verschiedenartig sind. So begegnete ich z. B. bald durchwegs Fällen, die auf die Salizylpräparate nicht im mindesten reagierten, bald traten bei vielen Kranken durchweg günstige Resultate auf, bald traten günstige Resultate in unregelmäßigster Weise mit ungünstigen kombiniert auf usw. Dementsprechend bietet auch der Prozentsatz der günstigen Fälle in den verschiedenen Jahren ungeheure Schwankungen dar, ohne daß man mit genügender Deutlichkeit die Ursache der letzteren feststellen könnte. Im allgemeinen haben die Salizylpräparate ungefähr in einem Drittel sämtlicher in dieser Zeit unter meiner Beobachtung gewesenen Fälle eine deutliche, mehr weniger auffallende positive Wirkung gehabt, während in zwei Dritteln die Krankheitserscheinungen trotz anhaltender Anwendung der Salizylpräparate entweder in statu quo blieben oder sich sogar steigerten. Die ausführliche Analyse eines jeden Falles gibt meistens gleichfalls keine genügenden Anhaltspunkte dafür, daß man voraussagen könnte, daß die Behandlung nach der Methode AUFRECHT z. B. bei einem Kranken erfolgreich sein wird, bei dem anderen nicht. Im allgemeinen lehrt die Beobachtung, daß Entzündungen der Lungenpleura außerordentlich verschiedenartig verlaufen und daß man infolgedessen niemals voraussagen kann, welchen Verlauf die Krankheit bei dem betreffenden Individuum nehmen wird. Es kommt sehr häufig vor, daß die bereits vollkommen abklingende und gleichsam zu vollständigem Stillstand sich nähernde Krankheit ohne jegliche wahrnehmbare Veranlassung und anscheinend ausschließlich unter dem Einfluß gewisser innerer, im Kranken selbst enthaltener Ursachen sich plötzlich wieder verschlimmert und den bereits in Rekoneszenz begriffen gewesenen Kranken wieder in einen mehr oder minder schweren Zustand versetzt, wie dies übrigens aus dem einen der oben angeführten Fälle zu ersehen ist. Der allgemeine Eindruck, den man aus der Zusammenstellung meiner sämtlichen Fälle gewinnt, ist der, daß die Salizylpräparate eine günstige Wirkung hauptsächlich bei denjenigen Kranken hervorbrachten, bei denen die entzündlichen Erscheinungen und das Exsudat nicht besonders bedeutend waren, während Fälle, in denen dieselben höhere Entwicklungsgrade zeigten, auf die AUFRECHTSche Behandlungsmethode entweder wenig oder überhaupt nicht reagierten. Man wird also bei diesen letzteren Formen von Pleuritis stets zur Punktion des Brustkorbes nebst systematischem Verdrängen des Exsudats durch physiologische Kochsalzlösung schreiten müssen, während die Salizylpräparate ausschließlich zur symptomatischen Behandlung werden angewandt werden können, und zwar in demjenigen Krankheitsstadium, in dem die Punktion infolge heftiger akuter Entzündungserscheinungen noch nicht ausgeführt werden kann und durch die Salizylpräparate die akuten Symptome, besonders das Fieber, gewöhnlich einigermaßen gemildert werden können. Zur Erreichung dieses Zieles reichen verhältnismäßig geringe Dosen von Natrium salicylicum

(0.5, höchstens 1.0) vollständig aus; große Mengen geben durchaus keine besseren Resultate, wohl aber üben sie auf die Funktion der Verdauungsorgane und auf den Allgemeinzustand des Kranken bereits einen mehr weniger ungünstigen Einfluß aus. Ferner konnte ich mich im Gegensatz zu den neuesten Angaben AUFRECHTS von der großen Wirksamkeit einer sehr lang dauernden Behandlung mit Salizylpräparaten nicht überzeugen. Vielmehr machte ich die Wahrnehmung, daß, wenn die Salizylpräparate bei konsequenter Anwendung innerhalb der ersten 2—3 Wochen keine deutliche Wirkung zur Folge hatten, der betreffende Fall schon zu den der Behandlung unzugänglichen Fällen zugerechnet werden mußte. Schließlich glaube ich noch hinzufügen zu müssen, daß es mir innerhalb der letzten Jahre mehrmals gelang, bei vielen Kranken die Behandlung mit Natrium salicylicum unmittelbar bei Beginn der Pleuritis einzuleiten. Aber auch hier habe ich nicht ein einzigesmal mit absoluter Sicherheit die von TALAMON geschilderte kupierende Wirkung beobachten können. Zeigte die Erkrankung der Lungenpleura Neigung zur Exsudatbildung, so sammelte sich das Exsudat trotz beharrlicher Anwendung von Natrium salicylicum in mehr oder minder großen Mengen und begann im günstigsten Falle erst nach Ablauf einer gewissen Zeit den gegen dasselbe gerichteten Maßnahmen nachzugeben.

Was die von Dr. PROSOWSKI in Vorschlag gebrachten Einpinselungen der affizierten Thoraxhälfte mit einer Mischung von Guajakol und Jodtinktur betrifft, so kann als Beispiel der von mir durch diese Behandlung erzielten Resultate die oben angeführte Krankengeschichte der Patientin W. T. dienen. Sowohl bei dieser Patientin wie auch bei allen anderen Kranken habe ich von dieser Behandlung keine Spur von günstiger Wirkung gesehen: es ist mir nicht ein einzigesmal gelungen, mich positiv zu überzeugen, daß die beharrlichsten Einpinselungen mit einer Mischung von Guajakol und Jodtinktur die Entwicklung des Exsudats nicht nur gehemmt, sondern wenigstens verlangsamt oder überhaupt die Resorption des bereits gebildeten Exsudats einigermaßen gefördert hätten. Vielmehr entwickelten sich die pathologischen Veränderungen auch nach den Einpinselungen in derselben Weise wie vor denselben.

Indem ich das Fazit der von mir bei der Behandlung der exsudativen Entzündungen der Lungenpleura gewonnenen Resultate ziehe, gelange ich zu folgenden Schlüssen:

1. Bei exsudativen Entzündungen der Lungenpleura tritt nicht selten vorübergehender oder sogar vollständiger Stillstand einzig und allein unter dem Einflusse einer geordneten Lebensweise und der Beseitigung der die Erkrankung unterhaltenden Einflüsse ein; infolgedessen müssen sämtliche Untersuchungen über verschiedene Behandlungsmethoden der Pleuritis erst dann vorgenommen werden, wenn die vorangehende Beobachtung positiv gezeigt hat, daß der gegebene Fall keine Neigung zu einer derartigen spontanen Heilung besitzt.

2. Die Nichtbefolgung dieser Vorsichtsmaßregel bildet allem Anscheine nach die Hauptursache der in der Literatur bestehenden großen Widersprüche hinsichtlich der Wirksamkeit der verschiedenen gegen die exsudative Pleuritis in Vorschlag gebrachten therapeutischen Verfahren.

3. Die äußere Anwendung verschiedener kauterisierender Substanzen, sowohl in Form von Applikation von spanischem Fliegenpflaster, als auch in Form von Einpinselungen mit Jodtinktur allein oder mit Jodtinktur und Guajakol, wird von einer deutlichen Wirkung weder auf die entzündlichen Erscheinungen in der Lungenpleura, noch auf die Resorption des Exsudats begleitet und ist infolgedessen im besten Falle nutzlos.

4. Von den verschiedenen bis jetzt in Vorschlag gebrachten Verfahren der Behandlung der exsudativen Pleuritiden mit inneren Mitteln ist nur die Anwendung der Salizyl-

präparate mehr oder minder wirksam, indem die letzteren in einigen Fällen, hauptsächlich in leichten Fällen mit geringem Exsudat, die Entzündung zum Stillstand bringen und Resorption des Exsudats bedingen können.

5. In Anbetracht dessen, daß die soeben angegebene Wirkung in gleicher Weise von der Salizylsäure sowohl wie auch von dem Natronsalz derselben hervorgebracht wird, sowie ferner in Berücksichtigung des Umstandes, daß dieses letztere besser vertragen wird, so empfiehlt es sich, bei der Behandlung der exsudativen Pleuritiden das Natrium salicylicum anzuwenden.

6. Sehr große Dosen des Mittels, die verschiedene, mehr oder weniger intensive ungünstige Nebenwirkungen hervorrufen, sind nicht erforderlich, um so mehr, als sie im Verhältnis zu den Mitteldosen keine größere Wirkung auf die entzündlichen Erscheinungen in der Pleura und auf das Exsudat ausüben.

7. Führt die Anwendung des Natrium salicylicum innerhalb der ersten 14—20 Tage zu dem gewünschten Resultate nicht, so bleibt das Mittel auch bei der späteren Anwendung unwirksam; in solchen Fällen ist infolgedessen erforderlich, in Anbetracht der durch das längere Verweilen des Exsudats in der Lungenpleura entstehenden konsekutiven ungünstigen Veränderungen im entsprechenden Lungenflügel und im gesamten Brustkorb auf die weitere Anwendung des Natrium salicylicum zu verzichten und zu einer wirksameren Behandlungsweise zu schreiten.

8. Positive Resultate gelingt es durch beharrliche Anwendung der Salizylpräparate höchstens in einem Drittel sämtlicher Fälle zu erzielen; in den übrigen Fällen, hauptsächlich in den mittelschweren und schweren mit reichlichem Exsudat, fahren die Krankheitserscheinungen trotz beharrlichster Anwendung der Salizylpräparate fort, sich ebenso zu entwickeln wie vor der Salizylbehandlung.

9. In solchen Fällen kann eine mehr oder minder rasche Beseitigung des Exsudats und eine verhältnismäßig rasche Heilung der Kranken ausschließlich durch Punktion des Brustkorbes mit allmählichem Ersatz des Exsudats durch eine indifferente Flüssigkeit erzielt werden; diese Behandlung erscheint infolgedessen für die weitaus größte Mehrzahl der exsudativen Pleuritiden die einzig zuverlässige und geeignete Behandlungsmethode.

Literatur: ¹⁾ „Pathologische Mitteilungen“, H. 1, Magdeburg 1881, pag. 105. — ²⁾ „Pathologische Mitteilungen“, H. 2, Magdeburg 1882, pag. 78; „Berliner klin. Wochenschrift“, 1886. — ³⁾ „Deutsches Archiv für klinische Medizin“, Bd. XLV, 1889. — ⁴⁾ „The Medical Record“, 1888, II, 8 (25. August 1888). — ⁵⁾ Spezielle Pathologie und Therapie, 4. Auflage, Bd. I, 1890. — ⁶⁾ Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, 1890. — ⁷⁾ „Therapeutische Monatshefte“, 1890, und „Medycyna“, 1890, Nr. 30. — ⁸⁾ „Wiener Medizinische Presse“, 1890. — ⁹⁾ „Nowiny lekarskie“, 1890, Nr. 11. — ¹⁰⁾ „Pester medizinisch-chirurgische Presse“, 1891, Nr. 22. — ¹¹⁾ „Medicinskoe Obosrenie“, Bd. XXXVI, 1891. — ¹²⁾ „La Médecine moderne“, 1891, Nr. 25. — ¹³⁾ „Therapeutische Monatshefte“, 1892. — ¹⁴⁾ „Wiener medizinische Wochenschrift“, 1893. — ¹⁵⁾ „Zeitschrift f. ärztliche Landpraxis“, 1893, und „Therapeutische Monatshefte“, 1893. — ¹⁶⁾ „Berliner klinische Wochenschrift“, 1893. — ¹⁷⁾ „Therapeutic Gazette“, 1893. — ¹⁸⁾ Cf. STINTZING in PENZOLDT und STINTZING'S Spezielle Therapie innerer Krankheiten, Bd. III, 2. Auflage, 1899. — ¹⁹⁾ Die Krankheiten der Pleura und des Mediastinum, ESTEINS und SCHWALBE'S Handbuch d. praktischen Medizin, Bd. I, 1899. — ²⁰⁾ „Hygiea“, 1888 (referiert in VIRCHOW'S und HIRSCH'S Jahresberichten). — ²¹⁾ Krankheiten der Pleura, ZIEMSSENS Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. IV, II. Teil, 1887 (cf. H. NEUMANN, l. c. pag. 74). — ²²⁾ „Therapeutische Monatshefte“, 1893. — ²³⁾ „Deutsche medizinische Wochenschrift“, 1897. — ²⁴⁾ Pathologie interne, Bd. I, 1897. — ²⁵⁾ „Medicinskoe Obosrenie“, 1898. — ²⁶⁾ „The British Medical Journal“, 21. Mai 1892. — ²⁷⁾ EULENBURG'S Real-encyklopädie, Bd. III. — ²⁸⁾ NOTHNAGEL'S Spezielle Pathologie und Therapie. Die Erkrankungen des Brustfels. — ²⁹⁾ Prof. F. PENZOLDT und Prof. R. STINTZING, Spezielle Therapie innerer Krankheiten, Bd. III. — ³⁰⁾ W. ESTEIN und J. SCHWALBE, Handbuch der praktischen Medizin. Die Krankheiten der Pleura und des Mediastinum. — ³¹⁾ E. LEVY, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1890, Bd. XXVII; GOLDSCHMIDT, „Zeitschr. f. klinische Medizin“, 1892; E. GRAWITZ, Charité-Annalen, 1893, Jahrg. 18. — ³²⁾ Russisches Archiv für Pathologie, klinische Medizin und Bakteriologie.

Referate.

K. SICK (Tübingen): Über Herkunft und Wirkungsweise der Hämagglutinine.

Es besteht zwischen normalen Hämolsinen und Hämagglutininen keine nähere Beziehung, z. B. bringt Hundeserum, das Rindererythrozyten prompt hämolysiert, diese Erythrozyten nicht zur Agglutination, oder menschliches Serum, das Blutkörperchen vom Hunde stark agglutiniert, muß diese nicht auch auflösen. Arterielle und venöse Sera zeigen geringe Differenzen hinsichtlich ihrer agglutinierenden, mehr ihrer hämolytischen Wirkung. („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1904, Bd. 80, H. 3 u. 4.)

Die Agglutinine entstehen nicht durch Veränderung der zelligen Elemente des Blutes nach dem Austritt aus dem Gefäße, sondern sind wohl schon im zirkulierenden Plasma vorhanden. Während in den Körperzellen normale Agglutinine nicht nachzuweisen waren — vielleicht weil die Antikörper trotz ihrer Bildung in den Organen sehr rasch in das zirkulierende Blut abgegeben werden —, ließen sich in Milz, Leber, Lunge etc. immunisatorisch erzeugte Agglutinine in einer Konzentration nachweisen, die nicht etwa durch minimale, zurückgebliebene Blutreste erklärt werden kann. Die immunisatorisch erzeugten Agglutinine sind in ungefähr gleichen Mengen an jedes Protoplasma gebunden, während im Blutplasma ein Multiplum von ihnen kreist, d. h. im Sinne EHRLICHS ausgedrückt: Die Körperzellen besitzen eine für die zur Immunisierung verwandten Blutzellen passende Rezeptorengruppe, während die Hauptmenge dieser Rezeptoren ins Blutplasma abgegeben ist. Durch hochwertige Immunsera ließen sich Blutplättchen und Leukozyten einwandfrei agglutinieren. Bei verschiedenen Erkrankungen, z. B. Infektionskrankheiten, Stoffwechselerkrankungen, erleiden die agglutinierenden und hämolysierenden Körper Veränderungen, z. B. bei Urämie, wo das Serum die während eines Anfalles gewonnenen Erythrozyten agglutiniert, während das gleiche Serum die Blutkörperchen außerhalb des Anfalles nicht beeinflußt. Die sogenannte Geldrollenbildung ist ein rein physikalischer Vorgang und hat mit der Agglutination nichts zu tun. Bei dieser sind wahrscheinlich zwei Phasen zu unterscheiden: 1. eine spezifische, bestehend in der Bindung des Agglutinins an die agglutinierbare Substanz, 2. die eigentliche Häufchenbildung, ein rein physikalischer Prozeß, der künstlich nachgeahmt werden kann. Über die chemische Natur des Vorganges gehen die Ansichten noch auseinander. B.

O. LASSAR (Berlin): Über eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen.

Votr. hatte im Dezember 1903 in der Berliner medizinischen Gesellschaft einen Schimpansen vorgestellt, welcher die deutlichen Anzeichen einer sich entwickelnden Impfsyphilis aufwies. Dieses Tier ist noch am Leben. Die Erscheinungen haben sich in Form von harten Drüsenanschwellungen in der Kubital- und Zervikalgegend, sowie mit Bildung zahlreicher Papeln, namentlich der Palmae und Plantae, die dann in Verhornung übergangen, weiter entwickelt. Die mikroskopische Untersuchung exzidierten Gewebestücke ergab mit Sicherheit Übereinstimmung mit dem histologischen Charakter notorisch vom syphilitischen Menschen stammender Krankheitsherde: Sklerotisierende sogenannte Endarteriitis obliterans specifica mit Rundzelleninfiltraten um die Gefäße und Hyperplasie der Bindegewebszellen — lokalisiert in den oberen, sonst nur von zarten Kapillaren durchzogenen Schichten der Kutis. Somit war die anatomische Beweisführung, soweit dies möglich ist, gelungen, daß nämlich die pathologische Veränderung — beim antropomorphen Affen durch Impfung mit syphilitischem Material hervorgerufen — auch wirklich dieselben sichtbaren Veränderungen aufweist, wie das kranke Ursprungsgewebe, die primäre Initialsklerose des Menschen (folgt Demonstration am Mikroskop und durch Projektion). Die nächste und eigentliche Hauptaufgabe jedoch mußte außerdem zur Prüfung weiterer Infektionsfähigkeit der künstlich beim Schimpansen erzeugten Krankheitserscheinung führen. Es war zu ergründen, ob es sich hier wirklich um originelle, lebendig wirkende — nicht etwa abortiv haftende — Keimvorgänge handle, welche wiederum

aufs neue bei einem bis dahin intakten Stammesgenossen weitere Symptome von menschenähnlicher Syphilis hervorrufen können. Hierzu wurde ein zweiter Schimpanse verwendet. Demselben ist am 31. Januar d. J. von dem seinerzeit am 22. Oktober v. J. mit Erfolg direkt vom Primärherd des Menschen (extragenital am Arm, bei Tätowierung mit Speichel eines Syphilitischen verunreinigt) angesteckten ersten Versuchstier krankhaftes Material eingesimpft worden. Diese Impfung, selbstverständlich mit den gebotenen Kautelen, und zwar an mehreren Körperstellen ausgeführt, ist nun wiederum in positivem Sinne ausgefallen (Berliner klin. Wochenschr., 1904, Nr. 60). Die kleinen Schnitte und Stiche verheilten sogleich — ohne Hinterlassung von sichtbaren Spuren —, zum Beweis, daß sich in die Impfstellen Verunreinigung nicht eingeschlichen habe. Nach Ablauf der zweiten Woche begannen sich alsdann die ersten Anzeichen der Impffolge zu zeigen und in verhältnismäßig kurzer Zeit hatte sich zuerst über dem linken, dann dem rechten Supra-orbitalrand — ganz wie beim vorausgegangenen Versuche — je ein deutlicher Primäreffekt entwickelt. Derselbe wies derbe Infiltration, markierten Rand, zentrale Einsenkung auf, wuchs an der Peripherie, sowie im Dickendurchmesser — kurz zeigte eine unverkennbare und sichtliche Übereinstimmung mit dem syphilitischen Anfangssymptom des Menschen sowohl wie des zuerst geimpften Antropomorphen. Dementsprechend haben sich in den inzwischen verfloßenen 6 Wochen eine Reihe von deutlichen, mit nichts zu verwechselnden Papeln an verschiedenen Stellen der Haut entwickelt. G.

FRANZ FINK (Karlsbad): Die Erfolge einer einmaligen Kur in Karlsbad bei Gallensteinkranken.

Der Verlauf des Gallensteinleidens bis zur Kur war in 264 von F. beobachteten Fällen („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 30) ein derartiger, daß bei $\frac{2}{3}$ der Kranken Ikterus beobachtet wurde und nur bei $\frac{1}{3}$ das Leiden ohne diesen verlief. Das Auftreten des Ikterus spricht dafür, daß der gewöhnliche Ursprungsort der Gallensteinentwicklung, die Gallenblase, nicht mehr der alleinige Sitz des Leidens war, vielmehr die pathologischen Produkte, seien es weiche Anlagen oder Konkremente, in den gemeinsamen und die großen Gallengänge eingetrieben wurden. Das primär lokalisierte Leiden wurde durch die Beteiligung der Gänge und Leber kompliziert. Verf. hat die Ansicht, daß das häufige Auftreten des Ikterus in einer ansehnlichen Zahl durch die Austreibung weicher Anlagen, deren Vorkommen er bei zahlreichen Sektionen zu beobachten Gelegenheit hatte, wie kleiner Konkremente, hervorgerufen wird. Mit diesem Resultat steht in auffallender Übereinstimmung der objektive Befund an Leber und Gallenblase bei der Aufnahme. Während die Gallenblase in der Mehrzahl verhältnismäßig wenige für die objektive Untersuchung nachweisbare Veränderungen aufwies, zeigte die Leber solche in Form von Vergrößerung, Druckschmerzhaftigkeit oder der Kombination beider in der großen Mehrzahl von $\frac{5}{6}$. Von der Norm nicht abweichende Verhältnisse konnten nur in $\frac{1}{6}$ der Fälle konstatiert werden.

Der Erfolg einer einmaligen Kur durch die Einwirkung der Thermalquellen in Karlsbad mußte bei dem Krankenmaterial F.s als eine günstige Wirkung bezeichnet werden. Von den am Schluß der Kur für diese Beurteilung in Betracht kommenden 221 Kranken haben $\frac{5}{6}$ eine normale Gallenblase, $\frac{7}{9}$ einen für die objektive Untersuchung normalen Befund an der Leber erkennen lassen. In den restierenden $\frac{2}{9}$ ist auch eine günstige Einflußnahme im Sinne der Herabsetzung der Volumszunahme und Empfindlichkeit zu verzeichnen. Das Ergebnis dieses Studiums hat somit den auf Grund seiner großen Erfahrung gemachten Ausspruch NAUNYNS: „die Karlsbader Kur beeinflusse den Verlauf der Cholelithiasis auf das allergünstigste“ bestätigt. — Die Kur findet ihre Grenzen im Andauern von Schmerzen und durch den chronischen Choledochusverluß. B.

LADISLAUS DETRE und JOSEF SELLEI (Budapest): Die hämolytische Wirkung des Sublimats.

Das Sublimat gehört zu den roten Blutzellengiften, da dasselbe bei einer gewissen Konzentration Hämolyse hervorruft; allzu

starke Lösungen fixieren die Blutkörperchen, allzu schwache lösen sie bloß teilweise oder gar nicht. Zwischen beiden Grenzen liegt die „Lösungszone“ des Sublimats, deren Größe von dem oberen und unteren Grenztiter bestimmt wird.

Die Stärke der Hämolyse ist von der Wirkungsdauer und der Temperatur abhängig. Bei 37° beträgt die günstige Beobachtungszeit 5 Stunden, bei 45° eine Stunde. Innerhalb einer und derselben Zeit und Temperatur ist die Wirkung innerhalb der Lösungszone der Giftkonzentration proportioniert.

Der Hämolyse geht ein Inkubationsstadium voraus, welches zu der Temperatur und der Giftkonzentration in umgekehrtem Verhältnis steht. („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 30.)

Die Grenztiter normaler Individuen sind nahezu konstant. Syphilitische Individuen weisen scheinbar größere Schwankungen auf, insbesondere wenn sie mit Quecksilber behandelt werden.

Für Blutkörperchen, denen das Serum entzogen worden ist, liegt der Lösungstiter des Sublimats niedriger als für das native Blut, was jener Schutzwirkung zuzuschreiben ist, welche dem Serum dem Gift gegenüber zukommt. Das Serum schützt die Blutkörperchen auf quantitativ nachweisbare Weise. Um eine größere Menge Gift zu entgiften, ist eine größere Menge Serums notwendig. Die Schutzwirkung des Serums ist stark thermostabil und verschwindet erst bei Erwärmung über 80°; der entstandene Eiweißniederschlag schützt nicht. Die Behandlung mit Äther oder Chloroform entzieht dem Serum die Schutzkraft. Der Ätherextrakt gewinnt dabei Schutzigenschaften. Die Schutzvorrichtung des Serums kommt durch Schutzstoffe zustande, die in Äther und Chloroform löslich sind, Sublimat binden und den OVERTONschen „Lipoiden“ entsprechen.

Die Lösung der Blutkörperchen (Blutsaft) wirkt dem Serum ähnlich, jedoch viel stärker; die Gesetze der Schutzwirkungen beider sind dieselben. Im Innern der Blutkörperchen sind demnach ähnliche, das Sublimat bindende „Lipoid“-Substanzen enthalten, welche bei der Vermittlung der Giftwirkung eine bedeutende Rolle spielen. Diese Annahme ist um so wahrscheinlicher, als die Schutzkraft des Blutsaftes, mit anderen Worten die Bindungsfähigkeit des Sublimats im großen und ganzen der Sensibilität der Blutzelle proportioniert ist.

Schüttelt man eine Äther- oder Chloroform-Lecithinlösung mit einer Sublimatlösung, so verliert letztere einen Teil ihrer blutlösenden Wirkung; das Sublimat gewinnt Beziehungen zu dem Lecithin, wobei sich vielleicht eine chemische Verbindung bildet (Quecksilber-Lecithid?). In Anbetracht der bedeutenden Avidität des Lecithins für Sublimat einerseits, andererseits aber jenes Umstandes, daß das in jeder lebenden Zelle vorkommende Lecithin einen beträchtlichen Teil der Lipoiden bildet, können wir uns auf Grund vorliegender Untersuchungen der Annahme nicht verschließen, daß die hämolytische Wirkung des Sublimats in den lebenden Blutzellen ebenfalls durch die Lecithingruppe vermittelt wird. B.

KOBLANCK (Berlin): Dauerergebnisse der Prolapsoperation.

Verf. hebt vor allem hervor, daß der Begriff „Dauerheilung“ bis jetzt weder einheitlich noch scharf begrenzt ist, daß er sich aber immerhin der Ansicht MARTINS anschließt, der vier Jahre vom Augenblick der Operation verstrichen wissen will, um von einer Dauerheilung sprechen zu dürfen. Die Bezeichnung „Heilung“ wird ebenfalls in verschiedenem Sinne gebraucht. Da in manchen Fällen die Zeichen der Heilung mit denen des Mißerfolges gleichzeitig vorhanden sind, so hält es Verf. für zweckmäßig, eine Zwischenstufe der partiellen Heilung anzunehmen. In jedem Falle sollte, wie es nach allen anderen Operationen geschieht, nur der Objektivbefund maßgebend sein.

Nach dieser kurzen Einleitung berichtet der Verf. über seine in der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin an wegen Prolaps operierten Frauen ausgeführten Nachuntersuchungen („Praktisches Wratsch“, 1904, Nr. 44). Bei diesen sind in Betracht gezogen worden: 1. Das Verhalten der Scheide mit und ohne Anstrengung der Bauchpresse, 2. die Dicke, Höhe und Elastizität des Dammes, 3. der Höhenstand des Uterus, 4. die Länge der Portio.

Als geheilt galten die Frauen, bei denen der Beckenboden und der Höhenstand des Uterus annähernd normal waren und bei denen selbst bei heftigem Pressen sich nichts aus der Vulva herausdrängte; als teilweise geheilt galten diejenigen, bei denen entweder der Damm dünn und schlaff und der Uterus deszendiert war, oder bei denen durch Anwendung der Bauchpresse ein Teil der Scheide oder des Uterus hervortrat, nicht geheilt endlich diejenigen, bei denen auch ohne Pressen ein Vorfall deutlich war. In manchen Fällen lag ein Zustand vor, den Verf. in Anlehnung an eine gewisse moderne Richtung als „Überheilung“ bezeichnet: es war nämlich in manchen Fällen das Lumen der Scheide so eng geraten, daß weder etwas hinaus- noch hineingleiten konnte. Geheilt waren von den in den Jahren 1891—1898 wegen Prolaps operierten Frauen 44%. 34% waren nur zum Teil von ihrem Leiden befreit, in 22% war ein Rezidiv vorhanden. Von 19 Frauen, welche nach der Operation von ausgetragenen Kindern entbunden wurden, waren nur 5 vollkommen geheilt. Das Rezidiv trat bei den übrigen meist im Anschluß an das Wochenbett innerhalb der ersten 3 Jahre post operationem auf. Mißerfolge, welche auf Verlagerung der Portio beruhten, hat Verf. unter 158 nachuntersuchten Frauen 13mal gesehen. Da etwa in 10% aller Fälle die hypertrophierte Portio amputiert worden ist, so findet Verf. die Annahme, daß die Verlängerung und Verdickung des Organs meist auf Ödem beruht, zu optimistisch. In der Tat ist Vergrößerung bloß durch Ödem nach den Beobachtungen des Verf. selten.

Zur noch nicht gelösten Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang von Retroflexio uteri und Prolaps liefert Verf. folgenden statistischen Beitrag: In 511 Fällen von Prolaps ist die Uteruslage genau notiert; 388mal lag der Uterus retrovertiert-flektiert, 123mal normal, in 40 Fällen war das Organ atrophisch und pendelte hin und her. Diese Befunde begünstigen die bekannte Tatsache, daß der Uterus beim Prolaps recht häufig retroflektiert liegt. Weiter hat Verf. auch beobachtet, daß der Vorfall bei Falschlage des Uterus eher wieder eintritt als bei Normallage. Trotzdem ist aber Verf. der Ansicht, daß die Retroflexio an sich die Lage der Scheide nicht beeinflußt. Die Retroflexio sowohl wie der primäre Scheidenprolaps sind einander koordinierte Folgen der Erschlaffung des Becken-, Bindegewebs- und Muskelapparats. Häufig treten sie beide gleichzeitig auf, manchmal werden erst die Uterus-, später die Scheidenstützen funktionsunfähig, in anderen ist die Reihenfolge umgekehrt. Demzufolge hat die Therapie genau den Zustand der Stützapparate zu berücksichtigen.

Für das Zustandekommen des Prolapses alter Frauen wird von keiner Seite der Lage des atrophischen Uterus eine ursächliche Bedeutung zugeschrieben. Seine Entstehung wird allgemein auf Fettschwund zurückgeführt. Demgegenüber hat Verf. weder den Befund des Fettgewebes noch den Fettansatz im allgemeinen mit der Ausbildung der Prolapse in irgend eine Beziehung bringen können. Wohl aber fand er gerade bei alten Frauen die Zeichen einer Enteroptose ausgesprochen. Alle litten an Hängebauch; bei 10 von ihnen war eine, bei 3 beide Nieren deutlich herabgesunken zu fühlen, 7 hatten eine oder mehrere Hernien. — Auf Grund dieser Beobachtungen hält es Verf. für wahrscheinlich, daß nicht der Fettschwund das Herabtreten der Genitalorgane im Alter begünstigt, sondern die Erschlaffung der Befestigungsbänder. L—y.

TSCHERNO-SCHWARTZ (St. Petersburg): Die bakteriologische Methode der Diphtheriediagnose.

Verf. tut an der Hand einer Reihe von Fällen eigener Beobachtung dar („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 1), daß die bakteriologische Methode heutzutage als entscheidendes Moment bei der Diphtherie-Diagnose nicht betrachtet werden kann. Daraus ergibt sich natürlich das Bestreben, einen gewissen Gesichtspunkt zur Bewertung der bakteriologischen Untersuchung in einzelnen Fällen, d. h. die Grenzen der Kompetenz dieser Methode, festzustellen.

Seine eigenen Anschauungen in Bezug auf diese Frage glaubt Verf. folgendermaßen formulieren zu können:

1. Von zweifelloser und unbedingter Bedeutung ist das negative Resultat der wiederholten Untersuchung auf LÖFFLERSche

Bazillen. Die bakteriologische Untersuchungsmethode hat mit absoluter Sicherheit festgestellt — und darin liegt schon ihr großer Verdienst —, daß membranöse Anginen, Laryngitiden und krupöse Entzündungen auch nichtdiphtherischen Ursprungs sein können. Im Bericht des Kinderkrankenhauses des Prinzen von Oldenburg pro 1894 hat K. A. RAUCHFUSS (augenblicklich der bekannteste russische Pädiater) eine außerordentlich lehrreiche Sammlung solcher Fälle zusammengestellt. Seit dieser Zeit gilt diese Tatsache als ein allgemein anerkanntes Axiom. Verf. selbst hat unter anderem 7 Fälle von Laryngostenose bei reinem Rachen beobachtet, in denen die wiederholten Untersuchungen das Vorhandensein von LÖFFLERSchen Bazillen nicht ergeben haben.

2. Ebenso sicher ist die Bedeutung des positiven Resultats der bakteriologischen Untersuchung, wenn auch das klinische Bild zugunsten einer diphtherischen Erkrankung spricht. In Übereinstimmung mit SCHABAD nimmt Verf. an, daß heutzutage kaum jemand an den diphtherischen Charakter einer membranösen Angina zweifeln wird, wenn die bakteriologische Untersuchung in den Membranen das Vorhandensein von LÖFFLERSchen Bazillen ergibt.

3. In allen Fällen aber, in denen das klinische Bild dem positiven Ergebnis der Untersuchung auf LÖFFLERSche Bazillen widerspricht oder überhaupt zweifelhaft ist, vermag die bakteriologische Untersuchungsmethode einen festen Stützpunkt für die Diagnose nicht zu liefern. In allen diesen Fällen werden wir auf die Diagnose solange verzichten müssen, als die bakteriologische Diagnostik nicht durch ein neues genaues Verfahren vervollkommenet sein wird, welches uns in die Lage versetzt wird, nicht nur die Frage des Vorhandenseins von LÖFFLERSchen Bazillen, sondern auch jene der Vergiftung des Organismus mit Diphtheriegift zu beantworten.

Um etwaigen Mißverständnissen vorzubeugen, bemerkt Verf. am Schlusse, daß er nur die wissenschaftliche Diagnose der Diphtherie im Auge hatte und nicht die praktische Seite der Frage der Maßnahmen, die mit der Feststellung von LÖFFLERSchen Bazillen im Rachen im Zusammenhang ständen, berühren wollte. Verf. hat beobachtet, daß Personen, die in ihrem Rachen LÖFFLERSche Bazillen beherbergten, teilweise im Laufe der Zeit selbst an Diphtherie erkrankten, teilweise die Personen ihrer Umgebung infizierten, so daß die üblichen Schutzmaßregeln unabhängig von der Diagnostizierung der Grundkrankheit, bei der die LÖFFLERSchen Bazillen auch zufällige Begleiter sein können, gerechtfertigt sind.

L—y.

ERNI (Paris): Das Klopfphänomen „Signe de tapotage“ bei der Lungenphthise mit Kavernen.

Um dieses Symptom hervorzurufen, perkutiert man die Thoraxwand in der Gegend der Lungenspitze leicht mit einem Messer, das man am Ende der Klinge faßt. Perkutiert man so bei gewissen Tuberkulösen die Lungenspitze, entweder vorn oder hinten, so konstatiert man, daß der Schlag an einigen Punkten eine Reaktion hervorbringt; jedesmal bekommt der Kranke einen Hustenanfall und expektoriert größere Mengen Sputa. Nähert man sich einer Zone, die reagiert, so klagt der Patient manchmal über ein Gefühl, als ob sich etwas im Innern der Brust bewege, ohne daß die betreffende Empfindung schmerzhaft ist. Perkutiert man in mehreren Intervallen denselben Punkt, so nimmt die Haut darüber manchmal eine bläuliche Färbung an; es bilden sich Ekchymosen, was an keiner anderen Stelle der Fall ist. („Sem. méd.“, 1904, Nr. 10.)

Der Nachweis des Klopfphänomens ist streng an die Lungenspitze gebunden; E. fand es nie unterhalb der dritten Rippe vorn, unterhalb der Spina scapulae hinten. Man muß es vorn in der Fossa infraclavicularis suchen; nur ein einziges Mal konstatierte E. das der Bestätigung harrende Phänomen in der Fossa supra-spinata.

In allen Fällen handelte es sich um eine weit vorgeschrittene Phthise; die Sputa, welche diese „Percussion au couteau“ zutage förderte, zeigten sämtliche Charaktere des Inhalts von Lungenkavernen; sie enthielten Tuberkelbazillen und elastische Fasern. Das Klopfphänomen ist für Kavernen pathognomonisch. E. fand es zwar nicht regelmäßig bei Patienten mit Lungenkavernen; damit

es zustande kommt, muß die Höhle oberflächlich, ganz hinter der Brustwand gelegen sein. Die Quantität der expektorierten Massen erlaubt sogar einen Rückschluß auf die Dimensionen der Kaverne.

L.

N. A. SACHAROW (Tiflis): Ist Sauerstoff zur Wirkung der hydrolytischen Fermente wirklich notwendig?

Verf. berichtet über ein neues Experiment („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 17), welches augenscheinlich jeden Zweifel über die Notwendigkeit des Sauerstoffes für die Wirkung der hydrolytischen Fermente beseitigt. Man bringt in zwei Reagensgläsern von 30 cm³ Kapazität je 15 cm³ verdünnten, frisch zubereiteten Reistärkekekoks. Das erste Reagensgläsern läßt man 2—3 Minuten kochen und schüttet sofort, nachdem man dasselbe vom Feuer entfernt hat, in das Reagensgläsern gekochtes Öl hinzu, bis es oberhalb der Stärke eine zirka 1 1/2 Zoll dicke Schicht gebildet hat. Nachdem man das Reagensgläsern bis zur Zimmertemperatur hat abkühlen lassen, wird in dasselbe mittelst einer feinen, durch Öl geführten Pipette eine geringe Quantität (einige Tropfen) von Diastaselösung, der auf besondere Weise der Sauerstoff entzogen ist, hinzugesetzt. Eine gleiche Quantität von derselben Diastase wird in das andere Reagensgläsern gebracht, welches gleichfalls Zimmertemperatur aufweist. Nach Erwärmung dieser beiden Reagensgläsern bei 50° bemerkt man, daß in dem durch Öl nicht geschützten Reagensgläsern die Stärke durchsichtig wird, während sie im vom Öl geschützten Reagensgläsern ihre Opaleszenz behält. Wenn man zu dieser Zeit die Reagensgläsern bis 10° abkühlt, kann man diese Differenz für längere Zeit fixieren. Die Untersuchung ergibt im ersten Reagensgläsern eine ziemlich große Quantität Zucker und fast vollständiges Fehlen desselben im zweiten Reagensgläsern.

L—y.

HEINEKE (Leipzig): Zur Kenntnis der Wirkung der Radiumstrahlen auf tierische Gewebe.

Die Versuche des Verf.s zeigen, daß die Radiumstrahlen in genau der gleichen Weise auf das lymphoide Gewebe einwirken wie die Röntgenstrahlen, d. h. daß sie innerhalb weniger Stunden Zerfall der Lymphozytenkerne in allen von Strahlen getroffenen Organen hervorrufen. („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 31.) H. hat die Zeit des Beginns und des Abschlusses des Lymphozytenzerfalls zwar nicht weiter festgestellt, die Versuche genügen aber, um zu erkennen, daß die Veränderungen des lymphatischen Systems auch bei der Radiumbestrahlung in der Hauptsache an die ersten 24 Stunden gebunden sind; außerdem zeigen sie, daß die Zellen der Milzpulpa innerhalb dieser Zeit noch keine Veränderungen erleiden. Die Strahlen des Radiums vermögen also, wie die Röntgenstrahlen, auch durch die intakte Haut hindurch das lymphoide Gewebe anzugreifen. Allerdings ist ja die Ausdehnung der Veränderungen in den angeführten Versuchen bei weitem nicht so hochgradig, wie dies bei gleich langer Bestrahlung mit der Röntgenröhre auch aus größerer Entfernung der Fall sein würde; das kann aber bei der geringen Menge der verwendeten Substanz nicht weiter wundernehmen. Deutlicher erkennbar ist die außerordentliche hohe Empfindlichkeit des lymphoiden Gewebes auch den Radiumstrahlen gegenüber, wenn man dasselbe in näheren Kontakt mit dem Radiumsalz bringt. Dann genügt eine Exposition von wenigen Minuten, um innerhalb einiger Stunden Veränderungen von erstaunlichem Umfang auszulösen. Die geschilderten Veränderungen am lymphatischen System sind ein neues Glied in der Kette der Beweise, daß die Strahlen des Radiums durchaus die gleichen physiologischen Wirkungen hervorbringen wie die Strahlen der Röntgenröhre. Daß die Gleichartigkeit der Einwirkung auf lebendes Gewebe wohl nur darauf beruhen kann, daß hier wie dort die gleichen physikalischen Kräfte tätig sind, bedarf keiner weiteren Ausführung.

G.

Kleine Mitteilungen.

— Die Diät bei Gicht schildert LUFF („Practitioner“, 1904, Mai). Man gebe Milch mit Brot oder Tee mit Milch angebrüht, anstatt mit Wasser, dazu etwas geröstetes Brot mit wenig Butter.

Ferner mit dem Kranken reichlich Wasser zu geben, kalt oder warm, oder Mineralwasser, jedoch kein Natronwasser. Die Milchdiät wird fortgesetzt, bis die Schmerzen nachzulassen beginnen. Während dieser Zeit ist der Alkohol gänzlich zu verbieten, außer, wenn infolge etwaiger Herzschwäche die Verabreichung eines Stimulans notwendig werden sollte. Ebenfalls sind Beefsteak, Fleischextrakte und verwandte Präparate zu verbieten. Bei chronischer Gicht wird folgende Diät empfohlen: Morgens früh nüchtern ein Glas warmen Wassers mit Zitronenschale aromatisiert. Zum Frühstück sind gestattet: Suppe, Milch, Fisch, gerösteter Speck, Eierspeisen, geröstetes Brot oder Zwieback mit wenig Butter und leichtem Teeaufguß. Hartgekochte Eier sind zu vermeiden. Zum Mittagessen: Suppe, Fisch, Geflügel, Gemüse. Die besten Suppen sind Gemüsesuppen; wenn Fleischbrühe dazu verwendet wird, so darf es keine Kraftbrühe sein. Es dürfen keine Teigwaren als Zulagen genommen werden. Die besten Fischarten sind Merlan, Turbot, Kabeljau, Sole; das Geflügel muß frisch sein; Wildbret mit Hautgott ist verboten. Fleisch vom Rind, Kalb, Lamm ist nur einmal täglich in kleiner Menge gestattet. Gemüse ist sowohl zum Frühstück wie zum Mittagessen geboten, und zwar kommen hier in erster Linie grüne Gemüse: Spinat, Kohl, Rosenkohl, grüne Bohnen, weiße Rüben, Sellerie in Betracht. Als Nachspeise ist frischer Käse in kleiner Menge gestattet. Vor dem Einschlafen soll der Kranke wieder ein Glas warmen Wassers mit etwas Zitronenschale parfümiert trinken. Bei Neigung zur Gicht sind in erster Linie die Mehlspeisen und Teigwaren, Reis, Tapioka usw. zu vermeiden.

Das Nährpräparat Hygiama ist ein lichtgelb-bräunliches Pulver von gleichmäßig hohem Feinheitsgrade, von angenehmem Kakaogeruch und entsprechendem Geschmack, an Kakaobiskuit erinnernd. Die Analyse ergab folgende Zusammensetzung:

Feuchtigkeit	4.748%
Eiweißstoffe (inkl. Theobromin)	21.22%
(darin verdauliches Eiweiß 16.15%)	
Fett	10.046%
Lösliche Kohlehydrate	49.10%
Unlösliche Kohlehydrate	9.576%
Reifaser	1.76%
Mineralstoffe	3.55%
(darin Phosphorsäure 1.0285%)	

Die mikroskopische Untersuchung ergibt nur wenige Reste unveränderten Stärkemehles; der größte Teil der Kohlehydrate vom Charakter des Stärkemehles ist kaum zweifelhaft durch einen Röstprozeß dextriniert und daher der Form nach nicht sicher bestimmbar. Neben den Stärkemehlanteilen finden sich Bestandteile des Kakao-pulvers vor. Hygiama ist also äußerst reich an Gesamteiweißstoffen und an leicht verdaulichem Eiweiß. Der Geschmack des aus Doktor THEINHARDTS Hygiama hergestellten Getränkes, mit Milch oder Wasser zubereitet, ist ein sehr angenehmer. Die Art der Verpackung in dichter Pergamentpapierhülle und gut schließender Blechdose dürfte die längere Haltbarkeit des Präparates außer Frage stellen. Das Präparat hat sich nach den Erfahrungen von STUVE in der Klinik v. NOORDEN, LEBBIN, TOCH, FREUDENBERG, MANASSE, KLEMPERER, KRAUS, ROSEN, HAGER u. v. a. als Nährmaterial bei Kranken und Rekonvaleszenten vorzüglich bewährt. Man gibt es mit heißem Wasser angerührt, allein oder mit Kakao-zusatz, auch in Milch, ferner als Hygiama-Biskuit, Creme, Suppe, Zwieback etc. Zur Bereitung von Nährklysmen werden 40—50 g Hygiama-pulver mit etwas heißem Wasser angerührt, hierauf mit 300 g Milch gut durchgekocht, 3 g Kochsalz zugefügt, eventuell noch 1 Ei eingequirlt, und da wo indiziert, Alkohol oder Opium-tinktur zugesetzt, womit, vorübergehend angewendet, befriedigende Ernährungsresultate erzielt werden.

Die örtlichen Ätzungen bei Diphtherie empfiehlt HECKER („Therap. Monatsb.“, 1904, Nr. 1). Er gebraucht 50%ige Chlorzinklösung. Er verfertigt ein Holzstäbchen von der Dicke eines Bleistiftes und von etwa drei Finger Länge. An das eine Ende drückt man einen Bausch Verbandwatte von der Größe einer Kirsche und zieht darüber ein Stückchen Gaze oder alte Leinwand. Dieses bindet man mittelst eines starken Fadens in vielfachen Umwindungen an dem Stäbchen fest, so daß ein Abgleiten des Bauschens unmöglich ist. Den überhängenden Rest der Gaze schneidet man ab.

Das Ganze hat etwa die Form eines Trommelstockes. Solcher Stäbchenbäusche werden vier hergestellt. Das erste trinkt man mit 10%iger Kokainlösung, die übrigen mit 50%iger Chlorzinklösung. Durch Anschlagen der Stäbchen an einen festen Gegenstand wird ein etwaiger Überschuß von Flüssigkeit aus dem Bausche herausgeschleudert. Den Rest hält die Watte vermöge ihrer Saugkraft fest, um das Herabfließen zu verhindern. Beim festen Andrücken aber tritt doch soviel heraus, daß eine energische Ätzwirkung an der Berührungsstelle erzielt werden kann. Bei der Anwendung wird das Kind fest in eine Decke gewickelt, so daß es die Gliedmaßen nicht bewegen kann. Eine Person nimmt das Kind auf den Schoß, eine zweite hält den Kopf von hinten fest. Der Arzt drückt die Zunge herunter und befeuchtet die ergriffenen Stellen, also meist die Tonsillen, gründlich mit der Kokainlösung. Dann reibt er mit den fest angedrückten Chlorzinkbäuschchen in immer sich wiederholender drehender und reibender Bewegung die Oberfläche der Mandeln recht energisch ab, so daß das ganze oberflächliche Gewebe zerstört wird. Die drei Chlorzinkbäuschchen genügen völlig, um dies gründlich zu bewerkstelligen.

Bei Hyperidrosis ist folgende Medikation angezeigt („Zentralbl. f. d. ges. Therap.“, 1904, Nr. 7):

- Rp. Lith. agaricin. 0.1
- Bism. agaricin. 0.25
- M. f. p. Dtr. tal. dos. Nr. X.
- D. S. Abends um 8 und 9 Uhr ein Pulver zu nehmen, oder
- Rp. Hb. achill. millefol.,
- Cort. querc.,
- Hb. salv. offic. aa. 25.0
- M. f. spec. D. S. Zwei Kaffeelöffel voll auf eine Tasse Tee zu nehmen; abends 6 Uhr und nachts 10 Uhr eine Tasse Tee kalt zu trinken; auch
- Rp. Extr. fluid. hydr. canad.,
- Extr. fluid. aesc. hippocast. aa. 15.0
- Codein. mur. 0.2
- D. S. Abends dreimal je 20 Tropfen auf Staubzucker, in Oblaten gehüllt, zu nehmen; ferner
- Rp. Methyliatropin. bromat. 0.008
- Aq. laurocerasi 10.0
- D. S. Abends 25 Tropfen in einer Tasse kalten Salbeitees zu nehmen.
- Rp. Pikrotoxini 0.01
- Spir. vin. 10.0
- D. S. Abends 15 Tropfen in Eichenrindenabkochung zu nehmen; oder
- Rp. Methyl. salicyl. 25.0
- Bals. peruv. 15.0
- D. S. Zum Einpinseln des Stammes; schließlich
- Rp. Mesotani 15.0
- D. S. Abends 10 Tropfen auf den Stamm einzureiben.

Mit dem farblosen, dünnflüssigen Teer Anthrasol, welcher auf dem letzten Dermatologenkongreß sehr günstig beurteilt wurde, hat SILBERSTEIN therapeutische Versuche angestellt („Allg. med. Zentral-Zeitung“, 1904, Nr. 27). Behandelt wurden Fälle von chronischem Ekzem (10%ige Salbe), torpiden Fußgeschwüren, Acne rosacea (5%iges Anthrasolkollodium); nicht parasitäre Ekzeme sind ja die Hauptdomäne für die Teertherapie. Anthrasol erwies sich seiner Reizlosigkeit wegen als sehr brauchbar, selbst auf feinen Hautpartien, wie Gesicht und Skrotum. Bei parasitären Erkrankungen, Skabies, Herpes tonsurans und Pityriasis, wurde nach den üblichen Vorbereitungen Anthrasol in Salben, alkoholischer Lösung (auf dem Kopfe) oder in Form von Anthrasolseife appliziert. Letztere leistete auch bei Acne vulgaris, sowie bei Prurigo im Kindesalter recht gute Dienste. Pediculi pubis et capitis wichen einfachem Waschen mit Anthrasolschwefelseife. Anthrasol besitzt eine sehr kräftige juckstillende Wirkung, die bei Pruritus vulvae sich gut verwerten ließ. Zu Inhalationen an Stelle von Teerwasser ist die 2½%ige Anthrasollösung, welche die Sekretionen stark beschränkt, recht wohl zu verwenden. Schädliche Nebenwirkungen auf die Nieren gelangten nie zur Beobachtung. SILBERSTEIN kommt zu dem Schlusse, daß das Anthrasol in kurzer Zeit jene Beliebtheit, deren sich der Teer in früheren Jahren erfreut hat, gewinnen wird.

Zur Behandlung der Psoriasis empfiehlt DREUW („Ztschr. für diät. und physikal. Therap.“, B. 1, 8, 3) folgende Salbe: Acid.

salicyl. 10:0, Chrysarobin, Ol. rusci aa. 20:0, Sapon. virid., Vaseline aa. 25:0. Die Behandlung geht in folgender Weise vor sich: Die Psoriasisstellen werden mit einem Borstenpinsel morgens und abends eingerieben, etwa 4 bis 6 Tage lang. (Darüber kann man nach leichtem Antrocknen etwas Amylum oder Zinkpuder bringen.) Am 5. oder 6. Tage läßt man dann 1 bis 3 Tage lang täglich warm baden und täglich ein- bis dreimal Vaseline gründlich einreiben. Diesen Turnus von ungefähr 8 Tagen wiederholt man dann noch ein- bis dreimal, bzw. öfter, je nach der Schwere des Falles und wird in den meisten Fällen ein Verschwinden der psoriatischen Effloreszenzen beobachten. Schon am 1. oder 2. Tage nach der Einpinselung bemerkt man, daß die Salbe auf der normalen Haut in der Umgebung der psoriatischen Effloreszenzen als schwarze, papierdicke, zusammenhängende, pergamentartige Kruste festhaftet, während überall dort, wo Psoriasisstellen sich befinden, ein Festhaften der Salbe sich nicht zeigt, vielmehr eine starke Abschuppung der Psoriasisplaques stattfindet. Ein Vorteil dieser Methode ist, daß eine Chrysarobinreizung der Umgebung so gut wie nicht eintritt. Was das Beschmutzen der Kleider anbetrifft, so muß dem Patienten angegeben werden, daß er alte, nur zum Kurgebrauch zu verwendende Kleider und Unterkleider verwenden soll. Am besten zwei Hemden und Unterhosen, die jede Woche gewaschen und abwechselnd, so lange die Kur dauert, getragen werden.

— Die Kanarischen Inseln als Kurorte für Lungenkranke beschreibt ENGEL („Zeitschr. f. Tuberk. u. Heilstättenwesen“, Bd. 5, H. 2). Das Klima der Kanarischen Inseln ist in Hinsicht auf Temperaturverhältnisse, Sonnenschein und Beschaffenheit der Luft eines der besten unserer Erde. Durch den herrschenden Nordostwind wird die Temperatur erfrischt, der Temperaturunterschied zwischen dem heißesten und kältesten Monat des Jahres beträgt nur 5° R; ebenso sind Tag- und Nachttemperaturen beinahe gleich, so daß in dem Guimar-Sanatorium auf Teneriffa, dem einzigen und bescheidenen Sanatorium der Inseln, die Lungenkranke im Freien schlafen können. Der 12.000 Fuß hohe Pik von Teneriffa gewährt die Möglichkeit von Gebirgsaufenthalt; das Tal von Orotava auf Grand-Canaria ist von besonderer landschaftlicher Schönheit, es gedeihen dort Kartoffeln, Wein, Orangen, Feigen, Datteln. — Las-Palmas ist eintönig, ohne landschaftliche Reize. — Regen ist äußerst selten; dagegen bilden sich Mittags dichte Wolkenringe um die Berge, die die Sonne abhalten. Die Luftfeuchtigkeit beträgt nur etwa 70% trotz der marinen Lage der Insel. Die Kurhotels in Orotava und Las-Palmas stehen zwar isoliert von den Wohnungen der Eingebornen, leiden aber durch die Nähe staubiger Straßen. Die Verpflegungsverhältnisse sind nicht glänzend, es gibt fast nur Hammelfleisch und dies in mäßiger Qualität. Bei dem Mangel von Vieh ist auch frische Milch und Butter selten, vorzüglich dagegen sind Kartoffeln und Früchte. Übermäßiger Genuß von Früchten, namentlich Orangen, bringt einen schweren Darmkatarrh hervor, sog. kanarisches Fieber, im übrigen bringt der Aufenthalt auf diesen Inseln keine gesundheitlichen Fährlichkeiten mit sich; allerdings ist die Hotelhygiene sehr mangelhaft. Ein Übelstand für Tuberkulose ist die 6—7 Tage währende Seereise mit ihrer unvermeidlichen Seekrankheit. Die Tagespension kostet durchschnittlich 8 bis 12 Schilling. Wenn irgend möglich, soll man zu zweien den Kur-aufenthalt durchmachen.

— Die Verwendung des Alkoholverbandes bei Panophthalmie empfiehlt SCHIELE („Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges“, 1904, 12. Mai). Zur Verwendung kommt absoluter oder 96%iger Alkohol; der Verband wird zweimal täglich, ungefähr alle zwölf Stunden gewechselt. Die Kranken klagen gewöhnlich nur anfangs über mäßiges Brennen. Eine Anätzung der Haut findet nicht statt. Der erste auffallende Effekt des Alkoholdunstverbandes ist das Nachlassen der Schmerzen; ferner tritt Abschwollen der Lider, sowie ein Zurückgehen der Chemosia conj. bulbi ein. Bis die Panophthalmie ihren Ausgang in Phthisis bulbi nimmt, dauert es gewöhnlich 6—8 Wochen; der Alkoholverband kürzt diese Zeit bedeutend ab und die sonst fast unerträglichen Schmerzen werden gelindert. Die günstige Wirkung des Alkoholverbandes besteht neben dem rascheren Einschmelzungsprozeß und dem Durchbruch des Eiters nach außen nicht nur in einer mehr oder weniger aus-

gesprochenen Analgesie, sondern auch in einer fast vollkommenen Anästhesie der Gewebe. In Fällen, wo die Kornealoberfläche noch intakt war, wurde das Epithel auch durch den Alkoholverband nicht im mindesten alteriert. Dieser Umstand rechtfertigt den Versuch, den Alkoholverband auch in verzweifelten Fällen von Ulcus serpens zu versuchen. Sobald man aber mit dem Alkoholverband begonnen hat, muß man mit demselben bis zum Abklingen der Affektion konsequent fortfahren und nicht etwa dazwischen zu anderen Umschlägen übergehen.

— Das Jodcatgut ist nach den Erfahrungen von FUCHS („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 49) an Einfachheit und Wohlfeilheit der Herstellung allen andern Materialien überlegen. Es ist ein zuverlässig keimfreies Präparat, dessen antiseptische Eigenschaften beim Hantieren von Nutzen sind. Sein Jodgehalt übt keine Reizung auf tiefere Wundgebiete (bei Versenkungen) aus; es wird in diesen weder zu spät, noch zu früh resorbiert. Wegen seiner großen Zugfestigkeit eignet es sich besonders gut als Ligaturmaterial. Für äußere Hautnähte ist seine Anwendung zu widerraten.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der inneren Medizin. Herausgegeben von Dr. J. Freiherrn v. Mering. Mit 1 Tafel und 219 Abbildungen im Text. Zweite, teilweise umgearbeitete Auflage. Jena 1903, Gustav Fischer.

An Lehrbüchern der inneren Medizin ist wahrlich kein Mangel; trotzdem muß das in zweiter Auflage vorliegende Werk mit Freuden begrüßt werden. Es war ein überaus glücklicher Gedanke des Herausgebers, zum Zwecke der Vertiefung in den immensen Stoff, eine Reihe der besten deutschen Kliniker zur Bearbeitung der einzelnen Gebiete herangezogen zu haben. Die Darstellung der einzelnen Krankheitsgruppen weist ein förmlich monographisches Gepräge in knapper Form auf, und das Ideal, welches dem Herausgeber vorschwebte — nämlich ein Lehrbuch mit den Vorzügen der großen Sammelwerke zu schaffen, in welchem jede Krankheitsgruppe von durch eigene Forschung berufensten Autoren bearbeitet wird, verbunden mit derjenigen Kürze, wie sie der Student und der vielbeschäftigte Arzt fordern müssen — erscheint vollinhaltlich verwirklicht. Dieses vermöge seiner vielseitigen Vorzüge jede Konkurrenz aus dem Sattel hebende Werk, wobei auch auf den billigen Preis (12 Mark bei 1095 Seiten und Register) und die reiche Illustrierung (1 Tafel und 219 Abbildungen) besonders hingewiesen sei, verdient wohl seinen Platz in der Bücherei jedes Arztes. Da an dieser Stelle auf den Inhalt nicht näher eingegangen werden kann, möge zur Orientierung nur ein Verzeichnis der Autoren und des von ihnen behandelten Stoffes angeführt werden: Die akuten Infektionskrankheiten von ERNST ROMBERG; Krankheiten der Atmungs- und Zirkulationsorgane von FRIEDRICH MÜLLER; Krankheiten des Mundes, Rachens und der Speiseröhre von D. GERHARDT; Krankheiten des Magens von J. v. MERING; die Erkrankungen des Darmes von MAX MATTHES; Trichinosis von MAX MATTHES; die Erkrankungen des Peritoneums von MAX MATTHES; Krankheiten der Leber und der Gallenwege von O. MINKOWSKI; Krankheiten der Bauchspeicheldrüsen von O. MINKOWSKI; Krankheiten der Harnorgane von RICHARD STERN; die Krankheiten der peripheren Nerven, des Rückenmarkes und des Gehirnes von FRIEDRICH MORITZ; Zentrale und vasomotorische, trophische Neurosen von FRIEDRICH KRAUS; Krankheiten der Bewegungsorgane von O. VIERORDT; Blutkrankheiten von GEORG KLEMPERER; Krankheiten des Stoffwechsels von J. v. MERING; die klinisch wichtigsten Vergiftungen von W. HIS d. J. Therapeutische Technik von F. GUMPRECHT. v. St.

Therapie der Magenkrankheiten. Von Dr. Max Kahane in Wien. Wien und Leipzig 1904, Alfred Hölder.

Das vorliegende Buch bildet den VIII. Band der „Medizinischen Handbibliothek“, aus der schon mehrere bemerkenswerte Abteilungen erschienen sind; wir dürfen es ganz unumwunden als eine der besten unter denselben bezeichnen. In seiner sicheren Art,

das Wesentliche von dem Unwesentlichen zu scheiden, die Bedürfnisse des Praktikers zu würdigen und zu berücksichtigen, dabei aber niemals sein echt wissenschaftliches Streben zu verleugnen, hat KAHANE auch diesmal das Richtige getroffen; Klarheit der Diktion, Ungezwungenheit der Darstellung, sorgfältige Beachtung der neueren und neuesten Literatur, kurz alle Vorzüge eines guten Buches, kennzeichnen auch des Verf.s jüngstes Geisteskind. BR.

Die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Bekämpfung der Mischinfektion. Von Dr. A. Menzer, Stabsarzt in Halle a. S. Berlin 1904, Georg Reimer.

M. berichtet an der Hand von 22 ausführlichen Krankengeschichten über die Behandlung der den Verlauf der Lungentuberkulose beeinflussenden Mischinfektion mit seinem Antistreptokokkenserum; er selbst erwartet von dieser Behandlung zunächst nur, daß eine Beseitigung der katarrhalischen Erscheinungen, soweit sie durch eine Mischinfektion bedingt sind, weit erfolgreicher und schneller gelingt, als durch unsere bisherigen therapeutischen Maßnahmen. Die Anwendung des Serums müsse unter sorgfältiger Auswahl der Fälle und mit vorsichtiger Dosierung, daher zunächst nur in Anstalten, geschehen. Nach Injektion des Serums tritt eine allgemeine und lokale Reaktion auf, die sich merkwürdigerweise auch an einem Lupusherde geltend machte.

Die von M. erzielten Erfolge müssen als vorzügliche bezeichnet werden; allerdings wird erst die Zukunft lehren, ob die beschrie-

benen Heilungen initialer Fälle als Dauererfolge zu betrachten sind. Sehr interessant ist die Beobachtung, daß in vorgeschrittenen Fällen trotz andauernden Fiebers Gewichtszunahmen unter dem Einfluße dieser Behandlung beobachtet werden konnten.

Weitere Nachprüfungen des MENZERSchen Verfahrens an einem größeren Krankenmateriale werden sicherlich nicht lange ausbleiben. A.

Die Verletzungen des Ohres, deren Folgezustände und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Von Dr. Josef Tyrman, k. und k. Stabsarzt. Wien 1903, Moritz Perles.

Eine Monographie, die wir den praktischen Ärzten aufs wärmste zur Lektüre empfehlen, schon weil sie von einem Praktiker wieder für Praktiker geschrieben ist. Als Militärarzt hatte Verf. häufig Gelegenheit, die verschiedenartigsten Verletzungen gewollter und ungewollter Natur zu beobachten und zu begutachten. Werden auch die Mitteilungen anderer eingehend gewürdigt und in den allgemeinen Kalkül einbezogen, so schöpft der Autor hauptsächlich doch aus der eigenen Erfahrung und bleibt immer die lauterste und verlässlichste Quelle.

Es ist keine überflüssige Arbeit, wie man ihr nur zu oft auf dem Büchermarkte begegnet, welche hier verrichtet wurde, sondern eine solche, die unter allen Umständen einmal hätte getan werden müssen. Und es ist gut, daß dies von kundiger Hand geschah. EITELBERG.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

(Original-Korr. der „Wiener Med. Presse“.)

III.

(Die Wassernot und ihre Folgen. — Chloroformtod. — Vivisektion. — Kurpfuscherei. — Militärisches. — Menschenfett als Heilmittel. — Ein Spitalbrand. — Die Ehrung HUGHARDS. — PASTEURS Denkmal. — Plazentophagie.)

Die außerordentliche Hitze dieses Sommers brachte einerseits eine große Steigerung des Wasserverbrauchs, andererseits eine Abnahme des Zuflusses in die Reservoirs mit sich. In der heißesten Woche — vom 10.—16. Juli — wurden 2,089.300 cm^3 Quellwasser und 141.900 cm^3 filtrierten Wassers verbraucht. Der stärkste Verbrauchstag war der 13. Juli mit 302.600 cm^3 Quellwasser und 31.400 cm^3 filtrierten Wassers. Die korrespondierenden Ziffern des Vorjahres sind um mehr als ein Drittel kleiner.

Um ein weiteres Sinken des Wasserstandes in den Reservoirs zu verhüten, wurden eine Zeitlang die privaten Wasserleitungen von Mitternacht bis 6 Uhr morgens allnächtlich gesperrt. Diese durch die Unzulänglichkeit der Wasserversorgung notwendig gemachte Maßregel zwang Einzelne, ihre Zuflucht zum Wasser der Seine zu nehmen. Und siehe da, sofort tauchte die Nachricht von vereinzelten Typhusfällen in der durch eine erst jüngst überstandene Epidemie geängstigten Bevölkerung auf. Zugleich mehrten sich die Fälle von Brechdurchfall, insbesondere unter den Kindern der armen Stadtteile. Freilich ließ die Polizeipräfektur sofort Affichen anschlagen, in welchen die Mütter von der wichtigsten Maßregeln zur Vorbeugung dieser Krankheit unterrichtet werden. Aber welche Pariser Mütter lesen diese Affichen? Mit Recht wird deshalb in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten die Einsetzung von „Sommerinspektoren“ verlangt, die in der warmen Jahreszeit persönlich nicht nur die Milchverkaufsstellen etc. zu inspizieren hätten, sondern armen Müttern direkt Ratschläge über Ernährungsfragen, Einkaufsquellen u. a. m. erteilen müßten.

Es wird darauf hingewiesen, daß in New-York bereits allsommerlich 50 Ärzte als „Sommerinspektoren“ erfolgreich ihres Amtes walten. Noch mehr aber als diese Frage erregt gegenwärtig eine andere, leider wieder plötzlich aktuell gewordene die Öffentlichkeit. In kurzen Zwischenräumen gab es nämlich einige Todesfälle während der Chloroformnarkose. Da die Operateure das von der Assistance publique gelieferte Chloroform öffentlich wegen

seiner schlechten Qualität beschuldigten, kam es zu genauen Untersuchungen durch eine Spezialkommission. Die Chemiker derselben erklärten aber, daß das Chloroform vollkommen rein sei; es enthalte nur einen geringen Überschuß an Alkohol, ein Umstand, der für den Kranken keinerlei Gefahr mit sich bringen könne. Freilich war nun die Öffentlichkeit geneigt, die Schuld den Narkotiseuren zuzuschreiben, zumal bekannt geworden war, daß die Obduktion, zumindest bei zwei Verstorbenen, keine organischen Läsionen hatte konstatieren können. Und doch sind gerade in Frankreich Fälle bekannt, die in gewisser Hinsicht vor allzu raschem Verurteilen warnen müssen, so insbesondere der Fall Dr. BODINES. Hier handelte es sich um einen sehr nervösen Patienten, dem Hämorrhoidalknoten entfernt werden sollten. Er war sehr ängstlich und aufgeregt. Plötzlich, unmittelbar nach der Waschung, bevor auch nur ein Tropfen Chloroform verwendet worden war, bekam er eine Synkope und starb. Die Obduktion dieses ebenfalls aus der letzten Zeit stammenden Falles ergab ein gesundes Herz und auch sonst normale Organe. Von einem ähnlichen Fall berichteten seinerzeit CAZENEUVE, DESAULT u. a. Auch an das merkwürdige Schicksal des Patienten, an dem SIMPSON seinen Schülern die erste Narkose demonstrieren wollte, muß man sich unwillkürlich erinnern.

Während nun solche Vorgänge deutlich zeigen, daß selbst die doch so unendlich häufige und wichtige Narkose so fatale Überraschungen zu bieten vermag, sind unvernünftige Menschen, unter denen sich merkwürdigerweise auch Ärzte befinden, an der Arbeit, stets von neuem durch oft widerlegte Einwände das Gebiet der notwendigsten medizinischen Forschung einzuengen: die Gegner der Vivisektion entfalteten in der letzten Zeit abermals eine heftige Agitation gegen das Tierexperiment. Insbesondere die Ärzte DESWATINE, MESNAROD und MARÉCHAL traten mit einer ganzen Reihe von forschungsfeindlichen Publikationen vor die Öffentlichkeit, in denen sie vor allem den Beweis zu erbringen suchten, daß die Vivisektion nicht nur kein notwendiges Übel, sondern geradezu für die Wissenschaft unnötig sei: es gäbe nämlich keine wirklichen Analogien zwischen menschlichem und tierischem Organismus. Wenn Ärzte in dieser Art gegen ihre Wissenschaft zu Felde ziehen, darf es uns freilich nicht allzusehr wundernehmen, daß hohe Regierungsfunktionäre in offiziellen Berichten an ihre Zentralstelle der Kurpfuscherei ein Loblied singen. Aber es ist gewiß eine sehr betäubende Erscheinung, wenn der Generalgouverneur von Algier die wertvollen medizinischen Kenntnisse der Lehrer an den dortigen Normalschulen lobend erwähnt, und speziell ihre Kunst in der Heilung von „Zerebralneuralgien“, Bronchitiden und anderen Krankheiten rühmt. Wenige

tausend Franken Subvention würden bei der ärztlichen Plethora genügen, um auch Algier mit einem ausreichenden Korps guter Ärzte zu versehen. Aber was dürfen wir Ärzte von einer Regierung erwarten, die im gegenwärtigen Zeitpunkt allen Ernstes daran denkt, die Zahl der Militärärzte zu verringern? Der Kriegsminister hat tatsächlich an alle Korpskommandanten ein Schreiben gerichtet, in welchem unter Berufung auf die Notwendigkeit von Ersparungen ihre Meinungsäußerung über eine völlige Reorganisation des militärärztlichen Dienstes, welche hauptsächlich eine Aufhebung des gegenwärtig bestehenden Unterschiedes zwischen Truppen- und Spitaldienst und durch diese Vereinfachung eine Reduktion des Status bezweckt, abverlangt wird. Diese ganz neuen Tendenzen stehen gänzlich im Widerspruch mit den bisherigen Bemühungen, die Zahl unserer Militärärzte auf eine dem reichsdeutschen Effektivstande analoge Höhe zu bringen, um dadurch der im Parlamente kürzlich gerügten Unzulänglichkeit unseres Militärsanitätsdienstes abzuhelfen. Beobachtet man solche Zeichen einer gewissen Rückständigkeit, dann wundert man sich eigentlich nicht allzusehr über derartige Tatsachen, wie sie in der letzten Zeit der gruselnden Mitwelt verraten wurden: Die Anatomiedienerei der Universitätsinstitute treiben einen schwunghaften Handel mit Menschenfett, das in weiten Kreisen der Pariser Bevölkerung als Heilmittel gegen allerlei Krankheiten, insbesondere bei Rheumatismus und vereiterten Halslymphdrüsen, in hohem Ansehen steht.

Und nun zu einigen erfreulichen Aspekten! Das Spital von Aubervilliers wurde von seinem Direktor Dr. MORA angezündet und ging durch den Brand zugrunde: es handelte sich aber um eine offizielle, gewissermaßen gesetzlich dekretierte Brandlegung. Denn der Munizipalrat von Paris hatte beschlossen, das im Jahre 1884 erbaute „temporäre“ Infektionsspital, dessen Holzbaracken den Patienten kaum den notwendigsten Schutz gegen Wind und Wetter gewährten, auf diese Weise zu zerstören, um an derselben Stelle ein neues, den modernen Anforderungen entsprechendes Epidemiespital zu errichten. Dem Brande, der ein grandioses Schauspiel bot, wohnten der Polizeipräsident LÉPINE und zahlreiche Pompiers bei. Fast hätten die letzteren Arbeit bekommen, da ein plötzlich sich erhebender Wind die Flammen derart entfachte, daß die benachbarten großen Magazine bedroht waren. Glücklicherweise legte sich der Wind bald und die Einäscherung ging programmäßig vonstatten.

HUCHARD, dem hochverdienten Mitglied der Académie de Médecine, wurde anlässlich seiner Ernennung zum Offizier der Ehrenlegion und der Herausgabe des vierten und letzten Bandes seines großen Werkes über Herzkrankheiten in festlicher Versammlung eine kostbare, aus Bouchers Atelier stammende Medaille überreicht. Das reizende Kunstwerk trägt unter anderem die Inschrift: In corde spes, vis et vita. Daran anknüpfend, hielt GUYON seine großartige Festrede. Ein viel größeres Fest fand unter großer Beteiligung wenige Tage später statt: Die Enthüllung des Denkmals PASTEURS in Paris. Während nicht weniger als acht französische Städte sich bereits eines PASTEUR-Denkmal's rühmen konnten, entbehrte bisher die Metropole eines Monuments des großen Forschers. Die Mittel zur Errichtung desselben wurden nun durch eine internationale Subskription aufgebracht. Das hervorragend schöne Denkmal ist ein Werk Falguières, der aber die Vollendung nicht erlebte. Viktor Peter vollendete verständnisvoll sein Werk, das in würdiger Weise das Bild des Meisters der Nachwelt überliefert. Der Enthüllungsfeierlichkeit wohnte auch der Präsident der Republik bei; von auswärtigen Gästen sei vor allem BEHRING genannt. Die meisten gelehrten Gesellschaften des Auslands waren vertreten oder hatten zumindest Telegramme gesandt, so daß die Feier ein internationales Gepräge hatte.

Zum Schluß möge ein Fall Erwähnung finden, der wohl, sobald unsere medizinischen Körperschaften wieder ihre Tätigkeit aufnehmen, ausführlicher erörtert werden wird. REVERDIN berichtet von einer Erstgebärenden, die, als der Geburtshelfer ihr die Nachgeburt zeigte, von heftigem Verlangen, dieselbe zu verzehren, ergriffen wurde. Ehe man sie hindern konnte, biß sie auch in der Tat in die Plazenta hinein. Am andern Tag gestand die Patientin,

daß ihre Begierde so heftig war, daß sie auch das Bett verlassen hätte, um den Mutterkuchen zu sich zu nehmen, falls sie ihn nicht sogleich zur Hand gehabt hätte.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus italienischen Gesellschaften.

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

R. Accademia di Medicina di Torino.

MORANDI: Untersuchungen über die normale und pathologische Beschaffenheit der Hypophyse.

Votr. hat im Laboratorium FOAS 250 Hypophysen histologisch untersucht und gefunden, daß ein bestimmter Typus von epithelialen Hypophysenzellen existiert. Der verschiedene morphologische Befund mancher Formen hängt von den Perioden der Entwicklung ab, deren jeder das nämliche Grundelement entspricht. Die diversen spezifischen Protoplasmareaktionen sind der Ausdruck einer allgemeinen Chromophilie desselben. Das Alter des Individuums, und vor allem die Gravidität, sind von bestimmtem Einflusse auf die Zahl und Struktur der Zellen der Hypophyse. Histopathologische Veränderungen sind selten. F. fand einmal einen adenomatösen Tumor ohne Akromegalie, je einmal einen Entzündungsprozeß, erhöhte Vaskularisation und Höhlenbildung mit Kolloidansammlung.

GRADENIGO: Umschriebene Leptomeningitis und Abduzensparalyse otitischen Ursprungs.

Votr. demonstriert eine 31jährige Frau, die an rechtsseitiger Mittelohrentzündung und reaktiver Mastoiditis gelitten hat. Ungefähr 6 Wochen nach dem Beginn der Otitis hat sich eine isolierte Paralyse des rechten Abduzens eingestellt. Alle Erscheinungen sind allmählich wieder verschwunden und derzeit ist die Kranke vollkommen gesund. G. hat im ganzen noch vier analoge Fälle beobachtet und möchte von einem speziellen Krankheitssymptom sprechen. Bei einem 31jährigen, mit Ozaena behafteten Manne ist im Anschlusse an eine linksseitige Otitis media linksseitige Abduzensparese eingetreten; 2 Monate später traten Symptome einer eitrigen Meningitis dazu, die schließlich den letalen Ausgang herbeiführte. Im Liquor cerebrospinalis hatten sich reichlich Streptokokken vorgefunden.

Società medico-chirurgica di Bologna.

MARINI: Die Serumreaktion bei Tuberkulose.

Die Versuchsergebnisse M.s basieren auf 357 Fällen neugeborner, gesunder, klinisch nicht tuberkulöser und klinisch Verdächtiger. Votr. fand: Unter den verschiedenen einschlägigen Methoden ist jene von ARLOING und COURMONT die rationellste und verlässlichste. In der Klinik ist die Serumreaktion der Tuberkulinreaktion, vor allem wegen ihrer größeren Unschädlichkeit vorzuziehen. Agglutination der Kochschen Bazillen kann auch mit dem Serum von anscheinend Gesunden eintreten; ihr Auftreten zeigt das Bestehen latenter Herde an, ihr Ausbleiben schließt dieselben keineswegs aus. Der Kochsche Bazillus wird auch durch viele Typhussera agglutiniert. Die Serumreaktion hat zweifellos bei vielen Fällen von exsudativer Pleuritis diagnostischen Wert, ebenso in vielen Fällen initiieller Infektion. Sie ist somit natürlich auch prognostisch von Bedeutung. Das Serum Tuberkulöser agglutiniert Typhus- und Kolibazillen nicht oder viel weniger als die Kochschen Bazillen.

PINCHERLE: Die relative funktionelle Unabhängigkeit der verschiedenen Leberlappen.

Votr. hat eine Reihe von vierzehn fortlaufenden Untersuchungen an weißen Ratten angestellt, indem er seine Versuchstiere 72 Stunden lang fasten ließ, ihnen sodann per os und per rectum bestimmte Dosen einer Zuckerlösung zuführte und sie schließlich in bestimmten Intervallen tötete. Hierauf bestimmte er in verschiedenen Leberlappen zugleich den Glykogengehalt, ferner die mikroskopischen Veränderungen und die kolorimetrische Reaktion der wässrigen Extrakte. Der histologische Befund in der ersten Stunde war stets negativ. Dagegen zeigte die kolorimetrische Reaktion Glykogenspuren, die allmählich an Deutlichkeit zunahm, je längere Zeit vor der Glykosezufuhr verstrichen war, und zwar konstant in zwei Leberlappen, während die drei anderen immer frei von jener Substanz geblieben sind. Votr. erhielt dieses Resultat immer, wenn er Glykose im Mageninhalt nachzuweisen in der Lage war, nicht aber, wenn dies im Darminhalte der Fall war.

Als sich (zweimal) nur im Darne Glykose vorfand, trat in keinem einzigen Leberlappen eine deutliche Glykogenreaktion auf. Nach diesen Befunden scheint es also, daß nur ein Teil des Lebergewebes in der ersten Stunde die Verarbeitung von zugeführten Kohlehydraten übernimmt. Vortr. hat ferner einen kleinen, mageren Hund 6 Tage lang fasten lassen, während welcher Zeit das Versuchstier 30% von seinem Körpergewicht einbüßte; hierauf erhielt dasselbe 200 cm³ einer 40%igen Glykoselösung per os. Nach einer Stunde tötete P. den Hund und fand nun mit der BRÜCKE-KÜLZschen Methode in jedem einzelnen Lappen Glykogen. Diese Versuchsergebnisse bestätigen die Existenz von zwei verschiedenen Leberterritorien im Verhältnisse zur Resorption der Darmkontenta.

Notizen.

Wien, 17. September 1904.

Der Kampf gegen die registrierten Hilfskassen.

Die Wiener Ärztekammer befindet sich neuerdings in einem ernstesten Konflikte mit jener politischen Behörde, welcher gesetzmäßig die „Oberaufsicht“ über die Kammer in dem Sinne zusteht, daß sie berufen erscheint, eine etwaige „Überschreitung des Wirkungskreises“ der Kammer zu verhindern, der n.-ö. Statthalterei. Abermals ist es die Haltung der Kammer in der Frage der Anstellung pauschalierter Ärzte bei einer „Meisterkrankenkasse“ im Sinne des Gesetzes vom 23. Februar 1897, diesmal der neugegründeten „Krankenkasse der nichtprotokollierten Handelsangestellten“, welche den Konflikt heraufbeschworen. Unseren Lesern ist die Situation wohl bekannt. Wir haben dieselbe in Nr. 15 (1904) dieses Blattes genauest präzisiert und den berechtigten Standpunkt der Kammer rückhaltlos geteilt. Handelt es sich doch um nichts weniger als um die strikte Beantwortung der Frage:

Überschreitet die Ärztekammer ihren gesetzlichen Wirkungskreis, wenn sie die Annahme von pauschalierter Stellen bei einer gewissen Kategorie von Krankenkassen als standeswidrig, d. i. ehrenrätlich verfolgsbar, erklärt?

Wird diese Frage bejaht, dann ist die Institution der Ärztekammern fürderhin unhaltbar und zwecklos. Denn in dem Momente, in welchem die Kammer der Möglichkeit beraubt wird, mit Aussicht auf Erfolg die schwere wirtschaftliche Schädigung zu verhüten und zu bekämpfen, welche durch die Pauschalanstellung von Ärzten bei aus wohlhabenderen Kreisen sich rekrutierenden Krankenkassen dem Stande erwächst, ist sie in einem überaus wichtigen Teile ihrer Wirksamkeit für die Interessen der Gesamtärzteschaft lahmgelegt. Und noch mehr! Morgen oder übermorgen kann und wird eine andere, nicht minder wichtige Frage auftauchen, welche, gleich der uns heute beschäftigenden, ersprießlich nur durch einmütiges Zusammengehen aller Ärzte gelöst werden kann. Ein solches Zusammengehen aber ist nur dann möglich, wenn die gewissen „schwankenden“ Elemente durch die Furcht vor ehrenrätlicher Verfolgung in Schach gehalten, offene Überläufer aber gelegentlich diszipliniert werden können. Bei der heutigen Praxis der politischen Behörden ist man sehr geneigt, jedes energische Auftreten der Kammern als „Übergriff“ zu erklären und derartige Beschlüsse zu sistieren. Den Kammern bleibt nichts übrig, als die Konsequenzen aus dieser Auffassung der die „Oberaufsicht“ führenden Behörden zu ziehen; ihre Mitglieder haben ihre Mandate zurückzulegen. Dies dürfte auch in dem vorliegenden, die Wiener Kammer betreffenden Falle geschehen, falls Statthalterei und Ministerium ihren Standpunkt festhalten und der anzurufende Verwaltungsrichtshof im gleichen Sinne entscheiden sollte. Die Kammer wird verschwinden und es der Ärzteschaft überlassen, durch Selbsthilfe sich davor zu schützen, durch eine hilfloskassenfreundliche und ärztefeindliche Verwaltung vollends proletarisieren zu werden.

* * *

Die Wiener Ärztekammer hat in ihrer Versammlung vom 7. September d. J. folgenden Beschluß gefaßt:

Die Wiener Ärztekammer gibt bekannt, daß sie die Annahme jeder wie immer gearteten ärztlichen Stelle bei der neu

zu gründenden Krankenkasse der nicht protokollierten Handelsagenten für standeswidrig erklärt und gegen jeden Zuwiderhandelnden ehrenrätlich vorgehen wird.

(Wiener Ärztekammer.) In der am 7. d. M. abgehaltenen Plenarsitzung der Kammer wurde nach Erledigung des oben mitgeteilten Dringlichkeitsantrages des Vorstandes das Referat des Dr. KRIPS bezüglich Abänderung des § 11 der Geschäftsordnung für die Ärztekammertage, betreffend die Kostenaufteilung angenommen. Ebenso der Antrag des Präsidenten Prim. Dr. EWALD: „Die Wiener Ärztekammer spricht sich gegen die Abhaltung der am VIII. Ärztekammertage beschlossenen Protestversammlung aus, da die derzeitigen Verhältnisse eine solche nicht als vorteilhaft erscheinen lassen, wohl aber für die Überreichung der Denkschrift.“ Gleichzeitig wurden für den Fall, daß der IX. Ärztekammertag auf der Abhaltung dieser Protestversammlung bestehen sollte, bezüglich derselben weitere Anträge für den Kammertag formuliert. — Schließlich wurde nach dem Referate des Dr. KOSSEL folgender Beschluß als Antrag für den Kammertag gefaßt: „In Erwägung des Umstandes, daß bei der Regelung der Zahnärzte- und Zahntechnikerfrage die vitalsten Interessen der Ärzteschaft, ferner das sanitäre Wohl der Bevölkerung tangiert werden, ersucht der Kammertag auf Grund des § 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 1891 um Überweisung des von der Regierung bereits fertiggestellten Elaborates an die Ärztekammern behufs Erstattung ihres Gutachtens. Die Regierung möge hierbei bereits jetzt darauf aufmerksam gemacht werden, daß jede auch nur geringste — weil nicht kontrollierbare — Erweiterung der Befugnisse des Zahntechnikergewerbes eine schwere materielle und moralische Schädigung des Ärztestandes bedeutet und in nicht geringerem Maße eine schwere Schädigung der Volksgesundheit bedingen würde.“

(Ausschreibung staatlicher ärztlicher Stellen.) Die Salzburger als geschäftsführende Ärztekammer hat an den Ministerpräsidenten eine Petition gerichtet, in welcher gebeten wird, daß in Hinkunft alle ärztlichen Stellen, welche im Staatsdienste vergeben werden, ausschließlich im Wege der öffentlichen Ausschreibung zur Besetzung gelangen. Im Anschlusse an das Bittgesuch wird eine Reihe von Fällen angeführt, wo öffentliche ärztliche Stellen, auch solche, zu deren Erlangung besondere Qualifikationen, z. B. der Nachweis der bestandenen Physikatprüfung verlangt wurden, unter der Hand zur Besetzung gelangt sind.

(Die Anzeigepflicht des Arztes.) Der österreichische Kassationshof hat in seiner Sitzung vom 22. März d. J. entschieden, daß die Verpflichtung des Arztes, von den ihm bei Ausübung seines Berufes zur Kenntnis gelangenden Fällen von Krankheit, Verwundung, Geburt oder Tod, bei welchen der Verdacht eines Verbrechens oder Vergehens oder überhaupt einer durch Andere herbeigeführten gewaltsamen Verletzung eintritt (§ 359 St. G.), die Anzeige zu erstatten, eine den Arzt selbst betreffende ist, und daß es nicht genügt, die Erstattung der Anzeige dem Gutdünken eines Dritten, sei dieser auch der Verletzte, zu überlassen.

(Universitäts-Nachrichten.) Regierungs-Rat Professor Dr. KOSSEL ist als Nachfolger GAFFKYS zum ordentlichen Professor der Hygiene in Gießen ernannt worden. — Die Universität in Cambridge hat dem Physiologen KOSSEL in Heidelberg ihr Ehrendoktorat verliehen. — Der Extraordinarius für Dermatologie und Syphilis in Krakau Dr. LADISLAUS REISS ist zum ordentlichen Professor dieser Fächer ernannt worden. — Der Privatdozent für Zahnheilkunde in Krakau Dr. VINZENZ LIPKOWSKI hat den Professortitel erhalten.

(Personalien.) Bezirksarzt Dr. KARL SCHÖNAUER ist zum Oberbezirksarzt in Steiermark ernannt worden. — Oberstabsarzt a. D. Dr. VOIGTEL in Magdeburg und San.-Rat LANGE in Uetersen haben vor kurzem ihr 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt II. Kl. Dr. WILHELM STRZECZOWSKI ist in den Ruhestand versetzt, Stabsarzt Dr. ARTUR PERLSEE zum Sanitätsreferenten des Landwehr-Kommandos in Zara ernannt, Stabsarzt Dr. BERNHARD DUB zum Landwehr-Truppen-divisions-Kommando Josefstadt transferiert worden.

(Statistik der Gemeindeärzte Nieder-Österreichs.) Das „Österr. Ärztekammer-Blatt“ kündigt das Erscheinen einer im Verlage der Freien Organisation der Gemeindeärzte Nieder-Österreichs herausgegebenen statistischen Arbeit aus der Feder des Kollegen JANEČZEK mit warm empfehlenden Worten an.

(Führung einer Mortalitätsstatistik.) Das Ministerium des Innern fordert in einem Erlasse vom 23. August d. J. die politischen Landesbehörden zu einer genaueren Führung der vierteljährig vorzulegenden Nachweisungen über die Todesursachen auf. Die Amtsärzte sind zur genauesten gewissenhaften Eintragung der im einzelnen Falle zutreffenden Nummer des Mortalitätschemas in den Matrikenauszügen über Todesfälle strengstens zu verpflichten.

(Ein Kongreß für Assanierung und Hygiene) findet vom 15.—20. Oktober in Paris statt. Er verfolgt den Zweck, jene Anforderungen festzusetzen, denen vom Standpunkte der Gesundheitspflege bei Herstellung und Errichtung von Häusern entzogen werden muß, und Verbesserungen auf diesem Gebiete herbeizuführen.

(Der VI. internationale Physiologenkongreß) hat als Ort der nächsten Versammlung Heidelberg und zum Präsidenten Professor KOSSEL gewählt.

(Eine Akademie für praktische Medizin) soll, dem unlenkbaren Bedürfnisse entsprechend, nach dem Muster der in Cöln, Frankfurt und Düsseldorf bereits bestehenden Akademien in Hamburg gegründet werden.

(Eine Berufskrankheit der Zuckerfabrikarbeiter) beschreibt „Die Berufsgenossenschaft“. Die Affektion, „Zuckerkrätze“ genannt, besteht in einem eitrigen Ausschlag an Armen und Beinen. Bei Vernachlässigung können die Arbeiter längere Zeit arbeitsunfähig werden. Als wirksamstes Vorbeugungsmittel sind Bäder anzusehen. Da die Zuckerbodenarbeiter durch die fortwährende Berührung mit Zucker und Melasse am meisten der Zuckerkrätze ausgesetzt sind und überhaupt die Arbeiten des Zuckerbodens und an den Zentrifugen ein häufiges Waschen erforderlich machen, sind lauwarme Brausebäder zu empfehlen, die in nächster Nähe der Arbeitsstelle einzurichten sind, da sie andernfalls erfahrungsgemäß zu wenig in Gebrauch kommen. Zur Verhütung des Hautausschlages stellt übrigens eine Zuckerfabrik den Bodenarbeitern Strümpfe aus starker Leinwand mit Ledersohlen zur Verfügung, welche bis zum Knie reichen und verhüten, daß die nackten Beine mit dem Zucker in Berührung kommen. Diese Strümpfe sollen sich gut bewähren, sie müssen aber naturgemäß oft gereinigt werden.

(Statistik.) Vom 5. bis inklusive 11. September 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6678 Personen behandelt. Hiervon wurden 1441 entlassen, 163 sind gestorben (11,6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 46, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 5, Scharlach 18, Masern 13, Keuchhusten 19, Rotlauf 32, Wochenbettfieber 6, Röteln —, Mumps —, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —,

Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 542 Personen gestorben (— 21 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Baden bei Wien der Kurarzt Dr. JOSEF LIPPA; in Innsbruck der em. Professor der inneren Medizin an der Grazer Universität Dr. REMBOLD, 71 Jahre alt; in Schaffhausen der Arzt Dr. RAHM als Opfer der Berge; in Moskau der Professor der Pharmakologie V. S. BOGOLOWSKY; in Salzen der Direktor der St. Petersburger Augenhilfsanstalt Geheimrat Dr. JOHN Graf MAGAWLY, im Alter von 73 Jahren.

Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien, VI., Sandwirtgasse Nr. 3. An diesem Institute gelangt die Stelle eines Vorstandes einer chirurgischen Abteilung zur Besetzung. Bewerber wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis spätestens 5. Oktober 1904 bei der Direktion der Anstalt einreichen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- O. Vierordt, Die Säuglingsabteilung, Säuglingsambulanz und Milchküche der Luisenheilanstalt zu Heidelberg. Stuttgart 1904, E. H. Moritz.
- E. v. Leyden und F. Klemperer, Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhundert. Lieferung 114—130. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg.
- G. Klemperer, Die Behandlung der Nierensteinkrankheit. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das September-Oktober-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die Behandlung des Lupus vulgaris mittelst statischer Elektrizität“. Von Hoffat Dr. Suchier in Freiburg i. B.

Chemische Fabrik
Dr. Fritz
& Dr. Sachse

Alboferin

Wien
I., Nagler-
gasse 2f.

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

90,14% Eiweiss, 0,68% Eisen, 0,324% Phosphor.

Alboferinpulver, 50 Grm. K 2.60, Alboferin-Tabletten ohne Zusatz, 100 St. K 1.50, Alboferin-Chocolade-Tabletten, 100 St. K 1.80.

Alboferin wurde von Klinikern und Privatärzten mit vorzüglichem Erfolge angewendet bei: Anämie, Chlorose, Rachitis, Scrophulosis, Neurasthenie, Appetitionslosigkeit, 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 Ärzten stehen Literatur und Gratisproben zur Verfügung.

* Erhältlich in allen Apotheken und grösseren Drogerien. *

Cannigen

Prompt wirkend bei chronischer und akuter Enteritis, speziell auch der Kinder. Geschmackfrei, unschädlich, den Appetit nicht beeinträchtigend.

Dos.: 0,25—0,50—1,0 g 4—6mal tägl.



Veronal

Vorzügl. Hypnotikum u. Sedativum. Durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet. Frei von schädigenden Nebenwirkungen; geruchlos, fast ohne Geschmack. Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst z. n.

Somatose

Hervorragendes Roborans. Intensiv appetitanregendes Stomachikum, vortreffliches Laktagogum. In organischer Verbindung mit 2% Fe als Eisen-Somatose insbes. bei Chlorosis, Anämie, Rachitis, Neurasthenie.

Agurin

Bewährtes Diuretikum. 60% Theobromin, sonst keine differenten Bestandteile enthaltend. Gut bekömmlich; schon in verhältnismäßig geringen Gaben prompt wirkend.

Dos.: 1,0 g 3—4mal tägl. in Oblaten oder in Pfefferminzwasser.

Creosotal

Duotal

Aspirin

Crional

Heroinhydrochlor.

Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur Kritik und Methodik aseptischer Kautelen auf dem Gebiete der gynäkologischen Laparotomie. Von Geh. Med.-R. Professor Dr. Otto Küstner in Breslau. — Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen. Von Dr. H. SREBZEL in München. — Über den Zusammenhang von Scharfe und Zirkulation. Von Dr. G. GRODDECK in Baden-Baden. — Referate. TOBLER (Heidelberg): Über Pseudoaszites als Folgezustand chronischer Enteritis. — KURDNIOWSKI (Berlin): Physiologische und pharmakologische Versuche an der isolierten Gebärmutter. — W. A. DEMIDOW (Kars): Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder. — POWCZ (Paris): Über den tuberkulösen Ursprung des Malum coxae senile. — KURVIRT (Pilsen): Über Aiol als diagnostischen Behelf bei kariösen Ohrenentzündungen. — A. SCHANZ (Dresden): Zur Behandlung von Schultergelenksversteifungen. — MARCHOUX, SALIMBENI und SIMOND: La fièvre jaune, rapport de la mission française. — **Kleine Mitteilungen.** Die Verhütung empyematischer Skoliose. — Behandlung der durch Mantelgeschosse erzeugten Wunden mittelst Austrocknung. — Behandlung des Magengeschwürs. — Isarol in der gynäkologischen Praxis. — Therapie der Tuberkulose. — Bismutose bei Magendarmstörungen der Phthisiker. — Die chirurgische Behandlung der eitrigen Perikarditis. — Spezifikum bei Schnupfen. — Einfluß von Adrenalinlösungen auf das Peritoneum. — Das Bossische Verfahren zur Muttermundserweiterung. — Wirkung von Ätzmitteln auf das Endometrium. — Behandlung des Asthmas. — **Literarische Anzeigen.** Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Von Prof. Dr. EDUARD LANG. — Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. Von Dr. MAGNUS HIRSCHFELD. — Feuilleton. Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. (Orig.-Korresp.) — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau 18.—24. September 1904. (Original-Bericht.) I. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 Kritik und Methodik aseptischer Kautelen auf dem Gebiete der gynäkologischen Laparotomie.

Von Geh. Med.-R. Professor Dr. Otto Küstner in Breslau.*)

Von allen Verfahren, die Wunden vor Keimen, welche den Händen anhaften, zu schützen, ist die Bekleidung mit sterilen Kautschukhandschuhen die zuverlässigste. Diese Erkenntnis habe ich mir auf geburtshilflichem Gebiete schon lange zunutze gemacht, auf gynäkologischem erst später, seit dem Etatsjahr 1901/2. Einige Worte über das Detail.

Die Handschuhe werden in Dampf sterilisiert, nachdem die Hände mit Seife, Alkohol, Jodtinktur, Lysol desinfiziert sind.

Der Unterarm von Assistenten und Operateur wird mit einer sterilisierten Gummimanschette bekleidet. Das Anziehen geschieht trocken, während der Operation häufiges Anfeuchten der Handschuhe mit Lysollösung.

Niemals werden mit einer und derselben Gummibekleidung zwei Operationen gemacht. Für jede Operation neue Gummibekleidung, nachdem vorher Hände und Unterarm von neuem desinfiziert sind.

In analoger Weise werden die Bauchdecken der zu Operierenden mit sterilisiertem BILLROTH-Battist, in welchen ein Schlitz geschnitten und welchen man an die Bauchwunde,

ehe das Peritoneum eröffnet wird, annäht, bekleidet. Diese Bekleidung wird erst entfernt, nachdem die Operation beendet und das Peritoneum durch fortlaufende Naht geschlossen ist.

Die Funktion des Lautenschlägers wird durch STICHERSche Kontrolleure kontrolliert. Ist das nun eine Verbesserung? Die Frage ist berechtigt, denn viele Operateure wenden diese Kautelen noch nicht an; ferner ist Vergleichsmaterial schwer zu beschaffen. Einzelbeobachtungen geben Trugbilder; große Zahlenreihen leiden immer daran, daß sich Material und Indikationsstellungen im Laufe der Jahre ändern. Auch der Operateur ändert sich. Die Dexterität gewinnt. Man darf also, um zu einem Resultat zu kommen, nicht bloß Zahlen zählen, sondern muß ein Kommentar zu den Zahlen geben.

Von diesen drei Tabellen enthält I die Gesamtübersicht über alle Laparotomien vom Oktober 1893 bis 31. März 1904, Tabelle I links Gesamtübersicht, rechts die Todesfälle. Die Periode der beschriebenen Prophylaxe ist gekennzeichnet, ebenso die, wo die Operation mit nackter Hand aufhört und das Operieren mit Zwirnhandschuh-Mundbinde anfängt. Erstere dauert bis 1897/98, letztere bis 1901/2. Während nun die Gesamtzahlen der Laparotomien in den einzelnen Jahren ungefähr dieselben geblieben sind, entsprechen Schwankungen in Einzelem der Veränderung der Indikationsstellungen. Das bezieht sich auf die Adnexoperationen sensu strictiori, die Myomotomien, die Totalexstirpationen von oben und von unten. Die Ventrifixationen, die Probelaparotomien, die Sectiones caesareae bedürfen eines erläuternden Wortes, sofern die Ventrifixationen meist kombiniert waren mit scheidenverengenden Operationen, unter Probelaparotomien auch die Inzisionen bei Tuberkulose und Aszites inbegriffen, Sectiones caesareae öfter bei Eklampsie gemacht wurden.

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.

Wenden wir uns zu der wichtigsten Frage, den Todesfällen. Es stehen einander gegenüber 7·2%—7·2% oder 6·4%—8·0%—7·2%.

Betrachten wir die Tabelle über Todesursachen. Es interessieren uns Kolumne 1—6. Die erste Kolumne lautet Peritonitis, Sepsis, Shock. Zur Erläuterung muß ich auf meinen Vortrag auf der Münchener Versammlung verweisen. Damals trug ich das Resultat von Untersuchungen vor, durch die festgestellt war, daß viele Todesfälle, die unter dem Bilde Shock verlaufen, Sepsis sind. Das bewies ich durch das Verfahren, welches ich die bakteriologische Sektion nannte, ein Verfahren, welches schon 1896 sporadisch, später immer mehr und mehr und seit vielen Jahren prinzipiell in allen Fällen, wo man von ihm vorteilhafte Klärung erwarten darf, angewendet wird, d. h. die bakteriologisch einwandfreie Entnahme aus dem Peritoneum der eben erst Gestorbenen und die mikroskopische und kulturelle Untersuchung dieser Entnahmen. Vergleichen wir jetzt:

Vorgummiperiode:	Gummiperiode:
66 Septische auf 120 Tote (4%)	16 Septische auf 40 Tote (3%)
66/120, also über die Hälfte.	16/40, wenig über 1/2.

Sehen wir jetzt die einzelnen Fälle und die Indikationen, auf welche hier operiert wurde, an.

In der Vorgummiperiode befinden sich unter den Septischen 16 Uterusexstirpationen von oben und zwei Uterusrupturen, also Kranke, die bei der Operation schon septisch waren, oder ihre Keime mit auf den Operationstisch brachten. In der Gummiperiode 3 Uterusrupturen und 6 Uterusexstirpationen. Ziehen wir diese ab, so bleiben in der

Vorgummiperiode:	Gummiperiode:
48 Septische auf 120 Tote, über 1/2 = über 33%.	7 Septische auf 40 Tote, nicht 1/2 = 15%.

Noch günstiger wird das Verhältnis, wenn wir bedenken, daß in der Vorgummiperiode unter den Totalexstirpationen Myome sich befinden, wenn ferner bedacht wird, daß in der Gummiperiode eine Extrauteringravidität mit eitrigem Adnextumor und Streptokokken im Eiter, eine andere mit Darmverletzung vielleicht vor der Operation sich befand, wenn wir weiter die Adnexoperationen in der Gummiperiode näher betrachten. Die Adnexoperationen stellen ungeeignete Vergleichsobjekte dar, auch wenn man, wie ich dies tue, schon während der Operation den Eiter bakteriologisch untersuchen läßt.

Greifen wir aber die Myomotomien heraus; es sind überwiegend reine Operationen: In der Vorgummiperiode 13 septische, in der Gummiperiode keine einzige unter 89. Unter diesen 89 überhaupt nur 2 Todesfälle, einer an Myodegeneratio cordis, einer an Lungenembolie.

Noch illustrativer ist die Probelaparotomie. Alle Operateure wissen, daß darunter sehr gefährliche Operationen unterlaufen. In der Vorgummiperiode 19 Tote mit 6 Septischen; in der Gummiperiode 4 Tote, keine Keimwirkung.

Man kann in der Vergleichung und Konstruktion von Vergleichszahlen noch weiter gehen, doch das ist vielleicht einer späteren Arbeit vorbehalten. Nur so viel möchte ich noch sagen, daß auch die Morbidität sich nach Einführung unserer Prophylaxe bedeutend geändert hat. Und das ist ja von höchster Bedeutung. Machen wir doch eine große Zahl von Laparotomien bei das Leben nicht direkt bedrohenden Leiden! Wir müssen also danach streben, zum mindesten nach derartigen Operationen einen Status quo im Peritonealraume zu hinterlassen. Schon aus unbedeutenden Störungen in der Konvaleszenz, verspätetem Flatusabgang, beschleunigter Pulsfrequenz muß man schließen, daß dies nicht mehr der Fall ist, daß an manchen Stellen unliebsame Adhäsionen sich gebildet haben.

Ich gebe gern zu, daß Ähnliches wie mit der beschriebenen Prophylaxe auch zu erreichen ist, wenn man sich's, falls man mit nackter Hand operiert, zum Prinzip macht, möglichst wenig in das Peritoneum hinein zu greifen, womöglich nur mit Instrumenten zu operieren. Doch ist das Hineingreifen mit der

Hand selten ganz zu vermeiden; Chirurgie, das ist ihr Schicksal, ist Handarbeit; dieses Schicksal darf aber niemals zum Fatum werden. Ich gebe ferner zu, daß auch die von uns angewandte Prophylaxe immer noch nichts Ideales darstellt, noch Lücken aufweist.

Eines glaube ich aber auf Grund meiner über mehrere Dezennien reichenden Erfahrung sagen zu können: Ein großer Fortschritt auf dem Gebiete der antibakteriellen Prophylaxe in der gynäkologischen Abdominalchirurgie ist die definitive Ausschaltung der Hand- und Unterarm-Oberflächen der Operateure und Assistenten sowie der Bauchdeckenoberflächen der Operierten und deren funester Einwirkung auf die zu setzenden Wunden und auf die Oberfläche des geöffneten Peritoneums durch Überkleidung mit sterilisierbaren und sterilisierten dichten, nicht durchlässigen Gummiüberzügen. Dieser Fortschritt ist sicherlich der größte, welcher seit Einführung der Antisepsis gemacht worden ist.

Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen.

Von Dr. H. Strebel in München. *)

Nachdem ich mich seit dem Jahre 1899 mit der systematischen Untersuchung der verschiedenen Strahlenarten beschäftigt und der Reihe nach die therapeutischen Effekte des Eisenlichtes, Induktionsfunkenlichtes, der Funken des Extrastroms, der stillen Entladungen eines Hochspannungskondensators, des im luftleeren Raum auftretenden Glimmlichtes nachzuweisen Gelegenheit hatte, kam ich schließlich auch zur Untersuchung der Kathodenstrahlen. Ich sagte mir von vornherein, daß nach Maßgabe des allgemeinen physikalischen Gesetzes von dem Auftreten eines Energieverlustes bei Umwandlung einer Energie in eine andere auch von den Kathodenstrahlen möglicherweise eine stärkere Leistung zu erwarten sei, als von den Röntgenstrahlen, die ja ein Umwandlungsprodukt der Kathodenstrahlen darstellen. Da zudem durch LENARD bekannt ist, daß die aus einem Aluminiumfenster in den freien Raum austretenden Kathodenstrahlen ähnliche Wirkungen aufzuweisen haben, wie die Röntgenstrahlen und sogar wie die Radiumstrahlen, daß sie nämlich wie diese auch in die Tiefe der Körper dringen können, so sagte ich mir, daß dementsprechend auch als Folge der notwendigen Absorption der Kathodenstrahlen irgendwelche Veränderungen im lebenden Gewebe auftreten würden und — ich habe mich in dieser meiner Berechnung nicht getäuscht. Leider aber stießen die gewünschten Untersuchungen auf große Schwierigkeiten, indem die durch das Aufkitten eines Aluminiumfensters notwendigerweise gegebene unsichere Vakuumdichtigkeit den Anschluß des Kathodenrohres an eine Quecksilberluftpumpe notwendig machte.

Die von LENARD angegebenen Vorrichtungen gestatten wohl, kurze Untersuchungen im Laboratorium vorzunehmen, aber eine Verwertung solcher Röhren für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis war schlecht möglich. Das von Professor DES COUDRES angegebene Kathodenrohr ist zwar leichter zu handhaben, bedarf aber ebenfalls des ständigen Anschlusses an eine gut funktionierende Quecksilberluftpumpe und liefert zudem sehr kleine Energiebeträge.

Trotzdem aber machte ich meine ersten Versuche mit letzterem Rohr, das einen Dauerbetrieb wenigstens bis zu einem gewissen Grade zuließ. Herr Professor DONLE hatte die Güte, mich in die großen Schwierigkeiten des Kathodenrohrbetriebes einzuführen. Es zeigte sich, daß das kleine Rohr von DES COUDRES bis zu einer halben Stunde in ziemlich regelmäßiger Funktion erhalten werden konnte. Da uns aber

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Dermatologie der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.

die Energieausgabe nur höchst mäßig erschien, so gingen wir daran, einen neuen Rohrtypus zu schaffen; es gelang uns nach und nach in wirklich mühseligen Experimenten, die Fensterweite von 1 auf 4 mm zu vergrößern, statt des von LENARD und DES COUDRES verwendeten einmal geschlagenen Aluminiums (0.003 mm dick) konnten wir direkt dünnes Aluminiumblech in Verwendung ziehen, wodurch die Haltbarkeit ungemein stieg. Trotzdem gelang es uns, noch auf eine Entfernung von 60—80 cm ein deutliches Knochenbild der Hand am Leuchtschirm zu sehen. Da der Verdacht nahe lag, daß neben den eigentlichen Kathodenstrahlen auch Röntgenstrahlen vorhanden waren, stellte Herr Professor DONLE hierüber spezielle Untersuchungen an, die aber bis heute keinen Nachweis für die Richtigkeit dieses Verdachtes erbrachten. Möglich ist es ja aber immerhin, daß trotzdem Röntgenstrahlen in dem mächtigen Kathodenstrahlenbündel vorhanden sind, das ja nach LENARD und anderen verschiedene Qualitäten von Kathodenstrahlen enthält (Kathodenstrahlenspektrum). Dies ist jedoch eine Frage, die mehr den Physiker interessiert als den Arzt; für uns kommt nur in Betracht, daß das durch ein Aluminiumfenster erhältliche Kathodenstrahlengemisch eine ganz besonders kräftige Energie aufzuweisen hat, die nach den vergleichenden Untersuchungen mit jener der Röntgen- und selbst der Radiumstrahlen in Konkurrenz zu treten geeignet ist, wenn sie dieselben nicht gar übertrifft. Es gelang uns schließlich, sogar ein von der Quecksilberluftpumpe unabhängiges luftdichtes Rohr zu konstruieren, doch ist die Lebensdauer desselben noch eine sehr kurze, so daß sich auch dieses Rohr für die Praxis schlecht eignet. Wir hoffen jedoch sicher, bald in der Lage zu sein, ein brauchbares Rohr liefern zu können.

Die Kathodenstrahlen erzeugen durch ihre Absorption in der Haut einen Effekt, ähnlich wie er von Röntgenstrahlen und Radium hervorgebracht wird, und es steht durch die Untersuchungen bereits fest, daß sich diesbezüglich auch die Kathodenstrahlen nach dem von KIENBÖCK und HOLZKNECHT für Röntgenstrahlen und Radium aufgestellten Gesetz richten, wonach die Wirkung in der Tat abhängig ist von der Größe der absorbierten Energie. Ebenso verhalten sich die durch Kathodenstrahlen erzeugten Hauterscheinungen bezüglich der Latenz wie die anderen Strahlen, indem die Entzündung desto früher auftritt, je länger die Expositionszeit und je größer der Energieaufwand war.

Wenn man die Härtegrade des Röntgenrohres als Vergleichsmittel benutzt, so hat man bei den Kathodenstrahlen eine ungemein weiche Strahlungsform mit intensiver Schwarzfärbung des Knochengestübes der Hand vor sich, das Fleisch selbst erscheint ebenfalls auf dem Leuchtschirm tief dunkel, doch kann man die Knochen der Hand bei starker Energieausgabe noch deutlich erkennen, selbst auf große Distanzen. Legt man den Leuchtschirm an das kleine Aluminiumfenster an, so hat man eine entsprechende, gleich große intensiv leuchtende Fläche vor sich, die bei größeren Röhren und bei größerem Energieaufwand viel heller leuchtet als das in meinem Besitz befindliche Radium, dessen Wertigkeit $1\frac{1}{2}$ Millionen Uraneinheiten beträgt. Die Kathodenstrahlen verhalten sich in der Luft bereits wie Lichtstrahlen in trüben Medien, so daß sie also gleich nach dem Austritt aus dem Fenster stark zerstreut werden. Das Bild des Fensters wird daher schon in einer Entfernung von 1 cm auf dem Leuchtschirm ganz verwaschen und es zeigt sich eine Verbreiterung der Leuchtwirkung auf den Bereich des ganzen Schirmes. Läßt man Leuchtgas gegen das Fenster strömen, so vergrößert sich die Dispersionskraft der Strahlen noch mehr (DES COUDRES). Diese große Dispersionskraft der Strahlen hat für die Therapie besondere Bedeutung, indem man dadurch imstande ist, größere Bestrahlungsfelder zu bekommen als bei Verwendung von Radium, indem man das Bestrahlungsobjekt in der Entfernung von einigen Zentimetern vom Fenster etabliert. Man hat dann nur eine entsprechend längere

Expositionszeit zu wählen als bei einfachem Andrücken des Belichtungsobjektes an das Fenster, um den gewünschten Entzündungseffekt zu erhalten. Diese große Dispersionsfähigkeit der Kathodenstrahlen bildet auch einen besonderen Vorteil gegenüber den Röntgenstrahlen. Will man diese in Körperhöhlen einleiten, so bekommt man nur diejenigen Strahlen, welche geradlinig durch das Einleitungsrohr respektive dessen engsten Querschnitt durchgeleitet werden auf das Bestrahlungsobjekt. Nun aber läßt sich das Kathodenrohr so konstruieren, daß es z. B. in Rektum oder Vagina eingeführt werden kann; vermöge der Dispersion der Strahlen kann daher auf einmal die seitliche Bestrahlung der Vaginalwände sowohl wie die des vorliegenden Uterusgebietes vorgenommen werden. Von Interesse wird es sein, zu wissen, daß man durch Vorhalten eines kräftigen Magneten die Kathodenstrahlen beliebig ablenken kann, so daß auch reine Seitenbestrahlungen vorgenommen werden können, wozu allerdings ein besonderes Rohr notwendig wird, bei welchem das Aluminiumfenster seitlich angebracht ist. Die auf der Haut erzeugbaren Reaktionen weisen die verschiedenen Grade auf, wie sie auch bei Röntgen- und Radiumbestrahlungen auftreten vom einfachen Erythem angefangen, das spurlos nach einer Reihe von Tagen wieder verschwinden kann, bis zur Epidermisabstoßung mit Blasenbildung (zentral wie bei Radium) und bis zum lange andauernden Ulkus. Während aber Radiumbestrahlung stärkeren Grades leicht zur Ausbildung von Teleangiektasien führt, habe ich bis jetzt dies bei anscheinend gleichwertiger Kathodenstrahlenexposition nicht gesehen.

Bezüglich der epilierenden Wirkung der Kathodenstrahlen habe ich gar keine speziellen Untersuchungen angestellt, jedoch machte ich gelegentlich der zu besonderen Zwecken hervergerufenen Reaktionen stärkeren Grades die Beobachtung, daß die im Bereich der Dermatitis gelegenen Haare ausfielen und nicht mehr nachwuchsen.

Was die therapeutische Verwendbarkeit anlangt, so scheint es, daß die Kathodenstrahlen in ihrer Wirkung den Radiumstrahlen näher stehen als die Röntgenstrahlen. Ich habe meine therapeutischen Versuche der Schwierigkeit der Applikation wegen bis jetzt auf zwei Fälle von Kankroid- und verschiedene Lupusherde beschränkt. Es genügte jeweils eine Bestrahlung von 8 bis 10 Minuten, um mäßige Reaktion und im Anschluß daran Resorption der Infiltrationen herbeizuführen, ganz ähnlich wie dies nach dem Vorgehen von HOLZKNECHT mit weichem Röntgenrohr erreicht wird.

Da es durch die Untersuchungen von GOLDSTEIN bekannt ist, daß die Kathodenstrahlen eine Farbveränderung in verschiedenen Salzen hervorrufen (worauf ja bekanntlich HOLZKNECHT die Konstruktion seines Chromradiometers aufgebaut hat), so wird sich auch bezüglich der Dosierung der Kathodenstrahlen das HOLZKNECHTSche Verfahren eignen, d. h. eventuell in passender Weise abändern lassen.

Der durch die Kathodenstrahlenverwendung gegebene Vorteil scheint mir hauptsächlich darin zu liegen, daß dieselben als Ersatz für das schwer erhältliche hochwertige Radium verwendet werden können.

Photokaustik.

Vor einem Jahre habe ich ein neues Verfahren der Kaustik veröffentlicht, welches darin besteht, daß man die mittelst eines kleinen Hohlspiegels gesammelten Wärmestrahlen des elektrischen Voltabogens konzentriert auf die Haut fallen läßt. Diese Photokaustik, welche sich der Lichtwärmestrahlen, also der langwelligen Strahlen des Spektrums bedient, hat vor den anderen üblichen Kauterisationsverfahren manches voraus. Das Glüheisen, der Thermokauter, der Galvanokauter verlöschen, sobald man sie auf lebendes Gewebe, besonders aber fließendes Blut aufdrückt, sofort, und hat man länger dauernde Operationen durchzuführen, resp. große Gewebspartien zu behandeln, so ist dieser Umstand unangenehm, er führt zu un-

erwünschten Blut- und Zeitverlusten, Verlängerung der Narkosendauer usw. Abgesehen davon aber, kann durch Versuche nachgewiesen werden, daß die Tiefenwirkung selbst des weißglühenden Eisens eine ganz unbedeutende ist, weil sich sofort ein verkohlter Schorf bildet, welcher die Weiterleitung der Hitze ganz unglaublich aufhält, also eine ausgiebige Tiefenwirkung nicht zustande kommen läßt. Daher kommt es auch, daß z. B. bei Lupus und Kankroid die Rezidive nach Kauterisationen an der Tagesordnung sind. Der Fehler liegt eben darin, daß bei den genannten Brandmethoden die Hitzequelle in die Brennkörper selbst verlegt ist und daß durch die ganz ungeahnte starke Abkühlungswirkung des strömenden Blutes blitzschnell die Temperaturherabsetzung der Glühkörper erfolgt. Beim Heißluftverfahren nach HOLLÄNDER ist die Hitzequelle dieser Gefahr nicht ausgesetzt, weil sie als solche selbst in direktem Kontakt mit dem lebenden Gewebe kommt. Trotzdem aber sind auch beim HOLLÄNDERSCHEN Verfahren die Rezidive bei Lupus sehr häufig. Die Arbeit von SPITZER aus der LANGSchen Klinik in Wien gibt uns für diese Tatsache ausgezeichnete Illustrationen. Die von mir eingeführte Elektrophotokaustik liefert nun noch bedeutend höhere Temperaturen als das Heißluftverfahren und bietet allen anderen Brandmethoden gegenüber augenfällige Vorteile, wenigstens was die Behandlung von Lupus, Kankroid und verschiedene andere Hautaffektionen anlangt. Wenn man mit offenem Lichtkegel arbeitet, ist man imstande, große Lupusflächen in einer Sitzung so zu verschorfen, daß Rezidiv nicht mehr eintritt, und zwar ist dabei die Narbenbildung vom kosmetischen Standpunkt aus ziemlich einwandfrei zu nennen. Ich verwende deshalb die Photokaustik als ausgezeichnetes Ergänzungsmittel der Lupusbehandlung nach FINSEN und war so in der Lage, eine solche ganz bedeutend abzukürzen. Ich mache darauf aufmerksam, daß man den kosmetischen Effekt noch verbessern kann, wenn man bei großen in der Narkose vorgenommenen Flächenkauterisationen den Rand der photokaustisch behandelten Partien, speziell aber auch die etwa vorhandenen Verbrennungen ersten und zweiten Grades — der dritte Grad wird angestrebt! — noch mit dem galvanokaustischen Flachbrenner umgrenzt und bestreicht. Die Tiefenwirkung desselben ist nämlich eine ganz geringe und man erhält so schöne Narbenübergänge in das gesunde Gewebe hinein ohne auffallende Vertiefungen. Weiterhin hat dieses Verfahren den Vorteil, daß durch die Verbrennungen dritten Grades die Hautnerven zerstört werden und daß infolgedessen der Patient ohne jeden Nachschmerz aus der Operation erwacht.

Ich mache darauf aufmerksam, daß man die Photokaustik auch ohne Narkose in der Sprechstunde verwenden kann unter Benutzung eines von mir erfundenen Kühlkompressoriums, das an die Wasserleitung angeschlossen wird. Das Kompressorium enthält in der Mitte eine kleine Öffnung, in welche die zu kauterisierende Hautpartie, z. B. ein kleiner Lupusherd eingestellt wird. Die durch das fließende Wasser in dem Kompressorium hervorgerufene Abkühlung ist genügend stark, daß die sonst lebhaften Schmerzen bei Photokaustik so stark abgedämpft werden, daß selbst Kinder das Verfahren ohne Tränen ertragen haben.

Von besonderem Interesse wird es sein zu vernehmen, daß ich die Photokaustik in drei Fällen von schwerem Röntgenulkus in Verwendung gezogen habe. Nachdem alle Versuche zur Erzielung einer Abheilung dieser vergebens gewesen waren, beschloß ich die „Röntgenverbrennung“ in eine wirkliche Verbrennung zu verwandeln, was ich mit Hilfe meiner Photokaustiklampe in ausgezeichnete Weise sehr rasch durchführen konnte. Ich hatte die Genugtuung zu sehen, daß die hartnäckigen Ulzera nach Ablauf der Kombustionswirkungen längstens innerhalb 4—5 Wochen vollständig und gut überhäutet waren (die Kaustik erzeugte oberflächliche Verbrennungen dritten Grades), nachdem dieselben ein Jahr und länger jeder anderen Behandlung getrotzt hatten. Die vorher

bestandenen heftigen Schmerzen der Röntgenulzera waren sofort nach der Operation verschwunden. Auch hier habe ich die Umgrenzung und Überstreichung der Brandflächen ersten und zweiten Grades mit dem galvanokaustischen Flachbrenner vorgenommen.

Wird die Lampe mit aufgesetztem Blendenkegel verwendet, so erhält man eine haarscharf kauterisierte Stelle, entsprechend der Durchtrittsöffnung des Blendenkegels. Verwendet man das Kühlkompressorium, das mit verschiedenen großen zentralen Öffnungen hergestellt wird, so erhält man Brandeffekte ersten bis dritten Grades, ebenfalls mit haarscharfer Abgrenzung wie ausgestanzt gegen das gesunde Gewebe hin.

Auf Grund meiner Erfahrungen in einer reichlichen Anzahl von Lupus- und Kankroidfällen glaube ich mich berechtigt, die Photokaustik speziell für die Zwecke des Dermatologen empfehlen zu können.

Glimmlichtbehandlung der Gonorrhöe.

Ich habe zuerst den Versuch gemacht, die chronischen Formen der Gonorrhöe in der Weise zu behandeln, daß in der Urethra als Ersatz für rein medikamentöse chemische Ätzungen eine mit Hilfe von Ultraviolettstrahlen erzeugbare photochemische Ätzung vorgenommen wird. Das zu diesem Zweck erforderliche Instrument besteht im wesentlichen aus einem 5—7 mm dicken Rohr aus Bergkristall, in welchem zwei Aluminiumdrähte derart eingebaut sind, daß nach Evakuierung des Rohres das sogenannte elektrische Glimmlicht in der ganzen Länge des Rohres aufleuchtet. Die Stärke dieses Leuchtens hängt ganz von der Größe des verwendeten Funkeninduktors, sowie von der Stromstärke ab. Das im Vakuum erzeugte Glimmlicht ist eine ansehnliche Quelle für Ultraviolettstrahlen. Daß dem so ist, erkennt man daraus, daß sofort nach dem ersten Aufleuchten des Rohres die ganze Umgebung desselben stark nach Ozon riecht, welches durch Ionisierung der Luft durch die Ultraviolettstrahlen gebildet wird. Abgesehen nun von der bakterientötenden Wirksamkeit dieses Ultraviolett äußert es auf der Schleimhaut der Urethra seine von der Lichttherapie her bekannte photochemische Einwirkung, bestehend in der Erzeugung einer Lichtentzündung auf der Schleimhaut. Zu diesem Zwecke wird der Glimmlichtbestrahlter tunlichst tief in die Urethra eingeschoben und bleibt nun unter Strom 30—60 Minuten liegen, was ohne jede Empfindung für den Patienten vor sich geht. Sechs Stunden etwa nach einer solchen Behandlung zeigen sich die ersten Spuren der Lichtentzündung, die sich im Verlauf von 24 bis 36 Stunden zu ihrer Höhe steigern. Es zeigt sich Schwellung, Rötung, Sekretion, Schmerzhaftigkeit beim Durchtreten des Harns. Übrigens differieren die verschiedenen Individuen besonders bezüglich des Auftretens der Sekretion. Ich habe Fälle gesehen mit sehr starker Sekretion, andere wieder mit nur höchst mäßiger Sekretion. Die Entzündung bildet sich im Verlaufe einiger Tage zurück und wird dann je nach Bedarf öfters wiederholt. Dieses öftere Wiederholen solcher Lichtätzungen hat den Erfolg, daß in ihrem Bereich gelegene entzündliche chronische Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut zur Resorption gelangen, was eventuell aus dem endoskopischen Bilde vor und nach einer solchen Lichtentzündung zu ersehen ist. Es ist mir so vielfach gelungen, im Bereiche des Lichtes gelegene Prozesse vollständig abzuheilen. Voraussetzung ist dabei noch, daß es sich nicht um allzu tief gelegene Infiltrationen handelt, weil die Tiefenwirkung des reinen Ultraviolett eine beschränkte ist. Leider läßt sich der Glimmlichtbestrahlter bis heute nur in gerader Form herstellen, so daß man nur schwer in die hintere Urethra gelangen kann. Diejenigen Prozesse aber, welche in der mittleren und vorderen Urethra liegen, lassen sich mit gutem Erfolg in vielen Fällen zum Schwinden bringen. Von etwa anzunehmenden Dilatationseffekten kann gar keine Rede sein, weil die Durchmesser der Bestrahlungsinstrumente stets so klein gewählt

werden, daß eine Dehnung der Schleimhaut ausgeschlossen ist. Für akute Gonorrhöe habe ich das Verfahren nicht mehr angewendet, nachdem ich gesehen habe, daß sich nach der ersten Behandlung schon äußerst heftige schmerzhaft Entzündungen eingestellt haben, jedenfalls muß erst das eitrige akut entzündliche Stadium abgewartet werden, bis man die Lichtbehandlung vornehmen kann. Ich habe versucht, die Wirkung des Glimmlichtes zu steigern, indem ich Sensibilisierung nach DREIER vornahm, ich habe aber von einer besonderen Verbesserung der Wirkung nichts merken können. Allerdings wurde die Erythrosinlösung nur einfach in die Urethra eingespritzt und einige Zeit in Kontakt mit derselben gelassen.

Auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen kann ich behaupten, daß die in der Urethra erzeugte Lichtentzündung ein ideales Mittel darstellt, um Ätzungen vorzunehmen, Hyperämien zu erzeugen, welchen therapeutischen Gesichtspunkten man ja auch durch andere chemische und physikalische Mittel gerecht zu werden sucht. Durch photochemische Effekte aber kann man alle Stadien der Entzündung vom einfachen Erythem bis zur starken Hyperämie mit Blasenbildung, Abstoßung des Epithels, Sekretion, bis zum tiefgehenden Ulkus hervorrufen, und zwar mit der sicheren Garantie, daß nach Ablauf des künstlich erzeugten Prozesses vollständige Epithelialisierung eintritt ohne Gefahr einer Striktur, wie dies bei stärker wirkenden Ätzmitteln zu befürchten ist.

Von Interesse wird noch sein zu wissen, daß die erste Lichtreaktion die stärkste ist und daß man bei späteren Reaktionen länger bestrahlen muß, weil eine gewisse Gewöhnung an den Lichtreiz einzutreten scheint.

Über den Zusammenhang von Sehschärfe und Zirkulation.

Von **Dr. G. Groddeck** in Baden-Baden.

Bei der Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit, welche die Diagnose und Therapie immer mehr spezialistisch und örtlich zu begrenzen sucht, fällt der Gebrauch auf, Augenkranken heiße Fußbäder zu geben. Der Gedanke, durch allgemeine Maßregeln Wirkungen auf lokale Leiden zu erzielen, spricht sich hier deutlich aus. Er verdient mehr in den Vordergrund geschoben zu werden. Wenn ein so kleines Organ, wie das Auge, das durch Struktur, Lage, Zirkulation und Ernährung verhältnismäßig selbständig ist, durch einen Eingriff an entlegenen Punkten des Körpers verändert werden kann, so gilt dasselbe auch für Organe, die im Mittelpunkt des Lebens stehen. Hier ist ein Ausgangspunkt für eine allgemeine Therapie.

Das Wechselverhältnis zwischen Auge und Körper beruht in erster Linie auf Veränderungen des Flüssigkeitsstroms. Der Beweis läßt sich leicht führen. Durch kräftige Schleuderbewegungen des Oberkörpers nach unten tritt die Zirkulation des Kopfes plötzlich in andere Bahnen. Der Einfluß auf das Auge ist unter Umständen überraschend. Die Sehschärfe steigt häufig in wenigen Augenblicken um $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{6}$. Allerdings geht der Effekt rasch verloren. Aber der Gedanke liegt nahe, ihn durch die Behandlung dauernd zu machen.

Die Mittel zur bleibenden Änderung des Säftestroms und damit der Ernährung und des Lebens verschlingen sich vielfach und lassen alle denkbaren Kombinationen ärztlicher Eingriffe zu. Im großen und ganzen treten aber drei Richtungen deutlich hervor.

Die eine Richtung strebt danach, die Körperflüssigkeit immer von neuem hier oder dorthin zu ziehen. Dabei tritt die lokale Verwendung von Hitze und Kälte in ihr Recht, unter anderem auch die von Fußbädern, weiterhin von den leider so wenig gebrauchten Arm-, Sitz- und Kopfbädern. Gymnastik und Massage der Gliedmaßen, vor allem des Kopfes, häufiger Wechsel zwischen horizontaler und vertikaler Stellung, Tieflagern des Kopfes und Hochlagern der Glieder oder des

Rumpfes, abwechselnde Tätigkeit und Ruhe der Augen, tiefe Atmung spielen neben vielen anderen eine wichtige Rolle.

Der zweite Weg führt durch Beseitigen der Widerstände in der Zirkulation zu dem gleichen Resultat. Zwei Stellen des Körpers bieten hier die größten Hindernisse, der Hals und der Leib. Daß Hemmungen in der Halsgegend leicht zu schweren Erscheinungen im Schädel führen, ist ein alter Erfahrungssatz. Er findet in dem Worte „apoplektischer Habitus“ seinen Ausdruck. Ehe es jedoch zum Schlaganfall kommt, müssen schon weitgehende Veränderungen in Füllung und Bau der Gefäße vor sich gegangen sein und wie wichtig das speziell für die Beurteilung der Sehstörungen ist, wissen leider nur wenige. Bei der geringen Ausdehnung des Halses drängt sich die ganze Flüssigkeitsmasse auf einen engen Raum zusammen, der noch dazu weich und nachgiebig ist. Ein großer Teil der Blut- und Lymphgefäße liegt oberflächlich und kann durch leichten Druck außer Gebrauch gesetzt oder doch wenigstens in seiner Funktion beschränkt werden. Die Folgen sind den Gesichtern in den ausgedehnten Gefäßen der Wangenhaut aufgeprägt. Bei weitergehenden Störungen gilt es, den Kreislauf freier zu machen. Vor allem müssen die engen und hohen Krägen entfernt werden. Das überhängende Kinn älterer Frauen und Offiziere redet deutlich von der Einengung und Versumpfung des Stromes. Wichtiger noch als dieser äußere Damm sind anatomische Hindernisse. Vergrößerungen der Schilddrüse fehlen speziell bei Frauen selten. Am Nacken findet sich bei fast allen Erwachsenen, selbst bei Mageren, ein schwartiges Polster, das mit Blut und Gewebsflüssigkeit vollgesogen ist. Beide Erscheinungen fordern energisches Eingreifen. Das saftreiche Gewebe des Kropfes und des Nackens läßt sich wie ein Schwamm ausdrücken und nach und nach verschwinden die Massen gleichsam unter unseren Händen.

Bedeutungsvoller noch, aber auch komplizierter liegen die Verhältnisse am Bauche. Sehr scharf spricht sich der Einfluß der Bauchzirkulation auf Kopf und Auge in dem Klimakterium aus. Sehstörungen während der Wechseljahre stehen im engsten Zusammenhang mit der Schrumpfung saftreicher Organe im Unterleib. Durch gewissenhafte Regelung der Flüssigkeitsverteilung lassen sie sich oft erheblich verbessern.

Daß der äußere Druck am Leib, dem blutreichsten Teil des Körpers, Anlaß zu weitgehenden Säftestockungen werden kann, ist bekannt genug. Taillebänder, enge Beinkleider, Bruchbänder und Bandagen, vor allem das Korsett sollten beseitigt werden, sobald und solange der Verdacht unregelmäßiger Flüssigkeitsströmungen besteht. Hand in Hand damit müssen aber die inneren Widerstände verringert werden, die gerade im Leibe zahlreich sind. Man kann dabei von Geschwülsten und Narbenbildungen, die das einfache Bild komplizieren würden, absehen. Allerdings hat speziell vom Gesichtspunkt der Zirkulation die Frage eine hohe praktische Bedeutung, ob die Geschwulst oder die Operationsnarbe für den Körper schädlicher ist. Die Beobachtung des täglichen Lebens genügt, um die wichtigen Punkte herauszufinden. Die Belastung des Kreislaufs unterliegt häufigen Schwankungen je nach dem Inhalt des Leibes. Daß der Darminhalt eine Rückwirkung auf die Zirkulation ausübt, ist schon nach den Gesetzen des Druckes verständlich und man kann dabei von den unübersichtlichen Regeln des Flüssigkeitsaustausches, der Exosmose und Endosmose, absehen. Der Gärtner pumpt vergeblich Wasser, solange ein plumper Fuß den weichen Schlauch zusammenquetscht, und das Herz arbeitet schwer, wenn große Massen auf die Gefäße drücken. Bestehen im Leibe Stockungen, so soll der Inhalt verkleinert, seine Schwankungen ausgeglichen werden. Die Nahrung muß in kleinen, gleichmäßigen Mengen eingeführt werden, die Entleerungen müssen sich regeln. Gegenüber der Vorliebe für chemische Ernährungs-spielereien kann die Frage nach den mechanischen Vorgängen, nach der Größe der einzelnen Nahrungsmengen, nicht energisch genug betont werden. Sie ist für das ganze Gebiet der The-

rapie bedeutungsvoll. In gleichem Maße gilt das von den Verstopfungen. Die festen Rückstände pressen wie Steine das Gefäßsystem zusammen, die Fäulnisvorgänge treiben, ganz abgesehen von ihren giftigen Wirkungen, die Därme durch Gasbildung auf Kosten der freien Zirkulation zu ungeheuren Dimensionen auf. — So bieten sich zur Entlastung der Strömung von vornherein zwei Handhaben dar, Verkleinern der einzelnen Mahlzeiten und Sorge für regelmäßige Entleerungen. Vielfach reicht man aber damit nicht aus. Ehe das Auge in Mitleidenschaft gezogen wird, müssen in dem Bauch schon große Stockungen eingetreten sein, die sich in Hämorrhoiden, Anschoppungen und Vergrößerungen der Organe, Fettansatz in der Bauchhaut, vor allem in einer starken Umfangszunahme des Leibes aussprechen. Mit der Regelung der Ein- und Ausfuhr lassen sich wohl schwierige Hindernisse aus dem Wege räumen; der Strom wird dadurch gewissermaßen ausgebaggert. Aber der Bauch liegt wie ein riesiger Schwamm mitten in dem Säftestrom und die lockere Struktur seiner Teile ermöglicht ihm, sich mit Flüssigkeit vollzusaugen, um so leichter, je leerer der Raum geworden ist. Hand in Hand mit der Verkleinerung des Inhalts muß also eine Verkleinerung des Raumes gehen. Aus dem Schwamm preßt man das Wasser mit den Händen, aus allen Poren dringt die Flüssigkeit hervor; der weiche Leib läßt sich ebenso zusammendrücken, am leichtesten, wenn man von außen beide Hände in die Tiefe stemmt, während ein starker Atemzug das Zwerchfell nach unten schiebt. Die überschüssigen Säfte fließen nach der Peripherie, der schwammige Bauch wird wasserärmer, die Glieder wasserreicher. Aber während der tote Schwamm immer wieder zur selben Größe anschwillt, so oft er Wasser trinkt, tritt im Bauch die lebendige Elastizität der Gewebe in Kraft. Fehlt die ausdehnende Gewalt des Inhalts und wird das angestaute Blut immer wieder von neuem herausgedrückt, so zieht der Leib sich zusammen. Der Raum verkleinert sich entsprechend dem geringeren Inhalt. Damit sinken die Widerstände für die Zirkulation. Es ist ein Entschlammungsprozeß. Der Körper in all seinen Gliedern muß von der besseren Verteilung der Säfte Nutzen ziehen.

Das Bild des Sumpfes läßt sich weiter verwerten. Hat man den stockenden Gewässern des Körpers durch die heißen Bäder, durch Lagerung etc. stärkeres Gefälle gegeben, hat man die Dämme und Hindernisse beseitigt, so muß als letztes das Kanalsystem verändert werden. Gruben und Rinnen müssen vertieft werden, um freien Abfluß zu schaffen. Der Arzt sucht Einfluß auf die Gefäße zu gewinnen. Ich sehe hier von den tausendfachen Mitteln ab, die uns zur momentanen oder dauernden Veränderung des Röhrensystems im Körper zu Gebote stehen. Aus dem reichen Schatz hebe ich nur eins hervor, die mechanische Bearbeitung der großen Nervenstämmen. Alle peripheren Nerven sind von Fasern des Sympathikus eng umflochten und ein Eingriff an ihnen kann nicht ohne Wirkung auf vasomotorische und trophische Vorgänge bleiben. Im wesentlichen handelt es sich dabei um Massage und Dehnung bestimmter Nervengruppen. Die Austrittsstellen der Gesichtsnerven sind in Angriff zu nehmen, die Geflechte des Halses, der Schultern, Hüften, des Leibes etc. Vor allem müssen durch Überstrecken und Überbeugen der Gelenke, durch Ziehen und Zerren bestimmter Haut- und Muskelpartien oder gewisser Nerven die einzelnen Gebiete gedehnt werden, Kopf, Rumpf und Gliedmaßen. Allerdings tritt der Erfolg nicht rasch ein. Immer von neuem müssen die Eingriffe in kurzen Zwischenräumen wiederholt werden, teils passiv durch den Arzt, teils aktiv durch den Kranken selbst. Die Technik ist jedem offenen Auge sofort begreiflich. Am eigenen Körper lernt man rasch die empfindlichen Druckpunkte und die Bewegungen kennen, die an den Nervenstämmen zerren. Fast bei allen erwachsenen Menschen sind gewisse Stellen des Nerven in der Umgebung eingeklebt, teils durch Verdickungen der Hüllen, teils durch Überfüllung der Gefäße, teils durch Überwuchern der einschließenden Gewebe. Selbst Verwach-

sungen gehören nicht zu den Seltenheiten. Diese Verhältnisse, die durch ihre allgemeine Verbreitung das Auffallende verloren haben, gewinnen für die Behandlung sofort eine hervorragende Bedeutung.

Auf diesen Wegen, die sich mannigfach kreuzen und mit einander parallel laufen und denen sich andere anreihen, läßt sich die Flüssigkeitsströmung und Verteilung im Körper verändern; daß Hand in Hand damit Umwälzungen in der Ernährung, dem Stoffwechsel, kurz, im Leben des Organismus und seiner Teile vor sich gehen, ließe sich nachweisen. Statt aber den wirren Verwicklungen der einzelnen Erscheinungen mühselig nachzuforschen, genügt es augenblicklich, die praktischen Erfolge hervorzuheben. Die Umgestaltung des Kreislaufes, weiterhin der Ernährung, des Stoffwechsels etc. findet ihren mathematischen Ausdruck in den Zahlenverhältnissen zwischen Körpergewicht und Körpermaßen, der Einfluß dieser allgemeinen Veränderung auf das einzelne Organ in der Bestimmung der Sehschärfe. Den wechselnden Proportionen zwischen Maß und Gewicht entspricht ein auffallender Wechsel der Sehfähigkeit. Das Auge steht in einer bestimmten Abhängigkeit von den Gewichts- und Umfangszahlen des Körpers und seiner Teile.

Sehr deutlich läßt sich das Verhältnis zwischen Sehschärfe und Zirkulationsstörungen an einem Beispiel von Nesselsucht entwickeln. Die Reizbarkeit der Gefäßwände gibt Anlaß zu großen Strömungsschwankungen, die unter Umständen schwere Erkrankungen vortäuschen. Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Kranken, der eines angeblichen Nierenleidens wegen seit Jahren behandelt worden ist. Tatsächlich finden sich bedeutende Eiweißmengen im Urin, sonst fehlt aber jeder Beweis für organische Veränderungen der Niere. Dagegen wird der Kranke bei dem geringsten Anlaß von schwerer Urtikaria geplagt. Sämtliche Nerven sind sehr druckempfindlich, die Dehnung der großen Stämme ist außerordentlich schmerzhaft. Die Sehschärfe beträgt, solange sie nicht durch Konkavgläser korrigiert wird, auf dem linken Auge $\frac{0.58}{5}$, auf dem rechten $\frac{0.75}{5}$. Die Zahlen von Gewicht und Maß sind: Körpergewicht 156 Pfd. 300, Respiationsweite 90–96 cm, Taillenumfang 87 cm, Leib 95 cm, Hüften 95 cm, obere Länge des Bauches (Schwertfortsatz-Nabel) 24 cm.

Am Rippenbogen finden sich zahlreiche Gefäßausdehnungen, in den Schläfengegenden kleine Angiome. Die unverhältnismäßig große Ausdehnung der oberen Bauchhälfte, hauptsächlich durch die Länge des Leibes charakterisiert, legte den Gedanken nahe, daß hier der Knotenpunkt aller Erscheinungen war. So starke Hindernisse der freien Strömung, verbunden mit auffallender Reizbarkeit der Gefäßnerven, könnten sehr wohl die Eiweißausscheidung und die Schwäche der Augen bedingen. Der Erfolg entsprach den Erwartungen. Nach 10tägiger Behandlung war die Gefäßirritabilität bedeutend herabgesetzt, der Urin eiweißfrei. Die Sehschärfe betrug links $\frac{1.75}{5}$, rechts $\frac{2.2}{5}$. Die Verhältniszahlen des Körpers waren: Gewicht 149 Pfd. 300, Respiration 89–97 cm, Taille 83 cm, Nabel 90 cm, Hüfte 92 cm, obere Bauchlänge 20 cm.

Der obere Teil des Leibes ist rapid zusammengesunken, seine Länge ca. 4 cm. Dem entspricht eine Zunahme der Sehschärfe fast um das Dreifache.

Sehr ähnlich gestalten sich die Verhältnisse in den klimakterischen Jahren. Eine Dame leidet seit dem Aufhören der Menstruation an fliegender Hitze mit profusem Schweißausbruch und fliegender Kälte mit Frostgefühl bis zum Zähneklappern. Die Kongestionen treten in etwa halbstündigen Pausen auf, stören den Schlaf und verbittern das Leben. Die Gefäße sind brüchig, bei der geringsten Berührung treten blaue Flecke auf. Parallel damit geht eine Herabsetzung der Sehschärfe, die Lesen und Schreiben fast unmöglich macht. Die Zehengelenke sind gichtisch erkrankt und teilweise sub-

luxiert, Seit 37 Jahren besteht Verstopfung. Die Zahlen sind: Gewicht 149 Pfd., Taillenumfang 72 cm, Nabelumfang 94 cm, Hüftumfang 104 cm, Sehschärfe links $\frac{0.37}{5}$, rechts $\frac{0.32}{5}$.

Neben der großen Reizbarkeit der Gefäße, die sich in den Kongestionen aussprach, lag hier das Hauptgewicht auf den Stauungen im Unterleib. Ausdehnung der unteren Bauchhälfte, Obstipation, Gicht der Zehengelenke mußten in innigem Zusammenhang stehen. Nach 2 Monaten ist das Gewicht auf 140 Pfd. gesunken. Die Maße betragen: Taille 69 cm, Nabel 74 cm, Hüften 87 cm.

Bei der kolossalen Abnahme des Unterleibs um 17—20 cm war eine völlige Veränderung des Körpers zu erwarten. Sie dokumentierte sich, abgesehen von dem Verschwinden der Verstopfung und der gichtischen Prozesse, in der besseren Funktion der Gefäße. Die Kongestionen haben aufgehört, die Wandungen sind widerstandsfähiger. Besteht ein Zusammenhang zwischen Kreislauf und Sehschärfe, so muß entsprechend dem Umschwung in der Strömung eine Besserung des Sehvermögens eingetreten sein. Sie ist über Erwarten groß. Die Sehschärfe beträgt jetzt auf beiden Augen $\frac{2}{5}$.

Ganz andere Zirkulationshindernisse haben bei einer in der Ernährung heruntergekommenen Kranken zu Sehstörungen geführt. Das Gewicht beträgt 84 Pfd., der Taillenumfang 54 cm, der Nabelumfang 60 cm, der Hüftumfang 76 cm. Der Brustkorb ist vollkommen zusammengeschnürt, die Rippenbogen übereinandergeschoben. Seit frühester Kindheit besteht Kurzsichtigkeit. Die Sehschärfe ist ohne Korrektur links $\frac{0.40}{5}$, rechts $\frac{0.50}{5}$, mit bestmöglicher Korrektur durch Konkavgläser beiderseits $\frac{1.8}{5}$. Nach 2 Monaten ist bei gleichbleibendem Gewicht von 84 Pfd., der Taillenumfang auf 62 cm, der Nabelumfang auf 63 cm gestiegen. Der Hüftumfang ist unverändert. Die Rippenbogen sind auseinandergewichen. Die Sehschärfe beträgt ohne Korrektur auf beiden Augen $\frac{1.2}{5}$, mit Korrektur $\frac{4}{5}$. Ich verkenne nicht, daß die Besserung der Gewebsbeschaffenheit bei dem überraschenden Resultat mitspricht. Wesentlich ist aber die Beseitigung der Strömungshindernisse, die günstigere Blutverteilung. Der Beweis liegt in der Ausdehnung der Taille beim Gleichbleiben des Gewichts. Später ist auch das Gewicht gestiegen, aber ohne jede Einwirkung auf die Sehschärfe.

Schlagend sind die Ergebnisse, wenn sich zu den Stauungen im Leib Strömungshindernisse am Halse gesellen. Ein Herr leidet seit 4 Jahren an Platzangst, die trotz aller Behandlung immer mehr und mehr zugenommen hat. Er ist nicht imstande, ohne heftige Angst Treppen zu steigen, kann selbst in Begleitung nur ganz kurze Strecken gehen, vermag seinen Beruf nicht mehr auszuüben. Am traurigsten ist, daß er nicht mehr schreiben kann. Er muß diktieren. Die Schenreflexe sind erhöht, die Pupillen eng und ungleich, die Gefäße außerordentlich reizbar. Bei der geringsten Anstrengung ist der Kranke in Schweiß gebadet. Das Gesicht ist aufgedunsen, am Nacken ein dickes Polster von blutreichen, straff gespannten Geweben. Der Leib ist in der Mitte zusammengezogen, im oberen Teil stark aufgetrieben, in der Haut der Herzgrube hat sich massenhaft Fett angesammelt. Zahlreiche Gefäßausdehnungen an den Rippenbogen, kleine Angiome am Nacken, den Schläfen, der Brust lassen auf weitgehende Blutstockungen schließen. Seine Verhältniszahlen sind: Gewicht 165 Pfd., Brustumfang 100—104 cm, Taillenumfang 94 cm, Leibumfang 88 cm, Hüftumfang 98 cm, obere Länge des Bauches (Schwertfortsatz bis Nabel) 22 cm, Halsumfang 42 cm. Dem entspricht eine Sehschärfe auf dem linken Auge von $\frac{0.8}{5}$, auf dem rechten von $\frac{1}{5}$. Nach 1½ Monaten ist ein

vollkommener Umschwung eingetreten. Die Angst ist verschwunden. Der Kranke kann stundenlang schreiben, Konzerte und Gesellschaften besuchen, mehrtägige Fußpartien ohne Begleitung unternehmen, seinen Beruf wieder ausüben. Die Körperverhältnisse sind auffallend verändert. Gewicht 156 Pfd., Brustweite 92—104 cm, Taillenumfang 84 cm, Hüftumfang 93 cm, obere Bauchlänge 17 cm, Halsumfang 36 cm. Bedeutung für die Beurteilung hat in erster Linie die Abnahme des Halses um 6 cm und die der Taille von 10 cm. Es ist ohne weiteres einleuchtend, welchen Einfluß dieser Wechsel auf den Gesamtkreislauf und vor allem auf den des Kopfes haben muß. Das spricht sich aus in der Zunahme der Sehschärfe. Sie beträgt jetzt beiderseits $\frac{3}{5}$.

Wie meist bei der Platzangst, spielten leichte Paresen der Augenmuskeln auch hier eine Rolle. Sie verschwanden im Lauf der Behandlung. Ähnliche Erscheinungen sind nicht selten. Ich möchte hier einen Herrn anführen, der jahrelang an einer Lähmung des rechten Okulomotorius litt. Nur bei ganz merkwürdiger Kopfhaltung, die nach und nach habituell geworden ist, gelingt es ihm, die störenden Doppelbilder zu vereinen. Die Sehschärfe hat stark gelitten, rechts ist sie $\frac{5}{13}$, links $\frac{5}{12}$. Das Leiden ist nach langer Behandlung für unheilbar erklärt worden. Auffällig sind bei dem Kranken kleine Angiome in der Umgebung des rechten Auges, große Empfindlichkeit der rechtsseitigen Gesichts- und Halsgeflechte, ein starker, kurzer Hals mit straffem Nackenpolster und eine unverhältnismäßige Länge des Oberbauches. Seine Zahlen sind: Gewicht 162 Pfd., Taillenumfang 94 cm, Länge des Oberbauches vom Schwertfortsatz bis zum Nabel gemessen 23 cm, Umfang des Halses 39 cm. Nach Verlauf von 3 Wochen ist die Lähmung geringer geworden, Doppelbilder erscheinen nur bei bestimmter Haltung der Augen, die Sehschärfe beträgt beiderseits $\frac{5}{9}$. Die Besserung erklärt sich aus der Betrachtung der allgemeinen Körperverhältnisse. Das Gewicht ist auf 154 Pfund gesunken, der Taillenumfang beträgt 86 cm, die obere Bauchlänge 18 cm, der Hals 35 cm. Nach einem Jahre habe ich den Kranken wiedergesehen. Die Doppelbilder sind vollkommen verschwunden, von der Lähmung sind nur noch Spuren vorhanden. Die Verhältniszahlen sind die gleichen wie bei der Entlassung aus meiner persönlichen Aufsicht. Die Sehschärfe des Kranken beträgt beiderseits $\frac{4}{5}$. Mit der Besserung der allgemeinen Zirkulation hat sich das lokale Leiden ausgeglichen.

Der Fall ist doppelt interessant. Ich habe nach und nach 3 Geschwister des Kranken behandelt. Ähnlichkeit der äußeren Gestalten, der Anlagen und der Charaktere waren auffallend. Auch ihre Erkrankungen hatten die gleiche Richtung genommen, wenn sie auch verschiedene Grade erreichten. Bei allen vier Geschwistern bestand eine Herabsetzung der Sehschärfe, für die ein Grund im Auge selbst nicht zu finden war. Der Gedanke an Vererbung lag nahe. Aber bei allen Vieren waren die Störungen durch Hindernisse im Kreislauf bedingt. Mit deren Beseitigung kehrte die volle Sehschärfe zurück. Das Augenleiden war nicht ererbt, sondern durch das Leben erworben. Das wirft ein eigentümliches Licht auf die Lehre von der Erbllichkeit. Wer seine Augen öffnet und unbefangen denkt, wird das Gebiet der Vererbung immer mehr einschränken. Für den praktischen Arzt ist der Begriff der Vererbung ohnehin unbrauchbar. Er sollte damit nicht rechnen. Was durch das Leben im Menschen gebildet worden ist, läßt sich behandeln. Was von den Vätern stammt, ist unveränderlich.

Leicht ließen sich die Beispiele vervielfältigen, die den Zusammenhang zwischen Sehschärfe und Zirkulation beweisen. Und was von dem Auge gilt, trifft für jeden Teil des Körpers zu. — Nur ein kleiner Bruchteil läßt sich an der Hand der

Kreislaufstörungen lösen. Der Gedanke, die Humoralpathologie wieder zu beleben, liegt mir fern. Aber ein Rest davon hat sich durch alle Stürme der letzten Jahrzehnte erhalten. Absolute Wahrheiten leben bloß in der Phantasie der Menschen. Die Wirklichkeit zeigt, daß alles wechselt und alles nur relativ richtig ist. Der Terrorismus, mit dem die Zellenlehre jahrzehntelang das Denken der Ärzte beherrschte, hat die ewigen Gesetze des Zusammenhangs aller Erscheinungen verdunkelt, aber nicht beseitigt. An diesen Gesetzen bildet sich ein umfassenderer Ideengang heran. Man erkennt, daß das Wort vom „Zellenstaat“ nur ein Wort ist. Der Mensch ist Mensch, und als ganzem Menschen soll ihm der Arzt gegenüber treten. Die rein menschliche, allgemeine Therapie, die jetzt von spezialistischer und lokaler Behandlung überwuchert und erstickt ist, muß wieder ihren Platz neben und über den bevorzugten Schwestern erobern.

Referate.

TOBLER (Heidelberg): **Über Pseudoaszites als Folgezustand chronischer Enteritis.**

Auf die gewonnenen klinischen und anatomischen Grundlagen läßt sich die Pathogenese dieser Formen von Pseudoaszites mit großer Wahrscheinlichkeit aufbauen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 3 u. 4).

Bei Kindern jenseits des Säuglingsalters kommt es durch chronische, rezidivierende Enteritiden zu der wohlbekannten Auftreibung des Leibes, die ihre klassische Form im rachitischen Trommelbauch findet. Auch bei älteren Patienten mag Rachitis den Zustand mit beeinflußt haben. Wir haben Ursache, die Überfütterung in einer Anzahl von Fällen als primäre Schädigung zu betrachten. In anderen Fällen ist wohl die beliebte Methode, jeden Durchfall von Anbeginn an durch Stopfmittel und große Massen von Mehl zu stillen, der Ausgangspunkt weiterer Schädlichkeiten gewesen. Nimmt hernach die Auftreibung des Bauches ab, so werden die Bauchdecken schlaff und es kann zur Ausbildung eines eigentlichen Hängebauches kommen. Die ihrer physiologischen Stütze beraubten Därme sinken, der Schwere folgend, abwärts und ziehen dabei ihr Mesenterium aus. Es ist wohl kein bloßer Zufall, daß alle von T. beobachteten kleinen Patienten beim Auftreten der Krankheit schon laufen konnten. Durch die aufrechte Stellung muß das Zustandekommen einer Senkung und die Entstehung des Hängebauches wesentlich gefördert werden. Überlastung des geschädigten Darmes mit unzumutbarer und vor allem zu massiger Kost muß den Circulus vitiosus schließen. In den gesenkten, atonischen Darmschlingen bleibt flüssiger Darminhalt in abnormer Masse liegen. So kommt es zu den beschriebenen Zuständen schwerer, rezidivierender Verdauungsstörungen, die den eigentümlichen physikalischen Befund des Pseudoaszites geben können und die gleichzeitig das Allgemeinbefinden so schwer schädigen, daß hierdurch der Verdacht auf Tuberkulose des Peritoneums nahegelegt wird.

BR.

KURDNIOWSKI (Berlin): **Physiologische und pharmakologische Versuche an der isolierten Gebärmutter.**

Die Zusammenziehungen der glattmuskeligen Gewebe werden im allgemeinen charakterisiert durch verhältnismäßig lange Latenzperioden und eine sehr unbedeutende Geschwindigkeit der Erregungsleitung, ferner durch ihren peristaltischen Charakter, eine bedeutende Langsamkeit und die fortwährende Neigung zur wellenförmigen Verbreitung weit über die Grenzen jenes Ortes, wo die Bewegung entstanden ist.

Die glattmuskeligen Gewebe besitzen zweifellos die Fähigkeit zu vollkommen selbständigen automatischen Zusammenziehungen, welche scheinbar ohne jeden äußeren Reiz entstehen. Diese Zusammenziehungen zeichnen sich durch Regelmäßigkeit, Rhythmik und ihren zweckentsprechenden Charakter aus. Auf der Kurve treten sie als regelmäßige Wellen hervor mit symmetrischem Verhalten eines jeden auf- und absteigenden Kurvenastes. Die automa-

tischen Zusammenziehungen wechseln gewöhnlich mit der Ruheperiode ab, wobei selbst in dem Wechsel der Arbeits- und Ruheperioden die bekannte Regelmäßigkeit ersichtlich ist. („Zentralbl. f. Physiol.“, 1904, Nr. 1.)

Das glattmuskelige Gewebe ist durchaus reaktionsfähig auf thermische, mechanische (und chemische) Reize; die Empfindlichkeit gegen elektrische Reize ist, wenigstens bei dem isolierten Organ, verhältnismäßig nicht groß. Der glatte Muskel ist besonders empfindlich für schnelle Temperaturschwankungen, von welcher Seite sie auch ausgehen mögen; auf diesem Wege ist es leicht, seinen Tetanus zu erhalten, der übrigens auch bei wiederholtem mechanischen Reiz eintritt. Die Kurven der durch künstliche Reize hervorgerufenen Zusammenziehungen sind durch ihren mehr oder weniger ausgesprochenen tetanischen Charakter gekennzeichnet.

Da der Uterus außerhalb des Körpers über zwei Tage reizbar bleibt, so kann wahrscheinlich die Uterusmuskulatur durch Reize auch direkt erregt werden. G.

W. A. DEMIDOW (Kars): **Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder.**

Verf. verwendet das Tannalbin seit 1899, und zwar hauptsächlich bei Diarrhöen der Kinder. In der ersten Zeit waren die Resultate, weil Verf. das Mittel in zu geringen Dosen anwendete, nicht besonders günstig; nachdem aber Verf. das Tannalbin in höheren Dosen anzuwenden begonnen hatte, haben sich die Resultate so günstig gestaltet, daß er das Tannalbin bei Kinderdiarrhöen auf das wärmste empfehlen zu müssen glaubt („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 18). Die Gesamtzahl der vom Verf. mit großen Tannalbindosen behandelten Fälle beträgt 43. Das Alter der Kinder schwankte von 4 Monaten bis 5 Jahren. Nach der Natur der Krankheit lassen sich die Fälle folgendermaßen einteilen: 19 Fälle von reiner Darmdyspepsie und gemischter Dyspepsie, 18 Fälle von akutem Katarrh des Dün- und Dickdarms und 6 Fälle von subakutem und chronischem Dün- und Dickdarmkatarrh. Die Behandlung wurde folgendermaßen geführt: In den Anfangsstadien wurde je nach der Individualität des Falles Kalomel, Rizinusöl-emulsion, Rheum oder irgend ein anderes Abführmittel verordnet. Dann wurde Tannalbin gegeben, und zwar Kindern in dem ersten Halbjahr 0.1—0.3, solchen im zweiten Halbjahr 0.35—0.4, und Kindern vom zweiten Lebensjahr 0.5—0.6; alle 1—2 Stunden bis zum Aufhören der Diarrhöe; sobald sich die Zahl der Entleerungen verringerte und die Fäzes kompakter wurden, wurde die tägliche Tannalbindosis bis auf 4—6mal, dann bis auf 2mal reduziert. In leichteren Fällen wurden die bezeichneten Dosen seltener gegeben. Das Tannalbin wurde entweder per os oder in einer Mischung mit Pulvis gummosus, Pulvis rad. Althaeae oder zusammen mit Pulvis Doweri, bzw. mit Kalomel in geringen Dosen gegeben. Selbstverständlich wurde zugleich die Diät entsprechend reguliert. Wenn bei akutem Dickdarmkatarrh häufiger Stuhl drang bestand, so wurde außer Tannalbin noch Opium in Form von Pulvis Doweri gegeben. Nach Ablauf von einigen Tagen wurden Klysmen von $\frac{1}{2}$ —1% iger Tanninlösung, von Argentum nitricum-Lösung 1 : 1000, bzw. von Stärke unter Zusatz von 0.5 Tannalbin appliziert. Falls es sich um Kinder im Alter von einem Jahre und darüber handelte, so wurde zu dieser Mischung auch Opium zugesetzt. Falls die Diarrhöe mit Erbrechen einherging, so wurde neben dem Tannalbin Acidum muriaticum dilutum, Cer. oxalicum, Menthol bzw. Kokain verordnet. In sämtlichen Fällen, mit Ausnahme vor denjenigen, in denen hochgradiger Kräfteverfall oder Erschöpfung bestand, wurden Wannenbäder von 27—28° verabreicht. Der günstige Einfluß dieser Medikation äußerte sich darin, daß die Unruhe verschwand, die Kinder nicht mehr aufschrien und ruhigen sowie gesunden Schlaf hatten. Jedenfalls war die Basis der Behandlung das Tannalbin in großen Dosen. Seine gesamten, an seinem ziemlich umfangreichen Material gemachten Erfahrungen faßt Verf. folgendermaßen zusammen:

1. Das Tannalbin ist ein vorzügliches Antidiarrhoikum bei gewöhnlichen Diarrhöen der Kinder (infolge von akutem und chronischem Darmkatarrh sowie von Dyspepsie). Bei Dysenterie und Cholera infantum ist das Tannalbin unwirksam.

2. Das Tannalbin gibt gute Resultate nur dann, wenn es in großen Dosen angewendet wird; geringe Dosen sind unwirksam.

3. Die Anwendung des Tannalbin bei Diarrhöen der Kinder schließt den Gebrauch aller übrigen Behandlungsmethoden, bzw. Medikamente, nicht aus.

4. Das Tannalbin ruft selbst in großen Dosen und bei langdauerndem Gebrauch (2—3 Wochen) auch nicht die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen hervor.

5. Dank seiner Geschmacklosigkeit ist das Tannalbin ein für die Kinderpraxis geeignetes Präparat; es wird in einer Mischung mit Gerstenschleim, Bouillon oder Milch angewendet. L—y.

PONCET (Paris): Über den tuberkulösen Ursprung des Malum coxae senile.

P. erinnert zunächst daran, daß in der letzten Zeit vielfach der Ursprung von chronischen Gelenkaffektionen in einer tuberkulösen Infektion gefunden worden ist („Gazette des hôpitaux“, 1903, Nr. 136). Es scheint nun, daß auch das Malum coxae, das bisher stets als eine chronische Arthritis deformans betrachtet wurde, zumindest in einer Reihe von Fällen tuberkulöser Natur sei.

Verf. berichtet über einen Fall, der ihm mit der Diagnose Tuberculosis pulmonum und morbus coxae senilis vorgestellt wurde. Die Untersuchung des rechten Hüftgelenkes der 76jähr. Patientin ergab freilich nur den für die obbezeichnete Gelenksaffektion eigentümlichen Befund; aber es zeigten sich so auffallende Beziehungen zwischen Besserungen und Verschlimmerung der Lungen- und Hüftgelenkerkrankung, daß P. an einen ursächlichen Zusammenhang glauben zu können meint. So trat z. B. nach einer Hämoptoe eine wesentliche Verschlimmerung der Gelenksaffektion ein. Auch zeigen Patienten mit Malum coxae senile, das auf tuberkulöse Ätiologie zurückführbar ist, ein höchst ungünstiges Verhalten gegenüber der sonst üblichen mobilisierenden Behandlung in Bädern wie Aix-les-Bains etc. In solchen Fällen ist, so wie bei anderen Gelenkerkrankungen bazillären Ursprungs, strenge auf Ruhestellung des affizierten Gelenkes zu achten. J. S.

KUTVIRT (Pilsen): Über Airol als diagnostischen Behelf bei kariösen Ohrenentzündungen.

Durch den Einfluß mancher Bakterien, die bei Mittelohrentzündungen vorkommen, schwärzt sich das Airol. In Gegenwart von Knochen produzieren Schwefelwasserstoff auch jene Bakterien, die es de norma nicht tun. Auf nichteiweißhaltigen Böden wurde Ähnliches nicht beobachtet. Sowie Airol verhält sich auch Dermatol, aber in geringerem Maße. Es ist dies keine Jod- oder Tanhinreaktion, denn Jodoform-, Jodkali- und Tanningaze werden von denselben Kulturen nicht schwarz gefärbt, sondern es ist eine Reaktion des Wismuts auf Schwefelwasserstoff („Časopis česk. lékařů“, 1904, Nr. 25).

Nach den 8jährigen Beobachtungen auf der Klinik des Professor KAUFMANN in Prag wurde immer nach dem Schwarzwerden der Airolgaze bei Mittelohrerkrankungen mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Ergriffensein des Knochens geschlossen, und wenn auch manchmal die Veränderungen sehr klein waren, so wurde diese Annahme durch den späteren Verlauf oder die Operation doch immer bestätigt. STOCK.

A. SCHANZ (Dresden): Zur Behandlung von Schultergelenksversteifungen.

Verf. beschreibt („Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie“, 1904, Bd. 2, H. 3) ein Verfahren zur Behandlung von Schultergelenksversteifungen, das bei einfachsten Hilfsmitteln eine wesentliche Verkürzung der Behandlungsdauer gewährleisten soll. Das Verfahren besteht darin, daß das steife Schultergelenk zunächst in Abduktionsstellung gebracht und von dieser Stellung aus die Mobilisationsbehandlung eingeleitet wird. Zu diesem Zwecke wird der Patient leicht narkotisiert und während der Narkose sein Arm unter Extension in der Längsrichtung langsam in Abduktion geführt, was zumeist ohne besondere Gewaltanwen-

dung durchführbar ist. Nun wird in die Achselhöhle ein dicker Polster aus Filz und Watte gebracht und daselbst mit Heftpflaster und Mullbinde befestigt. Patient bleibt ein paar Tage zu Bett und dann wird mit Bewegungen der Schulter begonnen. Wird die Beweglichkeit wieder freier, so wird das Polster abnehmbar gestaltet, damit die Schulter zur Massage frei wird. Durch ein solches Vorgehen soll die volle Exkursionsfähigkeit von versteiften Schultergelenken in relativ kürzerer Zeit erreicht werden können, als durch Anwendung von Massage und Gymnastik allein. Ein Nachteil dieser Behandlungsmethode besteht jedoch darin, daß dieselbe sich nicht in ambulanter Behandlung durchführen läßt. Sie eignet sich daher nur für die stationäre Behandlung von Unfallverletzten. GRÜNBAUM.

MARCHOUX, SALIMBENI und SIMOND: La fièvre jaune, rapport de la mission française.

Die französische Kommission zum Studium des gelben Fiebers am Senegal erstattet in der vorliegenden Arbeit („Annales de l'institut Pasteur“, Bd. 17, pag. 665) einen umfassenden Bericht, der in 30 Schlußsätzen gipfelt. Aus denselben sei hervorgehoben, daß das Serum der Kranken am 3. Krankheitstag virulent ist und daß dann $\frac{1}{10} \text{ cm}^3$ des virulenten Serums genügt, um bei subkutaner Injektion das gelbe Fieber zu erzeugen. Wird das Virus auf eine Exkoration der Haut übertragen, so bewirkt es eine Erhebung der Epidermis, ruft aber nicht die Krankheit hervor. Es kann gewisse Filter (CHAMBERLAND F) passieren, andere hingegen (CHAMBERLAND B) nicht; bei 24—30° aufbewahrt, wird es nach 48 Stunden unwirksam. Eine präventive Injektion eines Serums von einem Kranken, durch 5 Minuten auf 55° erwärmt, erzeugt eine relative Immunität, die, wenn sie vor der Einimpfung einer sehr geringen Menge des Virus erfolgt ist, komplett wird. Das Serum der Rekonvaleszenten besitzt schützende Eigenschaften; der durch dasselbe hervorgebrachte Schutz ist auch nach 26 Tagen nachweisbar. Das gelbe Fieber wird durch den Stich der Stegomyia fasciata hervorgerufen, wenn dieselbe das Blut eines an gelbem Fieber Erkrankten gesaugt hat, der sich in den ersten 3 Tagen der Erkrankung befindet. Doch ist diese Mücke frühestens 12 Tage, nachdem sie sich in der angegebenen Weise infiziert hat, gefährlich. Außer der genannten kommt keine andere Mückenart in der Gegend von Rio de Janeiro und Kuba für die Übertragung des gelben Fiebers in Betracht. Die Berührung mit dem Kranken, seinen Kleidern, Se- und Exkreten erzeugt die Krankheit nicht. Die Prophylaxe der Krankheit fällt mit den Maßregeln zusammen, die gesunde und erkrankte Menschen gegen die Stiche der Stegomyia fasciata schützen sollen. Weder in der Mücke noch im Blute der Kranken ist es bisher gelungen, den Erreger des gelben Fiebers aufzufinden, bzw. sichtbar zu machen. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die großen serösen und fibrinösen pleuralen Exsudate und lange eiternde Empyeme der Pleura geben oft Veranlassung zur Entstehung mehr oder weniger hochgradiger skoliotischer Deformitäten des Thorax und der Wirbelsäule. Die Verhütung empyematischer Skoliose erfolgt am besten durch rasche Ausheilung der ursächlichen Erkrankung (KÖLLIKER, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 17). Es ist daher bei großen pleuritischen Exsudaten und bei Exsudaten, die sich nicht rasch resorbieren, zeitig die Punktion auszuführen; sobald ein Empyem diagnostiziert ist, muß behufs rascher und sicherer Entleerung des Eiters die Rippenresektion in der hinteren Axillarlinie, und so tief als möglich gemacht werden. Die Behandlung der sich ausbildenden Skoliose muß sofort aufgenommen werden, denn gegen die ausgebildete Skoliose kann die Therapie nicht mehr viel leisten. Als therapeutische Maßnahmen kommen Gymnastik und das Tragen eines geeigneten Stützapparates in Betracht. Zur Gymnastik benutzt Verf. folgenden Apparat: An einem Bock ist eine GLISSONsche Schwebe angebracht, die Handhaben zur Selbstsuspension trägt. Diese Handhaben können beliebig verlängert und verkürzt werden. Die Handhabe für die erkrankte Thoraxseite ist so kurz gestellt, daß

sie nur mit erhobenem Arm gefaßt werden kann, die Handhabe für den Arm auf der konvexen Seite der Skoliose so tief, daß der Kranke nach unten greift, um sie zu erreichen. Will sich nun der Kranke suspendieren, so muß er den Arm der erkrankten Seite hochheben, dehnt somit die betreffende Thoraxseite aus, mit dem Arm der entgegengesetzten Seite drückt er nach unten und redressiert damit die Skoliose. Zur Verstärkung der Wirkung wird die Konvexität der Skoliose durch einen breiten elastischen Gurt gegen den entgegengesetzten vertikalen Arm des Bockes angezogen. Als Stützapparat verwendet Verf. ein modifiziertes HESSINGSches Korsett. An der Seitenstütze der konvexen Seite der Skoliose befindet sich ein breiter, elastischer Gurt, der durch einen Schlitz unter das Korsett geführt wird und der einen starken, zu regulierenden Druck auf die Konvexität der Skoliose ausübt. Durch einen zweiten Schlitz, unmittelbar hinter der Seitenstütze der konkaven Skoliosenseite, tritt der Gurt wieder an die Außenseite des Korsetts. Er wird an die betreffende Seitenstütze vermittelt eines Lederriemens, der mehrere Löcher trägt, geknüpft, so daß man den elastischen Gurt beliebig straff spannen kann. Die Schulter der erkrankten Thoraxseite wird durch eine Achselkrücke stark gehoben. Der Beckenbügel dieser Seite liegt dem Becken exakt an, die Seitenstütze steht jedoch vom Thorax ab, um der erkrankten Brustseite Spielraum zu ihrer Entwicklung zu gewähren.

— Die **Behandlung der durch Mantelgeschosse erzeugten Wunden mittelst Austrocknung** beschreibt BÖGEHOLD („Deutsche militärärztliche Zeitschr.“, 1904, 3). Die Erfahrungen der letzten Kriege haben gezeigt, daß die meist aseptischen, durch Mantelgeschosse erzeugten Wunden bei den gegebenen Verhältnissen am besten unter einem austrocknenden Verband heilen. Verf. schlägt auf Grund verschiedener Versuche ein austrocknendes Wundstrennmittel von folgender Zusammensetzung vor:

Rp. Xeroformii	10·0
Pulv. gum. arab.	
Ac. bor.	as. 1·0

Dieses Pulver bildet mit dem spärlich erzeugten Wundsekret einen festen Schorf, der auch beim Verschieben des Verbandes die Wunde vor Infektion schützt. Daß dem Xeroform eine sekretionsbeschränkende Wirkung in hohem Maße zukommt, hat schon NOGUERA aus dem spanisch-amerikanischen Kriege mitgeteilt, indem er noch besonders auf den hohen Wert des Xeroforms für die erste Hilfe auf dem Schlachtfelde hinwies. B. schlägt vor, obiges Streupulver dem Soldaten zusammen mit dem entsprechenden Verbandmaterial zum Anlegen von Verbänden gleich auf das Schlachtfeld mitzugeben und als ständigen Ausrüstungsgegenstand im Gewehrkolben unterzubringen.

— Die Frage der radikalen **Behandlung des Magengeschwürs** erörtert KROGIUS („Finsk. Läk. Handl.“, 1904, Nr. 5). Wenn es sich um operative Behandlung eines offenen, nicht stenosierenden Geschwürs handelt, muß die radikale Exzision vorgezogen werden, während die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik nur als Nothilfe betrachtet werden können. Auch bei den offenen stenosierenden Magengeschwüren muß die radikale Behandlung als die Idealmethode angesehen werden, während die palliativen Operationen nur von täuschender Wirkung sind. Bei profusen Blutungen ist operativer Eingriff besser als nichts tun, und bei wiederholten kleineren Blutungen ist eine radikale Operation auch in Erwägung zu ziehen. Verf. hat 13 Fälle mit radikaler Operation behandelt; von diesen starben 3, 48 Fälle hat er mit palliativer Operation behandelt, von welchen nicht weniger als 15 starben. Er beschreibt genau 6 von diesen letzten Fällen, in welchen die Patienten kurz nach der palliativen Operation an Blutungen oder Perforation gestorben sind.

— Über **Isarol in der gynäkologischen Praxis** berichtet GOLINER („Deutsche Medizinal-Zeitung“, 1904, Nr. 29). Isarol wird aus bestem Tiroler Schieferöl hergestellt. Es ist eine braunrote dickflüssige Lösung von eigentümlichem, brenzlichem Geruch, löst sich vollkommen klar in Wasser, unvollkommen in Weingeist und Äther; letzterer nimmt aus dem Isarol die löslichen Teile leichter und vollkommener auf, als aus dem Ichthyol. In getrocknetem Zustande enthält das Isarol 17—19% Schwefel, während getrocknetes Ichthyol nur 15·53% Schwefel enthält. Um den therapeutischen Wert

des Isarols zu prüfen, zog G. es in einer Anzahl Fälle der Frauenpraxis in Anwendung, und zwar in erster Linie bei Zervikal-katarrh, Erosionen der Portio und Parametritis chronica. Er sah immer gute Wirkungen. Gleiche Erfolge erzielte er bei einigen Kranken, die von pelveoperitonitischen Attacken geplagt wurden. Besonders bei chronisch entzündlichen Erkrankungen der Adnexa des Uterus kommt die schmerzstillende Wirkung des Isarolglyzerins sehr zu statten.

— In einem groß angelegten Vortrage vertritt MARAGLIANO („Berliner klin. Wochenschrift“, 1904, Nr. 21) seine durch experimentelle und klinische Erfahrungen gestützte Ansicht, daß eine spezifische **Therapie der Tuberkulose** möglich ist und der menschliche Organismus, wie gegen andere Infektionskrankheiten, so auch gegen Tuberkulose immunisiert werden kann. Er begründet diese Anschauung ausführlich, bespricht sodann die Gewinnung und die Eigenschaften des von ihm verwendeten Serums, das günstig auf den Allgemeinzustand und auf die lokale Erkrankung einwirkt, nicht bei jedem Tuberkulösen, aber fast immer bei dem im Anfangsstadium befindlichen. Die mitgeteilte Statistik der Erfolge stützt sich auf 2899 Fälle. Bei einigen derselben besteht die Heilung jetzt 7—9 Jahre. Man darf nur nicht von der Serumbehandlung zu viel und nicht viel mehr als von anderen Heilmitteln gegen Krankheiten verlangen. Im 2. Teile seiner Ausführungen bespricht Verf. eingehend das von ihm angegebene Verfahren der Immunisierung.

— Die Anwendung der **Bismutose bei Magendarmstörungen der Phthisiker** bespricht WEHMER („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 8). Als Indikation für Anwendung der Bismutose bei Phthisikern möchte er jene häufig sich wiederholenden Diarrhöen der Phthisiker in erster Linie ansehen, welche, nach Art wahrer Enteritis tuberculosa auftretend, nicht den direkt deletären Charakter der letzteren zeigen. Unter allen Umständen aber ist auch bei den hartnäckigsten Diarrhöen Bismutose, eventuell in Gestalt eines Nährklysters, zu versuchen. Das weiße, staubfeine Pulver wurde den Patienten ausgehändigt und ein- bis höchstens zweikaffelöfelweise bei den Mahlzeiten, in Schleimsuppe verrührt, genommen, ohne daß wesentliche Klagen über Nach- oder Beigeschmack laut geworden wären.

— Die **chirurgische Behandlung der eitrigen Perikarditis** erörtert HEYKING („Prakt. Wratsch“, 1904, Nr. 1—5). Es ist die Regel, daß das Herz auf der Oberfläche des Exsudates „schwimmt“ und sich von der vorderen Perikardialwand nicht merklich entfernt. Für die Bewertung des auszuführenden chirurgischen Eingriffs ist die Ätiologie und Pathogenese der Perikarditis nicht ohne Bedeutung. Der Effekt der Operation steht in einer direkten Abhängigkeit von der Schwere des voraufgehenden Grundeidens und der begleitenden Komplikationen. Verläuft die eitrige Perikarditis ohne derartige schwere Grund- oder komplizierende Krankheiten, so stellt die Inzision des Herzbeutels eine Radikaloperation dar, welche geradezu lebensrettend wirkt und die Genesung beschleunigt. Natürlich darf der richtige Zeitpunkt nicht versäumt werden. Der Eingriff darf nicht als *Ultimum refugium*, nicht bis zum letzten Stadium der Krankheit hinausgeschoben werden, sondern muß möglichst früh zur Ausführung gelangen, d. h. sobald die eitrige oder seröseitrige Natur des Exsudates sichergestellt ist. Das einzig in Betracht kommende Verfahren ist die Inzision des Herzbeutels, da die Punktion mit vielen Unzukömmlichkeiten und Gefahren verknüpft ist. Auch als diagnostische Methode ist die Punktion nicht ohne Bedenken. Von den verschiedenen Methoden der Perikardiotomie verdient jene mit Resektion des VI., eventuell auch des V. Rippenknorpels, den Vorzug. Dabei gelangt man in den sogenannten „unteren interpleuralen Raum“, wo das Perikard von den Pleura-Blättern nicht bedeckt ist und fast stets frei zutage tritt, so daß man die Pleura zu verletzen nicht Gefahr läuft.

— Als **Spezifikum bei Schnupfen** rühmt ROTTENBITTER das Aspirin („Ärztliche Zentralzeitung“, 1904, Nr. 23): Nach dem Auftreten des für den Ausbruch des Schnupfens charakteristischen Symptomenkomplexes, oder zumindest eines Symptoms, erhält der Kranke am Abend sofort nach dem Nachtmahl ein Gramm Aspirin. Nach einer oder anderthalb Stunden erhält er im Bette noch ein zweites Gramm mit einem halben oder ganzen Glas Limonade. Wenn er

gut schläft und bis zum Morgen ausgiebig schwitzt, erhält er keine weitere Dose. Andernfalls nimmt er noch während der Nacht zwischen 1 und 2 Uhr ein drittes Gramm Aspirin ein. Auch wenn der Kranke die Nacht gut verbracht hat, erhält er um 7 Uhr morgens wieder ein ganzes Gramm Aspirin zu gleicher Zeit mit seinem Frühstück. Danach ruht er 1—2 Stunden aus. Dann darf er aufstehen, muß jedoch diesen Tag noch im Zimmer verbringen. Am Abend nimmt er wieder 1—2 g Aspirin je nach Bedarf. Am Morgen des dritten Tages bekommt er wieder ein Gramm; wenn an diesem Tage die Sekretion minimal ist, kann er bei gutem Wetter ausgehen und wieder seine gewohnte Tätigkeit verrichten.

— Um den **Einfluß von Adrenalinlösungen auf das Peritoneum** festzustellen, hat FENOMENOFF („Therapia“, 1904, Bd. I) eine Versuchsreihe an Kaninchen unternommen. Bei den aseptisch laparotomierten Tieren wurde ein in Adrenalin 1:1000 getauchter Gazetampon eine halbe Minute lang auf das Bauchfell gedrückt; die angefeuchtete Stelle des Peritoneum veränderte ihre Farbe: sie verwandelte sich in einen blaßbläulichen Fleck. Wurde auf das eine Uterushorn Adrenalin appliziert, auf das andere hingegen nicht, so war an dem vorbehandelten Horn bei Einschnitten fast gar keine Blutung zu bemerken, während das nicht befeuchtete Horn sehr heftig blutete. FENOMENOFF empfiehlt demgemäß Adrenalinlösungen als gutes Hämostyptikum bei der Trennung von peritonealen Verklebungen und Verwachsungen verschiedenen Ursprungs, welche nicht selten erhebliche, nur schwer zu stillende Blutungen im Gefolge hat. Überhaupt ist Verf. geneigt, dem Adrenalin für die Zukunft eine sehr bedeutsame Rolle in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis zu vindizieren.

— Das **BOSSISCHE Verfahren zur Muttermunderweiterung** bespricht v. BARDELEBEN („Arch. f. Gyn.“, Bd. 73). Er bezeichnet dasselbe als gefährlich und ungeeignet. Während im allgemeinen nach operativer beendeter Geburt der Prozentsatz für große Portiorisse 18·1%, für Zervixrisse 12·1% beträgt, hatten von 6 nach BOSS behandelt Patientinnen 4 Zervixrisse, eine doppelte große Portiorisse und die letzte eine ausschließlich in der Pars supravaginalis cervicis gelegene, ungewöhnliche Verletzung. Alle Frauen mit Zervixriß hatten parametrische Schwielen, die erhebliche Beschwerden verursachten und direkt von den Rissen ausgingen. Auch durch eine sofort angelegte Naht würden sich diese Schrumpfungprozesse nicht verhüten lassen, abgesehen davon, daß die Anlegung derselben oft außerordentlich schwierig ist. Es sollte daher, wenn Gefahr für das Kind eine sofortige Erweiterung des Muttermundes nötig macht, dieselbe mit dem unelastischen Ballon vorgenommen werden. Denn bei diesem erkennt man am Tiefertreten des Muttermundes bei Zug sofort dessen Unnachgiebigkeit und nach gelungener Dilatation tritt nicht, wie so häufig bei Metalldilatoren, ein erneutes Zusammenkrampfen ein. Gibt bei diesem Verfahren der Muttermund nicht leicht und schnell genug nach, so treten bei verstrichener Zervix die multiplen Inzisionen nach DÜHRSSSEN, bei erhaltener der vaginale Kaiserschnitt (DÜHRSSSEN), resp. Hysterotomia vaginalis anterior (BUMM) in ihr Recht.

— Die **Wirkung von Ätzmitteln auf das Endometrium** studierte RIELÄNDER („Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.“, Bd. 51), indem er bei vier Uteris, die wegen unstillbarer Blutung oder aus anderen Gründen exstirpiert werden mußten, 24 Stunden vor der Operation Ätzungen mit verschiedenen Mitteln vornahm und die exstirpierten Uteri untersuchte. Er fand folgendes: Bei intrauteriner Ätzung ist die alkoholische Lösung des Medikaments wegen ihrer leichteren Ausbreitung über die Fläche und wahrscheinlich auch die Tiefe der wässerigen vorzuziehen. Mit Anwendung der PLAYFAIRSchen Sonde, armiert mit in Alkohol gelösten Stoffen, kann man eine gleichmäßige, genügend tiefe Ätzwirkung über die gesamte Mucosa uteri erzielen, ebenso mit schmelzbaren medikamentösen Stiften, weshalb die BRAUNSCHE Spritze zu entbehren ist. Die Mucosa uteri ist für ätzende Mittel infolge ihres maschigen Baues leicht durchgängig, während die kompakten Muskelzüge dem Eindringen derselben ein Hindernis in den Weg stellen. Das Eindringen der wässerigen Lösung in die Schleimhaut geht allmählich vor sich, das der alkoholischen sehr schnell. Bei Anwendung einer 30%igen alkoholischen Formalinlösung ist der Ättschorf bereits nach 24 Stunden in der

Abstoßung begriffen und die Regeneration der Schleimhaut kann beginnen. Eine Einwirkung des Ätzes auf die Tube, auch in ihrem Anfangsteil, findet bei Anwendung einer PLAYFAIRSchen Sonde nicht statt.

— Zur **Behandlung des Asthmas** empfiehlt CARRIÈRE („Sem. méd.“, 1904, Nr. 28) durch 10 Tage hindurch Belladonna (in Pillen oder im Sirup) in von 2 zu 2 Tagen steigender Dosis. In den folgenden 20 Tagen morgens und abends einen Eßlöffel folgender Lösung:

Rp. Decoct. rad. polyg. Senegae	30:100·0
Aq. destill.	110·0
Tinct. Lobelliae infl.	10—40·0
Spir. vini	50·0
Natrii arsenicosi	0·004—0·10
Kalii jodati	1·0—10·0
Kalii bromati	0·5—10·0

Während dieser Periode ist alle zwei Tage eine Despic-Zigarette zu rauchen. Alle 8 Tage eine Pille von 0·10 Aloe. Mineralwässer: Mont Dore, Karlsbad, Marienbad; Vichy 1 Glas nüchtern, Hauterive, 15 Tage lang im Monat.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Von Professor Dr. Eduard Lang. Mit 85 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann.

Das vorliegende Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten ist im wesentlichen eine knappe Zusammenfassung der von 1886—1902 erschienenen bestbekanntesten Vorlesungen über die Syphilis, den venerischen Katarrh und das venerische Geschwür desselben Autors. Durch eine konzise, alles historische, literarische und polemische Beiwerk meidende Darstellung des Stoffes gelang es dem Autor, den beträchtlichen Inhalt des ganzen Werkes auf zirka 400 Seiten zu konzentrieren und so in erster Linie besonders dem Bedürfnisse der praktischen Ärzte und der Studierenden anzupassen. Auch den Kenner der früheren Auflagen, um so mehr aber denjenigen Leser, der LANGS Anschauungen noch nicht kennt, wird die Lektüre des vorliegenden Buches wie die eines neuen und bedeutenden Werkes anmuten, denn in wahrhaft kunstvoller Weise verstand es der das Messer wie die Feder gleich gut beherrschende Autor auch hier, sämtliche belangreichen Forschungsergebnisse der letzten 15 Jahre dem Werke einzuverleiben. Besondere Aufmerksamkeit ist überall auf eine sorgfältige Darstellung der hier, sei es zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, in Betracht kommenden Encheiresen gelegt. Dementsprechend hat diesmal auch die Darstellung der Methoden der Endoskopie der Urethra, Vagina, des Rektums in Kürze Berücksichtigung gefunden und wird vielfach auch der Gang einzelner blutiger Eingriffe dem Praktiker vor Augen geführt. Der Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und nichtsyphilitischen Erscheinungsformen, sowie der Verschiedenartigkeit des Verlaufes der Lues ist, der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend, ein relativ breiter Raum gewidmet. Wenn auch in der Auffassung über die Natur und den Verlauf der syphilitischen Infektion in den Anschauungen des Autors gegenüber seiner zum Teil schon mehr als 2 Dezennien niedergelegten Auffassung kein Wandel eingetreten ist und auch die ursprünglichen Bezeichnungen der irritativen und neoplastischen Syphilisformen beibehalten wurden, so scheint uns dies nur für die Richtigkeit, beziehungsweise Zweckmäßigkeit derselben, zu sprechen. Es geht diese letztere übrigens schon daraus hervor, daß viele der von LANG als Syphilitiker zuerst geäußerten Anschauungen heute von den meisten erfahrenen Fachkollegen und Ärzten geteilt werden und in andere Lehrbücher übergegangen sind. Ganz besonders gilt dies von der vielfach nicht erkannten oder doch unterschätzten Irregularität in dem Verlaufe und zeitlichen Aufeinanderfolge derluetischen Einzelsymptome; ebenso gilt dies von seinen in vielen Punkten originellen Anschauungen über Syphilistherapie.

Es dürfte wohl kein modernes Werk der Geschlechtskrankheiten geben, das in so knapper übersichtlicher Weise die Theorie aller einschlägigen Fragen über die hierhergehörigen Krankheitsformen mit der Praxis, das ist ihrer zweckmäßigsten Behandlungs-

weise, so leichtfaßlich verbindet, wie das vorliegende. Zahlreiche Abbildungen und die dem Bergmannschen Verlage eigene vornehme Ausstattung erhöhen auch äußerlich den Wert des Buches, das gerade in seiner jetzigen Form jedem Leser, dem Anfänger sowie Forscher, eine angenehme und lehrreiche Lektüre bieten wird.

K. ULLMANN.

Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen. Von Dr. Magnus Hirschfeld. Leipzig 1904, Spohr.

Es ist ohne weiteres klar, daß die Kenntnis der Häufigkeit der Homosexuellen von Belang ist in praktischer wie in theoretischer Hinsicht. Nur ist sie sehr schwer zu beschaffen und die Schätzungen gehen sehr weit auseinander. Der in den Problemen der Homosexualität bekanntlich ungemein tätige Verf. hat zur Ermittlung mehrere Wege eingeschlagen, wie aus Zeitungsberichten kürzlich bekannt geworden ist, nicht ohne persönliche Unannehmlichkeiten. Stichproben, die sich auf größere Gruppen von Individuen, z. B. Hochadel, Lungenheilanstalt, Kompagnien, gewisse Beschäftigungen, Studentenkörpers, Schulen etc., beziehen und von zuverlässigen Personen herrühren, ergeben 1% (verschiedene Beamte und Angestellte) bis 5—5.75% (Hochadel, Marineoffiziere, Couleurstudenten, Klosterschüler, Bürgerschüler), im Durchschnitt, was allerdings wenig Sinn haben dürfte, 1.99%. Verf. veranstaltete aber auch größere, systematische Aktionen in Form von Rundfragen. Die erste wendete sich an akademische Vereine, nämlich an 3000 Studierende der technischen

Hochschule zu Charlottenburg; es erklärten sich von 1696 (=58.5%) Auskunftgebern: heterosexuell 94.0%, homosexuell 1.5%, bisexuell 4.5%, also von der Norm abweichend 6.0%. Es ist merkwürdig, wie diese Zahlen mit jenen übereinstimmen, die zwei Jahre zuvor v. RÖMER bei einer Rundfrage an 595 Studenten in Amsterdam erhalten hatte; von 308 (=51.7%) Auskunftgebern erklärten sich nämlich: heterosexuell 94.1%, homosexuell 1.9%, bisexuell 3.9%, also abweichend 5.8%. Eine zweite Rundfrage wendete sich an die Arbeiterklasse, nämlich an 5721 Eisen-, Metall- und Revolverdreher in Berliner Fabriken; von den eingelangten 4594 Briefen wurden 1912 (=41.6%) beantwortet. Davon bekannten sich als: heterosexuell 94.7%, homosexuell 1.1%, bisexuell 3.2%, also abweichend 4.3%. Diese weitgehende Übereinstimmung muß außerordentlich überzeugend wirken. Die Zahl der Heterosexuellen schwankt in diesen drei Enquêtes bloß zwischen 94.0 und 95.7%, die der rein Homosexuellen zwischen 1.1 und 1.5%. Verf. glaubt, daß sich diese Zahlen auf die Gesamtbevölkerung übertragen lassen, d. h., daß jeder 66. rein homosexuell, jeder 18. von der Norm abweichend veranlagt ist, und daß die Zahl der (rein oder überwiegend) homosexuell veranlagten Personen für Deutschland 1,200.000, für Berlin 56.000 (2.2%) beträgt. Im Jahre 1900 wurden nun in Deutschland 535 Homosexuelle, bzw. 666 derartige Delikte, bestraft; unter Zugrundelegung mehr oder weniger plausibler Annahmen heißt das, daß der im Gesetz festgesetzten Strafe 0.3% der Täter oder 0.007% der Delikte verfielen; damit wäre jenes Gesetz allerdings zahlenmäßig lächerlich gemacht. INFELD.

Feuilleton.

Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

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

Breslau, 20. September.

I.

Kühler Himmel und kühle Menschen, das Milieu der diesjährigen Naturforscherversammlung, welche sich trotz alledem eines reichen Besuches erfreut. Die Herren Breslauer begnügen sich mit einem Minimum an Fahnen; Reisig scheint hier im äußersten Osten Deutschlands rar zu sein. Gewiß, ein Kongreß braucht keine Farbtücher und keine Festons; aber die Naturforscher haben sich eben einen gewissen farbigen, frischen Festcharakter für ihre älteste und vornehmste Vereinigung erworben und daran zu rühren und zu korrigieren war überflüssig.

Das kühle klare Wetter mit Morgentemperaturen von 2—3° R war nun einmal da. Sonst erleben unsere Versammlungen die sonnigsten, wärmsten Tage, wie in Hamburg, Karlsbad und in Kassel. Und das Publikum hat sich mit Würde dieser kühlen Luftstimmung untergeordnet. Auch gab uns Gästen Breslau nicht viel zu tragen: Keine Festschrift, die wir Naturforscher nun einmal gewohnt sind. Man denke abermals an Hamburg, Karlsbad und Kassel. Und so marschierten wir kühl bis ans Herz und unbeschwert von der Arbeit zum Vergnügen und dachten, wie sich doch die Zeiten ändern und mit ihnen die Naturforscherversammlungen!

Es mögen 3000 Naturforscher und Ärzte in dem alten, viel umstrittenen Breslau vereinigt sein. Einige Charakterköpfe, die wir jahraus jahrein mit Freude begrüßten, fehlen: WALDEYER ist in Amerika, ebenso BOLTZMANN und WIESNER, auch VAN T'HOFF fehlt. Von Österreichern sahen wir den ersten Vorsitzenden Hofrat CHIARI aus Prag, die Professoren v. EISELSBERG, EXNER, LECHER, LIPPMANN, OTT, YPSEN, KRATTER, KRETZ, PFAUNDLER, A. PICK, WEGSCHEIDER und andere Wiener und Prager Ärzte sind da, einige mit ihren Damen.

Die Begrüßung Sonntag abends war selbstverständlich kühl und litt unter überflüssigen Reden. Es wurde keinem wärmer dabei. Die erste allgemeine Sitzung im Stadttheater bot das bekannte fesselnde Bild; es fehlten auch die zarten, freundlichen japanischen Ärzte nicht. Besonderen Eindruck machte die Rede des Vorsitzenden

Hofrates CHIARI, der allen dankte. . . Von den Schwierigkeiten, die ihm Breslau bereitet hat, sprach er kein Wort. Und das kam so: Prof. LADENBURG, einer der Geschäftsführer, hatte in Kassel einen Vortrag über „Naturwissenschaft und Weltanschauung“ gehalten. „Natur und Geist, so spricht man nicht zu Christen“ — meinten einige und wollten nicht mehr neben LADENBURG mittun. Der Breslauer Anatom HAASE legte sogar Protest gegen die Kasseler Rede ein und PONFICK verzichtete auf die Geschäftsführung. LADENBURG stand plötzlich allein da, Hofrat CHIARI kam wiederholt nach Breslau und bewährte sich als Friedensengel. Der Okulist UTHOFF und LADENBURG übernahmen schließlich gemeinsam die Geschäftsführung.

Nach Überwindung der offiziellen Reden leitete Geheimrat ROUX aus Halle a. S. die wissenschaftliche Arbeit mit einem Vortrage über „Entwicklungsmechanik“ ein, den wir nach einem Autoreferate mitteilen.

Der Redner ging davon aus, daß uns wohl gewisse Gebiete des Entstehens noch durch Schleier verhüllt seien und auch wohl für immer bleiben würden, daß man aber versuchen müsse, diese Schleier zu lüften, soweit dies auf dem Wege exakter Wissenschaft möglich sei. Früher habe man geglaubt, im Ei schon die fertigen Teile des Tieres erkennen zu können, die sich dann etwa wie bei der Pflanze entwickelten. Aber schon KASPAR FRIEDRICH WOLFF habe vor etwa anderthalb Jahrhunderten nachgewiesen, daß beim Beginn der Entwicklung eines Hühnereies von Kopf und Schwanz usw. nichts zu sehen sei, sondern daß sich zunächst drei Keimblätter, sodann eine rückwärtige und vordere Röhre bildeten und daß sich alle Organe aus diesen Teilen entwickelten. WILHELM HIS sei es gewesen, der zuerst verlangt habe, daß man für jedes Organ die Stelle im Keimblatt nachweise, aus der es entstehe. Würde es aber selbst gelingen, durch mühsame Forschungen die einzelnen Organe gewissermaßen rückwärtsprojizierend auf die einzelnen Zellen zu bestimmen, so wäre dies nur eine formale Auflösung der Entwicklungsvorgänge. Es müßte dann erst bestimmt werden, durch welche Vorgänge, durch welche Änderungen in der Bewegung und Lage diese Entwicklung ursächlich veranlaßt werde. Die Forderung, diesen ursächlichen Zusammenhang zu erklären, die KARL ERNST v. BAER zuerst aufgestellt, sei wiederum von His bis zu einem gewissen Grade zuerst erfüllt worden, der die Entwicklung auf ein ungleiches Wachstum der Keimzellen und Stauungen an Stellen, die am Wachstum verhindert sind, zurückführen zu können glaubte. His nahm eine mögliche Erklärung für Wirklichkeit. Wenn wir aber den Beweis exakt erbringen wollen, so sei er schwieriger

als auf anderen Gebieten, da vieles unsichtbar vor sich gehe und da bei der Gestaltung an verschiedenen Stellen gleichzeitige Veränderungen auftreten. Das einzige Mittel sei das Experiment, durch das man die Art des Geschehens, die Zeit, die Intensität, die Richtung etc. feststellen könne. In diesem Sinne einer ursächlichen analytischen Forschung arbeite jetzt auch die Embryologie, wenn sie sich mit der Entwicklungsmechanik beschäftige und so als ein neuer Zweig der biologischen Wissenschaft auftrete.

Man kann bei diesen experimentellen Untersuchungen zunächst die leichteste Gruppe der Urachen, die Ursache der Richtungen zu bestimmen versuchen, also versuchen, festzustellen, wodurch im Ei die Richtung der Mittelebene und die Lage von Kopf- und Schwanzende bestimmt werde. Die ersten Versuche seien an den Eiern des grünen Frosches angestellt worden, an denen erst zwei Tage nach der Befruchtung die Richtung durch die Anlage der Medullarfurche für Gehirn und Rückenmark sichtbar wurde. Man habe die Richtung der ersten Furchung überhaupt verzeichnet und dann zwei Tage später die Richtung der Medullarfurche festgestellt, wobei sich in 75% und nach Ausschaltung verschiedener Störungen bis 95% der Fälle identische Richtungen verzeichnen ließen. Zu denselben Ergebnissen ist einige Monate später (1883) auch der Physiologe PFLÜGER gelangt. Man konnte ferner feststellen, daß auch die Richtung Kopf und Schwanz wie Bauch und Rücken lange vor Anlage der Organe vor der ersten Teilung bestimmt sei. Bei der Prüfung, ob die Befruchtung die Richtung bestimme, konnte man wenigstens in 90% der Fälle feststellen, daß ein willkürlich gewählter Befruchtungsmeridian die Richtung der ersten Furche bestimme, sowie auch, daß die Eintrittsseite des Samenkörpers immer der Schwanzseite des späteren Organismus entspreche. Daß nicht äußere Einflüsse, wie das immer vorhandene Agens, die Schwerkraft, die Richtung bestimme, wurde dadurch festgestellt, daß Eier, die auf eine rotierende Scheibe gebracht waren, sich trotzdem normal entwickelten; ebensowenig wie die Schwerkraft, war auch der Lichteinfluß von Bedeutung. Es war somit zu schließen, daß alle Faktoren im Ei selbst vorhanden sind. Die Ansicht PFLÜGERS, daß es sich bei der Bildung des Medullarrohrs um eine Stauungserscheinung handelt, konnte gleichfalls experimentell widerlegt und festgestellt werden, daß es sich um Selbstdifferenzierung der Platte handelt.

Es folgten sodann Untersuchungen darüber, ob alle Teile des befruchteten Eies zur Entwicklung nötig seien. Durch Einstechen einer spitzen Nadel in das Froschei gab es doch selbst bei bedeutendem Dotteraustritt (bis ein Fünftel der Substanz) meist normal gestaltete Embryonen. Oft gelang es, nachdem die eine Eihälfte abgestorben, die andere zur Entwicklung zu bringen, wobei es zu linken und rechten Halbbembryonen oder auch zu vorderen und hinteren Embryohälften kam. Es zeigte sich somit, daß jede der beiden ersten Furchzellen nicht nur das Material, sondern auch die zur Entwicklung nötige Energie habe, daß es sich also bei dieser Entwicklung um eine Differenzierung der Furchzellen handle. Eine große Reihe von Untersuchungen anderer Gelehrter, die Redner zumeist nur mit Namen anführt, haben sich diesen Forschungen angeschlossen. Isolationsversuche bei den verschiedensten Tieren, Prüfung der Entwicklung des Embryos nach Entfernung des gesamten Zentralnervensystems, Befruchtung kernloser Bruchstücke des Eies, Versuche über die Einwirkung und Änderung der Oberflächenspannung, die überhaupt einen der wichtigsten Faktoren der Entwicklung bilde, Einwirkungen des osmotischen Druckes und vieles Andere.

So sehr diese Versuche auch auf eine feste Normierung und Gesetzmäßigkeit hinzuweisen scheinen, so müsse doch anerkannt werden, daß eine Gruppe andersartiger Erscheinungen eine sichere Theorie rein maschinenmäßiger Gestaltung nicht zulasse, so namentlich die Tatsache der Selbstregulation, wie sie die Regeneration, das zweckmäßige Nachwachsen verlorener Körperteile bei niederen Tieren darstelle. Auch haben Versuche mit isolierten Furchungszellen bei anderen Tiergattungen ganze Embryonen ergeben. Man dürfe wohl zur Erklärung dieser Verschiedenheit annehmen, daß da, wo die erste Furchungszelle sich wieder kugelig runde, ein ganzer Embryo, da, wo sie mehr in Halbkugelgestalt

bleibe, ein Halbbembryo entstehe. So gebe es eine ganze Reihe Erscheinungen, die den Wert einer maschinellen Erklärung zweifellos sehr erschüttern, so daß manche Forscher soweit gingen, anzunehmen, daß alles Gestalten regulatorisch sei und nicht physikalisch und chemisch zu erklären. Er selbst glaube trotz dieser neueren Forschungen, trotz mancher Widersprüche, auf die einzugehen die Kürze der Zeit verbiete, daß doch die weitere Forschung noch vieles auf dem Gebiete rein maschineller Erklärung werden leisten können. Man möge auch nicht übersehen, daß man auch eine Regeneration bei Kristallen gefunden habe, sie also nicht spezifisch bei organischen Substanzen sein könne. Man habe auch keineswegs immer zweckmäßige Regenerationen gefunden; so habe man bei Entfernung bestimmter Teile als Regenerationserscheinungen die Bildung von zwei Linsen in einem Auge, von Fühlern statt entfernter Augen, die Bildung von zwei Köpfen und Ähnliches beobachtet. Auch solle man doch daran denken, daß bei uns Menschen, die wir uns doch für die zweckmäßigsten Lebewesen halten, keine Regeneration eintrete, daß uns keine Glieder nachwachsen, daß nicht einmal die Haut anders als mit Narbenbildung sich ergänze. Gerade bei uns Menschen sei alles am festesten mechanisch und in feste Typen gebannt. So überraschende Entdeckungen uns also auch noch auf diesem Gebiete der Entwicklungsmechanik bevorstehen mögen, so müssen wir doch an dem Einen festhalten, ohne das naturwissenschaftliche Forschung keine Bedeutung hat: an der ewigen Gültigkeit des Kausalgesetzes.

Dr. FRANZ GAZERT aus Baden, welcher die deutsche Südpol-Expedition 1901—1903 als Arzt und Meteorologe mitgemacht hat, sprach über seine Erlebnisse und führte zahlreiche hübsche Lichtbilder vor. Dr. GAZERT erzählt hübsch und schlicht: „Große Schwierigkeiten bereitet die Kälte, noch größere die Stürme, die größten aber die Monotonie des Polarwinters. Die Stürme fesseln den Reisenden an das Schiff, und sie dauern, mit geringen Unterbrechungen, fünf Monate lang. Man verläßt das Schiff nur, um den nötigen Dienst draußen zu versehen, wobei man sich infolge des Schneetreibens oft verirren konnte. Wir waren deshalb gezwungen, ein Leitkabel zu spannen, an dem man sich auch am hellen Tage fort-tasten mußte. Durch die Monotonie sind Gemütsdepressionen und seelische Störungen verschiedenster Art häufig. Man kann behaupten, daß die Gemütsdepressionen schlimmer sind, als die körperlichen Anstrengungen einer solchen Expedition, die gewiß nicht gering sind. Von Geistesstörungen sind wir verschont geblieben; auch von anderen Krankheiten, so auch vom Skorbut. Unsere Verproviantierung, welche in Gemüsekonserven und Kompott bestand, hat sich bewährt. Wir genossen außerdem viel frisches Fleisch von Robben und Pinguinen. In geringen Mengen, nicht täglich, wurden auch alkoholische Getränke verabreicht, die sich als ein gutes Mittel für Stimmung und Geselligkeit erwiesen. Einige leichtere Gesundheitsstörungen waren zu verzeichnen, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Erfrierungen, Schneebrand und Schneeblindheit. Wunden heilten ohne Eiterung, aber sehr schwierig. Haare, Bart und Nägel wuchsen sehr langsam. Einen Katarrh hatten wir nicht beobachtet, seit wir die Kulturwelt verlassen; erst in Kapstadt lernten wir ihn wieder kennen.“

Seine beifällig aufgenommene Rede schloß mit den Worten: „Ich habe versucht, Ihnen ein Bild über unsere Expedition und unsere Arbeiten zu geben, und habe dabei auch unserer Schwierigkeiten gedacht. Der Grund hierzu liegt in der Kritik, welche wir in der Heimat gefunden und die den richtigen Maßstab für unser dortiges Leben und Wirken vermissen ließ. Nichts ist verkehrter, als Arbeiten einer Expedition nach den Verhältnissen der Heimat oder nur nach den Resultaten eines bestimmten Wissenszweiges zu beurteilen. Gerade auf solchen Expeditionen erkennt man, wie nahe und innig sich die Zweige der verschiedenen Wissenschaften berühren. Darum will unsere Expedition als etwas Einheitliches betrachtet werden. Man wünscht allerdings lieber Sensationelles, man will von Gefahren hören. Auch wir hatten sie zu bestehen. Wir sind aber nicht ausgezogen, um Sensationelles zu erleben, um die Welt zu unterhalten, sondern um der Wissenschaft zu dienen. (Beifall.) Wenn wir unser Schiff glücklich zurückbrachten, keine

schweren Krankheiten erlitten, keinen Mann verloren, so ist das als ein Erfolg zu betrachten, weil wir die geplanten Forschungen mit möglichst geringen Opfern ausführten.“

Montag nachmittags konstituierten sich die Abteilungen, 30 an der Zahl. Abends gab es Festtheater. Dienstag wurde fleißig gearbeitet. Referate von KRETZ (Wien) und NAUNYN (Straßburg) über „Leberzirrhose“ waren von großer Bedeutung. Tages Arbeit, abends Feste! Das Festbankett, welches Ihr Referent nicht miterlebt hat, soll hübsch gewesen sein. Rede und Wein flossen in Strömen. Dr. W.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

Abteilung für Chirurgie.

PERTHES (Leipzig): Über die Regeneration des Nervus trigeminus nach partieller Resektion des Ganglion Gasseri.

Vortr. hat die seltenen Rezidivfälle von Trigeminusneuralgie nach Extraduktion und Ganglionexstirpation nach ihren Ursachen studiert und hat, wie GARRÉ in dem von ihm veröffentlichten Falle, bei einem Patienten, bei welchem trotz partieller, 7 Jahre zuvor ausgeführter Ganglionresektion ein schweres Rezidiv eingetreten war, nach der KRÖNLEINschen Methode den vollkommen neugebildeten, markhaltigen Nerven freigelegt, der auch in den beiden resezierten Stämmen sicher nachgewiesene Nervenfasern enthielt. Die Ursache dieser Regeneration ist nach seinem Ermessen in einem stehengebliebenen Rest des Ganglion Gasseri zu suchen. Der von P. beobachtete Fall zeigt auch sehr deutlich, daß die THIERSCHsche Extraduktion vor einer Regeneration nicht schützt. Um die periphere Regeneration zu verhüten, sind vielleicht zwei Methoden in Erwägung zu ziehen, die Foramina durch Fremdkörper zu verlegen, wie es die Amerikaner gemacht haben, oder den Stumpf in einen Muskelbauch zu implantieren, weil er da erwiesenermaßen sich nicht weit ausbreitet.

ANSCHÜTZ (Breslau) berichtet über das Verfahren der Breslauer Klinik bei Trigeminus-Neuralgie und den großen Wert, den v. MIKULICZ auf eine starke Abführkur legt. Doch haben sie nicht die großen Erfolge GUSSENHAUERS damit erreicht und machen jetzt noch dazu Injektionen mit 1%iger Osmiumsäure in die Nähe des Nerven, mit denen sie in vielen Fällen ganz gute Erfolge erzielt haben. Die Dosis beträgt 1—1½ cm³ einer 1%igen Lösung. Vortr. gibt dann noch die Technik der Injektion, die Aufsuchung der 3 Äste und stellt einen Patienten vor.

KAUSCH (Breslau) macht auf den motorischen Anteil des Nerven an dem Rezidiv aufmerksam. Er würde bei Rezidiv nach Extraduktion nicht wie PERTHES noch einmal eine Extraduktion machen, sondern gleich das Ganglion angreifen.

HENLE (Breslau) empfiehlt die Injektionen mit Osmiumsäure und Antipyrinlösung, die sicher das erfüllen, was die Extraduktion leistet.

MÜLLER (Rostock) macht auf den Widerspruch aufmerksam, der zwischen den Erfahrungen über Regeneration der Trigeminusäste und z. B. der peripheren Nervenstämme am Arm besteht. Hier bleibt die Regeneration aus bei den geringsten Defekten.

v. EISELSBERG (Wien) berichtet, daß an der BILLROTHschen Klinik nie eine Resektion des Ganglion gemacht wurde. Dagegen hat das Aконитin häufig gute Resultate gezeitigt.

PERTHES (Leipzig) hält Herrn KAUSCH entgegen, daß nach Extraduktion der regenerierten Nerven die vorher bestehende Hyperästhesie einer ausgesprochenen Hypästhesie im Bereiche des operierten Nerven Platz machte.

HENLE (Breslau): Zur Lehre von der Spina bifida.

Kasuistische anatomische Betrachtungen an der Hand von Zeichnungen und Röntgenbildern, welche die verschiedenen Formen der Spina bifida darstellen. Die Operationstechnik soll nach H. in allen unkomplizierten Fällen die einfache Exstirpation des Sackes und Vernähung höchstens mit Muskeldeckung sein. Alle Transplantationen, Knochendeckung sind unnötig.

HENLE (Breslau): Über experimentelle Prüfungen neuer Antiseptika.

Verf. ist der Ansicht, daß wir bei der Wundbehandlung immer mehr zur Antiseptik zurückkehren müssen. Da wir aber keine elektiven chemischen Verbindungen besitzen, die spezifisch die Wunderreger töten,

müssen wir uns mit Dauerantiseptizis begnügen, die in allmählicher Zersetzung eine protrahierte, bakterienhemmende Wirkung auszuüben vermögen. Hierdurch können wir die schädlichen Wirkungen der Bakterien von der Wunde möglichst fernhalten und mit den antiseptischen Gazen und Verbänden eine Menge Bakterien aus der Umgebung des Kranken fortschaffen, die sonst Verbandzimmer und Krankenräume infizieren können (Sanierung der Krankenhäuser). Vortr. hat in dieser Hinsicht alle gebräuchlichen Antiseptika, sowohl die löslichen, schnell wirkenden (Sublimat, Karbol etc.), als die schwer löslichen, langsam wirkenden Dauerantiseptika (Jodoform etc.) in einer neuen Methode nachgeprüft (stark eiweißhaltige Flüssigkeit, in die Gazen eingetaucht wurden, welche mit den Antiseptizis verschieden hoher Konzentration imprägniert waren). Die gebräuchlichen Antiseptika erwiesen sich als nicht ausreichend. Unter zahlreichen neuen chemischen Verbindungen empfiehlt Vortr. das Jodoanil (von den Höchster Farbwerken als „Isoform“ eingeführt) als ein Mittel, das sehr kräftig antiseptisch wirkt, sich sehr langsam zersetzt und infolgedessen lange dauernd die Bakterienentwicklung hemmen kann. Das Isoform ist nicht giftig; es wurde in der Breslauer chirurgischen Klinik (Geh. Rat MIKULICZ) ½ Jahr klinisch und poliklinisch sehr ausgiebig an Stelle anderer Antiseptika gebraucht und hat sich hier bewährt zur Imprägnation von Verbänden, zur Verbesserung der Hautdesinfektion (durch Einreiben einer Paste) und als inneres Antiseptikum durch seine deutlich hemmende Wirkung der Darmbakterien. Überdies erwies es sich als sehr kräftiges Desodorans bei jauchigen Wunden (Demonstration von Platten).

SCHMIDT (Breslau): Über den Zusammenhang von Schußverletzungen und Wundstarrkrampf.

Wundstarrkrampf im Gefolge von Schußverletzungen, früher besonders in den großen Kriegen häufig, ist in neuerer Zeit seltener geworden. Der Zusammenhang war bisher noch nicht geklärt, so daß es sogar zu gerichtlichen Verhandlungen über etwaige Verschuldungen seitens des Arztes oder der Beteiligten kam. — Der Krankheitserreger und seine Lebensbedingungen sind genau erforscht, weniger die Wege, auf welchen er in die Schußwunde eindringt. Entweder enthalten Geschossteile die Tetanusbazillen, oder das Geschosß reißt infizierte Fremdkörper mit in die Wunde oder die Schußöffnung kommt alsbald mit beschmutzten Gegenständen in Berührung. In letzterem Falle tritt eine Oberflächenimpfung ein. Gefährlicher ist die Tiefeninfektion. Kleiderfetzen werden zwar fast immer mitgerissen, enthalten auch häufig Keime; diese kommen aber für gewöhnlich wegen mangelnder Giftigkeit (Virulenz) nicht zur Entwicklung. Von den Geschossteilen sind die Kugeln unverdächtig, die nicht massiven Stücke dagegen gefährlich, vor allem der Patronenpfropf der Schrot- und Platzpatronen. Bei Verletzungen durch letztere wurde Tetanus häufig beobachtet; besonders eingehend wurde die Frage im deutschen Heere geprüft und nachgewiesen, daß die Fließpappe des Pfropfes reichlich lebenskräftige Wundstarrkrampferreger enthält. Der Pfropf der Schrotpatrone besteht aus unverdächtigem Filz — diesen verimpfte Verf. auf Meerschweinchen ohne jeden Erfolg — oder aus Fließpappe. Die damit geimpften Tiere gingen größtenteils an Wundstarrkrampf zugrunde. Daraus ist zu folgern: Verunreinigung einer Schußwunde durch Erde, Finger usw. ist unter allen Umständen zu vermeiden (Belehrung der Bevölkerung!). Jede Wunde, in welche die Kugel durch Kleider hindurch eingedrungen ist, ist ärztlich zu beobachten. Unverdächtig ist die eingedrungene Kugel, gefährlich der nicht massive Teil des Geschosses. Gesetzlich anzuordnen ist der Ersatz der Fließpappe durch Filz oder ihre sichere Sterilisierung, wie sie im deutschen Heere bereits durchgeführt wird. Inzwischen ist jede solche verdächtige Wunde dem Arzte vorzuführen. Zur weiteren Entscheidung untersucht man, wenn möglich, eine gleichartige Patrone auf die Art des Pfropfes. Besteht dieser aus Fließpappe, so muß die Wunde operativ behandelt werden. Ist keine gleichartige Patrone zu beschaffen, so ist zum mindesten eine genaue Beobachtung des Verletzten, besser noch außerdem eine Schutzimpfung mit Tetanusantitoxin, zu fordern. Schußverletzte, die schon Starrkrampferscheinungen aufweisen, kann der Arzt nur selten noch durch energisches chirurgisches Eingreifen, in Zukunft vielleicht durch ein verbessertes Heilserum, dem Tode entreißen.

v. MIKULICZ (Breslau): Perineale Prostatektomie.

Vorstellung einer Reihe von Patienten und kurze Angaben über die Technik der Methode, deren wichtigster und schwierigster Akt das stumpfe Vordringen bis zur Prostata, die Spaltung der Kapsel und die Auslösung der — wenig blutenden — Drüse aus derselben ist. Da kein Finger lang genug ist, diese Ausschälung zu besorgen, hat M. sich Elevatoren konstruieren lassen, die er demonstriert. Der Schluß, die Ablösung von der Urethra, wird am besten mit Resektion eines kleinen Teiles derselben gemacht, da diese ja ohnehin bei Prostatikern

sehr lang ist. Eine Verletzung des Sphinkter muß man natürlich vermeiden, ebenso eine Verletzung des Rektum. Es kann sogar, wie es Votr. in einem Falle passierte, der Sphincter ani einreißen.

Kolaczek (Breslau) macht auf die perineale Prostataktomie nach DELAGENIRE aufmerksam, die er mit gutem Erfolge ausgeführt hat.

LÖWENHARDT (Breslau): **Zur Chirurgie der Nierentuberkulose.**

Demonstration eines Patienten mit EDEBOHLSScher Operation, einer Patientin nach Nierenexstirpation und einiger Präparate.

PLINKER (Wolfenbüttel) berichtet über drei Fälle von Penis-Phlegmone.

Goebel (Breslau) erinnert an den klassischen Fall von ROKITANSKY und berichtet über einen Fall von Penis-Phlegmone, der unter dem Bilde eines leukämischen Priapismus auftrat, sich aber als echte Bacter. coli-Phlegmone herausstellte.

MACHOL (Breslau) demonstriert einen Patienten, bei dem nach Fraktur des linken Ellbogens in seinem 3. Lebensjahre sich jetzt — Patient ist 22 Jahre alt — eine elephantiasische Bildung des linken Vorderarms entwickelt hat, während Atrophie der Weichteile und Knochen am Humerus und Schulter wahrzunehmen ist. Kombination von Atrophie infolge Epiphysenalteration und reflektorische trophoneurotische Atrophie. Ein Fortschreiten auf die untere gleichseitige Extremität war deutlich nachzuweisen.

Abteilung für innere Medizin.

KRAEMER (Boblingen): **Über die Häufigkeit der Tuberkulose des Menschen.**

Votr. gibt eine kritische Übersicht der neuen Literatur, besonders bezugnehmend auf die Publikation von NAEGELI über die Häufigkeit tuberkulöser Veränderungen in den Lungen. Votr. hält aber die tuberkulöse Natur der Kalkherde in den Lungen nicht für erwiesen. Wenn auch die Angaben der pathologischen Anatomen die große Verbreitung der Tuberkulose außer Frage stellen, so kann von einer allgemeinen tuberkulösen Durchseuchung der Menschheit, die man nach den neueren Statistiken vermuten könnte, nicht die Rede sein.

FREYMUTH (Breslau): **Allgemeine Erfahrungen über Tuberkulinanwendung bei Lungenkranken.**

Votr. empfiehlt die interne Anwendung des Alttuberkulin KOCH in Form keratinierter Pillen zu diagnostischen Zwecken. Sie rufen in gleicher Weise wie die subkutane Injektion eine prompte fieberhafte Reaktion hervor, je nach der Schwere des Falles in verschiedener Intensität. Die Wirksamkeit erwies sich auch in beginnenden Fällen ohne Bazillen im Sputum. Wenn die stomachale Einverleibung des Tuberkulins nur eine geringe Temperatursteigerung bewirkt hat, ruft eine nachfolgende subkutane Injektion eine desto lebhaftere Reaktion hervor.

NOURNEY (Mettmann): **Tuberkulin — Hoffnungen und Enttäuschungen.**

Votr. berichtet über langjährige Erfahrungen interner Anwendung kleinster Tuberkulindosen (0.0001 und darunter) bei Lungentuberkulose wie bei Lupus, die ihn noch immer einen begeisterten Anhänger dieser Therapie bleiben lassen.

HOLDHEIM (Berlin): **Über Erfahrungen mit Alttuberkulin.**

Votr. berichtet über Erfahrungen in 15 Fällen ambulanter Privatpraxis, in denen das Tuberkulin lange Zeit zur Anwendung kam. Nach zweijähriger Beobachtung erwies sich die behandelten Patienten bei diagnostischer Nachprüfung mit Tuberkulin als geheilt. Auch klinische Erscheinungen der Tuberkulose bestanden nicht mehr. Votr. teilt eingehend seine Technik der Tuberkulinanwendung mit.

SCHNEIDER (Görbersdorf): **Die prognostische Bedeutung des Pulses bei chronischer Lungentuberkulose.**

Votr. hat das Schicksal einer sehr großen Anzahl der Patienten der WEICKERSchen Lungenheilstätte 4 Jahre lang verfolgt und dasselbe mit den zeitigen Aufzeichnungen über die Pulsfrequenz während der Anstaltsbehandlung verglichen. Dabei ist er zu dem Resultat gelangt, daß eine starke Pulsbeschleunigung, d. h. über 100 in der Minute, eine schlechte Prognose bietet.

WASSERMANN (Meran): **Zur Kenntnis der Lungentuberkulose.**

In 32 Fällen hat Votr. bei Phthisikern eine neue Methode der Atemgymnastik angewendet, indem er dieselbe durch eine ganz dünne Öffnung forciert inspirieren und durch den Mund frei wieder ausatmen ließ, zu dem Zwecke, eine passive Hyperämie zu erzeugen, welche der Anämie tuberkulös erkrankter Lungenteile begegnen soll. Es ist niemals eine Hämoptoe eingetreten, welche nur bei maximaler Lungenausweitung eintreten könnte.

Freymuth sen. (Danzig) empfiehlt den Versuch der internen Anwendung des Tuberkulin auch zu therapeutischen Zwecken.

Nournay (Mettmann) hat die interne Tuberkulinanwendung in kleinen Dosen zwar auch wirksam gefunden, sie wird aber oft schlecht vertragen.

Pauli (Posen) wünscht, daß die Kliniker sich wieder dem Tuberkulin zuwenden mögen.

Reiss (Heidelberg) hat in Übereinstimmung mit den NAEGELISchen Leichenbefunden den negativen Ausfall der diagnostischen Tuberkulininjektion immer nur bei Personen unter 22 Jahren gefunden.

Abteilung für Augenheilkunde.

M. BONDI (Iglau): **Über Schule und Auge.**

B. teilt die Ergebnisse einer Schuluntersuchung, welche zehntausend Schüleraugen (Volks-, Bürger-, Realschule, Gymnasium) betraf, mit. Die Untersuchung erstreckte sich auf Bestimmung der Sehschärfe, Refraktion, Akkommodation, Farbensinn, Augenspiegelbefund, Verhältnisse der Pupille, Farbe der Regenbogenhaut und Maße der Augenhöhle (Orbitalindex). Während die größte Zahl der bisherigen Untersuchungen hauptsächlich die Frage der Kurzsichtigkeit, ihres Anstiegens von Klasse zu Klasse, sowie des Anstiegens des Grades in den Vordergrund stellte, unterscheiden sich BONDIS Untersuchungen namentlich dadurch, daß er die Frage der absoluten Sehschärfe in erster Linie berücksichtigte. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen sich kurz zusammenfassen:

Die Zahl der Kurzsichtigen steigt von der untersten Schulgruppe (Volksschule) mit 4% zur II. Schulgruppe (Bürgerschule, Unterrealschule, Untergymnasium) mit 12% und von dieser zur III. Schulgruppe (Oberrealschule, Oberrealschule) mit 27% an. Der Grad der Kurzsichtigkeit nimmt ebenfalls von den unteren zu den höheren Klassen zu, jedoch übersteigt die „Schulkurzsichtigkeit“ in der Regel nicht höhere Grade als 4—6 Dioptrien. Ausnahmsweise fanden sich auch höhere, 10 Dioptrien überschreitende Myopien, doch wurden dieselben ausschließlich bei Schülern unter 14 Jahren, also bei solchen, welche verhältnismäßig noch nicht allzuviel Schulunterricht genossen hatten, beobachtet. Diese Myopien wurden in die Schule mitgebracht. Ein Übergang der Schulkurzsichtigkeit in die deletäre Form war nicht zu konstatieren.

Die absolute Sehschärfe betrug in der I. Schulgruppe 79%, in der II. Schulgruppe 84%, in der III. Schulgruppe 90%. In den einzelnen Schulgruppen stieg gleichzeitig mit der Zunahme der Kurzsichtigkeit auch die absolute Sehschärfe. Die Sehschärfe der Kurzsichtigen war eine normale in der I. Schulgruppe in 78%, II. Schulgruppe in 85%, III. Schulgruppe in 95%.

Es stieg somit nicht nur die absolute Sehschärfe im allgemeinen, sondern insbesondere auch die absolute Sehschärfe der Kurzsichtigen im speziellen.

Die Untersuchung des Farbensinnes ergab in 4% aller Fälle Farbenblindheit (Rotgrünblindheit).

Ungleichheit der Pupillen ohne sonstige Störungen in der Akkommodation und Refraktion des Auges bestand in 2%.

Ungleiche Augenpaare hatten 18% aller Schüler.

Die Farbe der Regenbogenhaut sowie die Maße der Augenhöhle (Orbitalindex) ergaben kein gesetzmäßiges Verhalten.

Cilio-retinale Gefäße wurden in 5%, Konus in 4%, Reste der Membrana pupillaris persequens in 0.2%, Bindehautfollikel in normaler Konjunktiva in 12% angetroffen. (Wird in extenso in „Wiener Klinik“ erscheinen.)

Notizen.

Wien, 24. September 1904.

(Naturforscher-Versammlung.) Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte war diesmal in Breslau zu Gast. Wo immer diese Wanderversammlung, die auf eine ruhmreiche, fast ein Säkulum umfassende Geschichte zurückblickt, tagen mag, sie ist gewiß, eine große Zahl hervorragender Männer der Wissenschaft und solcher, die es werden wollen, für eine kurze Woche zu wissenschaftlicher Arbeit und zwanglosem Beisammensein zu vereinen. Auch das diesjährige „Erntefest der Naturforscher“ darf einen vollen Erfolg verzeichnen. Das reichhaltige Programm — reich an Arbeit und Erholung — wurde vollständig absolviert, in allgemeinen und Gruppenversammlungen, vor allem aber in den intimeren „Abteilungen“ redlich gearbeitet. Zeuge dessen die eingehenden Berichte über die Verhandlungen des Naturforschertages,

deren erstem wir einen großen Teil der vorliegenden Nummer gewidmet haben. — Von österreichisch-ungarischen Ärzten hatten sich an der Oder u. A. eingefunden: v. EISELSBERG, WERTHEIM, KOLISKO, HABERDA, EHRMANN, ZAPPERT, HAJEK, RÉTHI, ALEXANDER, V. HAMMERSCHLAG, H. FREY, NEUBURGER, HOCHSINGER, C. STERNBERG, J. HALBAN, S. WEISS, HITSCHMANN, HAMBURGER, v. HOVORKA, A. JOLLES, N. SWOBODA, A. FUCHS, v. PIRQUET, HOLZKNECHT, TRAUNER, SCHÜLLER, E. STRANSKY, HABN, FELLNER (Wien); CHIARI, FRANQUÉ, A. PICK, F. PICK, FISCHER (Prag); KRATTER (Graz), IPSEN, MERK (Innsbruck), MAYRHOFER (Linz), SICKINGER (Brünn), BONDI (Iglau), WACHHOLZ (Krakau), J. SCHREIBER (Meran), M. ZERKENDÖRFER (Marienbad), KUMPF (Karlsbad), NENADOVICS (Franzensbad), v. BOKAI, TUSZKAI, ROTH-SCHULZ (Budapest), E. WEISS (Pistyan). — Die nächstjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird auf österreichischem Boden, in Meran, unter der Ägide der Innsbrucker Universität tagen.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdozent für Anatomie Dr. E. FISCHER und der Bakteriologe Dr. M. SCHLEGEL in Freiburg i. B. haben den Professoritel erhalten. — Der Privatdozent für chirurgische Pathologie und Verbandlehre in Moskau Dr. MARTINOW ist zum Professor in Charkow ernannt worden. — Der Professor an der John Hopkins-University in Baltimore Doktor W. OSLER ist an Stelle des Sir JOHN BURDON SANDERSON zum Professor der Medizin, Dr. VAN LEEBSUM zum Professor der Pharmakologie in Amsterdam ernannt worden.

(Auszeichnungen.) Dem Primararzte des Kaiser Franz Josef-Krankenhauses in Karlsbad Dr. FRANZ FINK, dem praktischen Arzte und Direktor des Fremdenhospitals daselbst Dr. A. HERRMANN, ferner den praktischen Ärzten in Marienbad Dr. ALOIS GRIMM und Dr. ED. OPITZ ist das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, dem praktischen Arzte und Stadtrate in Karlsbad Dr. JOH. PLESCHNER der Titel eines kaiserlichen Rates verliehen worden.

(Die Universitätskliniken in Lemberg.) Wir haben vor mehreren Monaten gemeldet, daß zwischen dem galizischen Landesauschusse und dem Unterrichtsministerium ein Konflikt wegen der Berechnung der Auslagen für die Erhaltung der medizinischen Kliniken an der Lemberger Universität bestehe. Der Konflikt schien bereits beigelegt. Nun meldet die politische Zeitung „Dziennik Polski“, daß die Wiedereröffnung der Kliniken und klinischen Institute in Lemberg nicht rechtzeitig werde erfolgen können, da die erwähnten Differenzen noch immer nicht beseitigt sind.

(Der Arzt als Gewerbe-Inspektor.) Die württembergische Regierung beabsichtigt, eine Stelle im Gewerbeaufsichtsdienste mit einem Arzte zu besetzen. Damit ist der sozialhygienischen Forderung Rechnung getragen, ein Amt, das berufen ist, die Gesundheit des Staatsbürgers zu schützen, Erkrankungen hintanzuhalten und hygienische Einrichtungen in ihrem Verhältnisse zur menschlichen Gesundheit zu begutachten, einem Arzte anzuvertrauen. Niemand ist wohl so sehr berufen, die segensreichen Aufgaben eines Gewerbe-Inspektors auszuführen, wie der Arzt, und kein anderer wird eine solche Stellung in so hohem Maße auszufüllen vermögen, wie gerade der Arzt, Kraft seines Bildungsganges und seiner Erfahrung, entsprechend seinen Bestrebungen für die Erhaltung der menschlichen Gesundheit.

(Die russischen Kriegsverwundeten.) Ein ungefähres Bild von der ungeheueren Zahl der russischen Verwundeten im japanisch-russischen Kriege entwirft folgende Notiz der „St. Petersburger med. Wochenschr.“: Der Kommandierende der Mandschurischen Armee hat den Tagesblättern zufolge den Kriegsminister davon benachrichtigt, daß sämtliche Heilanstalten der aktiven Armee mit Kranken und Verwundeten überfüllt seien, und um die Anordnung gebeten, daß die Irkutsker Evakuationskommission von den nach Charbin gebrachten Kranken mindestens 2000 jeden Monat übernehme. Außerdem seien aber auch außerordentliche Anordnungen für die Weiterbeförderung von Kranken und Verwundeten mit den Sanitätszügen nach Moskau usw. notwendig. Infolgedessen hat der Generalstab die Anordnung getroffen, daß auf dem Moskauer Sammelpunkte jede Woche zwei Sanitätszüge eintreffen.

(Die mährische Ärztekammer) hat bezüglich der in Tageszeitungen bedauerlicherweise wiederholt auftauchenden ver-

leumderischen, anonymen Artikel von Ärzten über Ärzte folgende Resolution gefaßt: „Die mährische Kammer verurteilt die in politischen Blättern anonym von Ärzten gegen Ärzte gebrachten abfälligen oder verleumderischen Artikel auf das schärfste und spricht ihr tiefstes Bedauern aus, daß ihr keine Mittel zu Gebote stehen, gegen ein solches, den ganzen Stand schädigendes Vorgehen wirksam einzuschreiten.“

(Statistik.) Vom 11. bis inklusive 17. September 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6777 Personen behandelt. Hiervon wurden 1408 entlassen, 159 sind gestorben (10 1/2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 73, ägypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 16, Scharlach 41, Masern 27, Keuchhusten 13, Rotlauf 43, Wochenbettfieber 7, Röteln 1, Mumps 5, Influenza —, Botz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 530 Personen gestorben (— 12 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Březniz Dr. JOSEF KOMORUS; in Hainpach Dr. HEINRICH ZACKE; in Obervellach Dr. JOHANN KOLLER; in Nikolsburg der Direktor des dortigen Giselaspitals Dr. JOHANN STUMVOLL; in Vigo Rendena der Gemeindecart Dr. ALBINO ZATTELI; in Paris der frühere Präsident der dortigen ophthalmologischen Gesellschaft Dr. LADISLAUS H. GORECKI, im Alter von 59 Jahren; er war durch viele Jahre Redakteur der Zeitschrift „Le Practicien“.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

F. Mraček, Atlas der Hautkrankheiten. 2. Aufl. Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. 5. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 16.—. Salzwedel, Handbuch der Krankenpflege. 8. Aufl. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört
Mattonis Giesshübler
wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Säuerlingen.
Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Granules de Catillon
à 1 milligr. Titrirten Extractes von
STROPHANTUS
Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 3-4 per Tag, eine rapide Diuresis, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.
Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.
Granules de Catillon
A 0.0001 CRISTALLIS. STROPHANTINE HERETONICUM Nicht Diuretisch
Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON,
Preis der Académie de Médecine de Paris für "Strophantus und Strophantine" Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3, Boulevard Saint-Martin.
VERTRETUNG F. ÖSTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & E. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1, Karolenterrig 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K.; Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk.; Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk.; Wiener Klinik separat: Inland: Jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die sepalrige 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Zur mechanischen Behandlung der Ödeme. Von Prof. Dr. KARL COLOMBO, Dozent der physikalischen Therapie an der königl. Universität zu Rom, Direktor des Zentral-Institutes für physikalische Therapie daselbst. — Zur Kenntnis des Gonosans. Von Dr. JAKOB BRONISLAUS SOKAL in Lemberg. — **Referate.** W. ERB (Heidelberg): Syphilis und Tabes. — H. RIBBERT (Göttingen): Über das Gefäßsystem und die Heilbarkeit der Geschwülste. — SIKEMIER (Amsterdam): Beitrag zur Kenntnis der Desinfektion der Haut. — E. TAVEL (Basel): Bakteriologisches und Klinisches über Vioform. — J. BURNET (Edinburgh): Zur Behandlung der Ischias unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Ichthyolvasogen. — O. DOUMER: Radiotherapie bei Magentumoren. — RICARD (Paris): Über die Resultate der Gastro-Enterostomie bei Ulcera ventriculi. — BETTMANN (Heidelberg): Zur Therapie der akuten Gonorrhöe. — MANTOUX: Die Temperatur des Urins bei Tuberkulösen. — **Kleine Mitteilungen.** Händedesinfektion. — Behandlung der kruppösen Pneumonie. — Ein neues Verfahren, um Instillationen bei Prostatikern vorzunehmen. — Harndesinfizienz. — Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat. — Styptisinwatte. — Behandlung von subakuter Metritis und Adnexerkrankungen. — Phosphorbehandlung gewisser Krampfformen bei Kindern. — Behandlung der akuten Nephritis. — Yeronal. — Darstellung und Anwendung konsistenter Spiritusseifen. — Behandlung der Dyspepsien. — **Literarische Anzeigen.** Die Einrichtungen zur Erzeugung von Röntgenstrahlen. Von Dr. B. DONATH. — Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Von Prof. AD. CZERNY und Dr. A. KELLER. — Die sympathische Ophthalmie als Metastase. Von Dr. PAUL RÖSNER, Würzburg. — Sexuelle Verirrungen. — Sadismus und Masochismus. Von Dr. E. LAURENT. Autorisierte deutsche Ausgabe von DOLOROSA. — **Feuilleton.** Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte II. (Orig.-Korresp.) — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) I. — Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) II. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 mechanischen Behandlung der Ödeme.

Von **Prof. Dr. Karl Colombo**, Dozent der physikalischen Therapie an der kgl. Universität zu Rom, Direktor des Zentral-Institutes für physikalische Therapie daselbst.

Unter den verschiedenen Mitteln, über welche die ärztliche Kunst für die Behandlung der Ödeme verfügt, ist ohne Zweifel die **Massage** als das wirksamste, das praktischeste und das leichteste an jeder Stelle und unter allen Umständen anerkannt.

Wenn aber auch alle Autoren in der Empfehlung der **Massage** bei der Behandlung der Ödeme, besonders der Ödeme an den Extremitäten, übereinstimmen, so beschäftigt sich doch keiner mit der Art und Weise, sie auszuüben; und wenn einer hierüber eine Andeutung gibt, so tut er dies in einer so unvollständigen, sich widersprechenden und irrigen Weise, daß man sehr wohl behaupten kann, es gebe noch keine feststehende Technik für die **Massage** der Ödeme.

Wir veröffentlichen diese Bemerkungen in der Absicht, diese Lücke auszufüllen, schlagen eine organische und ausführliche Technik vor, die das Resultat einer rationalen Koordination der wenigen sich nicht widersprechenden Andeutungen, welche wir hier und da bei den Autoren vorfinden, mit unseren persönlichen Beobachtungen ist, welche wir während einer ausgedehnten und nicht kurzen Erfahrung gesammelt haben.

Die **Massage** der Ödeme besteht wesentlich aus **Handgriffen**, die zur Gruppe der sogenannten **Druckmanöver** gehören und die wir „**armbandförmige Drückung**“

und „**zeitliche, ausdrückende Bandage**“ nennen werden.

Der **armbandförmige Druck** ist ein **Manöver**, dazu bestimmt, auf voluminöse und nicht allzu harte Ödeme einzuwirken, welche ihren Sitz an den Gliedmaßen haben und besonders an den unteren Extremitäten vom Knie bis zum Fuß. Die seröse Flüssigkeit, die sich in den Geweben befindet, wird aus dem Netz der Zellelemente herausgedrückt und in die Zwischenräume des Bindegewebes gedrängt, wo sie in die Lymphgefäße und in die Venen mündet und so zum allgemeinen Kreislauf wiederkehrt. Um diesen Zweck zu erreichen, stützt der Operateur das ödematöse Glied auf eine besondere Unterlage in der Höhe des Ellenbogens, wenn es sich um die untere handelt, dann ergreift er die betreffende Extremität mit einer oder mit beiden Händen, je nachdem sie voluminös ist, umfaßt mit der Volarfläche der Hand und der Finger ein Segment der Extremität, das der Wurzel am nächsten ist, und nachdem er so jenen Teil mit der Hand oder mit den Händen wie in einen Ring geschlossen hat, übt er einen allmählich anwachsenden Druck aus, unter dem das Ödem nachläßt, bis sich eine ziemlich tiefe kreisrunde Furche gebildet hat. Dieses Resultat wird im Durchschnitt bei einem Druck von 30—40 Sekunden Dauer erreicht.

Danach werden die Hand oder die Hände ein wenig weiter nach unten geschoben, indem sie mit diesem lebenden Ringe ein unmittelbar unter dem vorher zusammengepreßten stehendes Segment derart umfassen, daß die obere Grenze dieses Segments der unteren Grenze der Furche, die durch den vorhergehenden Druck gebildet wurde, entspricht. Alsdann beobachten wir, daß die in diesem zweiten Segment befindliche Flüssigkeit unter dem Druck nachgebend sich nicht nach

unten verschiebt, wo die bereits stark angefüllten Gewebe ihr einen großen Widerstand entgegensetzen, sondern daß sie sich oben ansammelt, indem sie in die dem oberen Segmente entsprechende Furche eindringt und die bereits durch den vorhergehenden Druck freigemachten Räume des Bindenetzes einnimmt. Deshalb wird auch am Ende der zweiten Drückung die erste Furche weniger tief erscheinen als die durch den zweiten Druck gebildete, während sie sich weniger hart anfühlt, als vor der Pression.

Auf diese Weise schreitet man zur Behandlung eines dritten, tiefer liegenden Segments, dann eines vierten usw. bis ans äußerste Ende der Extremität.

Am Ende der Operation können wir feststellen, daß die Haut der Extremität ihre Spannung verloren hat, das Ödem weniger hart geworden ist, die Gewebe nachgiebiger sind und der größte Umfang der Extremität um $\frac{1}{2}$ —1 cm kleiner geworden ist.

Hierbei angelangt, fängt man mit der ganzen Operation von vorn an, d. h. man fängt beim ersten Segment in der Nähe der Wurzel der Extremität an, schreitet dann von Segment zu Segment nach unten vor, ganz in derselben Weise, wie wir sie weiter oben beschrieben haben.

Diese Wiederholung des Manövers wird leichter und viel wirksamer ausfallen, da ein Teil der Flüssigkeit bereits in den Kreislauf aufgenommen ist. Schon nach 15—20 Sekunden Druck bildet sich in jedem Segment eine tiefe Furche und nach Beendigung der Manipulation zeigen sich bereits die Venen unter der Haut.

Eine neue Wiederholung des Manövers vervollständigt die Operation, nach der die Extremität ein fast normales Aussehen hat und das Maß des größten Umfangs des betreffenden Gliedes eine Verminderung um 3—4 und mehr Zentimeter aufweist.

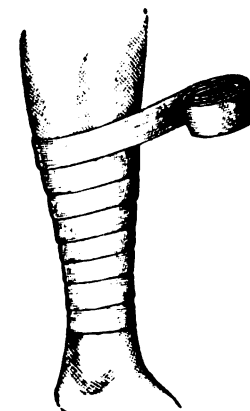
Hier scheint es mir angebracht, zu bemerken, daß die Massagemanipulationen, die LUCAS-CHAMPIONNIÈRE in seinem klassischen Buche¹⁾ unter dem Namen Drückungen kennzeichnet — sie als Grundlage für seine Heilmethode der frischen Brüche setzend — nichts gemein haben mit dem Druckmanöver, mit dem wir uns beschäftigen. Es genügt, mit einiger Aufmerksamkeit die Beschreibung zu lesen, die er von seinen Drückungen gibt, um in ihnen die gewöhnliche Effleurage zu erkennen. Genauer gesagt, die longitudinalen Drückungen des LUCAS-CHAMPIONNIÈRE entsprechen der Effleurage mit den Fingerspitzen und seine armbandförmigen Drückungen sind nichts anderes als eine Effleurage mit der vollen Hand. Abgesehen also von dem sehr großen Verdienst, als erster mit einer alten Tradition gebrochen zu haben, indem er in die Praxis die Behandlung der frischen Brüche mit Massage einführte, hat LUCAS-CHAMPIONNIÈRE keine Neuerung in der Technik der Massage selbst getan, da er sich darauf beschränkte, in wenig angebrachter Weise eine der fundamentalen Manipulationen der klassischen Massotherapie zu ändern.

In den tatsächlich nicht allzuhäufigen Fällen, in denen das Ödem sehr hart ist und nicht von einer interstitiellen Infiltration, sondern von einer interzellularen Durchtränkung gebildet wird, genügen die armbandförmigen Drückungen nicht mehr, um deren Aufsaugung zu bewirken. Es ist dann unerlässlich, von energischeren Ausdrückungen Gebrauch zu machen, welche die Menschenhand allein nicht vollbringen kann. Man nimmt dann seine Zuflucht zur zeitlichen ausdrückenden Bandage.

Um dieses Manöver auszuführen, stützt der Operateur vorschriftsmäßig die ödematöse Extremität und, versehen mit einer Binde aus starker Leinwand, 3—5 m lang, 7—8 cm breit und in entsprechender Weise zusammengerollt, zieht er diese fest

¹⁾ LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. Paris 1895, Rueff & Co.

um die betreffende Extremität, indem er von dem Ende nach der Wurzel zu vorgeht, so wie man in der Chirurgie die gewöhnlichen Verbände anzulegen pflegt. Damit die Kompression in allen Punkten gleichförmig sei, müssen die spiralförmigen Einwicklungen der Binde ziegeldachförmig stattfinden, d. h. die obere Hälfte der vorhergehenden Spirale muß von der unteren Hälfte der nächstfolgenden bedeckt werden. Es ist in der Tat bekannt, daß, wenn man ihre Spiralwindungen um eine Achse legen soll, die weder starr noch genau zylindrisch ist, die Binde sich an einer Seite kräuselt, indem sie in jener Hälfte, die ihrem oberen Rande entspricht, etwas lockerer bleibt und in der unteren Hälfte entsprechend fester anzieht.



Daraus folgt, daß auf die ödematöse Extremität eine ungleichmäßige Pression ausgeübt wird, deren Wirkungen auf der Oberfläche dieser Extremität erscheinen, und zwar in Form von Abhebungen und Eindrückungen mit einer spiralförmigen Furche, die den Lauf des ganzen eingedrungenen unteren Randes kennzeichnet.

Diesem unangenehmen Vorfall hilft man in der ange deuteten Weise ab, indem man eben die Binde ziegeldachförmig anlegt; wir müssen jedoch hinzufügen, daß diese ziegeldachförmige Anlage mit nur zur Hälfte bedeckten Spiralschichten in gewissen Fällen nicht genügt. Es wird dann die Ziegeldachform verengert, d. h. die untere Spirale wird von der oberen zu $\frac{2}{3}$, und auch zu $\frac{3}{4}$ bedeckt. Auf diese Weise wird die Ungleichheit in den Kompressionen gleich Null. Nach ca. 50—70 Sek. wird die Binde abgenommen, und nachdem sie zusammengerollt ist, wird die Operation 2-, 3-, 4mal, immer in derselben Weise, wiederholt.

Die Gleichmäßigkeit in der Kompression kann auch mit elastischen Binden erzielt werden, von denen im Handel zwei Varietäten zu finden sind: Eine aus gewöhnlichem elastischen Gewebe aus Kautschukbasis, die andere aus einem besonderen aus Baumwolle und Wolle recht sinnreich hergestellten Kreppgewebe. Diese elastischen Binden haben jedoch ihre Unannehmlichkeiten, die ihre Anwendung wenig praktisch und vorteilhaft machen.

Wir sahen, daß bei dem armbandförmigen Druck die Manipulationen von der Wurzel aus nach dem Ende zu vor sich gehen, während sie bei der zeitlichen ausdrückenden Bandage in entgegengesetzter Richtung stattfinden. Der Grund dieser Verschiedenheit ist folgender:

Die Flüssigkeit, die von der Hand des Masseurs vermittelst armbandförmigen Druckes ausgedrückt wird, verbreitet sich durch die interstitiellen Räume hindurch herum nach allen Richtungen, wo sie eben den kleinsten Widerstand findet. Wenn man dieses Manöver am Ende anfangen wollte (bei den Knöcheln, wenn wir die untere Extremität in Betracht ziehen), würde die Flüssigkeit oben einem starken Hindernisse begegnen, das eben von dem Ödem selbst gebildet wird, welches alle interstitiellen Räume und alle Lymphwege des Unterschenkels bis zum Knie versperert, und sie müßte sich nach unten hin verbreiten, in dieser Richtung noch durch das Gravitationsgesetz begünstigt. Es ist also leicht verständlich, daß auf diese Weise der Zustand des Ödems eher verschlimmert werden würde, anstatt gebessert zu werden. Ganz Anderes ist der Fall bei der zeitlichen ausdrückenden Bandage.

Die enorme Druckkraft, die man mittelst der Binde ausüben kann, überwindet gleich anfangs leicht den Widerstand, den das Ödem ihr von oben entgegensetzt, und später, je weiter die Manöver nach der Wurzel zu fortschreiten, desto weniger

wird die Flüssigkeit oben einen Widerstand finden als nach unten zu, wo die feste Wicklung der Binde geradezu jeden Weg der zentrifugalen Verbreitung ausschließt.

Dies wird um so leichter geschehen, wenn die Bandage auf einige Manöver den armbandförmigen Drückungen folgt und in angemessenen Massagemanipulationen an den weichen Geweben des Oberschenkels eine Vorbereitung gefunden hat.

Keine andere klassische massotherapeutische Manipulation ist imstande, ein ähnliches Resultat hervorzubringen.

Die tiefe Effleurage und die Ausdrückung, die von vielen Masseuren gebraucht werden, sind nicht imstande, allein, wenn auch mit größter Energie vorgenommen, auch nur entfernt vergleichbare Resultate hervorzubringen, und andererseits gibt es wohl niemanden, dem es unbekannt wäre, daß die Vornahme energischer Friktionsmanipulationen an den ödematösen Extremitäten sehr ernste Unannehmlichkeiten hervorrufen kann, unter denen gewiß nicht die letzten die nicht immer ungefährlichen Lösungen der Kontinuität an der so zarten und leicht verletzbaren Haut sind.

Eine leichte Effleurage dagegen wird sehr vorteilhaft sein, um die Wirkung der armbandförmigen Drückungen und der zeitweisen ausdrückenden Bandage zu vervollständigen; sie wird dazu beitragen, die Aufsaugung des Ödems zu erleichtern, indem sie die örtliche Zirkulation bewirkt, und wird die interstitielle Spannung in allen Geweben der Extremität ins Gleichgewicht bringen.

Die Aufsaugung des Ödems wird auch mächtig begünstigt durch energische Knetungen und Ausdrückungen, vorher ausgeführt an den Massen der weichen Gewebe, die sich oberhalb des Ödems befinden, z. B. am Oberschenkel. Diese Manipulationen sind eine Vorbereitung für die Drückungen und haben den Zweck, die Lymphwege (großen Stämme und Ganglien), die sich in der Nähe der Wurzel der Extremitäten befinden, von der Flüssigkeit, deren sie voll sind, auf dem Wege einer spontanen und langsamen Aufsaugung frei zu machen.

Wenn man auf diese Weise das Hindernis entfernt, dann wird nicht nur eine raschere Aufsaugung neuer Materialien unter der Einwirkung der Pressionen bewirkt, sondern es kann auch die in den Lymphwegen des Oberschenkels hervorgebrachte Leere auf den Inhalt ihrer entfernteren Verzweigungen eine Art Aufsaugung ausüben, indem sie dessen Eingang in die allgemeine Zirkulation beschleunigt.

Zur Balneotherapie der Frauenkrankheiten.

Von **Dr. L. Nenadovics** in Franzensbad. *)

Ich habe die Gelegenheit wiederholt ergriffen, die Aufmerksamkeit der geehrten Sektion auf die Franzensbader Moorbäder zu lenken. Diese bilden noch immer den Gegenstand meiner Beobachtungen und Untersuchungen. In einem Moorbade von mitteldicker Konsistenz und bei einer Temperatur von 33—38° C beobachtet man Folgendes: Die Moormasse schmiegt sich plastisch an den Körper an; an der Oberfläche derselben sieht man deutlich die Atmungsbewegungen und den Herzstoß. Der Puls und die Atmungsfrequenz werden vermindert. Die Atmung geschieht nach dem Brusttypus; versucht man es absichtlich, nach dem Bauchtypus zu atmen, so spürt man bald, in welchem Maße der Druck der Moormasse auf den Bauch dies hindert. Diesen Druck empfindet der Körper nicht merklich, falls man sich im Bade ruhig verhält; jedoch bei der kleinsten Bewegung gibt sich derselbe zu erkennen, und zwar am deutlichsten am Damm, an den Waden und am Kreuz.

*) Vorgetragen in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau.

Daß die Atmung in solch einem Vollbade beschränkt wäre, konnte ich an mir nicht beobachten. Bei schwächeren Individuen soll dies der Fall sein. Den Körper umgibt eine angenehme Wärme, hie und da stellt sich ein Juckreiz ein, als wäre auf diese Stellen ein Tröpfelchen Schwefelsäure gespritzt. In den Muskeln treten fibrilläre Zuckungen ein, sogar in den Fingern und im Gesicht, welche doch der Moorbildung nicht ausgesetzt waren. Das Nervensystem wird dermaßen beruhigt, daß sich Schlaf einschleicht. Durch Messungen konstatierte ich, daß die Rektumtemperatur und der Blutdruck sanken. Nach dem Moorbade, und zwar nach einer verhältnismäßig kühleren Abgießung, merkt man deutlich, daß die Haut gerötet ist. Über die Resultate meiner Untersuchungen bezüglich der Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf die Körpertemperatur, den Puls, die Atmung und den Blutdruck habe ich in meinen früheren Abhandlungen¹⁾ berichtet.

Bei dieser Gelegenheit will ich noch Ihre werthe Aufmerksamkeit auf die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf den Stoffwechsel lenken.

Meine Untersuchungen beziehen sich auf 17 Moorbäder mitteldicker Konsistenz von 27° und 31° R und von 15 und 30 Minuten Badedauer; die Beobachtungszeit umfaßte 35 Tage. Der Stoffwechsel wurde nicht auf Stickstoffgleichgewicht eingestellt, da ich über denselben nicht nach absoluten Werten, sondern nach gewissen Harnkoeffizienten urteile. Während der ganzen Zeit nahm ich an Qualität und Quantität fast dieselbe Kost (Nahrung und Getränke). Im folgenden führe ich meine Schlußfolgerungen an; diese beziehen sich nicht auf einzelne Bäder, sondern auf den ganzen Bäderzyklus.

1. Die Harnmenge wird kleiner, trotzdem die Nieren gut arbeiten und trotzdem sich eine Neigung zur Obstipation einstellt. Über die Tätigkeit der Nieren urteile ich aus den Koeffizienten v. KORÁNYIS ($\Delta : Cl Na\%$) und USOFFS (die Zahl der Grammmoleküle der Chloride in 24stündiger Harnmenge).

2. Die Zahl der Grammmoleküle des Harnstoffes in 24stündiger Harnmenge wird allmählich kleiner, die der Achloride ohne den Harnstoff dagegen größer. Dieses Verhältnis bedeutet nach USOFF²⁾, daß die Oxydationsprozesse im Körper herabgesetzt sind.

3. Die Azidität des Harnes wird größer.

4. Die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Phosphors wird größer.

5. Der Koeffizient PÖHLS (N:P) wird bei kühleren Moorbädern kleiner, bei heißeren größer. Dies bedeutet, daß die Nervensubstanz bei heißeren Moorbädern mehr in Anspruch genommen wird.

6. Die absolute Menge des Stickstoffes pro 24 Stunden wird bei kühleren Moorbädern bedeutend größer, bei heißeren Moorbädern dagegen kleiner.

Aus diesen Schlußfolgerungen geht hervor, daß die Franzensbader Moorbäder die Oxydationsprozesse im Körper herabsetzen, die Nervensubstanz in Anspruch nehmen und schließlich, daß die kühleren Moorbäder hauptsächlich die Muskelsubstanz, die heißeren dagegen hauptsächlich die Nervensubstanz angreifen. Überraschendes an

¹⁾ Die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad. („Wiener Med. Presse“, 1902.) — Über die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf die physiologischen Vorgänge des menschlichen Organismus. („Allg. Wiener med. Ztg.“, 1902.) — Zur wissenschaftlichen Verordnungsfrage der Franzensbader Moorbäder bei Frauenkrankheiten. („Therapeutische Monatshefte“, Februar 1903.) — Über die Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf die physiologischen Vorgänge des menschlichen Organismus. Bemerkungen auf die Entgegnung des Dr. FELLNER (Budapest 1903).

²⁾ P. USOFF, Krioskopie des Harnes. VIII. Pyrogoßscher Kongreß, Lfg. 6 (russisch).

diesen Beobachtungen ist nur die Tatsache, daß die Franzensbader Moorbäder die Oxydationsprozesse herabsetzen. So viele Ärzte über Moorbäder, u. zw. nicht nur über Franzensbader, sondern auch über solche anderen Ursprungs geschrieben haben, so viele wiederholten die Behauptung, daß die Moorbäder den Stoffwechsel steigern. Gegen diese Behauptung habe ich nur Eines einzuwenden, nämlich, daß noch niemand von Ihnen Untersuchungen angestellt hatte, um dieselbe experimentell zu ergründen. Als ich in einem meiner früheren Vorträge als erster die Behauptung aufstellte, daß der Blutdruck im Franzensbader Moorbade sinkt, wurde ich angefochten, und doch wurde später diese Tatsache auch für andere Moorbäder durch Dr. LÖBEL³⁾, STIFLER und FOSS erwiesen. Ich bin überzeugt, daß es mir mit der Behauptung über den Stoffwechsel ebenso ergehen wird. Um das ganze Bild der Wirkung der Franzensbader Moorbäder auf die physiologischen Vorgänge des menschlichen Organismus zu veranschaulichen, will ich aus meinen früheren Untersuchungen nochmals die Tatsachen wiederholen, daß im Franzensbader Moorbade bis 38° C die innere Körpertemperatur sinkt, der Puls und die Atmung ruhiger werden und der Blutdruck herabgesetzt wird. Somit stelle ich auf Grund meiner Untersuchungen die Tatsache fest, daß die primäre Wirkung der Franzensbader Moorbäder bis 38° C in der Herabsetzung der Funktionen des Organismus besteht. In den Moorbädern von 38½° C und aufwärts habe ich eine Beschleunigung des Pulses und der Atmung, Herzklopfen, Herzbeklemmung, Schwitzen und Erregung beobachtet. Ärzte, welche in den Kurorten Südrußlands mit so hohen und noch höheren Temperaturgraden arbeiten, haben außer den genannten Erscheinungen noch eine Steigerung der Körpertemperatur, des Blutdrucks und des Stoffwechsels konstatiert. Somit besteht die primäre Wirkung der Moorbäder über 38½° C in einer Steigerung der Funktionen. Ich habe bereits in meiner ersten Abhandlung über die Behandlung der Frauenkrankheiten in Franzensbad darauf aufmerksam gemacht, daß man zwei Methoden der Moorbehandlung unterscheiden soll: die mit Schwitzen und die ohne Schwitzen. Ich bin nun in der Lage, darauf hinzuweisen, daß eine solche Einteilung auch dadurch begründet erscheint, daß zwischen diesen zwei Methoden nicht nur ein quantitativer, sondern auch ein qualitativer Unterschied in Bezug auf ihre Wirkung besteht.

Indem ich als Grenze zwischen den genannten zwei Methoden einen gewissen Temperaturgrad genannt habe, könnte es den Anschein erwecken, als schriebe ich die Wirkung bei den beiden Methoden hauptsächlich der Temperatur zu. Um diesen Anschein zu vermeiden, muß ich Folgendes bemerken: Es ist leicht, bei der Schwitzmethode alle beobachteten Erscheinungen aus der Wirkung der hohen Temperatur der Bäder herzuleiten; ebenso lassen sich auch bei der Methode ohne Schwitzen manche Erscheinungen durch die Wirkung der Temperatur erklären. Ich bin jedoch nicht imstande, auch die Herabsetzung der Oxydationsprozesse durch die Temperaturwirkung der Bäder zu erklären. In Anbetracht der durch Dr. SAUBERMANN⁴⁾ (Berlin) nachgewiesenen Radioaktivität des Franzensbader Moores kann ich mich nicht der Vermutung verschließen, daß vielleicht dieser radioaktiven Wirkung die Herabsetzung des Stoffwechsels zuzuschreiben ist? Ich betone noch, daß die Herabsetzung der Oxydationsprozesse nur für die Franzensbader Moorbäder bis 38° C bewiesen ist, dagegen eine Steigerung der Funktionen bei Temperaturgraden über 38° C für alle Moorarten gilt.

Wenn man sagt, die Moorbäder beschleunigen den Puls (die Blutzirkulation), erhöhen den Blutdruck und steigern

den Stoffwechsel, so wird sowohl dem großen Publikum als auch vielen Ärzten ohne weiteres einleuchten, daß solch eine Badekur nützlich sein kann; so innig ist eben der Begriff vom „Nützlichen“ mit dem Begriff von „Steigerung“, vom „Plus“ beim Publikum und auch bei den Ärzten zusammengeschmolzen. Es ist nicht so leicht, jemandem verständlich zu machen, wie eine Badekur nützlich sein kann, welche im Sinne der Herabsetzung, des Minus wirkt. Franzensbader Moorbäder haben sich durch ein Jahrhundert als ein eminent wirksames Heilmittel gegen mancherlei Frauenkrankheiten erwiesen. Infolgedessen erscheint der deduktive Schluß: weil diese Moorbäder im Sinne der Herabsetzung wirken, können sie nicht nützlich, heilend sein, ganz und gar ausgeschlossen, weil er durch die Praxis und Erfahrung im voraus widerlegt wird. Es bleibt uns vielmehr auf Grund dieser Erfahrung zu konstatieren, daß, wiewohl es auch weniger einleuchtend erscheint, auch eine solche Badekur nützlich sein kann, welche im Sinne der Herabsetzung wirkt.

Ich will den Versuch wagen, eine Erklärung zu geben, in welcher Weise eine solche Badekur heilwirkend eingreift. Ich stelle zuerst die Frage auf, welche Änderungen der physiologischen Funktionen des Organismus man vom therapeutischen Standpunkte für nützlich betrachten soll? Welche Krankheitsform immer wir ins Auge fassen, für eine erfolgreiche Balneotherapie sind folgende Bedingungen notwendig: Die Veränderung des Volums und der Blutfülle, der Zusammensetzung des Blutes und die der osmotischen Verhältnisse im Körper, somit die Veränderung der physikalischen, chemischen und osmotischen Lebensbedingungen der Gewebe. Die Zusammensetzung des Blutes und die osmotischen Verhältnisse hängen vom Stoffwechsel ab und der letztere sowie auch die Verteilung des Blutes im Körper hängen wieder von der allgemeinen Beeinflussung des Nerven- und Blutkreislaufsystems ab. Alle die genannten Veränderungen werden durch jeden balneotherapeutischen Eingriff hervorgerufen.

Der große Wert der Balneotherapie der Frauenkrankheiten erscheint durch den Umstand begründet, daß kein anderes Heilverfahren zu gleicher Zeit die allgemeine und die lokale Beeinflussung dermaßen umfaßt wie eben die Balneotherapie. Ich habe mich bereits in einer früheren Abhandlung dahin geäußert, daß für den Heileffekt nur die Veränderung der physiologischen Funktionen ausschlaggebend ist.

Diesen Gedankengang will ich nun dahin erweitern, daß nicht jede Veränderung für jeden Fall paßt. Solange man in der Moorbehandlung verschiedener Kurorte nur einen quantitativen Unterschied der Wirkung annahm, konnte man sich begnügen, dem Zustande der lokalen Erkrankung gemäß eine schwächere oder eine stärkere Behandlung vorzuschreiben. Das „schwächere“ deckte sich mit „kühleren, flüssigeren und kürzer dauernden“ Moorbädern, das „stärkere“ dagegen mit „heißeren, dickeren und länger dauernden“ Moorbädern. Nachdem ich jedoch nicht nur auf den quantitativen, sondern auch auf den qualitativen Unterschied in der Wirkung der Schwitz- und Nichtschwitzmethode der Moorbehandlung hingewiesen habe, müssen wir bei der Verordnung der Moorbadekur künftig nicht nur auf den lokalen Prozeß, sondern in gleichem Maße auch auf das Allgemeinbefinden, speziell auf den Stoffwechsel der Kranken Rücksicht nehmen. Ist bei einer Kranken der Stoffwechsel herabgesetzt und befindet sich das Nervensystem in zufriedenstellendem Zustande, so kann man bei derselben eine energisch eingreifende Schwitzmethode anwenden, wobei die primäre Reaktion im Sinne der Steigerung der physiologischen Funktionen sich einstellt. Haben wir es dagegen mit einer Kranken zu tun, bei welcher der Stoffwechsel hoch steht, die Erregbarkeit des Nervensystems potenziert erscheint und eine Abmagerung oder Erschöpfung des Organismus vorhanden ist, so müssen wir zu der Methode ohne Schwitzen greifen, bei welcher die primäre

³⁾ Dr. A. LÖBEL, Die blutdruckreduzierenden Werte der Moorbäder. „Deutsche med. Ztg.“, 1903.

⁴⁾ „Illustriertes Badeblatt“, 1904, Nr. 21.

Reaktion im Sinne der Herabsetzung sich einstellt. Eine auf das höchste gespannte Saite darf man nicht noch weiter anspannen, weil sie leicht reißen kann. Einem abgeschwächten, erschöpften, kampfmüden Organismus müssen wir Ruhe verschaffen, um ihm Gelegenheit zu bieten, während dieser Ruhe Energie und Lebenskraft zu sammeln. Die Moorbäder ohne Schwitzen, speziell die Franzensbader Moorbadekur gewährt dem kranken Organismus diese Ruhe. Ich kann mich nicht enthalten, den Vergleich zu wagen zwischen dieser Wirkung der Franzensbader Moorbäder und der Wirkung des Morphiums, wie sie O. ROSENBACH⁵⁾ in so hochinteressanter Weise dargetan hat.

Wie da, so dort wird die äußere Arbeit vermindert (die physiologischen Vorgänge herabgesetzt) und dem Organismus Gelegenheit geboten, die innere, nicht sichtbare, chemisch-osmotische Arbeit in den Zellen zu verrichten, welche zur Sammlung der Energievorräte dient.

Wer es eben verstehen will, wie die Moorbäder ohne Schwitzen durch die Herabsetzung der physiologischen Funktionen des Körpers heilwirkend eingreifen können, möge sich der angenehmen Mühe unterziehen, die lehrreichen Auseinandersetzungen O. ROSENBACHS durchzulesen.

Wie wir gesehen haben, stellt sich bei der Schwitzmethode die primäre Reaktion als Steigerung der physiologischen Vorgänge ein. Nicht ein jeder Organismus ist dieser Aufgabe gewachsen, und eben weil man im voraus nie bestimmen kann, ob der Organismus diese Kurmethode ohne Schaden vertragen werde, erscheint die Therapie mit Überhitzung des Körpers immer riskant. Dagegen setzt die Methode ohne Schwitzen den Organismus gar keiner Gefahr aus. Ich führte bereits in meiner ersten Arbeit an, daß die Franzensbader Kur im allgemeinen in einer schonenden Behandlung besteht. Um diesen Gedankengang weiter zu entwickeln und dem Versuche eines Kollegen, das Schlagwort „Die Moorbäder als Schonungsmethode“ in die Welt zu posaunen, entgegenzutreten, will ich noch Folgendes zufügen: Die Bezeichnung „schonend“ ist nur bei dem Vergleiche der zwei Moorbildungsmethoden zu gebrauchen, um eben den Unterschied zwischen Schwitzmethode und der Methode ohne Schwitzen zu charakterisieren und zu betonen.

Die Therapie hat jedoch nicht die Aufgabe, um jeden Preis schonend vorzugehen. Wir müssen in jedem Falle heilend einwirken und zu diesem Zwecke in einem Falle „schonend“, in einem anderen Falle jedoch „nicht schonend“ eingreifen. Ich habe vorher ausführlich bezeichnet, in welchem Falle die „schonende“ Moormethode ohne Schwitzen und in welchem wieder die „nicht schonende“, sondern energisch eingreifende Schwitzmethode am Platze ist. Es ist ja klar, daß man nicht schonend vorgehen würde, wenn man eine torpide Kranke mit herabgesetztem Stoffwechsel der depressiven Wirkung der Methode ohne Schwitzen aussetzen möchte. Somit hängt es vom Individuum und nicht von der Methode ab, ob sich diese als „schonend“ oder als „nicht schonend“ (schädlich) erweist. Es ist notwendig, zu individualisieren; und als Richtschnur für eine zielbewußte Individualisierung habe ich angegeben: den Zustand des Nervensystems, den Ernährungszustand, den Kräftevorrat und den Zustand des Stoffwechsels. Bevor ein Arzt seine Patientin einer bestimmten Moorkur unterzieht, sollte er sich über den Zustand des Stoffwechsels bei der Kranken Kenntnis verschaffen; er wird so in jedem Falle „schonend und heilend“ eingreifen können, ob er sich nun für die Schwitzmethode oder für die Methode ohne Schwitzen entscheidet.

Ich kann es nicht verschweigen, daß sich Franzensbad in der günstigen Lage befindet, sowohl über die Methode ohne Schwitzen als auch über die Schwitzmethode verfügen

zu können. Die Schwitzmethode ist sehr leicht anwendbar, weil bei derselben nur die Temperatur des Bades gesteigert werden braucht; aber nicht ein jeder Kurort kann sich die Methode ohne Schwitzen aneignen. Um durch dieselbe Heilerfolge zu erzielen, muß die Moorart solche spezifische Eigenschaften besitzen, die imstande sind, auch eine Depression der Oxydationsvorgänge des Organismus zu bewirken. Bis heute besitzen erwiesenermaßen diese Eigenschaft nur die Franzensbader Moorbäder.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß auch der örtliche Prozeß ein verschiedenes Verhalten erheischt. Wir kommen nun zu der Frage über die quantitative Dosierung der Moorkur. In dieser Beziehung haben wir für die Schwitzmethode folgende Anhaltspunkte: Die Reaktion steht in geradem Verhältnisse zu der Temperatur und der Dauer des Bades, als auch zu der Oberfläche des Körpers, welche der Einwirkung des Bades ausgesetzt wird. Für die Methode ohne Schwitzen haben meine Untersuchungen folgende Anhaltspunkte gegeben: Die Reaktion steht in geradem Verhältnisse zu der Temperatur und Konsistenz der Moormasse, zu dem Temperaturunterschiede zwischen dem Moor- und dem Reinigungsbade und zu der Körperoberfläche, welche der Einwirkung der Bäder ausgesetzt wird; die Depression des Stoffwechsels und des Blutdrucks für den ganzen Badezyklus steht in geradem Verhältnisse zu der Badedauer. Diese Anhaltspunkte ermöglichen es mir, zwischen 30—40° C die gewünschte Temperatur zu wählen und in jedem Falle eine wissenschaftlich begründete Anwendung einer der beiden Methoden und Dosierung der Moorbäder durchzuführen.

Zur Kenntnis des Gonosans.

Von **Dr. Jakob Bronislaus Sokal** in Lemberg.

Gonosan, das von Boss (Straßburg im Elsaß) in die Gonorrhöetherapie eingeführte neue Mittel, setzt sich aus zwei bewährten Antigonorrhöicis zusammen, nämlich Kawa-Kawa und ostindischem Sandelholzöl. Bekanntlich bereiten die Eingebornen des Polynesischen Archipels aus der Kawawurzel ein Getränk, welches narkotische Wirkungen besitzt und dort die gleiche Rolle spielt wie die Coca in den Gegenden der südamerikanischen Kordilleren. Daneben aber findet die Kawa in ihrer Heimat ausgedehnte Verwendung gegen die in jenen Gegenden häufig auftretende Gonorrhöe. Nach L. LEWIN enthält die Kawawurzel neben zwei indifferenten, kristallisierbaren Stoffen, dem Kawahin und Yangonin, ein wirksames Harzgemisch, das sich in zwei gut charakterisierbare Harze, das α - und β -Harz, zerlegen läßt.

Das α -Kawaharz erzeugt auf den Schleimhäuten eine nachweisbare Herabsetzung der Sensibilität, ebenso auch das β -Kawaharz, nur daß die anästhesierende Wirkung des letzteren weniger stark und kurzdauernder ist.

Beide Harze vereinigt, erzeugen in den Augen von Tieren schon nach 3 Minuten, oft auch früher, eine vollkommene Anästhesie der Kornea und Konjunktiva.

Es ist a priori anzunehmen, daß dieses Harzgemisch auch die Schleimhäute der Harnwege, nachdem es resorbiert und durch die Nieren wieder in Form von Harzsäure ausgeschieden worden ist, insbesondere an der Stelle des uropoetischen Systems, wo eine Entzündung Platz gegriffen hat, anästhetisch macht. Daß diese Erklärung den Tatsachen entspricht, geht aus dem Umstande hervor, daß man aus dem Harn nach Kawagebrauch eine harzige Masse extrahieren kann, welche am Auge des Versuchstieres deutliche Anästhesie erzeugt.

Was die zweite Komponente des Gonosans anbelangt, so sind die spezifischen Eigenschaften des Sandelöles schon seit Jahren bekannt. Erst in letzter Zeit ist in der „Wiener klinisch-therapeutischen Wochenschrift“, 1904, Nr. 13 und 14, eine interessante Arbeit von Dr. SCHNEIDER aus der JOSEPHSchen Poliklinik „Über die interne Behandlung der Gonorrhöe“

⁵⁾ O. ROSENBACH, Ergotherapeutische Betrachtungen über Morphinum als Mittel der Kraftbildung. Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts, Bl. 1.

erschienen. Aus derselben ist zu entnehmen, daß der Autor dem Arrhovin und Hetralin bei der Behandlung der Gonorrhöe jeglichen Wert abspricht, dagegen das Sandelöl als Unterstützungsmittel neben der lokalen Therapie empfiehlt. Meistens trat nach SCHNEIDER eine Besserung der Beschwerden ein, wenn Ol. santali verabreicht wurde. Wir können daraus den Schluß ziehen, daß nur sandelöhlhaltige Präparate bei der Gonorrhöe in Betracht kommen, während andere chemische Körper, die sonst als Antiseptika von einwandfreier Wirkung sind, wie die verschiedenen Formalinpräparate, die Salizylsäure, das Thymol, die Benzoesäure oder eine Kombination beider, der benzoesaure Thymolester, das Hexamethylentetramin oder gar ein Gemisch von Kawaharz mit dem letzteren und andere entschieden versagen, da nur die Harzsäuren von spezifischer Wirkung auf den Tripperprozeß sind und zweitens das Ol. santali nicht zur Resorption gelangt, wenn es nicht in Form von Öl dem Magen einverleibt wird. Nun ist es aber eine unumstößliche Tatsache, daß das gewöhnliche Ol. santali des Handels meist verfälscht ist mit minderwertigen Ölen, so mit Zedernöl, westindischem Sandelöl, Gurjumbalsam, Rizinusöl etc. Hierauf sind die unangenehmen Beschwerden, wie Aufstoßen, Erbrechen, Magenschmerzen, Albuminurie nach Gebrauch des im Handel vorkommenden Sandelöles zurückzuführen. Unterziehen wir das Sandelöl, welches im Gonosan zu 80% enthalten ist, einer genauen chemischen Prüfung, so zeigt sich dasselbe frei von jedem Zusatz. Außerdem enthält es mehr als 96% Santalol, während das Sandelöl des Handels meist nur 80 bis höchstens 90% Satalol aufweist.

Was nun meine Erfahrungen mit Gonosan anbetrifft, so habe ich dasselbe in 21 Fällen angewandt; hiervon hatten 16 Patienten Urethritis gonorrhoeica anterior, 2 Urethritis totalis und 3 Cystitis.

Als Anhänger der exspektativen Behandlung sehe ich in den ersten Tagen von jeder Lokalbehandlung ab und verordne lediglich Balsamika; in letzter Zeit nur Gonosan.

Unter der Einwirkung dieses Mittels nahmen die entzündlichen Erscheinungen rasch ab; auch die stark belästigenden und die Heilung sehr erschwerenden Erektionen wurden ganz zurückgedrängt, ja es machte auf mich den Eindruck, daß selbst Pollutionen durch Gonosan sich unterdrücken lassen. Ich schreibe diese Wirkung des Gonosans dem $\alpha + \beta$ -Kawaharz zu, welches unzweifelhaft auf die Endausbreitungen der Sexualnerven einen lähmenden Einfluß ausübt.

Erst nachdem die schweren entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind, beginne ich mit den üblichen Injektionen, wobei ich aber beständig Gonosan fortnehmen lasse. Die Erfolge, die ich mit dieser kombinierten Behandlung erzielte, waren außerordentlich günstig. Ich muß gestehen, daß es mir bisher noch nicht gelungen ist, auf andere Weise die akute Gonorrhöe so rasch zur Heilung zu bringen. Denn in den 16 Fällen von Tripper der vorderen Harnröhre sah ich schon nach 3 Wochen, in einigen wenigen nach 4 Wochen Heilung eintreten, wobei allerdings die Diätvorschriften von allen streng innegehalten wurden. Irgendwelche Komplikationen sah ich nicht eintreten.

In 2 Fällen von Urethritis totalis und in 3 Fällen von Cystitis wurde der Prozeß durch Gonosan sehr günstig beeinflusst. Der brennende Schmerz beim Urinieren und der starke, quälende Harndrang ließen rasch nach und der trübe, flockige Urin klärte sich schon nach wenigen Tagen.

Von Seiten des Magens wurde das Gonosan gut vertragen. Wenn auch mitunter ein leichtes Aufstoßen sich geltend machte, so klagte doch nicht ein einziger Patient über Beschwerden, wie man sie so oft nach Einnehmen von Sandelöl zu hören bekommt. Was aber von ganz besonderer Wichtigkeit erscheint, das ist die Reizlosigkeit des Gonosans auf die Nieren. Ich habe in sämtlichen Fällen den Urin genau auf Eiweiß und Zylinder untersucht, aber nicht in einem einzigen Falle ergaben sich Anzeichen, welche auf Nierenreizung schließen lassen.

Fasse ich das Gesagte zusammen, so gelange ich zu dem Schlusse, daß das Gonosan gegenwärtig als das beste innere Antigonorrhöikum zu bezeichnen ist, daß Gonosan die Heilung der Gonorrhöe in sehr wirksamer Weise unterstützt, daß es schon allein seiner schmerzlindernden Eigenschaft wegen in jedem Falle von frischer Entzündung der Harnröhre verordnet werden sollte. Auch ist der Preis des Gonosans ein mäßiger.

Referate.

W. ERB (Heidelberg): Syphilis und Tabes.

Für E. und seine Anhänger ist die hervorragende Rolle, welche die Syphilis in der Anamnese und Ätiologie der Tabes spielt, eine längst entschiedene Sache; es gilt gewissermaßen als Rückblick sowie als Fortsetzung und Schluß seiner ganzen Reihe einschlägiger Arbeiten, wenn er dem alten Material 400 neue Tabesfälle aus den letzten 7 Jahren anfügt, wieder durchaus Männer höherer Stände betreffend, bei welchen bloß in 47 der Nachweis der luetischen Infektion nicht gelang. Da von diesen 47 Fällen noch 35 eine geschlechtliche Infektion und damit zumindest den Verdacht auf Syphilis nachweisen lassen, so schrumpft in den Augen des Autors („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 1 u. ff.) die Zahl jener Tabiker, die anamnestisch gar keinen Anhaltspunkt für Lues geben, auf 12, d. i. 3% zusammen. Die von E. unternommene Gegenprobe an denselben Ständen angehörenden Nervenkranken aller Art ergab in der Anamnese 21.5% Infizierte gegenüber 78.5% Nichtinfizierten.

Mit großem Interesse liest sich auch die vom Autor erhobene Tripperstatistik; während von 600 Kranken überhaupt 50% in der Anamnese Gonorrhöe ergaben, zeigte sich bei 50 Tabikern ein Ansteigen dieser Zahl auf 90%. Es wäre aber gefehlt, daraus etwa einen Zusammenhang zwischen Tabes und Gonorrhöe zu erschließen; vielmehr müsse man einfach fragen: Wie viele tripperkranke Tabiker hatten Syphilis und wie viele tripperkranke Nichttabiker? Da ergibt sich für die ersten das Verhältnis 45:40, für die anderen 265:92. Jedenfalls aber ist die häufige Kombination von Tripper und Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes auffallend.

Gegen die in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten angeregte und durchgeführte Art der Statistik, welche zu eruierten sucht, wie viele Luetiker an Tabes erkranken und die Zahlen von 1—5% ergaben, läßt sich nichts einwenden, nur dürfe daraus nicht abgeleitet werden, es sei die Tabes nicht syphilogener Natur, da von keiner Seite die Behauptung aufgestellt wurde, daß die luetische Infektion in jedem Falle Tabes zur Folge habe.

Die Beobachtung tabischer Ehepaare setzt eine neue Seite der gegebenen Frage in bedeutungsvolles Licht. Handelt es sich hierbei doch zumeist um die Infektion aus gleicher Quelle. Sollte es vielleicht eine Form der Syphilis geben, die dem Nervensystem gegenüber ganz besonders deletär wirkt? Die zuzüglichen Beobachtungen sind interessant genug.

E. mißt seiner Statistik eine um so höhere Bedeutung bei, als bisnun die Forschungen der Histopathologie nicht entscheiden konnten, ob die tabischen Veränderungen des Rückenmarkes wirklich syphilitischer Natur seien oder nicht, immerhin aber seien die neuen Befunde einer ausgesprochenen Leukozytose der Zerebrospinalflüssigkeit vielleicht im Sinne einer Syphilose der Meningen zu deuten.

Die Behauptung, daß in den weniger zivilisierten Ländern wohl Syphilis, aber keine Tabes anzutreffen sei, wird in das Reich der Märchen verwiesen. Über die Erfolge antiluetischer Kuren denkt E. ziemlich skeptisch. Nach dem Autor ist die Tabes zweifellos eine syphilogene Erkrankung, wenn gleich dies derzeit nicht immer für alle Fälle zu erweisen ist.

DEUTSCH.

H. RIBBERT (Göttingen): **Über das Gefäßsystem und die Heilbarkeit der Geschwülste.**

Die Gefäße der Geschwülste lassen keine Einteilung in Arterien, Venen und Kapillaren erkennen. Man sieht weite und enge Röhren; unter den ersteren sind die zu- und abführenden Stämme zu suchen. Die Wand der Gefäße zeigt nicht die typische normale Anordnung; in den schnell proliferierenden malignen Tumoren haben auch die weiten Gefäße sehr oft nur die Beschaffenheit eines Endothelrohres. Aus der unvollkommenen histologischen Struktur ergibt sich notwendig eine mangelhafte Funktion. Auch die Anordnung der Gefäße ist keine regelmäßige („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 22). Der Gesamtquerschnitt der zuführenden Gefäße entspricht nicht dem in dem Tumor befindlichen Gefäßgebiet. Aus alledem folgt, daß der Kreislauf in den Tumoren, zumal in den rasch wachsenden, weit weniger ausgiebig ist, als in den normalen Geweben; daher sind die Zellen innerhalb der Tumoren in Bezug auf die Blutversorgung ungünstig gestellt. Die Zellen der Tumoren sind meist weniger differenziert. Weil sie aus dem normalen Verbands ausgeschaltet, frei sind von den hemmenden Schranken der Organisation, proliferieren sie, wie es ihrer normalen Wachstumsfähigkeit entspricht. Diese ist unbegrenzt. An sich sind die Tumorzellen auch an der Peripherie nicht widerstandsfähiger, sondern weniger günstig gestellt und labiler als die normalen benachbarten Elemente. Sie werden also durch eine weitere Verminderung der Zirkulation schon lädiert, wenn die angrenzenden Teile noch nicht leiden. Es ist aber auch anzunehmen, daß andere Schädigungen, denen die normalen Zellen ohne nachweisbare Beeinträchtigung widerstehen, die Elemente der Neubildungen so beeinflussen, daß sie nicht mehr imstande sind, unter den gegebenen ungünstigen Bedingungen das für ihre Existenz erforderliche Material dem Blute zu entnehmen. Daher kann man sich sehr wohl vorstellen, daß durch verschiedenartige Stoffe, die in den Körper gebracht werden und für ihn bei geeigneter Anwendung unschädlich sind, die Tumoren in dem Sinne affiziert werden, daß ihre Zellen regressive Metamorphosen erleiden und ganz zugrunde gehen. In diesem Sinne sind die Erfahrungen zu deuten, die man mit Einspritzung von Alkohol in die Gewebe, mit Verabreichung von Arsen, mit Anwendung von Bakterientoxinen gemacht hat, ebenso ganz besonders die Erfolge, die man von den Röntgenstrahlen und zuletzt von den Radiumstrahlen gesehen hat. Durch diese gehen die Tumorzellen zugrunde, während die normalen Elemente erhalten bleiben.

BR.

SIKEMEIER (Amsterdam): **Beitrag zur Kenntnis der Desinfektion der Haut.**

Eine Reihe von bakteriologischen Versuchen, die Verf. an der chirurgischen Klinik in Amsterdam unternahm, brachte dem Verf. die Gewißheit, daß auch nach einem mechanischen Reinigungsverfahren von 15 Minuten an der Haut noch stets Bakterien in großer Zahl sich vorfinden, wenn man zur Reinigung nicht eine Bürste verwendet. Durch Abreiben mit einer Bürste wird die Anzahl der Keime verringert (LANGENBECKS Archiv, Bd. 73, H. 1).

Dementsprechend wird die Haut der Pat. auf der Klinik in folgender Weise desinfiziert: 5 Minuten lang wird mit desinfizierten Händen mit Kaliseife gewaschen, wobei strömendes Wasser die mechanisch entfernten Bakterien fortwährend wegschwemmt; dann wird die Haut 5 Minuten lang mit der Bürste bearbeitet und zum Schluß durch 5 Minuten mit Seifenspiritibus gebürstet. Der Seifenspiritibus reinigt nach vorausgegangener Seifenwaschung die Haut vorzüglich. Dann folgt die Desinfektion der Haut mit Sublimat und Äther.

Durch dieses Desinfektionsverfahren gelang es, die Infektionen, speziell die Fadeneiterungen, bedeutend zu beschränken.

ERDHEIM.

E. TAVEL (Basel): **Bakteriologisches und Klinisches über Vioform.**

Die Anwendung der pulverförmigen Antiseptika hat sich in der chirurgischen Praxis als eine Notwendigkeit herausgestellt.

Speziell die Jod enthaltenden Pulver sind immer mehr, infolge ihrer antituberkulösen Eigenschaften, in Gebrauch gekommen.

Unter den Ersatzmitteln des Jodoforms scheint nun das Vioform, vor kurzem von der Baseler chemischen Fabrik dargestellt, sowohl was seine antibakteriellen Eigenschaften in vitro betrifft, wie auch hinsichtlich seiner klinischen Anwendung in corpore das Beste zu sein, und zwar wirkt es bei nicht tuberkulösen Wunden noch besser als Jodoform und ist ihm bei tuberkulösen Prozessen, nach den klinischen Versuchen zu schließen, wenigstens ebenbürtig.

Verf. hat mit dem Vioform ausgedehnte bakteriologische und klinische Untersuchungen angestellt.

Durch die erste bakteriologische Versuchsreihe wollte man feststellen, ob Bakterien, die an der Oberfläche eines Nährbodens geimpft worden sind, sich unter dem Antiseptikum entwickeln können oder ob jede Entwicklung gehemmt wird.

Diese Versuchsreihe zeigt, daß das Vioform, das überall unverändert geblieben ist, eine bessere Wirkung entfaltet hat als das Jodoform, jedoch eine weniger günstige als das sich schnell lösende Loretin. Versuche einer zweiten Versuchsreihe sollten zeigen, in welcher Entfernung vom antiseptischen Pulver eine Beeinflussung des Nährbodens erzielt werden kann, so daß kein Wachstum stattfindet. Diese Beeinflussung des Nährbodens hängt in erster Linie von der Löslichkeit des Pulvers im Nährboden ab, die sich bei einigen der angewandten Pulver durch eine gefärbte Zone kund gibt.

Trotz des Fehlens von Geruch sieht man beim Vioform eine ähnliche Fernwirkung wie beim Jodoform; die regionale Wirkung ist ebenfalls vorhanden und hängt offenbar von einer Imprägnierung des Nährbodens mit dem aufgelösten oder gespaltenen Antiseptikum zusammen.

In einer dritten Versuchsreihe wurden die Nährböden mit einem bestimmten Prozentsatz des Antiseptikums versetzt und an der Oberfläche mit einem Strich geimpft.

Die Fernwirkung ist bei Jodoform und Vioform gleich.

Aus den toxikologischen Versuchen ist zu schließen, daß das Vioform in sehr großer Dosis subkutan vertragen wird, also unter Verhältnissen, die eine sehr schnelle Resorption ausschließen; es ist demnach in dieser Richtung sowohl dem Jodoform als dem Loretin überlegen. Intraperitoneal hingegen ist die Wirkung ähnlich wie bei Jodoform; die tödliche Dosis ist die gleiche und etwas kleiner als diejenige des Loretins. Bemerkenswert ist die abszeßbildende Wirkung, die die chemotaktischen Eigenschaften des Vioforms demonstriert.

Aus den zahlreichen klinischen Versuchen des Verf. und seiner Mitarbeiter mit Vioform ist zu ersehen, daß auch nach ausgedehnter Anwendung bei geschlossenen Höhlen keine nachteilige Wirkung des Pulvers für den Organismus zu konstatieren ist. Man beobachtet manchmal eine gewisse Erhöhung der Temperatur und der Pulsfrequenz, eine leichte Schwellung der Gegend mit mehr oder weniger ausgesprochener Empfindlichkeit, aber keine dauernden oder unangenehmen Intoxikationserscheinungen. Diese Erscheinungen treten übrigens auch beim Gebrauch von anderen antiseptischen Pulvern, wie z. B. Jodoform, Loretin, Airol, Jodol usw., auf. Die Geruchlosigkeit und die Beständigkeit des Pulvers sind sehr angenehme Faktoren. Was die praktische Seite der Anwendung betrifft, so ist auch die Leichtigkeit, mit welcher sich das Pulver mit Karbol, Lysol oder Kresapollösung zu Brei verrühren läßt, ein großer Vorzug. Zur Bereitung von Gaze ist es das einfachste, mit Kresapollösung eine dünne Emulsion anzufertigen, in der die Gaze verrieben wird.

B.

J. BURNET (Edinburgh): **Zur Behandlung der Ischias unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Ichthyolvasogen.**

Die Behandlung der Ischias ist stets eine schwierige Aufgabe gewesen, weil der Nerv tief liegt und nicht leicht erreicht, bzw. durch gewöhnliche äußerliche Applikation beeinflusst werden kann. Verf. hat in einer Anzahl von Fällen Versuche mit dem Ichthyolvasogen angestellt, welches sich in Form der äußeren Applikation sehr gut bewährt hat. Von dem Präparat wird etwas auf die Haut

2*

des Patienten gebracht und dann gut verrieben. Nach einer Inunktion von einigen Minuten Dauer pflegt von dem Präparat keine Spur mehr zurückzubleiben, da es gänzlich in die Haut eindringt und von den tiefer liegenden Schichten resorbiert wird, so daß es schließlich mit dem Nerven selbst in Berührung kommt. Sobald die erste Portion Ichthyolvasogen vollständig verschwunden ist, bringt man eine weitere Quantität von dem Mittel auf die Haut und wiederholt dieselbe Manipulation, was 15 Minuten lang ununterbrochen fortgesetzt wird. An und für sich ist die Inunktion 3—4mal täglich vorzunehmen. In vielen Fällen hat Verf. dieses Verfahren mit der inneren Verabreichung von Pillen kombiniert, die aus Ichthyol und arseniger Säure (0.0006) bestehen. Die in dieser Weise behandelten Fälle sind meist rasch zur Heilung gelangt. Verf. beschreibt einige der schwersten Fälle aus seiner Praxis, aus denen hervorgeht („Fortschritte d. Medizin“, 1904, Nr. 21), daß das Ichthyolvasogen in der Behandlung der Ischias von ausgesprochenem Nutzen ist. Bei der Verreibung dringt die Substanz in die Haut, sowie in die darunter liegenden Gewebe und eventuell bricht sie sich Bahn bis zum Nervengewebe selbst, was auf die besondere Wirkung des Vasogen als Vehikel in diesem Falle zurückzuführen sein würde, da das Vasogen bekanntlich die Absorption der Substanzen, für welche es als Vehikel gebraucht wird, unterstützt. Was das Ichthyol selbst betrifft, so übt es neben analgetischer auch eine vasokonstriktorische und antiphlogistische Wirkung aus. Unter diesen Umständen unterliegt die Wirkung des Ichthyols, sowohl in Form von Inunktionen wie auch innerlich verwendet, keinem Zweifel.

Neben der Anwendung des Ichthyolvasogens weist Verf. mit Nachdruck auf die Notwendigkeit des Bettregimes für den Patienten hin; ferner ist für regelmäßigen Stuhlgang und sorgfältigste Regelung der Diät Sorge zu tragen. L—y.

DOUMER O.: Radiotherapie bei Magentumoren.

D. hat im Verein mit LEMOINE (Lille) 3 Fälle von Heilungen (bei zwei Frauen und einem Manne) durch Radiotherapie gesehen; in allen diesen Fällen handelte es sich um deutlich palpable Magentumoren, wohl im Anschluß an alte Ulzerationen. In 17 anderen Fällen von Magengeschwülsten konnte diese Therapie keine wie immer geartete Besserung erzielen. Diese letzteren Tumoren gehörten dem karzinomatösen Typus an. Entgegen vereinzelt Berichten von Heilungen oder Besserungen bei Carcinoma ventriculi durch das Röntgenverfahren, halten D. und L. die Radiotherapie nur bei Geschwülsten im Anschluß an Magengeschwüre für berechtigt. J. St.

RICARD (Paris): Über die Resultate der Gastro-Enterostomie bei Ulcera ventriculi.

R. besitzt Erfahrungen über 100 Fälle von Magengeschwüren, die in dieser Weise behandelt worden sind. Er resümiert seine Anschauungen folgendermaßen („Sem. méd.“ 1904, Nr. 28): Man darf nie im akuten Stadium an die Gastro-Enterostomie schreiten; die Operation erscheint erst dann indiziert, wenn jegliche interne Therapie versagte und wiederholte Blutungen sich ereignen. Freilich kann die Gastro-Enterostomie ein Ulkus nicht von heute auf morgen heilen: aber es ist gewiß, daß dieser Eingriff die Heilungsvorgänge wesentlich beschleunigt. Der Fall QUÉNUM, betreffend eine tödliche Blutung 8 Tage nach der Operation, und ähnliche vermögen kein entscheidendes Argument gegen die Nützlichkeit der Gastro-Enterostomie bei Magengeschwüren abzugeben. J. St.

BETTMANN (Heidelberg): Zur Therapie der akuten Gonorrhöe.

Die meisten Autoren verhalten sich heutzutage zur Frage einer Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe skeptisch oder ablehnend. Nur BLASCHKO hat vor wenigen Jahren empfohlen, die frische Gonorrhöe durch Injektion von starken Protargol- und Albarginlösungen zu behandeln und gab an, in mindestens 40% der Fälle mit der Abortivkur einen positiven Erfolg erzielt zu

haben. B. hat nun in 33 Fällen akuter Gonorrhöe eine Abortivkur mittelst Auspinselung der Harnröhre mit einer 20%igen Auflösung von Protargol in Glycerinwasser durchgeführt („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 21). Es handelte sich durchgehend um Fälle, die zwischen dem 3. und 5. Tag nach der Infektion in Beobachtung traten. Die Behandlung wurde höchstens eine Woche lang durchgeführt. Es ergab sich dabei Heilung in 18 Fällen (= 55%), sicher negatives Resultat in 10 Fällen, bei 5 Fällen blieb der Erfolg zweifelhaft, da eine genügende Beobachtung nach Beendigung der Kur nicht möglich war. Das Gesamtergebnis war ein außerordentlich günstiges und BETTMANN glaubt die Methode um so mehr empfehlen zu dürfen, als ihre Durchführung ohne irgend welche wesentliche Beschwerden für den Patienten möglich ist. G.

MANTOUX: Die Temperatur des Urins bei Tuberkulösen.

Die Messung der Temperatur bei Tuberkulösen männlichen Geschlechts empfiehlt sich, in der Weise durchzuführen, daß man die Kranken in ein Gefäß urinieren läßt, welches einen Maximalthermometer enthält. Dieses Verfahren liefert viel bessere Resultate als die bukkale oder axillare Messung; andererseits ist sie leichter durchführbar als die rektale, die sonst zufriedenstellende Ergebnisse liefert. Doch muß man wissen, daß die Urin-temperatur nicht unmittelbar der Körpertemperatur folgt, da immerhin Zeit vergeht, bis der Urin sich erwärmt oder abkühlt. Dieser Umstand ist in gewisser Hinsicht wohl ein Nachteil der Methode, aber verhindert andererseits Irrtümer, welche die emotiven Temperatursteigerungen, die bei manchen Tuberkulösen sich einstellen, sobald man die Messung vornehmen will, mit sich bringen.

Kleine Mitteilungen.

— Über Händedesinfektion berichtet SCHÄFFER („Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.“, Bd. 19). Das Ergebnis seiner eigenen Versuche war folgendes: Der Alkohol kommt an desinfizierender Kraft den besten chemischen Desinfizientien gleich. Seine Unfähigkeit, Sporen abzutöten, hat er für die praktisch in Betracht kommende kurze Zeitspanne mit allen bekannten (praktisch anwendbaren) Antiseptizis gemeinsam. Aus dieser Unfähigkeit kann daher eine Unterlegenheit des Alkohols nicht konstruiert werden. Seine Eigenschaft, Fett und Epithelien zu lösen und damit fast die Gesamtheit der überhaupt abkratzbaren Bakterien aus der Haut zu entfernen, teilt (mit Ausnahme des Seifenspiritus) kein anderes Desinfiziens mit ihm. In seiner Fähigkeit, die Haut zu schrumpfen und zu härten und damit die Abgabe der wenigen in ihr zurückgebliebenen Keime auf ein Minimum herabzudrücken, übertrifft der Alkohol alle anwendbaren Mittel. Diesem dritten Faktor muß noch erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt werden. Der Heißwasser-Alkoholmethode ist daher der Vorrang vor allen Desinfektionsverfahren zuzuerkennen.

— In der Behandlung der kruppösen Pneumonie hat Professor ANGYÁN („Budapest. orvos. ujs.“, 1904) dem Creosotal einen großen Spielraum gewährt. Er teilt sein Material von 28 selbstbeobachteten Fällen in Gruppen ein, die nach dem Tage des Eintritts in die Behandlung geordnet sind. Es wird hierdurch der Wert einer möglichst frühzeitigen Creosotaltherapie besonders erwiesen. In allen Fällen erfolgte mindestens 36 Stunden nach Einsetzen der Therapie, die in Eisumschlägen und Creosotaldarreichungen bestand, ein Abfall des Fiebers, das niemals wieder zu seiner früheren Höhe anstieg und einen remittierenden oder intermittierenden Charakter annahm. Auch die Dauer des fieberhaften Stadiums schien durchschnittlich kürzer. Von sonstigen Creosotalwirkungen führt Verf. an, daß die Expektoration erleichtert wurde und der Husten eine mildere Form annahm. Das Herz verhält sich dem Creosotal gegenüber indifferent. Auch auf die Verdauung schien das Creosotal keine üble Wirkung zu haben; mit Nachlaß des Fiebers stellte sich regelmäßig auch ein lebhaftes Hungergefühl ein. Der Urin färbte sich schwärzlichgrün, seine Quantität war manchmal vermindert, aber nie bis zur Anurie; Eiweißausscheidungen wurden durch Creosotal nicht veranlaßt. Mit dem Erlöschen des Fiebers gingen auch die Lokalerscheinungen auffällig rasch zurück und

besserte sich das Allgemeinbefinden: 25 von den 28 Kranken konnten das Spital innerhalb 3 Wochen geheilt und gekräftigt verlassen, die übrigen 3 nach 28—30 Tagen. Die bei putrider Bronchitis und katarrhalischer Pneumonie gemachten Erfahrungen ließen den Verf. von vornherein hohe Dosen wählen. Er gab 3 Kaffeelöffel = 15 g pro Tag, die er auf morgens, mittags und abends verteilt in einigen Löffeln Milch nehmen ließ.

— Ein neues Verfahren, um Instillationen bei Prostatikern vorzunehmen beschreibt MELUN („Revista de chirurgie“, 1904, Nr. 2): Man kommt bei bestehender Prostatahypertrophie relativ leicht in die Blase mit einer NÉLATONSchen oder winkelig abgelenkten Sonde, doch sehr schwer oder gar nicht mit einem GUYONSchen Instillationskatheter; oft werden mit demselben auch Verletzungen der Harnröhrenschleimhaut produziert. Um diesen Übelständen abzuweichen, hat M. folgendes Verfahren angewendet: Man führt zuerst einen weichen Nélatonkatheter ein, um mit demselben die vorangehende Waschung der Blase mit schwacher Borsäurelösung vorzunehmen, dann wird der Guyonsche Katheter durch das Lumen der liegengelassenen NÉLATONSchen Röhre bis in die Blase eingeführt und so die Instillation in dieselbe und die hintere Harnröhre vorgenommen. Für eine Guyonröhre Nr. 8—10 ist ein Nélatonkatheter Nr. 14—16 genügend. Dieses Verfahren hat auch den Vorteil, daß das Überfließen der Silberlösung auf die vordere Harnröhre verhütet wird.

— Als ein vorzügliches Harndesinfizens hat sich BERING („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 7) das Helmitol (Verbindung von Anhydro-Methylzitroneisäure mit Hexamethylentetramin, Farbfabrikanten Elberfeld vorm. Friedr. Bayer & Co.) bewährt. B. verordnet es in allen Fällen von leichter und schwerer Cystitis. Seine Wirkung ist oft eine geradezu frappante. Schon nach wenigen Tagen, oft nach 24 Stunden, verschwinden die lästigen subjektiven Beschwerden; der brennende Harndrang läßt nach, die Reaktion des Harns wird sauer und der Urin klar. Eine direkte Beeinflussung der Bakterien konnte Verf. nicht konstatieren. Bei längerer Verabfolgung von Helmitol muß man einige Vorsicht walten lassen, da dann manchmal Nierenreizung eintritt. Gerade Neurastheniker scheinen viel eher dazu disponiert zu sein. Für die Praxis empfiehlt er das Helmitol, rät aber, von Zeit zu Zeit den Urin auf Eiweiß zu untersuchen. In ähnlicher Weise spricht sich auch BUTTERSACK aus („Deutsches Arch. f. kl. Med.“, Bd. 80).

— Über die Wirkung des Natrium salicylicum auf den Harnapparat berichtet KNECHT („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 22): Bekanntlich hatte LÜTHE gefundener, daß nach der Darreichung von Salizylpräparaten in fast allen Fällen pathologische Bestandteile im Urin auftreten. Sehr häufig war Eiweiß vorhanden, fast konstant eine größere Menge von Epithelien aus allen Abschnitten des Harnapparates, sehr häufig weiße oder rote Blutkörperchen, konstant Zylinder verschiedener Art und Zylindroide. Das Erscheinen dieser pathologischen Bestandteile schloß sich dem Zeitpunkt an, von welchem ab das Salizyl gegeben wurde; die Wiederkehr normaler Verhältnisse erfolgte in kürzerer oder längerer Zeit nach Aussetzen des Präparates. Es soll also nach LÜTHE nach Gebrauch von Salizyl in den üblichen Dosen eine Reizung der gesamten Harnwege, speziell der Niere, eintreten. Verf. hat diese Angaben einer Nachprüfung unterzogen und fand: Von 40 Fällen, die Natrium salicylicum erhielten, ließen sich nur bei 7 geringfügige, mit Wahrscheinlichkeit von dem Arzneimittel herrührende Reizungserscheinungen nachweisen, die sich kundgaben durch das Auftreten vereinzelter Zylinder (nur 2mal bei einer Person zahlreicher), während sich nur bei 3 von ihnen Eiweißspuren fanden. Die Resultate weichen also von denen LÜTHEs ab.

— Mit Styptizinwatte hat KRAUSE bei Nasenblutungen sehr günstige Resultate erzielt („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 2). Er verfuhr in der Regel so, daß er auf die ganze blutende Fläche eine lockere, nicht tamponierende Schicht Styptizinwatte auflegte und diese durch eine darübergelegte Schicht sterilisierter Verbandwatte in ihrer Lage befestigte. Es gelang dadurch, die äußerst unbequeme und lästige Tamponade in einer für Arzt und Patienten höchst wohlthuenden Weise zu ersetzen. In vielen Fällen dieser Art kann man fast ohne Blutverlust operieren, wenn man die Operation mit der Applikation

von Kokain und einem Nebennierenpräparat einleitet und nachher die Wunde mit Styptizinwatte abschließt. Da Verf. stets einen glatten Verlauf des Wundprozesses und niemals, auch wenn die Styptizinwatte 2—3 Tage gelegen hatte, reaktive Schwellung oder Entzündungserscheinungen beobachtet hat, glaubt er dem Medikament auch antiseptische Eigenschaften zusprechen zu können. Die Styptizinwatte saugt sich recht fest und haftet überall gut. Nur wird ein sich nach dem Gebrauche von Styptizingaze allerdings noch in beträchtlicherem Grade geltend machender bitterer Geschmack von den Patienten zuweilen unangenehm empfunden. Von der Verwendung der Gaze wurde aus diesem Grunde auch Abstand genommen.

— Eine Behandlung von subakuter Metritis und Adnexerkrankungen, die gute Resultate ergeben hat, beschreibt NIGOU („Concours méd.“, 1904, Nr. 14). Bei Uterusaffektionen läßt er früh und abends warme Vaginalinjektionen mit 2 l einer Borlösung (1 Eßlöffel Borsäure pro Liter Wasser) machen, nimmt dann die erforderlichen Eingriffe: Ätzungen, Jodpinselungen, Massage etc. vor und führt einen Wattetampon ein, der mit einer Lösung von 45 Thigenol in 100 Glycerin getränkt ist. Der Tampon wird am nächsten Tage entfernt und alle 3 Tage appliziert. Bei subakuter Salpingo-Oophoritis hat eine von AUVARD angegebene Therapie vortreffliche Dienste geleistet. Man gießt durch ein Spekulum soviel von einer 20%igen Thigenollösung in die Vagina, daß Zervix und Scheidengewölbe von der Lösung gebadet werden, und führt dann einen Thigenoltampon ein. Dabei ist es von Vorteil, die Patienten in etwas erhöhte Beckenlage zu bringen. Diese Behandlung wird alle 2 Tage wiederholt. In der Zwischenzeit legt sich die Patientin selbst eine Vaginalkugel mit einer 15%igen Thigenollösung ein; außerdem macht sie 2mal täglich warme Vaginalspülungen. Bei Metritis hören schon nach 4—5maliger Anwendung des Tampons die Schmerzen auf, der Ausfluß verliert seinen üblen Geruch und nimmt rasch ab, die Blutungen hören auf, der Uterus nimmt an Volumen und Gewicht ab und läßt sich daher leichter mobilisieren und in die normale Lage zurückbringen. Bei subakuter Adnexerkrankung hören die Schmerzen bald auf, die Leukorrhöe und die Blutungen nehmen ab und die Adnexe kehren zur Norm zurück.

— Als Beitrag zur Phosphorbehandlung gewisser Krampf- formen bei Kindern beschreibt GERHARTZ („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 5) den Krankheitsfall eines Kindes, das im 17. Lebensmonate essentielle Kinderlähmung bekam, dem sich einige Wochen später Krämpfe zugesellten, welche die Arme, die Beine und den Hals betrafen, wenige Sekunden dauerten, sich aber rasch nach etwa eine Minute lang ausgedehnter Pause 3—5mal am Tage wiederholten und von Schläfrigkeit gefolgt waren. Gegen die Parese wurden Massage und Elektrizität mit gutem Erfolge angewendet. Gegen die Krämpfe, die auf der medizinischen Klinik in Bonn als „petit mal“ bezeichnet wurden, blieb Brom vollständig erfolglos. Erst auf Anwendung von Protulin in Gaben von 1 Teelöffel pro die hörten die Anfälle, die 6 Monate jeder Behandlung getrotzt hatten, nach 20tägiger Behandlung plötzlich auf, nachdem schon 3 Tage früher ein deutlicher Nachlaß eingetreten war. Nach dem Ausbleiben der Anfälle besserte sich der Zustand des Kindes bei fortgesetzten Protulingaben zusehends in jeder Hinsicht; es lernte laufen, begann zu sprechen, seine Umgebung zu kennen und Interesse für alles zu gewinnen. Der Fall lehrt, daß es Formen von Kinderkrämpfen gibt, die als Eklampsie oder Epilepsie zu deuten sind und auf Phosphorgaben auffallend rasch und günstig reagieren, daß der Phosphor auch die lädierte Psyche essentiell gelähmter Kinder günstig beeinflußt, und daß das Protulin eine sehr brauchbare Form der Phosphorverabreichung ist und somit eine Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges bedeutet.

— Die Behandlung der akuten Nephritis im Anfangsstadium nach der BACCELLISchen Methode bespricht DE ROSSI („Policlinico“, 1904, Nr. 2). Diese Behandlung besteht in erster Linie in Anwendung des Aderlasses an einer Vene des Fußrückens. Derselbe bessert in allen Fällen die Zirkulationsverhältnisse der Nieren und schützt die zarten histologischen Elemente derselben vor dem Schaden der Asphyxie. Sehr häufig gelingt es schon durch den ersten Aderlaß, eine dauernde Besserung zu erzielen; im anderen

Falle führt eine 3—4malige Wiederholung dieser Kur zum erwünschten Ziel. Die jedesmalige Besserung des Blut- und Eiweißgehaltes des Urins ist eine auffallende und es ist besonders wichtig, den Aderlaß gleich im Beginn zu machen, um eine schwere Schädigung der Nierenepithelien zu verhüten. Die zweite therapeutische Maßnahme B.s ist die Einhaltung einer absoluten Milch- oder Milch- und Kohlehydratdiät, je nach der Schwere der Nephritis, und das Trinken destillierten Wassers (!) in starken Gaben. Dem Kochsalz kommt bei der Entstehung nephritischer wie kardialer Ödeme eine besondere Bedeutung zu. Bei Herzkranken führt die Wirkung kardialer Diuretika zugleich auch zur Ausscheidung großer Mengen von Kochsalz, welches im Körper aufgespeichert erscheint. Von diesem Gesichtspunkte ist die Darreichung destillierten Wassers, welches B. seit langer Zeit bei Nephritis verwandte, neuerdings durch die Forschungen verschiedener Autoren begründet. Dasselbe, in reichlicher Weise angewandt, hat den Vorzug, dem Organismus die Wasserabgabe zu ersparen, welche ihm zugemutet werden müßte, um das in den Geweben angehäufte Kochsalz zu verdünnen und durch Begünstigung der Diurese zugleich mit dem Kochsalz die anderen toxischen Substanzen zu entfernen. (Die schädigenden Nebenwirkungen des destillierten Wassers sind hierbei jedoch außer acht gelassen.)

— Einige Beobachtungen über **Veronal** bei Augenkranken publiziert HERMANN DAVSID („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 31). Was die Dosierung des Mittels anbelangt, so genügen im allgemeinen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ g bei Frauen und $\frac{1}{2}$ g bei Männern. Diese Dosen scheinen die geeignetsten zu sein, da bei ihnen sicherer Erfolg und keine nennenswerten Beschwerden — auch nicht bei längerem Gebrauch — auftraten. Indessen darf nicht verschwiegen werden, daß selbst bei diesen kleinen Dosen zuweilen Schlafsucht noch am folgenden Tage bemerkt wurde, die einige Patienten so belästigte, daß sie sich weigerten, das Mittel weiter zu nehmen. Diese Nachwirkung wurde z. B. bei zwei schwächlichen Frauen beobachtet. In dem einen Fall handelte es sich um eine glaukomierte Dame, die abends $\frac{1}{4}$ g Veronal erhielt und am folgenden Tage über Müdigkeit klagte, trotzdem sie die ganze Nacht fest geschlafen hatte. Die andere Patientin war eine 83jährige Frau, die nach einer Staroperation zu delirieren begann und im Delirium trotz Aufsicht aus dem Bett sprang. Die Frau erhielt an den vier folgenden Abenden Morphiuminjektionen in absteigender Dosis. Am fünften Abend wurde ihr $\frac{1}{4}$ g Veronal gegeben, worauf sie die ganze Nacht durchschlief — was sonst nicht geschehen war — und sich am folgenden Tage noch sehr müde fühlte. Neben dem Werte des Veronals als Schlafmittel bei Patienten, die an Schlaflosigkeit, die nicht durch Schmerzen verursacht wird, leiden, möchte Verf. noch den Nutzen desselben als rein beruhigendes Mittel, speziell für Augenkranken, betonen.

— Die **Darstellung und Anwendung konsistenter Spiritusseifen** zur rationellen Reinigung und Desinfektion der Haut, besonders von anklebenden Schimmelpilzsporen, bespricht FALCK („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 73). Verf. hat seine Desinfektionsversuche ausschließlich mit Schimmelpilzsporen angestellt. Nach denselben erscheint die Kombination der Desinfektionswirkung des Alkohols mit einem in Wasser gelösten Desinfektionsmittel besonders zweckmäßig. Von den wässrigen Desinfektionslösungen vermochten nur das Sublimat in 1%iger und das Lysol in 2%iger Lösung die Sporen in genügend kurzer Zeit (1—3 Minuten) abzutöten; ihre Wirksamkeit konnte durch vorherige Einwirkung von Seifenspiritussolungen wesentlich gesteigert werden. Für die Desinfektion der Haut muß die Kombination der mechanischen Reinigung mit der chemischen Desinfektion als Grundlage angesehen werden. Der erste Teil geschieht am besten durch eine alkoholische Seifenlösung, da diese sich bedeutend schneller und tiefer in die Haut einführen läßt als die wässrige Lösung; nur darf der Alkohol nicht zu konzentriert sein, da sonst eine Kontraktion und Härtung der Epidermis stattfindet, die das Eindringen der Seife wieder unmöglich macht. Die alkoholische Seifenlösung wird (sofern für geeigneten Wassergehalt gesorgt wird) auch durch keine Schaumbildung am Eindringen verhindert und läßt sich deshalb beim Waschen an der Luft in größeren Mengen in ihr anreichern; eine solche alkoholische Lösung entfaltet eine bedeutend größere Reinigungskraft in der Haut, als eine entsprechend wässrige

Lösung; da die alkoholische Lösung zugleich die Luft entfernt und das Fett emulgiert, macht sie die in der Haut befindlichen Keime für eine Desinfektion überhaupt erst zugänglich. Sie benetzt dabei gerade die Sporen, die vom Wasser nicht oder nur schwach benetzt werden und tötet sie zum Teil; für alle übrigen aber erhöht sie das Desinfektionsvermögen der nachfolgenden in Wasser gelösten Desinfektionsmittel. Die Schaumbildung in Wasser erfolgt zweckmäßig erst, nachdem das Eindringen beendet ist, weil dann auch in den tieferen Hautschichten fortdauernd Seifenbläschen gebildet werden, die die Schmutzteile, sowie das Fett und die Bakterien aus der Tiefe herausbefördern können. Mit dem zweiten, die Reinigung abschließenden Vorgang des Ausschäumens der Seife in Wasser läßt sich zugleich die chemische Desinfektion durch ein in Wasser gelöstes chemisches Desinfektionsmittel (Lysol oder Sublimat) vervollständigen, wodurch dann auch die dem Alkohol nicht zugänglichen Keime abgetötet und entfernt werden. Von diesen Voraussetzungen ausgehend hat F. nun eine feste Spiritusseife hergestellt, die mit Zuhilfenahme von Wasser einen Seifenspiritussolung folgender Zusammensetzung liefert: 15% Natronseife, 15% Wasser, 70% Alkohol. Die Waschung soll in 3 Akte zerfallen: Erstens Abschmelzen der Seife (mit wenig Wasser) und Einreiben in die Haut, zweitens Ausschäumen in Wasser, drittens Desinfektion mit Lysol oder Sublimat.

— Zur **Behandlung der Dyspepsien**, welche sich im Gefolge, oft aber auch schon während des Gebrauches von Salizyl, Jodkali und Quecksilber bei der Behandlung von rheumatischen oder anderen weitigen Erkrankungen und bei Lues etc. fast regelmäßig einzustellen pflegen, eignet sich kein Stomachikum besser, als das „Extractum Chinae Nanning“ (GOLDMANN, „Ärztl. Zentral-Ztg.“, 1904, Nr. 20). In solchen Fällen bewährt sich das Präparat mit seiner stomachischen Wirkung auf das prompteste, und es empfiehlt sich deshalb, zur möglichen Hintanhaltung der angeführten Schädlichkeiten und zur intakten Aufrechterhaltung des Appetits und der Verdauungstüchtigkeit allen Kranken, welche Salizyl, Jod oder Hydrarg. gebrauchen müssen, bei jeder Mahlzeit 15—20 Tropfen „Extract. Chinae Nanning“ nehmen zu lassen; man erzielt mit demselben sowohl den erwünschten prophylaktischen, als auch den eventuell therapeutisch anzustrebenden, schon notwendig gewordenen digestiven Erfolg.

Literarische Anzeigen.

Die Einrichtungen zur Erzeugung von Röntgenstrahlen. Von Dr. B. Donath. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage mit 104 Abbildungen im Text. Berlin 1903, Reutter & Reichard.

Wer sich über das zur Erzeugung und diagnostischen Verwertung der Röntgenstrahlen nötige Inventar, sowie über die zum Verständnis der verschiedenen X-Strahlentheorien vorhandenen physikalischen Grundlagen genauer unterrichten will, wird in dem vorliegenden Werke DONATHS die erwünschten Aufklärungen erhalten. Der Autor ist Physiker und behandelt den großen Stoff hauptsächlich vom physikalischen Standpunkt. Die letzten Kapitel über die Natur der Röntgenstrahlen und radioaktiven Substanzen sind mit großem Verständnis und in einer auch dem Arzte klaren Weise abgefaßt. Freilich hat gerade die letzte Zeit bezüglich des Radiums noch manche neue Tatsachen gebracht, die auch in dieser zweiten, wesentlich verbesserten Auflage des Werkes naturgemäß noch nicht genügend verwertet werden konnten. K. ULLMANN.

Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Von Prof. Ad. Czerny und Dr. A. Keller. Fünfte Abteilung. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Die gelegentlich der Besprechung der ersten Hefte des groß angelegten Handbuches ausgesprochene Hoffnung, daß einerseits Gründlichkeit und allseitige Berücksichtigung vorliegender Forschungs-

resultate, andererseits aber die reiche eigene Erfahrung der beiden namhaften Pädiater auch den noch ausstehenden Abteilungen das Gepräge geben, findet sich im vorliegenden Hefte vollkommen erfüllt. Die Lieferung bringt zunächst den Abschluß des Kapitels über die Technik der Ernährung des gesunden Kindes im ersten Lebensjahre, eine überaus instruktive Erörterung aller dieses Thema tangierenden praktischen Fragen. Die folgenden Kapitel behandeln das Verhalten des Körpergewichtes beim gesunden Kinde im ersten Lebensjahre, die Ernährungserfolge an gesunden Kindern des ersten Lebensjahres, Stoffwechsel und Nahrungsbedarf des gesunden Kindes nach dem ersten Lebensjahre und das Längen- und Gewichtswachstum vom Säuglingsalter bis zum Abschluß der Pubertät; alle Abschnitte sind durch Kurven und Tabellen anschaulich illustriert.

Selbst abstraktere Fragen sind bei aller Gründlichkeit so fesselnd behandelt, Kritik und eigene Erfahrung bringen eine so ansprechende Sichtung der Einzelheiten, daß die Lektüre des bedeutenden Werkes reichlich Gewinn und Genuß bringt.

Das Ganze verspricht ein wirklich wertvolles umfassendes Handbuch der Ernährung des Säuglingsalters zu werden, das kaum seinesgleichen hat.

NEURATH.

Die sympathische Ophthalmie als Metastase. Von Dr. Paul Rösner, Würzburg. (A. v. GRAEFES Archiv f. Ophthalmologie, LV, 2.)

Verf. betrachtet die sympathische Ophthalmie als Folgezustand einer metastasierenden Infektion. Die Keime treten aus dem primär erkrankten Auge ins Blut und gelangen auf demselben Wege in das zweite Auge, auf welchem bei einerluetischen Iridozyklitis Infektionskeime dem Auge zugeführt werden. Es steht durchaus im Einklang mit dem Ergebnisse bakteriologischer Forschung, wenn wir annehmen, daß die vom Auge ins Blut getretenen Keime im

Kreislaufe völlig unwirksam sind und erst wieder virulent werden, wenn sie in das andere Auge gelangen. Daß bei fast allen Infektionskrankheiten ein Teil der Erreger ins Blut tritt, ist vor allem durch die Immunitätsforschung erwiesen. Vielleicht fehlen unserem Blute den Erregern der sympathischen Ophthalmie gegenüber die Abwehreinrichtungen, welche ihm anderen Mikroorganismen gegenüber zur Verfügung stehen.

Erfolgt die Infektion des zweiten Auges durch Vermittlung der Blutbahn, so ist es verständlich, daß die sympathische Ophthalmie einerseits ohne jede Vorboten, andererseits noch eine Zeitlang nach der Erukulation des erkrankten Auges und endlich auch zunächst als reine Iridozyklitis ohne Papillitis beginnen kann.

Daß die sympathische Ophthalmie nur verhältnismäßig selten auftritt, kann verschiedene Gründe haben. Ebenso wie tuberkulöse Herde nicht selten lokal begrenzt bleiben, braucht auch von einem entzündeten Auge die Verschleppung der Erreger nicht immer stattzufinden, und ist sie erfolgt, so können die Mikroorganismen in den großen drüsigen Organen abgelagert und hier mit der Zeit unschädlich gemacht werden.

BONDI-Iglau.

Sexuelle Verirrungen. — Sadismus und Masochismus.

Von Dr. E. Laurent. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dolorosa. Berlin 1904. H. Barsdorf. 272 S.

Den größten Theil des Buches nimmt die einschlägige Anekdote im Verein mit Auszügen aus der belletristischen Literatur ein. Von einem wissenschaftlichen Wert kann kaum die Rede sein, von Selbständigkeit schon gar nicht; es war kaum ein Bedürfnis vorhanden, dieses Buch ins Deutsche zu übersetzen; trotzdem ist es ernst und steht nicht so tief, daß die Übersetzung hätte anonym erfolgen müssen. Der Titel scheint Nachfolger zu versprechen.

INFELD.

Feuilleton.

Die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

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

Breslau, 24. September.

II.

Wetter und Stimmung blieben die ganze Naturforscherwoche über kühl. Nicht einmal die wohlgemeinten Verse eines bescheidenen Albums und mehrere geistreich sein sollende Tischkarten vermochten uns zu erheitern. Da sahen wir auf dem Titelblatte einer Karte Adam und Eva, letztere als Stammutter besonders deutlich charakterisiert, und bereits auf dem folgenden verläßt die echte Mama mit dem neckischen Kain auf den Armen die — Breslauer gynäkologische Klinik.

Mittwoch wurde tüchtig gearbeitet; die meisten Sektionen erledigten an diesem Tage ihr Programm, so daß viele Ärzte fragen mußten: „Was nun?“ Donnerstag früh präsierte Hofrat CHIARI einer sehr still verlaufenden Geschäftssitzung, in welcher Meran als Versammlungsort für das nächste Jahr vorgeschlagen und einstimmig angenommen wurde. Nach dem kühlen Breslau in Regenstimmung das herbstlich-sonnige, vom blauen Himmel überspannte, von schweren Trauben bekränzte Meran — das wird eine herzerquickende Abwechslung geben. Der Innsbrucker Dermatologe Professor Dr. MERCK sprach einige kräftige Worte und versicherte die nächstjährige Versammlung der Unterstützung der Innsbrucker Universität.

Dann folgte die Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen in einem sehr großen und sehr leeren Saale. Prof. FRICKE (Bremen) sprach über den heutigen Stand des naturwissenschaftlich-mathematischen Unterrichts an den höheren Schulen; Geheimrat KLEIN (Göttingen) über neue Tendenzen auf mathematisch-physikalischer Seite; Geheimrat MERKEL (Göttingen) teilte Wünsche betreffs des biologischen Unterrichts mit und Professor

LEUBUSCHER brachte schulhygienische Erwägungen. Bevor wir letztere nach einem Autorreferate mitteilen, müssen wir leider hervorheben, daß die Debatte über den naturwissenschaftlich-mathematischen Unterricht, die sich von Aachen nach Hamburg, von Karlsbad nach Kassel fortgesponnen hat und in Breslau nicht gelöst wurde, eine triste, einförmige Melodie in den Darbietungen dieses Jahres gewesen ist. Derartige Debatten gehören in Professorenkonferenzen und in pädagogische Journale. Auf den Naturforscherversammlungen werden sie nicht gehört oder kühl, als notwendiges Übel, aufgenommen. Verlorne Liebesmüh'!

LEUBUSCHERS „Schulhygienische Erwägungen“ waren die positive Arbeit dieses Vormittags. Die gesundheitlichen Zustände in unseren höheren Schulen haben nur insofern in den letzten Dezennien eine Besserung erfahren, als die Baulichkeiten und die inneren Einrichtungen bessere geworden sind; die Hygiene des Unterrichts und die Schülerhygiene haben aus diesen Fortschritten kaum einen Nutzen gezogen. Die Untersuchungen über den Gesundheitszustand in den höheren Schulen Sachsen-Meiningsens, wo seit 3 Jahren sämtliche Schulen eine schulärztliche Überwachung genießen, haben ergeben, daß besonders 3 Gruppen von Störungen sich bei den Schülern dieser Anstalten finden; in erster Linie Kurzsichtigkeit, zweitens Störungen des Zirkulationsapparates, meist funktioneller Natur, drittens allgemeine nervöse Störungen. Wenn auch ein Teil dieser krankhaften Befunde auf außerhalb der Schule liegende Ursachen zurückzuführen ist, so läßt sich das ätiologische Moment der Überbürdung durch die Schule für viele Fälle nachweisen. Eine gründliche Abhilfe wäre nur durch Änderung des ganzen Lehrplanes möglich; es würde aber auch eine Änderung des Lehrmodus auf Grundlage der Lehren der Schulhygiene schon viel nützen können. Gefordert werden muß zweckmäßige Folge der einzelnen Unterrichtsfächer, Verkürzung der Unterrichtsstunden und Verlängerung der Pausen; Abschaffung des Nachmittagsunterrichts; größere Berücksichtigung der körperlichen Entwicklung der Schüler. Diese Forderungen bedingen die Ausstellung von Schulärzten.

Eine Reform des mathematisch-naturwissenschaftlichen Unterrichts ist auch vom Standpunkte der Schulhygiene aus wünschens-

wert, darf aber keinesfalls eine Erhöhung des Gesamtlehrstoffes oder eine Vermehrung der Stundenzahl zur Folge haben. Sie wird infolgedessen nur möglich, wenn der Sprachunterricht eine Beschränkung erfährt.

Der Unterricht in der Biologie kann dadurch gesundheitlich Nutzen bringen, daß er mit regelmäßigen Ausflügen unter Leitung des Lehrers verbunden wird. — Vor allem aber müßte im Anschluß an den naturwissenschaftlichen Unterricht direkt die Gesundheitspflege in ihren Grundzügen gelehrt werden; die wichtigsten Kapitel könnten im Anschluß an Biologie, Chemie und Physik vorgetragen werden.

Dieser Unterricht in Gesundheitspflege ist durch Lehrer zu erteilen, welche bereits auf der Universität das Studium der Hygiene zu betreiben haben. Es ist aber auch dringend wünschenswert, daß überhaupt jeder, der sich zum Lehrfach vorbereitet, eine gewisse Ausbildung in dieser Disziplin erlangt.

Schließlich ist noch die Forderung zu erheben, daß den von der Schule abgehenden jungen Leuten eine Aufklärung über die Tätigkeit des Sexualapparates und die Gefahren des sexuellen Verkehrs zuteil wird, um der enormen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzuwirken. Diese Aufklärung hat nicht durch den Lehrer, sondern durch den Schularzt zu erfolgen.

Nachmittags behandelte die naturwissenschaftliche Hauptgruppe „Die Eiszeit in den Gebirgen der Erde“ mit besonderer Gründlichkeit; Professor BRÜCKNER (Bern) sprach über die Eiszeit in den Alpen, Professor HANS MEYER (Leipzig) über die Eiszeit in den Tropen und Geheimrat PARTSCH (Breslau) über die Eiszeit in den Gebirgen Europas zwischen dem nordischen und dem alpinen Eisgebiet. Während hier große geologische Epochen und Kräfte das Thema bildeten, beschäftigte sich die medizinische Hauptgruppe mit den elementaren Bausteinen des Lebens, mit Zellen und Blutkörperchen. Die Ausführungen von Professor GRAWITZ (Charlottenburg) über „Die farblosen Zellen des Blutes und ihre klinische Bedeutung“, von Professor ASKANAZY (Königsberg) „Über den Ursprung und Schicksale der farblosen Blutzellen“, von Geheimrat EHRlich (Frankfurt a. M.) über „Eosinophile Zellen“ werden an dieser Stelle noch im Zusammenhange gewürdigt werden. Diese drei Vorträge und die Referate von Professor KRETZ (Wien) und Geheimrat NAUNYN (Straßburg) über „Leberzirrhose“, welche ebenfalls ausführlicher mitgeteilt werden sollen, bilden die medizinischen Hauptarbeiten der Breslauer Versammlung, die übrigens an tüchtiger Detailarbeit ebenfalls Respektables geliefert hat.

Nach GRAWITZ, ASKANAZY und EHRlich wurde eine Diskussion gewagt; sie verlief rasch im Sande, da jeder Sprecher sich auf die Hauptredner beziehen und ihnen Dank und Lob spenden mußte.

Abends fand das Gartenfest im Breslauer Zoologischen Garten statt, in dessen sehr reichem Tierbestande ein junges Gorillaweibchen die Ehrenstelle einnimmt. Das anthropoide Fräulein war in dieser Woche Gegenstand zärtlicher Aufmerksamkeiten von ca. 3000 Naturforschern und Ärzten. Es ertrug alle neugierigen Forscherblicke mit Geduld und Größe. Als aber der Wärter in einem Becher ein Stomachikum brachte — die schwarze Herrin des südafrikanischen Urwaldes war unpaß —, stieß es die Medizin weg, wie es ein unartiges Kind tut. Das war freilich der einzige Moment, wo es seiner Würde vergaß und sich störrisch, schier könnte man sagen: menschlich benahm.

Das Fest im Tiergarten litt unter dem Platzmangel und der Kälte. Junge Damen, darunter ein Töchterlein des Geheimrates v. MIKULICZ-RADECIKI, tanzten einen allerliebsten Elfenreigen — aber es blieb recht kalt und die Eiszeitvorträge waren noch nicht verwunden. Freitag vormittags fand die zweite allgemeine Sitzung statt. Professor EUGEN MEYER (Charlottenburg) sprach über die „Bedeutung der Verbrennungskraftmaschinen für die Erzeugung motorischer Kraft“, Professor HABERLANDT (Graz) über „Sinnesorgane im Pflanzenreiche“ und Professor RHUMBLER (Göttingen) über „Zellenmechanik und Zellenleben“. Wir werden auf den bemerkenswerten Inhalt des letzten Vortrages zurückkommen.

Der erste Vorsitzende, Hofrat CHIARI, erstattete hierauf der Regierung, Stadt, Geschäftsführung und dem Lokalausschusse den üblichen Dank und schloß: „Möge es vielen von uns beschieden

sein, im nächsten Jahre im fernen Süden, wo auch eine gute deutsche Zunge klingt, ein fröhliches Wiedersehen zu feiern!“ Der zweite Geschäftsführer, Professor LADENBURG, der vielbekämpfte und umstrittene, warf noch einen kurzen Rückblick auf die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Sie war — damit möchten wir diesen Bericht schließen — reich an Arbeit ohne Wärmeentwicklung.
Dr. W.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

I.

HALLOPEAU: Über die toxischen und immunisierenden Substanzen der Syphilis.

Die Syphilistoxine sind das unbekannte Produkt eines unbekanntes Mikroorganismus. Zweifellos hängt die Entwicklung der Syphilis von der Entwicklung der spezifischen Mikroben ab, dessen Toxine sich in den verschiedenen Perioden der Krankheit verschieden verhalten. Die Toxine besitzen während der Inkubations- und Latenzzeit keine pathogene Kraft. Die schnell gegen Neuinfektionen auftretende Immunität beweist jedoch, daß immunisierende, von den Toxinen verschiedene Substanzen kurze Zeit nach der primären Inokulation in den allgemeinen Kreislauf übergehen. Die Wirkung der Toxine kann sich auf die mittelbare oder unmittelbare Nachbarschaft der Infektionsherde beschränken oder sich verallgemeinern. Die unmittelbare lokale Wirkung der Toxine äußert sich nach und nach durch die Entstehung des harten Schankers, der Drüsenschwellungen, der sekundären und tertiären Symptome, sie wird beeinflusst durch die Biologie des Syphiliskontagiums und durch die Reaktionskraft des erkrankten Organismus. Die mittelbare lokale Wirkung der Toxine ruft die Störungen der Zirkulation und der Pigmentation in der Umgebung der Syphilide hervor. Die allgemeine Wirkung der Toxine äußert sich in Allgemeinstörungen in der Sekundärperiode, in der dauernden Immunität gegen Neuinfektionen und teilweise auch in den Entwicklungsveränderungen der Krankheit bei zwei aufeinander folgenden Generationen (Syphilis binaria TARNOWSKIS). Mit Unrecht haben hervorragende Syphilidologen die Entstehung der tertiären und quaternären Symptome sowie die hereditäre Übertragung auf die ausschließliche Tätigkeit der von ihrem Herde losgelösten Toxine bezogen. Die lokale Multiplizität der Affektionen spricht mit Notwendigkeit für die aktive Tätigkeit von Mikroorganismen; dagegen weisen einzelne Symptome der hereditären Syphilis in der ersten und zweiten Generation, wie der Infantilismus, die vorzeitige Seneszenz, die Jugendkatarakte, auf eine Veränderung der embryonalen Elemente durch die Syphilistoxine hin. Alle diese Symptome widerstehen der spezifischen Therapie. — Es ist gleichfalls falsch, die Entstehung der Nervenerkrankungen, wie Tabes und Paralyse, auf die ausschließliche Tätigkeit der unabhängig von den Mikroorganismen gewordenen Toxine erklären zu wollen. Diese Krankheiten entstehen durch syphilitische Neubildungen bei disponierten Individuen. Die Neubildungen, erzeugt von den Mikroorganismen, lassen ihrerseits sekundäre Degenerationen im Nervensystem entstehen oder veranlassen durch Vermittlung der Toxine und der Zerebrospinalflüssigkeit diffuse Gefäßentzündungen, gegen welche die spezifische Therapie machtlos ist.

Die Immunität, beruhend auf „substances vaccinantés“, ist allgemein und lokal. Die Immunität ist jedoch, wie die sicheren Fälle der Reinfektion zeigen, zeitlich nicht unbegrenzt. Der Übergang dieser Stoffe durch die Plazenta in die Zirkulation der Mutter von dem vom Vater her syphilitischen Embryo bewirkt die Immunität der Mutter (COLLESSches Gesetz). Umgekehrt kann die kranke Mutter dem intrauterin gesund gebliebenen Fötus eine Immunität geben, die sich nach der Geburt abschwächt. Vielleicht kann auch die plazentare Übertragung dieser Stoffe den eigenartigen, häufig abortiven Verlauf der Syphilis binaria TARNOWSKIS erklären. Es gibt auch eine lokale Immunität, die wahrscheinlich, entsprechend der Theorie METSCHNIKOFFS, auf die Tätigkeit von Makrophagen zurückzuführen ist, welche die Wucherungen der Mikroorganismen hindern. So erklärt sich die Entstehung der korymbiformen und serpiginösen Syphilide. Die Versuche, die Serumtherapie bei der Behandlung der Syphilis zu verwerten, haben bisher noch keine Resultate ergeben.

Buschke berichtet über Versuche über die Serumreaktion der Syphilitischen. Das Serum syphilitischer Individuen, vermischt mit dem Serum Gesunder, ergab keine einheitliche Reaktion. Ebensowenig gelangen Versuche

Präzipitine darzustellen. Die Hauptschwierigkeit lag darin, daß in den Aufschwemmungen der syphilitischen Produkte (Papeln) sich sehr bald die gewöhnlichen Parasiten in so starker Weise entwickelten, daß die Versuche gestört wurden. Zusatz von Chloroform und Karbol bewährte sich nicht. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes Syphilitischer ergab keine Resultate; das Blut blieb steril.

Nagelschmidt (Berlin) ging von der Ansicht aus, daß bei der Vorbehandlung von Tieren mit syphilitischem Blut verschiedene Antikörper gleichzeitig gebildet werden, und daß die Vielheit der für das menschliche Eiweiß im allgemeinen charakteristischen die relativ wenigen für Lues charakteristischen verdeckt. Er hat deshalb das durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Luesblut gewonnene Antiserum zunächst so lange mit defibriertem Gesundblut versetzt, bis kein Präzipitat mehr auftrat. Nach erfolgter Sättigung erfolgte in mehreren Fällen noch mit Luesblut ein Präzipitat.

Neisser (Breslau) berichtet über Versuche, welche die Angaben MERSCHNIKOFFS, ROUXS und LASSARS über die Möglichkeit der experimentellen Syphilis bei den Anthropoiden bestätigen, im einzelnen aber an den Versuchen MERSCHNIKOFFS Kritik üben. Letzterer hat festgestellt, daß durch Abimpfung der Syphilis vom Schimpanse auf *Macacus sinicus* eine Abschwächung der Krankheitsgifte eintritt. Ein mit Makakensyphilis geimpfter Schimpanse konnte mit Menschensyphilis nicht mehr infiziert werden. N. stellte zunächst fest, daß Menschensyphilis auf andere Makakenarten (*M. rhesus* und *M. speciosus*) nicht übertragen werden kann. Er zeigt dann Lücken in der Beweisführung MERSCHNIKOFFS. N. versuchte sodann durch längere Zeit fortgesetzte Impfung mit dem Serum syphilitischer Menschen (422 cm^2 Serum) einen Schimpanse immun zu machen. Dies mißlang; der Schimpanse, unmittelbar nach der letzten Serumimpfung geimpft, erkrankte doch an Syphilis. Dieser Versuch spricht gegen das COLLASSsche Gesetz, beweist aber auch die stets von N. behauptete Unsicherheit des syphilitischen Serums. N. spritzte einem Schimpanse 40 cm^2 Blut eines syphilitischen Menschen ein, ohne daß die Krankheit zum Ausbruch kam, dagegen hatte bei demselben Tier die übliche Inokulation Erfolg. Machte man die Impfungen mit zerriebenen syphilitischen Papeln, die 10—20—60 Minuten auf 60° erhitzt waren, so ergaben nur die bis 20 Minuten auf 60° erhitzten Syphilisprodukte Impferfolge. Subkutane Impfungen mit Syphilismaterial blieben erfolglos. N. zeigt sodann, welche Wege die weitere Forschung einzuschlagen hat. Versuche am Orang und Gibbon, die weniger empfänglich sind, versprechen vielleicht zur Gewinnung abgeschwächten Syphilismaterials Erfolge; Blutuntersuchungen zeigen die nahe Verwandtschaft der Tiere zum Menschen. Zu studieren ist ferner die Übertragung von Organen, insbesondere von Drüsen syphilitischer Menschen auf anthropoide Affen; allerdings ist die Ausschließung der Mischinfektionen bei den sicher syphilitisch kranken Organen eine große Schwierigkeit.

Metschnikoff (Paris) faßt die Resultate seiner und der übrigen Forscher Untersuchungen dahin zusammen, daß er die Übertragungsmöglichkeit der Syphilis auf Affen als bewiesen ansieht. Neun geimpfte Affen ergaben neun positive Resultate. Das primäre Geschwür ist entweder ein typischer Schanker oder „chancriforme“. Wichtig ist das Vorkommen von typischen Plaques mouqueuses auf der Zunge neben den sekundärsyphilitischen Hautsymptomen. Die Abimpfung von den sekundären Zungenplaques auf Makaken hat dieselben Symptome hervorgerufen, wie die Impfung vom primären Herde. M. weist auf die Wichtigkeit der Versuche KLINGMÜLLERS und BÄRMANNs hin. Die Forscher impften sich selbst ohne Resultat mit einer durch eine CHAMBERLAIN-Kerze filtrierten Aufschwemmung von Syphilismaterial. Wenn hier nicht durch die zu große Verdünnung der negative Erfolg erklärt wird, muß man annehmen, daß das Syphilisgift ein körperliches Agens ist. Untersuchungen M.s weisen darauf hin, daß es sich auch um einen unbeweglichen Mikroorganismus handeln muß. M. hat festgestellt, daß Impfungen mit einer Aufschwemmung von Syphilismaterial im Serum positive Erfolge geben. Erwärmung dieser Serum-Syphilismaterialmischung auf 50° während einer Stunde vernichtet die Wirksamkeit, die dagegen bei Zusatz von Glycerin erhalten bleibt, so daß die Möglichkeit einer Schutzimpfung bestehen bleibt, wenn eine Abschwächung des Impfstoffes möglich ist. Die Abschwächung des Syphilisverlaufes bei Übertragung der Schimpansen-syphilis auf Makaken zeigt den Weg.

Lassar (Berlin) weist auf die ganz „abortive“ Syphilis bei den Makaken, insbesondere auf den Mangel jeder Verallgemeinerung der Krankheit hin. Bei der Seltenheit der Schimpansen und ihrer hohen Mortalität in unserem Klima ist an eine praktische Erzeugung von Impfstoffen und Schutzstoffen erst dann zu denken, wenn die Übertragung der Lues auf eine widerstandsfähigere Affenart möglich ist. Die Forschung muß jetzt durch Impfungen auf Schimpansen zwei Fragen lösen, erstens die Infektiosität der gummösen syphilitischen Symptome, von der L. sich mehr und mehr durch klinische Beobachtungen überzeugt, und zweitens die Pathogenität der „Syphilisbazillen“.

Auf eine Anfrage von Nissens (Berlin) teilt Neisser mit, daß das Serum der Syphilitischen monatelang angewendet wurde und erst der Inokulation nach Ablauf der gewöhnlichen Zeit der Primäraffekt folgte.

Malcolm-Morris (London) gibt ein Referat über seine Erfahrung in der Lupustherapie, das sich durch kritische Schärfe auszeichnet. Er verwirft statistische Erhebungen, weil die einzelnen Fälle gar nicht miteinander vergleichbar sind. Bei wenig ausgedehnten Erkrankungen führen alle Methoden, wie Ätzungen, Galvanokaustik, Skarifikation, Exkocheation, Exzision, Lichttherapie, zum Ziel, während sie bei großen, tiefgreifenden Lupusformen versagen. Eine Allgemeinerkrankung des Körpers an Tuberkulose verschlechtert die Prognose der lokalen Lupusheilung. Einzelne Methoden, wie die Skarifikationen, sind als überholt zu betrachten. Günstig, wenn auch nicht enthusiastisch, urteilt M. über die moderne Lichttherapie, die er nur in Kombination mit tiefgreifenden Ätzmitteln verwendet. Auch heute noch gibt es unheilbare Fälle, doch sind sie viel seltener geworden, als noch vor 25 Jahren.

I. Neumann (Wien) spricht unter Demonstration von Abbildungen über die Ergebnisse der Forschung über die präkolumbische Syphilis in Peru. Die eigenartigen Verstümmelungen der Nase und Oberlippe, die eine Anzahl von in alten Gräbern gefundenen Tongefäßen zeigen, sind teilweise absichtlich gemachte und stellen wahrscheinlich die Folgen eines barbarischen Strafvollzuges dar. Daneben gibt es aber Figuren, welche sicher pathologische Veränderungen der Nase zeigen. Lepra ist ausgeschlossen, weil die charakteristischen Knoten fehlen; gegen Lupus spricht die Intaktheit der Wangen und Lippen, gegen Epitheliom die Ausbreitung und die flache, gleichmäßig aufgeworfene Umrandung. Hervorragende Forscher haben die Verstümmelungen als eigene Krankheit „Maga“ erklärt. Das Wort bedeutet Wunde, Geschwür, Verletzung. Einen Beweis für die präkolumbische Existenz der Syphilis geben die Tongefäße nicht, wenn sie auch für die Berechtigung der Hypothese sprechen.

V. Hansemann legt einen peruanischen Schädel vor, der Zerstörungen zweifellos syphilitischer Natur zeigt (Perforation des Schädels, Exostosen usw.). Es fragt sich jedoch, ob dieser einem altperuanischen Grabe entstammende Schädel wirklich aus vorkolumbischer Zeit stammt. Während auf dem Amerikanistenkongreß diese Frage nach den sonstigen Gräberbefunden und Totenbeigaben bejaht wurde, sind in letzter Zeit wieder Zweifel aufgetaucht.

Lesser weist darauf hin, daß die modernen epidemiologischen Erfahrungen dafür sprechen, daß die als Pandemie nach der Entdeckung Amerikas auftretende Lues eine für Europa neue Seuche gewesen ist.

Aus den Abteilungen

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

Abteilung für innere Medizin.

R. STERN (Breslau): Untersuchungen über die bakterizide Wirkung des menschlichen Blutserums bei Typhuskranken.

Prüft man die bakterizide Wirkung des Blutserums gegenüber Typhusbazillen durch Reagensglasversuche in ähnlicher Weise wie bei anderen antiseptischen Substanzen (Zusatz fallender Mengen des Serums zu Typhusbouillonkultur), so ergeben sich keine konstanten Unterschiede zwischen dem Blutserum der Typhuskranken und anderer Menschen. Von Interesse ist hierbei, daß frisch aus dem Körper gezüchtete Bazillen gegenüber der bakteriziden Wirkung des Blutserums zum Teil deutlich weniger empfindlich sind als solche Bazillen, die schon längere Zeit außerhalb des Körpers gezüchtet waren. Hierin ist vielleicht eine der Ursachen für den Mißerfolg bakterizider Sera zu finden. Untersucht man dagegen quantitativ den Gehalt an Zwischenkörpern, so zeigt sich, daß dieser im Serum der Typhuskranken meist in viel stärkerer Verdünnung nachweisbar ist als im nicht-typhösen Serum. Vortr. macht hierüber nähere Mitteilungen auf Grund der Erfahrungen an 59 Typhusfällen und 90 nicht-typhösem Seris. Eine absolute Grenze zwischen Typhus- und nicht-typhösem Serum läßt sich hier ebensowenig aufstellen wie bei der Agglutination. Doch ist es um so wahrscheinlicher, daß die Serumwirkung durch eine Typhusinfektion bedingt ist, je mehr der Gehalt an Zwischenkörpern über die höchsten beim nichttyphösen Serum beobachteten Werte hinausgeht. Da im Verlauf des Typhus schon vielfach in der zweiten oder dritten Krankheitswoche ein sehr reichlicher Gehalt an Zwischenkörpern ohne gleichzeitige Vermehrung des Komplements nachweisbar ist, so erscheint der Nutzen einer weiteren Zufuhr von Zwischenkörpern — wie sie bei der jetzt üblichen Anwendungsweise bakterizider Sera erfolgt — fraglich. Die noch vielfach verbreitete Annahme, daß die erworbene Immunität beim Abdominaltyphus auf der vermehrten Bildung von Zwischenkörpern („Immunkörpern“) beruhe, findet in den Untersuchungen des Vortragenden keine Stütze.

HÖDLMOSER (Sarajevo): Die Serodiagnose des Typhus recurrens.

Der Vortragende hat anlässlich einer in den letzten Jahren in Bosnien und der Herzegowina verbreiteten Epidemie von Typhus recurrens auch in seiner Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals eine größere Reihe von Fällen beobachtet und hat sich unter anderem das Studium der Seroprognose zur Aufgabe gemacht; die grundlegenden Arbeiten darüber rühren von GABRITSCHESKY und LÖWENTHAL her, welche beide ausgesprochene bakterizide Wirkung bei Einwirkung des Serums von Rekurrenskranken aus den fieberfreien Intervallen auf Rekurrensspirillen beobachten konnten.

Die Schwierigkeit des Verfahrens liegt darin, daß man bisher die OBERMEYERSchen Spirillen nicht zu kultivieren vermag und daher immer auf das spirillenhaltige Blut eines anderen Kranken angewiesen ist.

Vortragender schildert die Methodik des Verfahrens und erwähnt, daß auch nach seinen Erfahrungen das Blut der Rekurrenkrankten exquisit bakterizide Wirkung besitze, und zwar müsse man dieselbe sowohl als spirillolytisch wie auch als spirilloagglutinierend bezeichnen.

Zum Schlusse weist Verfasser noch auf die Bedeutung hin, welche die Gegenwart bakterizider Substanzen im Blute bei Rekurrenkrankten in theoretischer Hinsicht besitze, und schließt mit dem Hinweise auf die Arbeit SCHAUDINNS, welche eine neue erfolgsverheißende Perspektive für die Erklärung des eigentümlichen Verlaufes des Rückfallfiebers eröffnet.

W. FALTA und C. T. NOEGGERATH (Basel): Zur Bedeutung der Proagglutinoide für die GRUBER-WIDALSche Reaktion.

Es wird über eine Typhusendemie berichtet, bei welcher im Patientenserum ein auffallendes Verhalten bei der Agglutination mit (6) verschiedenen Typhusstämmen beobachtet wurde. Es zeigte sich nämlich eine für alle Krankheitsfälle charakteristische Stufenleiter der Agglutinationstitres im Serum. Dieselbe Stufenfolge konnte experimentell beim Kaninchen erzeugt werden, wenn es mit dem Endemiestamme immunisiert wurde. Daß es sich hierbei nicht um leichtere oder schwerere Agglutinabilität der Typhusstämmen an sich handle, konnte durch ihr differentes Verhalten gegen menschliche und tierische Typhussera anderer Provenienz gezeigt werden. Gedeutet wird dies durch den verschiedenen Rezeptorenapparat der jeweilig krankmachenden oder immunisierenden Typhusstämmen. Der praktische Wert für die GRUBER-WIDALSche Reaktion erhellt daraus, daß zu dieser Endemie gehörige Fälle als spät oder gar nicht agglutinierende angesehen werden mußten, solange nur zwei Typhusstämmen verwendet wurden. Es wird daher angeregt, das FICKERSche Reagens aus Typhusstämmen verschiedenster Herkunft, eventuell unter Beifügung der Paratyphen A und B, herzustellen.

Weiterhin wurden für die gleiche Serumprobe mit verschiedenen Formolbouillons gelegentlich negative und stark positive Agglutination nebeneinander gefunden. Als Erklärung ergab sich, daß infolge Anwendung von nur wenig dünnerer Formolbouillon im negativen Falle die Serumagglutinine durch Proagglutinoide völlig verdeckt worden waren. Auf die Möglichkeit der Anwesenheit von sogenannten falschen Antiagglutininen wird hingewiesen. Proagglutinoide fanden sich bei Anwendung einer aus dieser Erfahrung abgeleiteten Methoden sehr häufig in völlig frischen tierischen und menschlichen Typhusseris. Während sie früh nach der Infektion zu fehlen scheinen, nehmen sie gegen die Rekonvaleszenz hin stark zu. Daher die Annahme, daß diese Proagglutinoide als im tierischen, resp. menschlichen Körper entstandene Abbau- oder Degenerationsprodukte der Agglutinine aufzufassen seien.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Über abdominale Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus.

W. A. FREUND stellt eine Patientin, Frau N., vor, der im Jahre 1878 in Breslau wegen Karzinom der Uterus per laparotomiam extirpiert wurde, als lebendigen Zeugen der ersten Arbeit, welche fast vor einem Menschenalter von FREUND zur operativen Behandlung des Uteruskrebses unternommen wurde. Es ist dieses der erste Fall einer vollkommenen Dauerheilung, und so eingreifend die Operation auch gewesen ist, ist die Frau durch die Operation aus einer dahinsiechenden zu einer leistungsfähigen und arbeitsfreudigen Mutter und Gattin geworden, für FREUND aber ist dieser Fall ein Ansporn gewesen, auf der begonnenen Bahn, eine operative Hilfe den an Karzinom erkrankten Frauen zu bringen, fortzuschreiten, und mit wie großem Erfolg er dieses getan hat, wissen wir Ärzte. Auch in der neuesten Diskussion über die modernen Bestrebungen, auf abdominalem Wege die operative Behandlung des Uteruskrebses durchzuführen, ist der Fall von bedeutender Wichtigkeit. Er ist in der „Breslauer ärztlichen Zeitschrift“, 1879, Nr. 3 von TOEPLITZ beschrieben, zusammen mit einem ungünstig verlaufenen Falle, bei dem übrigens FREUND — wie schon SCULTETUS im Jahre 1866 — die Beckenhochlagerung anwandte. Aus der Krankengeschichte ist bei dem Falle der Frau N. erwähnenswert, daß es sich um ein tubuläres Karzinom der Portio vaginalis und ein isoliertes karzinomatöses Ulkus im Fundus uteri handelte. Als vor zirka 30 Jahren die Auslöffelung und Kauterisation die Hauptbehandlung des Uteruskarzinoms war, andererseits die Untersuchungen von RUGE und VEIT eine Radikaloperation bei diesem Leiden notwendig erscheinen ließen, entschied sich FREUND aus einfach chirurgischen Gründen, nämlich einer möglichst klaren Aufdeckung des Operationsfeldes, für die abdominale Operation. Aber die schlimmen Operationsresultate machten bald stutzig, und als CZERNY die vaginale Operation mit Glück auszuüben begonnen hatte, strömten alle und auch FREUND in sein Lager. Weshalb gingen aber jetzt wieder einige aus dem sicheren und bequemem Lager heraus und suchen andere Wege der Operation? Der Grund

ist, daß die Dauerresultate der vaginalen Operationen nicht befriedigten. Zwar ging man nicht sofort wieder zu abdominalen Operationen über, man verbesserte zunächst das vaginale Verfahren, ohne die gewünschten Resultate zu erreichen. Da nun inzwischen die Chirurgen in der Exstirpation krebserkrankter Organe immer energischer vorgingen — FREUND erinnert an die von L. HEIDENHAIN erweiterte Operationsmethode der Mamma- und Zungenexstirpation —, so war auch für die Gynäkologen zur Operation des Uteruskarzinoms der Weg durch das Abdomen vorgezeichnet. Schon vorher waren in Breslau nicht unwesentliche Modifikationen der abdominalen Operation vorgeschlagen, vor allem wäre an Stelle der Massenunterbindung die Einzelunterbindung der Blutgefäße vorzunehmen und alsdann die von M. B. FREUND beschriebenen Kompressionen zur Gefäßversorgung ohne Unterbindung. Die Rückkehr zu der abdominalen Operation war aber nicht ein einfaches Zurückgehen auf den alten, 1878 angegebenen Weg. Es handelte sich hierbei vielmehr um eine Erweiterung des ursprünglichen Operationsplanes, denn auch die abdominale Operation, nach alter Weise ausgeführt, hätte durchaus nicht den Ansprüchen auf eine Dauerheilung genügt. Denn wenn FREUND auch früher bei der Operation Drüsen mitentfernte, so war doch das Verfahren kein ausreichendes. Die neuesten Bestrebungen von MACKENRODT, RIES, RUMPF und WERTHEIM gehen hingegen auf dieses rationelle Ziel los. Als rationellstes Verfahren erscheint FREUND das von MACKENRODT. Unterstützt sind diese Bestrebungen durch die sorgfältigen anatomischen Untersuchungen der Umgebung des Uterus, vor allem der Lymphorgane. Aber die Ausführungen dieser neuesten Bestrebungen zur Ausgestaltung der radikalen Operation gehen nicht ohne Kampf vor sich. Die anfänglich nicht günstigen Operationsresultate werden dagegen ins Feld geführt. Aber auch die Operationsresultate bei den ersten Myomoperationen waren ebenso ungünstig, so daß KEITH und SPENCER WELLS von den Myomotomien abrieten. Bei einer Operation aber, welche die Rettung sonst meist unrettbar verlorener Menschen bezweckt, muß man lernen, genügsam sein. Ferner hat man die absolut saubere Ausräumung des Beckens von Bindegewebe und Drüsen verlangt, eine absolut unmögliche Forderung. FREUND fordert, man solle nicht nur die ungünstigen Fälle auf abdominalem Wege operieren, im Gegenteil alle beginnenden, sogenannten guten Fälle, dann wird man günstige Mortalitätsverhältnisse und wirkliche Dauerheilungen erzielen, die ungünstigen mag man vaginal operieren, als Palliativoperation. In erfreulicher Weise mehrte sich die Zahl der Ärzte, die den abdominalen Weg wählen; möge ihnen die Heilung des Gebärmutterkrebses gelingen. DÖDERLEIN teilt zunächst seine mit der vaginalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus gewonnenen Dauerresultate bei fünfjähriger Beobachtung mit. Vom 1. Oktober 1897 bis Ende 1899 gingen der Tübinger Frauenklinik insgesamt 151 Uteruskarzinome zu, von denen 73 gleich 48·4% operiert wurden. Nach WINTERS Berechnung blieben bei Ausschaltung der primär und sekundär, aber rezidivfrei Gestorbenen (2 Fälle) 40·6% der Operierten geheilt, was einer absoluten Heilziffer von 19·6% entspricht. Redner schlägt vor, in den künftigen Statistiken außer dieser WINTERSchen Zahl auch noch die absolute Heilziffer ohne jeden Abzug mitzuteilen, da die primäre Mortalität in Rechnung kommen sollte. In seinem Material reduziert sich dann die Zahl 19·6% auf 15·8%. Auch sollte stets Korpus- und Kollumkarzinom geschieden werden, da nach allgemeiner und auch nach seiner Erfahrung ein großer Unterschied in der Heilbarkeit beider besteht. DÖDERLEIN hat bei Korpuskarzinom eine Operabilität von 82·3%; von 10 Überlebenden blieben alle, also 100% rezidivfrei. Seit Januar 1902 operiert DÖDERLEIN abdominell. Unter 172 Karzinomen wurden 112 gleich 68·7% operiert. Von 46 im Jahre 1902 Operierten leben zur Zeit noch 20 rezidivfrei, was einem Heilprozent von 64·5% der Operierten entspricht. Absolutes Heilprozent nach WINTER 44%, ohne Abzug der primär Gestorbenen 30%. Das Ergebnis der Drüsenbefunde ist: In 26 von 65 Fällen, d. i. in 24·3%, wurden karzinomatöse Drüsen entfernt, bei Kollumkarzinom 29%, bei Korpuskarzinom 9%. Unter 23 Korpuskarzinomen waren nur zweimal karzinomatöse Drüsen gefunden; in beiden Fällen handelte es sich um sehr weit fortgeschrittene Karzinome, die eigentlich über die Grenzen der Operabilität hinausgegangen waren. Beide Frauen starben auch an den Folgen der Operation. DÖDERLEIN glaubt demnach, daß diese mit den Erfahrungen bei den vaginalen Totalexstirpationen in Einklang zu bringenden Tatsachen dafür sprechen, daß man die Korpuskarzinome mit dem gleichen Dauererfolg vaginal operieren kann. Ganz anders dagegen liegen die Verhältnisse bei Kollumkarzinomen, wo die abdominale Operation wesentlich bessere Erfolge verspricht, wofür DÖDERLEIN drei besonders beweisende Fälle demonstriert. Zwei dieser sind über 2 Jahre geheilt, trotzdem Drüsen und Ureter bereits vom Karzinom ergriffen worden. Im dritten Falle handelte es sich um eine Rezidivoperation mit bisher völligem Erfolg. (Demonstration von Bildern und Präparaten.)

MACKENRODT hat nach vaginaler Operation bei 5jähriger Beobachtung 44% Heilungen, trotzdem ging er zur abdominalen Operation über, weil auch bei 5jähriger Heilung noch Rezidive durch Affektion der Drüsen recht häufig sind. Was man für Imprezidive hielt, und MACKENRODT selbst hatte früher diese Ansicht, sind nach neueren Erfahrungen keine Imprezidive, sondern zweifellos nicht vollständig operierte Fälle, bei denen eine karzinomatöse Erkrankung des Beckenbindegewebes zurückblieb. Zu unkomplizierten Drüsenrezidiven kam es selten in den ersten fünf Jahren, diese traten vielmehr relativ sehr spät auf.

Die Aufgabe der radikalen Operation ist es, das Ligam. latum mit seiner Wurzel und mit den in ihm gelegenen Drüsen und dem Plexus hypogastricus auszuräumen. Auch die Drüsen an den Gefäßen bis zur Aorta müssen entfernt werden. Besonders in den Verästelungen der Basis des Ligamentum entwickelt sich das Rezidiv. Da man dieser Wurzel — besonders auf vaginalem Wege — nicht beikommen kann, sehen wir hier nach vaginalen Operationen so häufig Rezidive eintreten. Bei abdominalen Operationen kann man auch diese Wurzel des Ligamentum operativ entfernen. Die Technik der Operation ist allerdings eine schwierige. Man muß sich einen Zugang zu dem Operationsfeld schaffen, der gestattet, dasselbe vollständig freizulegen. Den Medianschnitt hat M. verlassen; er verwendet den alten anatomischen Schnitt zur Freilegung der retroperitonealen Drüsen, schafft so eine sehr weite Höhle und schließt temporär durch einen Faszienlappen, welcher mit der hinteren Beckenwand vernäht wird, die Bauchhöhle; diesen Verschuß als einen dauernden anzulegen, wie er es früher tat, hat er aufgegeben.

Die Resultate sind folgende:

71 Fälle hat M. nach der neuesten Methode operiert. 1901 12 Fälle, 2 starben an den Folgen der Operation (16·2%), außerdem einer 4 Monate nach der Operation an Pyelonephritis. Von den 9 Überlebenden sind 2 rezidiv geworden. 7 sind 3—4 Jahre rezidivfrei. 1902 wurden 22 Fälle operiert, 4 Frauen starben, von den 18 Überlebenden wurden 7 rezidiv. 1903 wurden 22 Fälle operiert, 6 Frauen starben (27·2%), von den 16 Überlebenden starb eine Kranke noch an Pneumonie, eine an Pyelonephritis und Rezidiv, von den 14 Überlebenden bekamen 3 ein Rezidiv. 1904 wurden 15 Fälle operiert, 2 sind gestorben; von 13 Überlebenden hat bis jetzt nur eine ein Rezidiv.

Die Gesamtergebnisse sind also: 71 Fälle wurden operiert, 14 sind gestorben; 13 Karzinome sind rezidiviert.

MACKENRODT hat dabei die schwersten, weit vorgeschrittenen Fälle operiert. Eine Vorbereitung des zu Operierenden mit Auslöflung und Chlorzinknachbehandlung ist durchaus zweckmäßig, da mancher Fall, der vorher als unoperabel erscheint, nach der Schrumpfung sich noch operieren läßt.

Vor der Operation konstatierte M. 20mal Albuminurie, häufig mußte der Ureter aus dem karzinomatösen Gewebe frei präpariert werden; einige Male mußte der Ureter reseziert werden. 2mal wurde er ohne Absicht verletzt; Blase und Rektum waren wiederholt ergriffen, so daß Resektionen notwendig wurden. Außer in frühesten Fällen von Portiokarzinom wendet M. die vaginale Operation nicht mehr an.

Notizen.

Wien, 1. Oktober 1904.

(NIELS FINSEN †.) Der Begründer der Lichttherapie, ein Pfadfinder auf ungekannten Gebiete, ein Forscher von wahrhaft leuchtendem Talente, NIELS RYBERG FINSEN, ist am 25. September im jugendlichen Alter von 43 Jahren gestorben. — Zu Thorshavn auf den Färöerinseln geboren, hat sich der im Jahre 1890 in Kopenhagen promovierte junge Arzt zunächst dem Studium der Anatomie zugewandt. Doch sein lebhaftes Interesse für physikalische Probleme und seine spezielle Begabung lenkten seine Aufmerksamkeit alsbald auf die Untersuchung der physiologischen Wirkung des Lichtes, und so entstand, mit unermüdlichem Arbeitsdrange errichtet, das unsterbliche Lebenswerk FINSENS, die Lichttherapie. Von seiner ersten Publikation „Pockenbehandlung mit Ausschließung der chemischen Strahlen“ bis zu seiner Arbeit „Über die Anwendung von konzentrierten chemischen Lichtstrahlen in der Medizin und Lupusbehandlung“ und zu seinem berühmten Werke „La Photothérapie“ — welche eine Fülle von Anregungen und Gedanken, welche ein Anstieg zu ungeahnten Höhen erfolgreicher Erkenntnis. Und so ist er auch gestorben, gleich manchem der Heroen, in jungen Jahren, durch seine Werke des Seins Vergänglichkeit für immer überdauernd.

(Universitäts-Nachrichten.) Der außerordentliche Professor der Augenheilkunde in Wien Dr. AUGUST V. REUSS hat den Titel und Charakter eines ordentlichen Professors erhalten. — Der Privatdozent an derselben Universität Dr. MAX NEUBURGER ist zum a. o. Professor der Geschichte der Medizin, der Privatdozent Doktor FRIEDRICH SCHLAGENHAUFER zum a. o. Professor der pathologischen Anatomie ernannt worden. — Nachfolgende Privatdozenten haben den Titel eines a. o. Professors erhalten: Dr. HEINR. PASCHKIS (Pharmakologie), Dr. JOSEF POLLAK (Ohrenheilkunde), Stabsarzt Doktor ALOIS PICK, Primararzt Dr. FRIEDRICH KOVÁCS und Primararzt Dr. FRIEDRICH OBERMAYER (innere Medizin), Dr. HUGO WINTERSTEINER (Augenheilkunde), Stabsarzt Dr. ROBERT R. V. TÖPLY (Geschichte der Medizin). — Die Dozenten Dr. J. ERÖSS und Dr. P. TERRAY in Budapest sind zu a. o. Universitäts-Professoren ernannt worden.

(Personalien.) Der praktische Arzt in Innsbruck Doktor HERMANN SCHUMACHER hat das Ritterkreuz des päpstl. St. Gregor-Ordens, der praktische Arzt, kaiserl. Rat Dr. ERNST HELLMER in Wien das Ritterkreuz des päpstl. St. Silvester-Ordens erhalten. — Im Status des Wiener Stadtphysikates ist Dr. LOTHAR FÖRSTER zum Oberarzte und sind die DDr. ALBERT PREIS, ANTON JERZABEK, KARL ENGEL und FRIEDRICH V. GEEZ zu Ärzten für Armenbehandlung und Totenbeschau ernannt worden. — Der Geh. San.-Rat Dr. MERTZNICH in Köln hat vor wenigen Tagen sein 70jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Dr. HERMANN KÜTTNER in Tübingen ist als Nachfolger von ALBERT LANDERER zum Direktor des neuen städtischen Krankenhauses in Schöneberg bei Berlin ernannt worden.

(Ärzttekammertag.) Am 6. und 7. Oktober d. J. findet zu Salzburg der IX. österreichische Ärzttekammertag statt. Der reichhaltigen Tagesordnung entnehmen wir den Antrag der steiermärkischen Kammer, bezüglich Erwirkung der Portofreiheit der Korrespondenzen der Ärzte als Sanitätsorgane mit Gemeinden etc. und Bezirksgerichten; den Antrag der westgalizischen Kammer bezüglich der Reorganisation des bahnärztlichen Dienstes bei den k. k. Staatsbahnen; den Antrag der schlesischen Kammer, betreffend das Verhältnis der Ärzte zu den Lebensversicherungsanstalten und die Anträge der schlesischen und der Wiener Kammer bezüglich der freien Arztwahl bei den Krankenkassen.

(Die Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien) hat sich konstituiert und zum Präsidenten Dr. JOSEF LIST in Retz, zum Vizepräsidenten Dr. JOHANN RISS in Stockerau, zu Vorstandsmitgliedern die DDr. JOSEF STENGL, V. BARTH, JANEZEK, WOLFRAM, KARL REINHARDT, MARSCHALL, BERGMANN, zu Vorstandsmitglieder-Stellvertretern die DDr. WEISS, REINAGL, SCHREDT und HACKMÜLLER gewählt. Der Sitz der Kammer ist in Retz.

(Irrenpflege in Niederösterreich.) Nach dem Berichte des n.-ö. Landesausschusses über seine Wirksamkeit in der Zeit vom 1. Juli 1902 bis 30. Juni 1903 besitzt das Land Niederösterreich 4 Anstalten zur Unterbringung von Geisteskranken, 4 Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder, ferner die niederösterreichische Landesgebär- und Findelanstalt in Wien, 7 Anstalten zur Unterbringung körperlich und geistig Siecher und verkrüppelter Kinder und Trinkheilstätten. Im Berichtsjahre wurden von dem Lande 6732 Geisteskranke verpflegt. 997 Männer und 824 Frauen wurden geheilt entlassen. In der Kaiser Franz Josef-Landes Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling wurden bei Eröffnung im Jahre 1902 im ganzen 1111 Personen (589 Männer und 522 Frauen), darunter 356 Kolonisten (188 Männer und 168 Frauen) aufgenommen, von welchen zu Ende des Berichtsjahres 903 (darunter 18 in Privatpflege) im Stande blieben. Es wird hervorgehoben, daß Kolonisten, bzw. Geistessieche, in diesem Berichte zum ersten Male ausgewiesen erscheinen.

(Krankheitsübertragung durch Bücher aus Volksbibliotheken.) Im königlichen Institute für Infektionskrankheiten in Berlin sind auf Veranlassung des Berliner Magistrates bakteriologische Untersuchungen über die Übertragbarkeit von Infektionskrankheiten durch Bücher angestellt worden. Man fand, daß die länger als 2 Jahre in den städtischen Volksbiblio-

thecken benutzten Bücher zum großen Teile virulente Tuberkelbazillen enthielten. Es wurde daher beschlossen, alle beschmutzten Bücher nach Möglichkeit auszusondern und zu vernichten, in die Bücher der Volksbibliotheken einen Auszug aus der Benützungordnung einzukleben und eine Aufforderung an die Leser anzuschließen, die Bücher nach Möglichkeit sauber zu behandeln, sowie eine hygienische Warnung, die Blätter nicht mit angefeuchtetem Finger umzuschlagen.

(Internationales Gesundheitsamt.) Die französische Regierung hat einen Entwurf zur Schaffung eines internationalen Gesundheitsamtes ausarbeiten lassen und wird denselben den einzelnen Regierungen zur Begutachtung und Genehmigung vorlegen. Die Gründung eines solchen Amtes ist auf dem vorjährigen internationalen Sanitätskongreß angeregt worden. Die neue Institution soll die Aufgabe haben, die Nachrichten über den Verlauf der ansteckenden Krankheiten zu sammeln und in Evidenz zu halten.

(Eine Deutsche Physiologische Gesellschaft) ist anlässlich der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau gegründet worden. Zum Vorsitzenden wurde SCHENK (Marburg), zum Kassenswart HÜRTHLE (Breslau) gewählt. Die erste Tagung soll um Pfingsten 1905 zu Marburg erfolgen.

(Forensisches.) Eine bemerkenswerte Entscheidung hat jüngst ein preußisches Oberverwaltungsgericht gefällt. Einem Arzte war die Konzession zur Errichtung einer Privatkrankenanstalt versagt, weil er angeblich nicht die Zuverlässigkeit zur Leitung des Unternehmens besitze. Die Unzuverlässigkeit sollte darin bestehen, daß er vor 10 Jahren einen Wechsel nicht eingelöst und dadurch sein Ehrenwort gebrochen habe. Gegen den ablehnenden Bescheid erhob er Beschwerde bei dem preußischen Oberverwaltungsgerichte, welches jene Verfehlung nicht für genügend erachtete zum Versagen der Konzession, zumal da Umsicht, Erfahrung und Kenntnis zur Leitung einer Krankenanstalt vorhanden seien.

(Statistik.) Vom 18. bis inklusive 24. September 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6962 Personen behandelt. Hiervon wurden 1551 entlassen, 131 sind gestorben (7,7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 83, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 16, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 26, Scharlach 28, Masern 34, Keuchhusten 17, Rotlauf 44, Wochenbettfieber 9, Röteln —, Mumps 2, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 514 Personen gestorben (— 16 gegen die Vorwoche).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Heitzmann, Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. IX. Aufl., 2. Bd., 1. Hälfte. Wien und Leipzig 1904, Wilh. Braumüller. — K 12.—.
- Weisz D., Das Gesetz der Arbeit der Dickdarmmuskulatur. I. Allgem. Teil. Mit 2 Tafeln. Prag 1905, J. Kocch.
- E. Roth, Compendium der Gewerbekrankheiten. Berlin 1904, R. Schoetz. — M 6.—.

- O. Rosenthal, V. Internationaler Dermatologen-Kongreß. 1. Bd. Berlin 1904, A. Hirschwald.
- M. Hirschfeld, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. VI. Jahrg. Leipzig 1904, M. Spohr.
- O. Soltmann, Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie. Leipzig 1904, Georg Thieme. — M. —'75.
- L. Michaelis, Compendium der Entwicklungsgeschichte. 2. Aufl. Leipzig 1904, Georg Thieme. — M 4.—.

Prof. Dr. H. Schiesinger beginnt am 5. Oktober d. J. einen neuen unentgeltlichen Fortbildungskurs für praktische Ärzte über ausgewählte Kapitel aus dem Gebiete der Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten. Zeit: Jeden Mittwoch und Freitag von 8—9 Uhr vormittags im k. k. Kaiser Franz Josef-Spital auf der Abteilung des Genannten. Vorherige Anmeldung nicht erforderlich.

Prof. Dr. M. Benedikt wohnt jetzt: IX., Mariannengasse 1.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Mittwoch, den 5. Oktober 1904, 7 Uhr abends, Voll-Versammlung im Hörsaal des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Tagesordnung: I. Mitteilungen des Vorsitzenden. II. Vortrag der Dozenten Dr. RUDOLF KRAUS: Über den derzeitigen Stand der Dysenterie-Ätiologie — und Dr. KARL STERNBERG: Über pathologische Anatomie der Dysenterie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Helmitol, vortreffliches Blasenantiseptikum“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Krondorfer
 natürlicher
SAUERBRUNN
 alkalischer
 Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
 Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
 Athmungsorgane des Magens und der Blase.
 Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
 CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
 WIEN BUDAPEST
 IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.

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

Maretin	Mesotan äußerlich. Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzuspinneln.	Salizylpräparate zur Behandlung rheumatischer Affektionen.	Aspirin innerlich. Beste Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 0,5—1,0 g 3—5mal tägl. zu nehmen.	Citarin
Helmitol	Veronal Mittlere Dosis 0,5—0,75—1 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen (geruchlos, fast ohne Geschmack).		Isopral Dos.: 0,5—1,0 g bei einfachen Agrypnien; 1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen, entweder in Lösung oder in Form von Tabletten. (In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.)	Salophen
Duotal				Protargol
Creosotal		Vorzügliche Hypnotika durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet; frei von schädigenden Nebenwirkungen. Vertreter für Österreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.		Hedonal
Heroin- hydrochlor.				Theocin- Natr. acetic.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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 Weltpostvereins: 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalen und klinische Vorlesungen. Zellenmechanik und Zellenleben. Von Prof. Dr. RUMBLER in Göttingen. — Die Gicht an sich und in Beziehung zu den anderen Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit und Fettsucht. Von Dr. FALKENSTRIN in Groß-Lichterfelde-Berlin. — **Referate.** KARL HART (Dresden): Anatomische Untersuchungen über die bei Masern vorkommenden Lungenerkrankungen. — W. SCHOLZ (Königsberg i. P.): Über die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung. — E. HEVING (St. Petersburg): Die chirurgische Behandlung der angeborenen spastischen Paraplegie (der Littleschen Krankheit). — LUDWIG BRAUN (Wien): Über die Wirkung der Kalisalze auf das Herz und die Gefäße von Säugetieren. — P. LINSER (Breslau): Über den Hauttag beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen. — W. FUNKE (Prag): Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. — JAKOB BABJANSKI (Berlin): Über das Maretin und seine antipyretischen Wirkungen. — SCHLEIF (Freiburg i. B.): Die Homberger Trichinosepidemie und die für Trichinosis pathognomonische Eosinophilie. — BENI-BARDE (Paris): Hydrotherapeutische Prozeduren bei Menorrhagien. — **Kleine Mitteilungen.** Therapeutischer Wert der Lumbalpunktion. — Methylatropinum bromatum. — Behandlung der trockenen und verstopften Nase. — Heilbehandlung der Tuberkulose. — Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten. — Thiocol. — Die Verwendung von Nebennierenpräparaten bei Speiseröhrenkrankungen. — Einfluß von Protoplasmagiften auf die Trypsinverdauung. — Bevorzugung der abdominalen Myomenukulation. — Entfernung der vergrößerten Prostata. — Antihydrotische Wirkung der Salbeiblätter. — **Literarische Anzeigen.** Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. — Das Winterklima Egyptens. Dargestellt für Ärzte und Kranke. Nebst Winken betreffs der Reise und des Aufenthalts in den ägyptischen Kurorten. Von Dr. FR. ENGEL, Bsp., prakt. Arzt, Kairo. — Die Reizlehre in der wissenschaftlichen Krankenpflege. Von Dr. KARL FRANCKE. — Feuilleton. Budapest Briefe. V. (Original-Korresp.) — **Verhandlungen Ärztlicher Vereine.** V. *Internationaler Dermatologen-Kongreß.* Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) II. — *Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.* Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) II. — **Notizen.** Neunter österreichischer Ärztekammertag. — **Neue Literatur.** — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — **Ärztliche Stellen.** — **Anzeigen.**

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

Originalen und klinische Vorlesungen.

Zellenmechanik und Zellenleben.

Von Prof. Dr. Rumbler in Göttingen. *)

An Stelle des früheren Begriffes „Lebenskraft“ haben die Forscher neuerer Zeit, die sogenannten Neovitalisten, die Begriffe der Entelechie, der Entwicklungsintelligenz, der Dominanten u. a., eingesetzt, welche die Direktion der lebenden Substanzmassen zum Richtigen, Zweckmäßigen bewirken sollen, ohne selbst mechanisch einzugreifen. Nach DRIESCHS Ansicht scheint das stofflose Agens, die „Entelechie“, schon im Ei diffus verbreitet, sie führt jeden Substanzteil einer vernünftigen Ausbildung entgegen, einerlei, ob er in seinem Verbandsbleibt, oder ob er losgetrennt und damit gewaltsam zur Selbständigkeit gezwungen wird.

Eine rechtzeitig isolierte Furchungszelle (Zelle der frühesten Embryonalstadien) entwickelt einen wohlgebildeten, aber entsprechend kleineren Embryo. Der mechanistisch-analyzierbare Teil dieses Vorgangs wird von den Neovitalisten als „Mittel der Formbildung“ angesehen, welches von der selbst unanalysierbaren, dem Stoff innewohnenden Entwicklungsintelligenz in Gang gesetzt wird. Die Notwendigkeit mechanistisch wirkender „Mittel der Formgebung“ wird zugestanden; die Aufgabe dieser neuen Lehre wäre es nun, zu zeigen, wie mechanistische Mittel durch völlig unmechanistische Agenzien in Tätigkeit gesetzt werden können.

Die Lösung dieser Aufgabe ist unmöglich, denn ein Mechanismus mit zweierlei Enden, einem mechanischen und

einem nicht-mechanischen, ist physikalisch ein Unding. Unsere gesamte Naturerfahrung fordert unbedingte Kontinuität der mechanistischen Kausalverkettung; ein mechanisches System mit einem einzigen „nicht“-mechanischen Gliede ist physikalisch undenkbar.

Im Gegensatz zu den Neovitalisten folgern wir, daß sämtliche Lebensvorgänge der Organismen sich mechanistisch vollziehen müssen; denn der Stoff, mit dem das Leben arbeitet und aus dem es sich entwickelt, ist physikalisch betrachtet auch eine Masse, die den durch Physik und Chemie bestimmten Gesetzen der Massen gehorchen muß. Hiermit wird allerdings durchaus nicht behauptet, daß wir den ganzen Mechanismus der Lebewesen erkennen müßten; auch können im Organismus Energiearten im Werke sein, die außerhalb desselben nicht vorkommen, was für die psychischen Qualitäten sogar so gut wie sicher zu sein scheint. Ehe wir aber an die Erforschung dieser speziell vitalen Energiearten schreiten, müssen wir untersuchen, wie weit sich die Lebensvorgänge mit Energiearten und Mechanismen erklären lassen, die wir aus der Mechanik anorganischer Stoffe kennen. Wir folgen hierin dem Beispiel der Physiologie, die für die besser zugänglichen Organe und Organsysteme eine Reihe solcher Mechanismen festgestellt hat.

Die Aufgabe der Zellmechanik ist die Klarlegung der Mechanik der organischen Elementarbestandteile, der Zellen.

Dreierlei Bedenken lassen sich gegen die Begründung der Zellmechanik aufstellen: 1. die Verschiedenartigkeit der lebenden Zellen; 2. die Komplikation der lebenden Masse; 3. die Vermutung, daß das Ausschlaggebende bei den Aktionen der lebenden Substanz im ultramikroskopischen Gebiet liegt. Wir entgegnen hierauf, daß die Verschiedenartigkeit der Zellen in ihrem Chemismus, nicht in ihrer physikalischen

*) Vortrag, gehalten in der II. Allgem. Sitzung der 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau am 23. September 1904.

Beschaffenheit liegt; z. B. vollzieht sich die Vervielfältigung, die Teilung der Zellen, mit fast monotoner Gleichmäßigkeit immer unter demselben mechanischen Bilde. Eine übertrieben hohe Komplikation der mechanischen Arbeit der Zellen ist darum unwahrscheinlich, weil sie mit so großer Sicherheit arbeiten, denn je einfacher ein Mechanismus konstruiert ist, um so besser arbeitet er. Die Einfachheit eines mechanischen Systems ist kein Hindernis für das Vielgestaltigkeitsvermögen seiner einzelnen Konstituenten; wir verweisen auf die Entstehung des Planetensystems nach der KANT-LAPLACESchen Theorie, wo der von den einfachen Kräften der Gravitation und Oberflächenspannung beherrschte Sonnenglutball die Fähigkeit in sich trug, unsere Erde mit ihrer ganzen potentiellen Skala von Organismen bis zum Menschen herauf von sich zu schleudern. Vor allzugroßen Verlegungen wichtiger Lebensvorgänge ins Ultramikroskopische bewahren uns die Berechnungen von ERBERA und von KENDRIK, nach denen im kleinsten sichtbaren Teil unseres Mikroskops (zirka $\frac{1}{20} \mu = 0.00005 \text{ mm}$) noch 1000, resp. 1250 Eiweißmoleküle enthalten sind; ein Organismus, der nur $\frac{1}{10}$ kleiner ist als dieses Minimum visibile, enthielte nur noch 10 Moleküle, während im sichtbaren Maßgebiet unter gleichen Umständen ein Kubikmillimeter lebende Substanz 8000 Billionen Eiweißmoleküle enthält.

Die chemische Komplikation und die individuelle Verschiedenheit der Zellen braucht die mechanischen Vorgänge durchaus nicht individuell zu gestalten. Die Physik lehrt uns, daß chemisch sehr verschiedenartige Substanzen sich physikalisch in vielen Beziehungen gleich verhalten, wenn sie denselben Aggregatzustand besitzen. Wir leiten hieraus den Satz ab: Mechanische Ähnlichkeit bedingt nicht chemische Ähnlichkeit; chemische Komplikation ist kein Hindernis für physikalische, d. i. mechanische Einfachheit. Es galt also zunächst, den Aggregatzustand der lebenden Substanz festzustellen. Die Mehrzahl der Forscher — ich nenne hier nur MAX SCHULTZE, HÄCKEL, KÜHNE, BERTHOLD, BÜTSCHLI, QUINCKE, O. LEHMANN, VERWOBN, JENSEN, ALBRECHT, PÜTTER, GURWITSCH, — haben sich für einen rein flüssigen Charakter der Zellsubstanz entschieden, ohne die gelegentliche Einlagerung fester Partikelchen zu bestreiten. Ich selbst halte den flüssigen Charakter darum für erwiesen, weil die lebende Inhaltmasse der verschiedenartigsten Zellen allen physikalischen Kriterien der Flüssigkeiten genügt. Sie zeigt, sich selbst überlassen, im Leben keinerlei „innere Elastizität“ von meßbarer Größe; ihr fehlt jede merkbare Kompressibilität; sie gehorcht den drei Kapillaritätsgesetzen, d. h. sie strebt in flüssiger Umgebung nach möglichster Oberflächenverkleinerung; sie benetzt die gleiche feste Wandart stets mit dem gleichen Randwinkel und breitet sich, auf eine Wasseroberfläche gebracht, von den Oberflächenkräften des Wassers unter sofortigem Absterben auseinandergezogen zu einer unendlich dünnen Haut aus; schließlich wird sie innerhalb dünner Kapillaren willenlos in die Höhe gezogen. Diese Flüssigkeitskriterien wurden festgestellt an den nackten Protoplasmakörpern von Rhizopoden verschiedenster Art, von Myxomyzeten, von Furchungszellen verschiedener Thierspezies und für den Zellinhalt Protoplasmastromung zeigender Zellen; hier ist für die zellmechanische Analyse ein physikalisch sicherer Boden gewonnen; alle bis jetzt beobachteten Leistungen der nackten und beschalteten Amöben, der Myxomyzeten und jedenfalls auch der Leukozyten, denen in allem Amöbennatur anhaftet, lassen sich von hier aus durch die für Flüssigkeiten geltenden Gesetze erklären. Die Bewegungsart der Amöben findet ihre mechanische Erklärung in der veränderlichen Oberflächenspannung. Wo auf der lebenden Oberfläche des Amöbenkörpers durch chemische oder physikalische Einflüsse eine Herabsetzung der Oberflächenspannung stattfindet, dahin fließt der Zellinhalt, sich zum sogenannten Pseudopodium vorwölbend, unter einem ganz bestimmten Strömungsbild vor, bis ihm der Krümmungsdruck der vorgeflossenen Pseudopodienmasse das Gleichgewicht zu halten vermag.

Diese vor 20 Jahren von BERTHOLD gegebene Erklärung ist ihrem wesentlichen Kerne nach unangefochten geblieben; nur darüber gehen die Meinungen auseinander, worauf die lokalen Spannungserniedrigungen beruhen. Die Richtigkeit unserer Behauptung hat BÜTSCHLI dadurch bewiesen, daß er Flüssigkeitsgemische kombinierte, die sechs Tage lang amöbenähnlich unter den gleichen Strömungsbildern durch lokale Herabsetzungen ihrer Oberflächenspannung selbsttätig herumzukriechen vermochten. Diese Oberflächenspannungen müssen nach den Erfahrungen der Physik nun zu beeinflussen sein durch chemische Veränderungen, Wärme, Elektrizität und Berührung mit andern Körpern. Das Tatsachenmaterial entspricht dieser Erwartung; einseitig auf die Zelle einwirkende, gelöste chemische Substanzen beeinflussen amöboide Zellen derart, daß dieselben willenlos zur gelösten Substanz hin oder von ihr fortzukriechen, je nachdem dieselbe positiv oder negativ chemotropisch wirkt. Die Wirkungen des Chemotropismus lassen sich leicht, wie ich und später BERNSTEIN gezeigt haben, bewegungsbildlich nachahmen mit verschiedenen, in einem nicht mischbaren Medium eingebetteten Flüssigkeiten, denen man von irgend einer Stelle aus Substanzen zuführt, welche die Oberflächenspannung beeinflussen. Dasselbe wie für den Chemotropismus gilt für den Thermo- und den Galvanotropismus.

Lichtbringend nach verschiedenen Richtungen ist die Anwendung der Oberflächenspannungsgesetze auf die Berührung lebender Zellflächen mit festen Körpern. Es läßt sich hier ein von mir „Importgesetz“ genautes Gesetz aufstellen, welches lautet: „Trifft ein Fremdkörper mit der Grenzfläche zweier nicht mischbarer Flüssigkeiten zusammen, so wird er von derjenigen Flüssigkeit importiert, zu der er die größere Adhäsion besitzt. Ist der Fremdkörper schwer, so daß sein Gewicht von den Adhäsionskräften nicht bewegt werden kann, so fließt die besser adhärierende Flüssigkeit vollständig um ihn herum; ist er leicht, so wandert er selbsttätig in die besser adhärierende Flüssigkeit ein. Beide Arten der Fremdkörpereinführung lassen sich bei der Nahrungsaufnahme der Amöben beobachten und unter entsprechenden Umständen ohne weiteres mit nicht lebenden Flüssigkeiten nachahmen.“

Ein überschellacktes Glasfädchen wird von einem in Wasser liegenden Chloroformtropfen importiert; das Chloroform löst allmählich die Schellackrinde und nun wird der Glasfaden, der eine geringere Adhäsion zum Chloroform als zum umgebenden Wasser hat, wie eine Fäkalie nach außen gestoßen.

In analoger Weise nimmt eine Amöbe eine Diatomee auf, um nach Lösung des Diatomeenweichkörpers den Panzer nach außen zu werfen. Chemische Wechselwirkungen bedingen starke Adhäsion; dies erklärt, daß organische Bestandteile der Amöbe, der Kern, etwaige andere Einlagerungen und in chemischer Wechselwirkung mit der Amöbe stehende, kommensalistische Algen nicht aus dem Amöbenkörper entfernt werden, worauf PFEFFER zuerst als der Erklärung bedürftig hinwies. Auch alle andern mechanischen Leistungen der Amöben sind durch die Flüssigkeitsgesetze erklärbar; die Vakuolen- und Gerüstbildung (KARL BRANDT und DREYER), die Schalenbildung, die ich auf rein physikalische Faktoren zurückführen konnte, derart, daß sich die Form, die eine verletzte Schale bei der Regeneration annimmt, mit Sicherheit vorher angeben läßt.

Die Kunstfertigkeit und das oft als psychisches Moment betrachtete Auswahlvermögen in Bezug auf von außen angenommene Steinchen, mit denen gewisse Amöben sich Gehäuse bauen, läßt sich ebenso wie der Schalenbau selbst auch mit künstlichen Tropfen erreichen. Auch die bisher allzu kompliziert scheinenden Cilien- und Flimmerbewegungen widerstreben zellmechanischer Erklärung mit ihren Nachahmungskontrollversuchen nicht mehr (KÖLSCH, PÜTTER).

Besondere Aufmerksamkeit als Formbildner werden die Furchungszellen der Embryonalentwicklung beanspruchen, deren flüssiger Aggregatzustand als erwiesen gilt; die Gesetze der Oberflächenspannung sind auch bei ihnen mit Erfolg an-

gewendet worden (CHABRY, DRIESCH). Die Erscheinungen des von ROUX entdeckten Zytotropismus der Furchungszellen, ferner die bei der Gastrulation notwendige Gestaltveränderung der einwandernden Entodermzellen lassen auf Veränderungen in der Oberflächenspannung durch chemische Einwirkungen schließen und sich streckenweise mit leblosen Flüssigkeiten mechanisch nachahmen. Auch die Zell- und Kernteilung scheint sich trotz aller anscheinenden Kompliziertheit auf die Wirkung der Oberflächenspannungsgesetze zurückführen zu lassen. Ist nun mit der Feststellung der Zellmechanik das Zellenleben restlos erklärt? Sicherlich nicht, so wenig als unsere künstlichen Tropfen Lebewesen sind. Die Zellmechanik betrachtet nur die Physik der Lebensvorgänge und läßt den Chemismus außer Betracht, der die organische Substanz in die zu jeder Einzelhandlung nötigen physikalischen Bedingungen einführt. Während unsere künstlichen Zelltropfen nur in geringem Umfange veränderliche Mechanismen darstellen, ist der Mechanismus der lebenden Zellen ein in hohem Grade veränderlicher, er durchläuft transitorisch physikalische Zustandsänderungen, die offenbar durch den Stoffwechsel und seine von außen und innen kommenden Alterationen ihre Erklärung finden. Folgendes Beispiel zur Erklärung: Es kommt vor, daß ein Oszillarienfaden (Alge) von zwei Exemplaren der *Amoeba verrucosa* an je einem Ende gefaßt und in stundenlanger Arbeit in den Amöbenkörper eingerollt wird, so daß schließlich die beiden Amöben sich ungefähr in der Mitte der Oszillarie treffen. Soweit ließe sich der Versuch mit einem Schellackfaden und zwei Chloroformtropfen kopieren. Jetzt läßt aber, was der Chloroformtropfen nicht tut, eine der Amöben, nachdem beide eine Zeitlang untätig nebeneinander gelegen haben, das aufgewickelte Ende wieder fahren und die andere importiert und verdaut den ganzen Faden. Ist in diesem Absterben von erfolgloser Bemühung schon eine Spur von einer jener rein vitalen Energiearten zu finden, die wir innerhalb des mechanischen Getriebes für möglich halten, von der wir nur fordern, daß sie mechanischer Gesetzmäßigkeit folgen sollen? Der Zellmechaniker sagt hier nur: Gab die Amöbe den Algenfaden wieder heraus, so mußte die Adhäsion Amöbenplasma-Algenfaden geringer geworden sein als die Adhäsion Wasser-Algenfaden. Die Einkeilung einer psychischen Strecke bei diesem Vorgang ist keine logische Notwendigkeit; man kann annehmen, daß das mit dem Algenfaden ins Innere der Amöbe einsinkende Oberflächenplasma nach einiger Zeit seine Adhäsionskraft verliert, vielleicht weil den Algenfaden chemisch angreifende und große Adhäsion verursachende Substanzen verbraucht werden.

Kann der festgehaltene Algenfaden nicht mit einer Geschwindigkeit importiert werden, die größer ist als die Zersetzungsschnelligkeit der Adhäsionssubstanz, so tritt der Algenfaden aus derjenigen Amöbe wieder aus, deren Adhäsionssubstanzen am ersten verbraucht sind. Zur Erklärung dieses Adhäsionsumschlages fehlt uns zur Zeit noch die Kenntnis der chemischen Bedingungen; ob hier schon die Einschaltung einer psychischen, rein vitalen Strecke erforderlich ist, kann erst entschieden werden, wenn Zellphysik und Zellchemie zur Zellphysiologie ausgebaut sind. Aus dem zweckmäßigen Agieren der lebenden Substanz ist nicht auf ein psychisches Moment, oder gar inhärente Substanzintelligenz zu schließen, denn ein ganzer Hauptteil zweckmäßiger Anordnung der lebenden Substanz ist nicht ein aktives Erzeugnis, sondern die aprioristische Vorbedingung des Lebens; Zweckwidriges kann nicht bestehen. Erst wenn Zellmechanik und Zellchemie die Energieumsätze durchgerechnet und die Lücken in der Rechnung aufgedeckt haben, kann der psychische Faktor, der nur in bewußter Zweckmäßigkeit liegt, klar erkannt werden.

Ist hier auf dem Wege nach Bloßstellung der psychischen Energien die Zellmechanik nur Vorbereiterin, so eröffnet sie doch schon jetzt ein direktes Verständnis für gewisse andere Komplexe von Lebensvorgängen. Nach ihren Resultaten ist zweifellos die Oberflächenspannung ein Hauptfaktor bei der

Bewegung der lebenden Masse. Die Oberflächenenergie ist von der chemischen Natur der flüssigen Oberfläche abhängig; jede chemische Veränderung im Innen- oder Außenmedium einer flüssigen Oberfläche muß die Energie der Oberfläche verändern und sich direkt oder später in mechanische Arbeit umsetzen. Der Organismus hat den nächsten Weg benutzt, indem er sich zur chemischen Oberflächenenergiemaschine ausbaute. Hier liegt der Grund, wo der Zellkern bestimmend in Zellenarbeit und -Schicksal eingreift.

Der Kern ist ein Magazin, ein Stofflieferant, dessen hohe Wichtigkeit durch BOVERIS Untersuchungen in helles Licht gestellt wurden und welcher noch weitere Analysierbarkeit verspricht. Indem dieser Stofflieferant überall mit seinen Lieferungen in die chemischen Umsetzungen der Zelle bestimmend eingreift, bestimmt er auch die Größe der in den Zellen enthaltenen Spannungen und hiermit auch den Endeffekt; er greift chemisch in die mechanische Arbeit der Zellen ein, und zwar in günstigster Weise, weil sich die durch den Chemismus bestimmte Oberflächenenergie direkt in mechanische Arbeit umsetzt. Ist der Kern aber bloß Stofflieferant und wird die Gestaltungsmechanik der Zellen und hierauf auch der Zellaggregate, z. B. der Embryonalstadien der Blastulae, der Gastrulae etc. nur von den Oberflächenspannungen der Zelleibkonstituenten und den Spannungen innerhalb der Zellaggregate als solchen selbst, nicht aber unter direkter mechanischer Einschaltung des Kerns als mechanischen Faktors betrieben, dann werden uns einige Haupttatsachen der Entwicklungsmechanik verständlicher, z. B. das Entstehen einheitlicher Embryonen aus den von ZUR STRASSEN entdeckten Rieseneiern, obwohl dieselben aus zwei Eiern entstanden sind, also auch zwei Kerne besitzen. Der Protoplasmaleib des Doppelleies ist mechanisch ein wabig gebautes schaumiges Flüssigkeitsgemenge, dessen Spannungsverhältnisse es mit sich bringen, daß er von den imbibitionsfähigen Zentrosomen in zwei Zellen geteilt werden kann; dasselbe gilt dann für jede der beiden durch die Teilung entstandenen Zellen von neuem usf. So entsteht ein Zellaggregat, dessen Zusammenordnung neue Spannungen mit sich bringt, die schließlich zur Gastrulation und weiter führen. Isolierte Blastomeren stellen das gleiche, nur entsprechend kleineren mechanische System dar, welches schließlich das gleiche, nämlich erstens 2, dann 4 usf. Zellen und schließlich einen einheitlichen, wenn schon kleineren Embryo liefert. Sicherlich wird die Zellmechanik uns noch die meisten Gestaltungsvorgänge im Formbildungsumlauf der Organismen vom Ei bis zum Tode in mechanisch verhältnismäßig einfacher Weise analysieren lassen, indem wir bestimmte Substanzspannungen und Spannungsfolgen in den Zellen selbst und später diejenigen ganzer Zellenfolgen und Zellenlagen als mechanische Notwendigkeit sozusagen ausrechnen und ihr Vorhandensein durch das Experiment nachweisen. Die Art und Weise aber, wie diese Spannungen zustande kommen, und warum sie in einem Falle so groß, im andern anders groß sind, das sind Fragen, die sie nur gemeinsam mit der Zellchemie und in heute allerdings noch nicht zu übersehendem Grade vielleicht mit der Zellpsychologie wird leisten können. Die Zellmechanik bringt keinen Abschluß, sondern neuen Anfang zur Erforschung des Zellenlebens.

Die Gicht an sich und in Beziehung zu den anderen Stoffwechselkrankheiten, Zuckerkrankheit und Fettsucht.

Von **Dr. Falkenstein** in Groß-Lichterfelde-Berlin. *)

Als ich im Januar d. J. in der medizinischen Gesellschaft nach 25jähriger Beobachtung eigener Gicht meiner Überzeugung

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für innere Medizin der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.

Ausdruck gab, daß es sich bei diesem Leiden um eine Erkrankung der Salzsäure absondernden Fundusdrüsen des Magens handle, begründete ich dieselbe einmal damit, daß von den ersten Überlieferungen über die Gicht ab bis in die neueste Zeit sämtliche Autoren ein besonderes Gewicht auf die vom Magen ausgehenden Störungen gelegt haben und noch legen; zweitens, daß das Fehlen der freien Salzsäure im Magen in einer Reihe von Fällen nachgewiesen wurde; drittens, daß die Zufuhr derselben in hohen Dosen von den Kranken nicht nur vorzüglich vertragen werde, sondern daß ihr Zustand sich dabei wesentlich besserte. Seit jenem Tage habe ich nun durch Beobachtung von weiteren 200 Fällen meine Voraussetzungen sich bewahrheiten, meine Überzeugung sich festigen sehen. Nicht nur von Laien, sondern auch von einer großen Reihe von Ärzten sind meine Annahmen bestätigt worden.

Dennoch sind in mir selbst Zweifel darüber entstanden, ob die Magenerkrankung allein zur völligen Erklärung der Krankheit ausreiche, und ich bin durch weitere Überlegung allmählich zu dem Schluß gekommen, daß es sich bei der Gicht um die Zusammenwirkung zweier Komponenten handle, von denen die eine der mangelhafte Verdauungssaft und die andere die Zelle ist, welche die Oxydation der Moleküle nicht zustande bringt, weil die ihr zugeführte Form derselben sie daran hindert. So bleiben dann Zwischenstufen der Verbrennung bestehen, welche die Erkrankung durch harnsaure Niederschläge bedingen. Die Notwendigkeit der Annahme einer geteilten Störung zwischen Magen- und Zellarbeit zur Entstehung dieser Stoffwechselkrankheit wird um so deutlicher, je mehr wir uns der Tatsache bewußt werden, daß die Verdauungsorgane mit ihren von den Drüsen bereiteten Säften nur dazu da sind, die Nahrungsstoffe zu zerkleinern und in immer feinere und leichter assimilierbare Körperchen unter Zuhilfenahme chemischer Agenzien zu zerlegen, bis sie dieselben in geeigneter Form dem Blut übergeben.

Die Verdauungsorgane bilden nur eine Nährmittelfabrik, von welcher aus auf der großen Heerstraße des Blutes die zahllose Lebewelt der Zellen mit einer großen Zahl der verschiedensten Stoffe, welche sie gerade nötig haben, versehen wird. Die Fabrik hat sich zu dieser Versorgung einen eigenen Schienenstrang in dem Saftstrom angelegt und auch gleich daran gedacht, für die unverbrauchten oder unbrauchbaren Stoffe Abgabestationen in den Nieren, der Blase und dem Dickdarm einzurichten. Es kann aber auch vorkommen, daß diese Fabrik schlechte Ware liefert, welche die konsumierende Welt der Zellen entweder von vornherein ablehnt, wie Zucker, oder zwar aufnimmt, wie Fette und stickstoffhaltige Substanzen, aber dann zu ihrem Schaden zu spät erkennt, daß sie dieselben nicht verarbeiten kann. Die Verdauungsorgane verbrauchen die Stoffe nicht selbst, sie richten sie nur zu, das Blut verbraucht sie auch nicht, soweit nicht seine eigene Existenz in Frage kommt, sondern führt sie nur an ihren Bestimmungsort, die Zelle. Dort allein findet die Verbrennung statt, dort allein bilden sich, wenn nicht genug Sauerstoff zur Arbeit geliefert wird oder wenn sie zu schwach sind, die ihnen zufallende Arbeit auszuführen, Zwischenstufen der Verbrennung, welche nach Zerfall der Zellen vom Blut weitergetragen werden und — wenn die Nieren nicht Abnehmer sein wollen oder können, wie bei den nicht ausscheidungsfähigen harnsauren Salzen — da am leichtesten niederfallen, wo sich ein Strömungswiderstand findet. Zu dieser Arbeitsunfähigkeit kann die Zelle einmal durch eine angeborene Schwäche oder durch abnorme Bildung veranlaßt werden, sie kann aber, was wahrscheinlicher ist, durch Überladung oder Reiz verbrauchs-schwieriger Stoffe, bei der Gicht mit der Harnsäure, bei der Zuckerkrankheit von Zucker, bei der Fettsucht durch Fettmoleküle in ihrer Tätigkeit gehemmt bzw. gelähmt werden.

Diese Schlußfolgerung hat mich weiter zu der Überzeugung geführt, daß es sich bei den anderen beiden Hauptformen der Stoffwechselkrankheiten genau so wie bei der Gicht auch um die mangelhafte Arbeit zweier Komponenten

handelt, ja daß die Stoffwechselkrankheiten bei der Vererbung abwechselnd für einander eintreten können, so daß ein Gichtkranker auf seine Deszendenz nicht unbedingt die Gicht zu vererben braucht, sondern nur den Keim zu einer Stoffwechselkrankheit. Daher kann bei den Kindern sehr gut Diabetes und Adipositas statt der Gicht auftreten, wie es tatsächlich in einer Reihe von Fällen geschieht, ohne daß bisher besonderes Gewicht auf diese Verkettung gelegt worden ist.

Wollen wir die Wahrscheinlichkeit der Annahme, daß es sich bei der Gicht um die Erkrankung zweier Komponenten — des Magens und der Zelle — handle und daß die drei Hauptformen der Stoffwechselkrankheiten in gewissermaßen verwandtschaftlicher Beziehung zueinander stehen, einer eingehenderen Prüfung unterziehen, so erscheint uns das Zustandekommen eines Ausgleichs der mangelhaften Arbeit durch günstige Lebensbedingungen dafür besonders wichtig.

Unter günstigen Bedingungen kann die Stoffwechselstörung eine Zeitlang oder selbst dauernd ausgeglichen werden, z. B. im jugendlichen Alter, in welchem die erhöhte Oxydationskraft in Verbindung mit einer leichteren Kost meist ausreicht, die Zwischenstufe der Oxydation nicht entstehen zu lassen. Aber auch wenn z. B. der Sohn eines zu steter geistiger Arbeit und körperlicher Ruhe vor seinem Schreibtisch verurteilten gichtbrüchigen Advokaten als Landwirt in frischer Luft tätig ist oder als Forstmann in Gebirgswäldern herumstreicht, so ist von vornherein zu erwarten, daß er der Krankheit keinen Boden zum Wurzeln und Wachsen bieten wird. Hinterläßt er aber wieder seinen Kindern ein Majorat, welches sie der Mühe der Arbeit entzieht, so wird die vom Großvater ererbte Anlage sich bei den Enkeln wieder geltend machen.

Die Gicht kann als Krankheit ebensowenig vererbt werden wie die Tuberkulose. In solchem Falle wäre eine nicht selten bis in das hohe Alter hinauf sich erstreckende latente Periode nicht zu verstehen. Wohl aber ist es ganz natürlich, daß Organe in ihrer Eigenart und Schwäche von Vater auf Sohn übergehen. Die Ähnlichkeit der Blutsverwandten erstreckt sich nicht bloß auf die Gesichtszüge, auf gewisse übertragene Absonderlichkeiten der äußeren Form, der Nase, der Ohrmuschel, der Glieder oder auf die gleiche Färbung der Iris, sondern in ganz gleicher Weise auf die inneren Organe. Es wird die schwache Lunge vererbt, welche dann leichter den Bazillen zum Opfer fällt, es wird der schwache Magen übertragen, welcher unter ungünstigen Bedingungen wieder zur Entstehung der Gicht führen kann, wohl verstanden kann, nicht muß. Der Beruf ist für die Entwicklung der Krankheit von größter Wichtigkeit. Je weniger körperliche Bewegung und Arbeit, je mehr Überernährung mit ihm verbunden ist, um so leichter und schneller tritt sie auf. Die arbeitenden Klassen werden nicht deshalb allein seltener von dem Leiden befallen, weil sie weniger üppig leben, denn Überernährung kann auch bei einfacher Kost stattfinden, sondern weil sie durch reichliche körperliche Arbeit die Oxydationskraft der Zelle erhöhen. Wenn ein Arbeiter zum Stillsitzen verurteilt ist, wie ein Weber oder ein Dreher an einer Bohrmaschine mit ganz leichter Arbeit, so wird er bei vorhandener Anlage nicht verschont bleiben. Setzt sich ein tätiger Mann, der bis in sein hohes Alter hinein körperlichen Anstrengungen ausgesetzt war, endlich zur Ruhe, so überfällt ihn auch dann noch der tückische Gast, weil die Kompensation der vorhandenen Störung aufhört.

Auf diese Weise kann es schwer werden, die erbliche Belastung immer richtig nachzuweisen, da Generationen unter günstigen Bedingungen ausfallen können und ihnen unbewußt und unbekannt doch ein unentwickelter Keim ihr Leben lang innegewohnt hat.

Andererseits kann natürlich die Krankheit auch ohne angeborene Anlagen erworben werden. Eine verkehrte Lebens-

weise, die dem Magen andauernd mehr zumutet, als er leisten kann, muß schließlich zur Erkrankung und Schwächung desselben führen.

Nicht allein durch einen zweckmäßigen Beruf kann die ungenügende Verdauungs- und Zellentätigkeit kompensiert werden, auch andere Bedingungen wirken auf das Latentbleiben oder die Entwicklung der Stoffwechselkrankheit ein. So ergeben z. B. alle bekannten Tabellen, auch die meinigen, eine geringere prozentuale Erkrankung des weiblichen Geschlechts an der Gicht, und weil alle Autoren zu dem gleichen Resultat kommen, kann ein statistischer Rechenfehler nicht vorliegen. In der Mehrzahl der Fälle wird sich die Frau wirtschaftlich mehr bewegen als der Mann und auch seltener zu Verdauungsstörungen direkten Anlaß geben, weil sie mäßiger lebt. Ferner werden, weil sie mehr mit den Händen tätig ist und diese mehr durch Handarbeit oder in kalter Küche schädigt, bei ihr leichter die Finger und oberen Extremitäten erkranken. Es erklärt sich so die oft andere Form der Gicht. Man versteht aber auch, daß sie weniger leicht zwar dieser Stoffwechselkrankheit, dafür aber öfter den beiden anderen zum Opfer fällt. Würde man die Tabellen nicht nur auf eine, sondern auf alle erweitern, so würde das weibliche Geschlecht nicht mehr so günstig fortkommen, als dies jetzt scheinbar der Fall ist.

Die Kompensation kann auch durch die geographische Lage des Aufenthaltsortes bedingt werden. Wird dem Magen durch große stickstoffhaltige Nahrungsmengen viel Arbeit zugemutet und wird der Zelle durch feuchte Atmosphäre die Abgabe von Wärme erschwert, wie in England und Nordamerika, so werden die Oxydationszwischenstufen sich leichter in den Zellen sammeln und bei ihrem Zerfall der Blutbahn zur Ablagerung übergeben werden, als dies bei kohlenhydratreicherer Kost in südlichen Breiten der Fall sein kann.

Wenn nun die beiden Komponenten Magen und Zelle vermöge ihrer Anlage dauernd dazu verurteilt sind, fehlerhaft zu arbeiten, so muß die Abhilfe durch Zufuhr von Reagenzien einmal auch eine dauernde sein, sie muß aber ganz besonders eine frühzeitige sein, damit nicht schwer oder gar nicht mehr zu beseitigende Schäden schon entstanden sind, wenn endlich die Hilfe einsetzt. Das frühzeitige Erkennen der Krankheit, welches die Grundbedingung zur wirklichen Heilung geben würde, ist gewiß nicht immer leicht, doch wird bei einer Reihe von eigentümlichen Erscheinungen im Kindes-, Pubertäts- und reiferen Alter die Vermutung, daß vermehrte Harnsäurebildung dahinter stecken könnte, nicht so schwer sein, wenn wir erst anfangen, diese Möglichkeit ins Auge zu fassen. Bei einer Reihe der von mir verschickten Fragebogen ist in den Antworten zugegeben worden, daß schon in der Kinderzeit teils nervöse, teils vom Magen und Darm herührende oder den Kehlkopf und die Bronchien betreffende Affektionen sich öfter wiederholten und vermöge ihres ebenso intensiven wie plötzlichen Eintretens und ihres unerwartet günstigen schnellen Verlaufs sowohl die Sorge der Eltern als der behandelnden Ärzte in unnötig hohem Grade hervorriefen. Niemand kam auf den Gedanken, daß Harnsäurereiz die Ursache sein könnte, daß man es gewissermaßen mit larvierten Gichtanfällen zu tun hatte, und doch wäre, wenn man die erhebliche Belastung ins Auge gefaßt hätte, die Diagnose leichter gewesen.

Wie oft sind ferner Menschen in jungen Jahren mit Magenverstimmungen, andauerndem Kopfschmerz, trüber Laune, steter Gereiztheit, hartleibig und schlaflos, sich selbst und anderen ein Rätsel und gestehen sich oft, daß sie vermöge ihrer günstigen sozialen Lage gar keine Ursache zu schlechter Stimmung haben, bis endlich ein Gichtanfall die Situation klärt.

Haben wir aber frühzeitig Ursache, die vermehrte Bildung der Harnsäure als Grund sonst nicht zu erklärender Erscheinungen anzusehen, so werden wir sie heilen können, indem wir sofort den Hebel da ansetzen, wo er allein helfen

kann, nämlich indem wir den Verdauungssaft des Magens zu verbessern und die Oxydationskraft der Zelle zu steigern suchen. Der Magensaft ist bisher in seinem Säuregehalt viel zu gering mit 0.2—3‰ angegeben worden, weil man nicht imstande war, reinen Magensaft durch die noch mangelhaften Methoden zu erlangen. So hoch auch die Arbeiten anderer Physiologen, insbesondere HEIDENHAIN'S, auf diesem Gebiete anzuschlagen sind, so ist es doch meines Wissens erst PAWLOW in Petersburg gelungen, durch Verbindung einer Magenfistel mit einer gleichzeitigen Ösophagotomie den Magensaft rein zu gewinnen. Er heilte die beiden Enden der durchschnittenen Speiseröhre getrennt in die Wundwinkel. Wenn er nun das Tier fütterte, so fielen die Nahrungsmittel aus dem oberen Ende wieder heraus, aber durch den rein psychischen Effekt der Scheinfütterung wurde reichlich Magensaft abgesondert, welcher einen Gehalt von 0.5—0.6% an Säure hatte und auch ganz wie eine Salzsäurelösung von gleicher Stärke schmeckte.

Noch wichtiger für uns ist aber die Tatsache, daß bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Pankreasfistel durch das Absondern des sauren Magensaftes sofort eine reichliche Sekretion des Pankreassaftes bemerkt werden konnte. Führt man eine Sodalösung in den Magen und machte den Saft alkalisch, so hörte die Sekretion des Pankreas sofort auf, führte man dagegen wieder eine 0.5%ige Salzsäurelösung in den Magen, so steigerte sich dieselbe zusehends, so daß sie in der ersten Stunde 79 cm³, in der zweiten 65.5 cm³ betrug.

Haben wir also nachgewiesenermaßen keine freie Salzsäure bei der Gicht im Magensaft, so werden wir durch Zufuhr derselben sicher sein, gleichzeitig der Förderung des Bauchspeichels enormen Vorschub zu leisten.

Der Magen sucht uns instinktiv zu dem, was ihm nötig ist, zu leiten, indem der Gichtkranke fast regelmäßig einen starken Hunger nach Kochsalz hat und die Nahrung reichlich damit würzt. Wir wissen aber, daß die Fundusdrüsen aus den Chloriden des Blutes die Salzsäure produzieren.

Die Säurezufuhr halte ich unter ärztlicher Kontrolle für absolut ungefährlich, da ich selbst sie nahezu 3 Jahre in hohen Dosen nehme und dieselben sehr vielen Gichtkranken nur mit günstigem Resultate verordnete. Alle Befürchtungen, daß dadurch die Alkaleszenz des Blutes vermindert oder ein schädlicher Einfluß auf die Zähne resp. die Nieren ausgeübt werden könne, sind völlig haltlos. Trotz der relativen Ungefährlichkeit möchte ich doch vor der Selbstbehandlung eindringlich warnen. So einfach, daß jeder beliebig eine Kur mit Salzsäure beginnen kann, liegt die Sache doch nicht, zumal da dabei diätetisch und allgemein eine Menge von Umständen zu berücksichtigen sind, welche nur vom Arzt richtig gewürdigt werden können. Andererseits darf man keine Forderungen an die Säure stellen, welche sie zu erfüllen absolut nicht imstande sein kann. Gäbe man dieselbe frühzeitig, so würde sie allerdings allen Hoffnungen gerecht werden und den Ausbruch des Leidens ganz verhindern können. Gibt man sie aber nach einer sich bereits auf typische Anfälle stützenden Diagnose im späteren Verlauf, so wird sie zwar das Allgemeinbefinden heben und die Neubildung harnsaurer Salze verhindern, sie kann aber unmöglich die seit 20—30 Jahren im Körper abgelagerten Salze gleich aus demselben herausbefördern. Lösungsperioden werden deshalb trotz der Säure immer noch eintreten müssen, nur werden sie leichter sein, bis ebenso allmählich, wie die Ablagerungen entstanden sind, nach vielen Jahren eine langsame gänzliche Ausscheidung erfolgt sein könnte.

Man dürfte sich aber auch mit dem Bewußtsein, daß dem Fortschritt des Leidens eine Grenze gesetzt ist, zufrieden geben können.

Mit der Säurekur bildet die diätetische ein unzertrennbare Ganze. Wenn auch beim Gebrauch der ersteren viel mehr Speisen vertragen werden als vorher, so werden wir

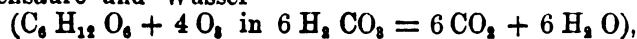
doch bemüht sein, dem Verdauungssaft soviel wie möglich zu Hilfe zu kommen und ihm leicht Verdauliches geben.

Die Diät bei der Gicht war bisher dem Boden der Empirie entsprossen. Wir ließen uns durch den Instinkt des Magens leiten und nebenher schrieben Theoretiker Küchenzettel, welche durch ihre Kontraste die armen Gichtkranken verblühten. Je weiter die Nahrungsmittelchemie vorschreitet, je tiefer der Physiologe in die geheimnisvollen, durch die Verdauungssäfte bedingten Umwandlungen derselben eindringt, um so mehr dürfen die Kranken verlangen, daß ihnen auch die Gründe für manche Entsagung, welche sie sich auferlegen sollen, angegeben werden.

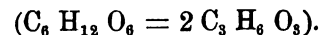
Ich habe mich in einer Arbeit, welche demnächst veröffentlicht werden soll, bemüht, eine rationelle Ernährungstherapie zu geben, doch würde es den Rahmen des heutigen Vortrages überschreiten, wollte ich ganz speziell darauf eingehen.

Nur kann nicht unerwähnt bleiben, daß das Bestreben, dem Organismus den Stickstoff zur Harnsäurebildung zu entziehen, indem man ihm die stickstoffhaltige Nahrung entzog und ihn auf Kohlehydrate setzte, eine trügerische und irrig Hoffung in sich schloß. Einmal würde der Körper sein Kapital angreifen und zu seinem Schaden aus sich selber schöpfen, und dann würde er mit größter Mühe aus den Hüllen der pflanzlichen Nahrung seine abnormen Gelüste doch befriedigen. Drittens bildet die Fleichnahrung eine große Triebkraft zur Absonderung des Verdauungssaftes überhaupt, und endlich sehen wir bei einseitiger Nahrung denselben sich zum Schaden des Körpers ändern und abschwächen. Es ist geradezu wunderbar, wie veränderlich der Verdauungssaft aller Drüsen je nach der Art der Einfuhr und nach der Zeit der bereits vorgeschrittenen Veränderung der Nahrungsmittel ist. Für jeden Stoff ist er gewissermaßen besonders eingestellt, einmal vermehrt er seine Fermente, zum anderen seine Säure, Alkalien oder die Menge weiterer Bestandteile. Wenn wir nun durch radikales Vorgehen bei der Gicht die stickstoffhaltigen Substanzen, bei Diabetes die zuckerbildenden stärkehaltigen Mittel fortnehmen und dadurch zu heilen hoffen, so handeln wir ähnlich wie ein Landmann, welcher dem Acker die Düngstoffe entziehen will, weil zuviel Unkraut darauf wächst. Das Unkraut rottet er doch nicht aus, aber das Korn wird mager. Auch wir entziehen damit dem Körperhaushalt eine große Menge der zum Bestehen der Lebensvorgänge unentbehrlichsten Stoffe. Wir schwächen ihn, ohne das Leiden zu heben, wir setzen den Hebel an falscher Stelle an, verurteilen den Organismus zum Siechtum und lassen den anormalen Bildungsvorgang unbeeinflusst. Einseitige Ernährung schadet immer, allein schon deshalb, weil wir dabei des größten Erregers der Saftproduktion, des Appetits verlustig gehen. Auf diesen wird noch nicht der Wert gelegt, den er verdient. Ohne ihn findet die Nahrung keinen oder schlechten Verdauungssaft zur Verarbeitung vor und fällt dem Magen und Darm und später den Zellen zur Last. Mit ihm wird der Gichtkranke Fleisch und der Zuckerkranke Stärke vertragen. Also sollen wir die Quantität und Qualität der Drüsensaftes steigern und bessern, um Stoffwechselkrankheiten zu heilen.

Dazu werden wir die Genußmittel nicht ganz entbehren können. Salz und Gewürze, gute Zubereitung, lockende, das Auge befriedigende Anrichtung und anregende Gesellschaft sind beim Essen nicht zu unterschätzende Dinge für die Absonderung reichlichen Verdauungssaftes. Wie steht es aber mit den an der Spitze der Genußmittel stehenden Erregern: Zucker, Alkohol, Tabak? Wir wissen, daß diese Trias den Gichtkranken nicht bekommt! Daß Zucker in größerer Menge schaden kann, weiß auch der Laie, wenn er durch ihn bei Säuglingen Brechdurchfall und bei älteren Kindern schwere Magendarmerkrankungen entstehen sieht. Einmal kann der Zucker wegen gewisser unvergärbaren Stoffe schädliche Eigenschaften haben und zweitens verbrennt er nicht zu Kohlensäure und Wasser



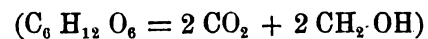
sondern verfällt der leicht eintretenden Milchsäure- und Buttersäuregärung, besonders bei Anwesenheit des Milchsäurebazillus im Magen, der gerade im geschwächten Organ besonders häufig ist



Der Organismus sorgt durch Umwandlung der Stärke und durch Zufuhr der Fruktose in den Früchten genügend für Süßstoffe und kann daher meist die Zufuhr des Rohrzuckers entbehren.

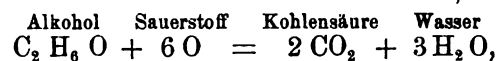
Hat man eingesehen, daß man zur Säuregärung neigt, und sich entschlossen, ihn zu meiden, so darf man nicht glauben, sich an Honig, als Naturprodukt schadlos halten zu können, da derselbe sowohl Glukose wie Saccharose neben Fruktose enthält; man soll auch nicht glauben, sich mit Saccharin täuschen zu dürfen, da dasselbe als Benzoesäurederivat auf Nieren und Magen durch seinen aromatisch reizenden Gehalt auf die Dauer schädlich wirkt.

Der Alkohol entsteht bei dem Zerfall der Zuckermoleküle in Alkohol und Kohlensäure



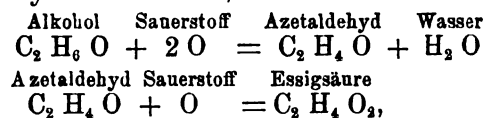
Athylalkohol.

Von vornherein ist schwer zu begreifen, warum er schädlich sein soll, da er bei reichlicher Sauerstoffzufuhr vollkommen verbrannt in Kohlensäure und Wasser zerfällt,



nebenher aber noch eine große anregende Kraft auf die Verdauungsdrüsen an sich und durch das Heben der Stimmung ausübt.

Alle diese Voraussetzungen treffen beim gesunden Menschen auch zu, nicht aber beim Gichtkranken. Dieser zerlegt leider bei ungenügender Sauerstoffzufuhr den Alkohol in Azetaldehyd und Wasser,



um zuletzt aus dem Azetaldehyd Essigsäure zu entwickeln und dadurch seinem Magen und seiner Laune eben so sehr zu schaden wie der Gesunde sie hob. Ob der mit seltener Einstimmigkeit anerkannte schädliche Einfluß des Alkohols auf das Aldehyd oder auf die Essigsäure oder auf vereinte Wirkung beider zurückzuführen ist, dürfte ohne Belang sein.

Dem Tabak ist unter den drei Genossen noch das beste Zeugnis zu geben. Sowohl der Dampf wie das Nikotin regt die Nerven der Verdauungsorgane zu verstärkter Absonderung an, also darf nach der Mahlzeit eine gute Zigarre für zuträglich erachtet werden. Vor Tisch aber schadet sie, weil sie den Appetit gewissermaßen durch Scheinfütterung nimmt, ebenso auch in Menge, wobei sie wie Alkoholübermaß durch Abstumpfung der Nerven schadet. Am schlimmsten sind Zigaretten, welche durch die brenzlichen Öle des Papiers und die unkontrollierbare Zahl die Verdauung ungünstig beeinflussen.

Alles in allem genommen dürfen wir bei unserem Verbot nicht zu weit gehen und können für alle drei Erreger einen mäßigen Gebrauch in der Voraussetzung gestatten, daß der Patient noch über genügende Willenskraft verfügt, die gesteckten Grenzen nicht zu überschreiten.

Haben wir so durch Zufuhr der Säure und angemessene Diät zweckentsprechend für den einen Komponenten der Krankheit gesorgt, den mangelhaften Verdauungssaft aufzubessern versucht, so müssen wir durch Körperbewegung und Arbeit die Oxydationskraft der Zelle noch auf die Höhe zu bringen suchen, welche den Rückstand von Zwischenstufen der Verbrennung hindert. Jedes Mittel, das den Menschen aus der Schläftheit und Untätigkeit herausreißt, ihn dem Lehnstuhl und Bett entzieht, das ihn zum Bewußtsein seiner Gliedmaßen und Muskulatur bringt, wird ein Heilmittel gegen die

Ablagerung harnsaurer Salze, eine Hilfe gegen Gichtanfalle sein können.

Je mehr der Mensch bei körperlichen Anstrengungen in Schweiß gerät, um so mehr darf er hoffen, daß nicht nur durch die zur Verdunstung nötige Wärmeentziehung die Zelle zu erneuter Tätigkeit angespornt wird, so daß sie die Harnsäure in ihr Endprodukt, den Harnstoff zerlegt, sondern es kann auch die Harnsäure mit dem Schweiß direkt aus dem Körper entfernt werden.

Ähnlich wie bei der Gicht liegen die Verhältnisse auch bei den beiden andern Stoffwechselkrankheiten. Beide sind auch erblich, beide beruhen gleichfalls auf der Zusammenwirkung zweier Komponenten.

Beim Diabetes ist statt des Magensaftes der Verdauungssaft des Pankreas mangelhaft vorgebildet. In dem einen Falle werden die stickstoffhaltigen Nahrungsmittel, in dem andern die Kohlehydrate unzureichend verarbeitet. Auch beim Diabetes tritt die Unfähigkeit der Zelle, die ihr zugeführten Stoffe aufzunehmen und zu oxydieren hinzu. Blieb bei der Gicht die Harnsäure als Zwischenstufe bestehen, so bleibt beim Diabetes der Zucker rückständig.

Der einzige Unterschied beider Krankheiten liegt darin, daß die Nierenzellen den Zucker aufnehmen und größtenteils durch den Harn aus dem Körper ausführen, während sie die harnsauren Verbindungen nicht aufzunehmen vermögen.

In gleicher Weise ist bei der Fettsucht die Entstehung des Leidens aus dem Zusammenwirken eines Verdauungsorganes und der mangelhaften Zellarbeit zu erklären.

Hier dürfte die Fehlerquelle in der Leber zu suchen sein. Doch wenn wir die Bedeutung der Galle für die Spaltung und Emulgierung der Fette auch kennen, so hat bisher die Physiologie uns noch nicht zum vollen Verständnis der dabei in Frage kommenden Vorgänge verholfen. Auch die fettspaltenden Enzyme des Pankreas könnten hierbei mitwirken. Die richtige Erkenntnis dafür, welcher Verdauungssaft hauptsächlich zu beschuldigen sei, ist aber weniger wichtig als die, daß ein solcher in erster und die Zelle in zweiter Linie durch mangelhafte Arbeit das Fett zur Aufspeicherung im Körper bringt. Auch hier vermag die Zelle die ihr angebotenen Rohstoffe nicht zu bewältigen und lagert sie ab.

So würde auch in diesen beiden Krankheiten die Therapie nach anderen Grundsätzen vorzugehen haben als bisher. Sie würde sich vor allen Dingen sagen müssen, daß sie durch Entziehung der Nährstoffe, welche zur Zucker- und Fettbildung führen, den äußerlich nachweisbaren Prozentsatz zwar herabzusetzen vermag, daß sie damit aber dem ganzen Körper wichtige Stoffe zur Erhaltung nimmt, ohne auch nur im geringsten die Krankheitsursache selbst zu treffen.

Die Therapie, welche heilen will, muß dahin kommen, daß trotz der stärkehaltigen Nahrung kein Zucker, trotz des Fettes kein Fett und bei der Gicht trotz der stickstoffhaltigen Nahrung keine Harnsäure im Überschuß gebildet wird und unverbrannt bleibt.

Diese Forderungen sind aber, wenn wir uns die Aufgabe stellen, auf die Verdauungssäfte und die Zellarbeit hinzuwirken und wenn uns die Physiologie durch immer weitere und tiefere Erkenntnis der im Körper wirkenden Kräfte diese Aufgabe lösen hilft, durchaus nicht unerfüllbar, und somit dürfen wir in absehbarer Zeit hoffen, auch diese Krankheiten wirklich heilen zu können.

Referate.

KARL HART (Dresden): Anatomische Untersuchungen über die bei Masern vorkommenden Lungenerkrankungen.

Verf. zieht in erster Linie die Bronchiektasie in Betracht („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 79, H. 1 u. 2). Wir haben es

in den einschlägigen Fällen mit atrophischen Bronchiektasien zu tun, hervorgerufen durch Wandveränderungen in Verbindung mit abnormen Druckverhältnissen. Der Prozeß dürfte in vielen Fälle etwa folgendermaßen verlaufen: Die Erkrankung der Bronchien trifft nicht nur die Schleimhaut, sondern dehnt sich auch äußerst rapid — wie Totalnekrosen beweisen — auf die gesamte Wandung aus, wo sie eine frühzeitige Schädigung und Untergang muskulöser und elastischer Elemente zur Folge hat. Des weiteren schreitet die Krankheit auf die angrenzenden Alveolen fort, während die zum Versorgungsbezirk des betreffenden Bronchus gehörigen Partien noch frei bleiben; es entstehen also aus den Bronchitiden Peribronchitiden. Infolge des auf der geschwächten Wandung lastenden Luftdrucks entstehen Bronchiektasien, in denen sich entzündliche Sekretmassen anhäufen, wodurch einestheils die zugehörigen Alveolen atelektatisch werden, andererseits durch Aspiration in den Entzündungsprozeß einbezogen erscheinen. Das Sekret wird seinerseits zur weiteren Ausbildung der Bronchiektasien beitragen und die angestregten Hustenstöße des Kindes, welche den Pfropf auflösen und wenigstens zeitweise dem Inspirationsstrom die Passage ermöglichen sollen, werden beim Versagen des elastischen Apparates vergeblich sein. BR.

W. SCHOLTZ (Königsberg i. P.): Über die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung.

Verf. hat seine Versuche mit 25 mg Radiumbromid der Chinafabrik Buchler & Ko. in Braunschweig angestellt. Das Präparat befand sich in Form kleiner Körner in einer flachen Kautschuk-Kapsel, welche nach außen durch eine dünne Glimmerplatte abgeschlossen war. Bei den Versuchen SCH. S. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 3) an der Haut von Menschen und Tieren wurde die Kapsel mittelst eines Heftpflasterstreifens direkt auf der Haut fixiert. Nach schwachen Radiumstrahlungen (4—5 Minuten) tritt ganz wie nach Röntgenbestrahlungen im Laufe der 2.—3. Woche an behaarten Körperstellen Haarausfall auf; bei stärkeren Bestrahlungen (10 bis 15 Minuten) entwickeln sich nach gleicher Zeit eine lebhafte Hautentzündung, Blasenbildung und Exkorationen, und bei noch intensiverer Einwirkung (20—30 Minuten) kommt es im Laufe der 3.—4. Woche zu bis ins subkutane Bindegewebe reichenden Ulzerationen. Es treten an den Zellen des Rete Malpighi, der Gefäße und des Bindegewebes eigenartige Degenerationen auf, welche vorzugsweise in einer Vakuolisierung der Zelle bestehen und bei intensiveren Bestrahlungen zur vollständigen Zerstörung der Zelle führen. Während sich bei den Röntgenbestrahlungen die sichtbaren Veränderungen der Haut fast stets erst nach etwa 14 Tagen zeigen, tritt bei den Radiumbestrahlungen stets nach zirka 20 Stunden ein ziemlich intensives Erythem auf. War die Bestrahlung nicht sehr stark, so verschwindet dieses Erythem ähnlich wie die Erytheme nach Lichtbehandlung langsam innerhalb 4—6 Tagen unter Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentation. Neben dieser Wirkung auf die Haut haben die Radiumstrahlen auch die Fähigkeit, Bakterien abzutöten. Die Strahlen haben eine gewisse Tiefenwirkung, sie entfalten also auch in den tieferen Schichten der Haut ihre Wirkung; in dieser Beziehung sind die Radiumstrahlen den Lichtstrahlen außerordentlich überlegen. Was die Wirkung auf Tiere anlangt, so gingen Mäuse, welche vom Radium längere Zeit bestrahlt wurden, sämtlich zugrunde; bei Kaninchen wurden meist nur leichtere Krankheitsercheinungen hervorgerufen. Therapeutisch versuchte SCH. das Radium bei verschiedenen Dermatosen, ferner bei Lupus und bei Karzinomen der Haut; in 5 Fällen von Lupus und bei zwei Hautkarzinomen wurde Heilung erzielt. Bei Furunkeln, Trichophytie und Lupus erythematodes erwiesen sich die Radiumstrahlen weniger erfolgreich. G.

E. HEVING (St. Petersburg): Die chirurgische Behandlung der angeborenen spastischen Paraplegie (der LITTLEschen Krankheit).

In leichten Krankheitsfällen wurden gute Resultate durch Gymnastik und Massage erzielt; in schweren Fällen ist eine ener-

gische Beseitigung der Kontrakturen und der Muskelverkürzungen notwendig. Eine chirurgische Behandlung wandte H. bei 8 Patienten an („Ges. d. Kinderärzte in St. Petersburg“, 1904). Unter Chloroform wurden die Sehnen aller Muskeln durchschnitten, welche durch ihre spastischen Kontrakturen oder sekundären Verkürzungen die Unbeweglichkeit und Verkürzung der unteren Extremitäten verursacht hatten. Es wurden die Sehnen der Oberschenkelbeuger und bisweilen auch ein Teil der Muskelbündel durchschnitten; in zwei Fällen mußte Verf. die stark geschrumpfte breite Fascie auf der vorderen-äußeren Oberschenkelfläche durchschneiden. Darauf wurde die Tenotomie an den Muskelsehnen vorgenommen, welche die Beugekontraktur des Kniegelenkes verursachten, — und zwar: der Mm. semimembranosus und semitendinosus am inneren, des M. biceps am äußeren Rande der Kniekehle; schließlich ward die Achillessehne durchschnitten, um den Pes equinus zu beseitigen. Die Tenotomie der Beuger des Unterschenkels und der Wadenmuskulatur wurde subkutan ausgeführt. Nachdem dies zuerst an einer Extremität gemacht worden, nahm H. dieselbe Operation auch an der anderen vor und gab den Extremitäten folgende Stellung: Eine möglichst große Abduktion in den Hüftgelenken und eine ausgiebige Streckung in den Kniegelenken; die Füße wurden senkrecht zu den Unterschenkeln gestellt und außerdem leicht nach außen gebeugt. In dieser Lage wurden die Extremitäten durch Gipsverbände fixiert, welche die ganze untere Körperhälfte des Patienten, vom Becken bis zu den Zehen, umgaben. Zur Kontrolle und für die Behandlung der Wunden wurden in den Gipsverbänden Öffnungen gemacht. 4—6 Wochen, je nach der Schwere des Falles, bleibt der Verband unberührt. 2 Wochen vor Abnahme des Verbandes läßt H. die kranken Kinder eine kurze Zeit täglich stehen, damit dieselben sich an die vertikale Körperlage gewöhnen. Schon nach Abnahme des Verbandes bemerkt man die glänzenden Erfolge; die früher vorhandenen Muskelzuckungen und Kontrakturen sind nicht mehr zu konstatieren, und man kann mit den Beinen alle möglichen passiven Bewegungen ausführen, ohne auf die geringsten Hindernisse von seiten der Muskeln zu stoßen. Die Neigung zur Rezidivierung des krankhaften Zustandes ist unbedeutend. Man muß durch Massage den Ernährungszustand der Muskeln zu heben suchen, da derselbe infolge der andauernden Ruhelage unter dem Gipsverbande stark gelitten hat. Zugleich muß neben der Massage auch die Gymnastik, anfangs die passive, später die aktive geübt werden. Sobald die Kranken sich schon kräftiger fühlen, nötigt man sie, zu stehen, und sie gehen unter Unterstützung der VOLKMANNschen Bank; darauf werden die Kranken an der Hand geführt; später fangen sie an, mit Hilfe eines Stockes zu gehen und zuletzt ohne jeglichen Beistand. Im Laufe der ersten 2—3 Monate nach Abnahme des Gipsverbandes läßt H. die Kranken täglich 2—3 Stunden abnehmbare, mit Schnüren versehene Hülsen anziehen, welche Ober- und Unterschenkel umgreifen und das Knie in gestreckter Lage halten. Dies wird aus dem Grunde vorgenommen, um die zuweilen auftretende Neigung zur Beugung des Kniegelenkes zu verhindern. G.

LUDWIG BRAUN (Wien): Über die Wirkung der Kalisalze auf das Herz und die Gefäße von Säugetieren.

Verf. fand („PFLÜGERS Archiv“, Bd. 103), daß die Kalisalze nach intravenöser Applikation Herz und Kreislauf in zweifacher Weise zu beeinflussen vermögen: durch direkte Herzwirkung und durch Vasomotorenwirkung (Vasokonstriktion). Nur in kleinsten Dosen scheinen die Kalisalze eine — übrigens kaum nennenswerte — stimulierende Wirkung auf den Herzmuskel ausüben zu können. Einigermaßen größere Kaliumdosen führen bereits Schädigungen, bzw. deletäre Beeinträchtigungen des Herzens herbei; diese Wirkungen sind durch Entfernung des Kalisalzes aus dem Herzen prompt zu beseitigen. Von einer vasodilatatorischen Wirkung der Kalisalze kann nach B.s Erfahrungen keine Rede sein. Die therapeutische Verwendung der Kalisalze als Herzstimulantien erscheint somit kaum berechtigt; sie kommen bloß als „Vasomotorenmittel“ in Betracht.

G.

P. LINSER (Breslau): Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen.

Der normale Hauttalg ist ein neutrales, nicht den Fetten, sondern den Wachsarten nahestehendes Produkt, das sich aus zwei Komponenten, aus den ätherlöslichen Substanzen des Horngewebes und dem Sekret der Talgdrüsen zusammensetzt. Das letztere wird offenbar in reichlicherer Menge ausgeschieden und überzieht die Haut in einer mehr oder weniger dicken Schicht, während wir die ätherlöslichen Stoffe des Horngewebes als in oder zwischen den Hornzellen liegende Substanzen ansehen müssen, die nur in solcher Menge produziert werden, daß sie dessen Lücken füllen. Die ätherlöslichen Bestandteile des Horngewebes sind jedenfalls nicht aus besonderen Drüsen hervorgegangen, sondern aus den gewöhnlichen Epithelzellen des Stratum Malpighi. Das Plattenepithel der Hautoberfläche in seiner Gesamtheit, also Stratum Malpighi wie Talgdrüsen, hat demgemäß die Fähigkeit, ätherlösliche Stoffe zu bilden. Diese haben aber keine gleichartige chemische Zusammensetzung. Das Sekret der Talgdrüsen differiert wesentlich von den ätherlöslichen Substanzen, welche die Horngebilde durchtränken. Diese Verschiedenheit beruht vor allem auf der verschiedenen Zusammensetzung des nicht verseifbaren Anteils. Bei den Hornsubstanzen ist es wesentlich das Cholesterin und seine Ester, während in dem Talgdrüsensekret nur wenig Cholesterin, dafür aber andere, C und H-reiche Verbindungen vorhanden sind. Diese letzteren sind dem Cholesterin vielleicht verwandt, vielleicht nur Vorstufen desselben, die hier in den Talgdrüsen sofort nach außen sezerniert werden, dort aber auf dem längeren Wege durch die Schichten des Plattenepithels mit ihren tiefgreifenden Wandlungen vom Stratum germinat. zum Stratum corn., vielleicht auch unter Mitwirkung der Luft nach und nach in Cholesterin übergehen.

Außer dieser Verschiedenheit des nicht verseifbaren Anteils besteht keine wesentliche Differenz zwischen den beiden Gruppen. Beide setzen sich nach ihrem Schmelzpunkt und den Jodzahlen in ziemlich gleicher Weise aus Gemischen höherer Fettsäuren zusammen. („Deutsches Archiv für klinische Medizin“, 1904, Bd. 80, H. 3 u. 4.) Auch in ihrem biologischen Verhalten besteht eine große Übereinstimmung. Hier ist es vor allem die große Wasseraufnahmefähigkeit der Extrakte. Dies verhindert die völlige Austrocknung der Haut und ermöglicht doch stets eine gewisse Wasserabgabe ohne die Hilfe der Schweißsekretion. Vermöge dieser Eigenschaft kann die Haut auch von außen, im Bade z. B., ein gewisses Quantum Wasser aufnehmen, soviel eben zu ihrer Auflockerung und Reinigung von Vorteil ist; aber über eine gewisse Grenze hinaus kann kein Wasser in sie eindringen. Diese Wasseraufnahmefähigkeit des Hauttalg wirkt wie eine Art Wasserreservoir, das den Zustrom von Gewebssäufigkeit aus der Pupillarschicht wie den Abgang von Wasser durch Verdampfung an der Oberfläche ausgleicht und die Epidermis dabei stets in einem gewissen Feuchtigkeitsgrade erhält. Dieselbe Eigenschaft ermöglicht aber auch wahrscheinlich die osmotischen Vorgänge, auf denen die Resorption gewisser Lösungen durch die Haut beruht, eben infolge ihrer Aufnahmefähigkeit für Stoffe, die in Wasser wie in Fetten löslich sind. Eine weitere biologisch wichtige Eigenschaft des Hauttalg ist schließlich seine relative Unangreifbarkeit durch Mikroorganismen. Dieselben finden in ihm keinen Nährboden, werden von ihm vielleicht auch mechanisch am Eindringen in die Haut behindert.

B.

W. FUNKE (Prag): Einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis.

Den Untersuchungen WIDALS und anderer französischer Forscher verdanken wir die Kenntnis eines neuen Symptoms bei jenen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die auf Syphilis zurückzuführen sind, also insbesondere bei Tabes und progressiver Paralyse, d. i. der abnorme Reichtum der Zerebrospinalflüssigkeit an mononukleären Leukozyten. Dieser Befund ist ein so typischer, daß sich in zweifelhaften Fällen aus der Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit auf die syphilitische Natur des Prozesses schließen läßt.

Der Autor seinerseits („Archiv f. Derm. u. Syph.“, LXIX, 3) wandte sein Augenmerk jenen Luesfällen zu, welche auf Grund vor-

handener nervöser Erscheinungen etwaige Änderungen im Zentralnervensystem nicht gerade unwahrscheinlich machten. Es waren meist Kopfschmerzen bei rezenter oder gummöser Lues (Periostitis der Schädelknochen, Ulzerationen am harten oder weichen Gaumen), bei Lues hereditaria (2 Fälle) und schließlich bei nichtluetischen Hautkranken (11 Fälle) zur Kontrolle. In keinem der Fälle war Lymphozytose nachweisbar. Damit ist erwiesen, daß die Lymphozytose für die nervösen Erscheinungen der frühen Syphilisstadien jedenfalls nicht in Betracht kommt.

DEUTSCH.

JAKOB BARIANSKY (Berlin): Über das Maretin und seine antipyretischen Wirkungen.

Unter dem Namen Maretin haben die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld ein Präparat dargestellt, welches sie als entgiftetes Antifebrin bezeichnen und als wirksames antithermisches Mittel, namentlich gegen das Fieber der Phthisiker empfehlen. Es handelt sich hierbei um ein methyliertes Azetanilid, in dem die Azetylgruppe durch die Gruppe $\text{NH} \cdot \text{NH} \cdot \text{CO} \cdot \text{NH}_2$ ersetzt ist.

Aus seinen Beobachtungen über das neue Präparat glaubt Verf. Folgendes schließen zu können („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 23):

1. Maretin gehört zu derjenigen Gruppe antipyretischer Mittel, von denen man sagen kann, daß sie mit Sicherheit die Temperatur herabsetzen. Die Temperaturherabsetzung tritt innerhalb 3—5 Stunden, also verhältnismäßig langsam ein, zieht sich dafür recht lange hinaus, so daß die Wirkung einer Einzelgabe 9, selbst bis 15 Stunden andauert.
2. Als zweckmäßige Einzelgaben bewährten sich Dosen von 0,25, von denen je ein Pulver vormittags und nachmittags, kurz vor dem zu erwartenden Anstieg der Temperatur, gegeben wird. Da das Maretin so gut wie unlöslich in Wasser, wenigstens im praktischen Sinne ist, so empfiehlt sich die Darreichung desselben in Pulverform unter Nachtrinken von etwas Wasser.
3. Das Maretin übt keinen Einfluß auf den Blutkreislauf aus, da die Pulsfrequenz gleichzeitig mit der Temperatur heruntergeht.
4. Respirations-, Digestions- und Harnapparat zeigen keine Veränderungen.
5. Erhebliche schädliche Nebenwirkungen (Cyanose, Arzneiexantheme etc.) wurden nicht beobachtet und nur in einem Falle bald vorübergehende Kollapserscheinungen gesehen.
6. Kumulative Wirkungen hat es nicht und darum kann es täglich angewendet werden.
7. Wegen seiner Billigkeit (1 g kostet etwa 25 Pfg.) kann es auch zu längerem Gebrauch empfohlen werden. Bisweilen tritt, wie bei allen antipyretischen Mitteln, die sich als wirksam erwiesen und insbesondere bei Tuberkulösen, im Gefolge des Temperaturabfalles mehr oder weniger starke Schweißbildung auf. Es wäre daher kein aussichtsloses Vorgehen, die letzteren auszuschalten, indem man das Maretin mit einem brauchbaren Antihydrotikum kombiniert.

L.

SCHLEIP (Freiburg i. B.): Die Homberger Trichinosis-epidemie und die für Trichinosis pathognomonische Eosinophilie.

Die klinischen Krankheitserscheinungen bei der Trichinosis reichen nicht aus, eine sichere Diagnose dieser Erkrankung zu stellen. In Einzelfällen wird die Diagnose ungleich schwieriger, als bei Epidemien („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 1 u. 2).

Zahlreiche, nicht erkannte sporadische Erkrankungen beweisen, daß die Trichinosis sehr wahrscheinlich deshalb so selten diagnostiziert wird, weil sie bei Einzelerkrankungen nicht erkannt wird oder nicht erkannt werden kann. Durch die in $\frac{4}{5}$ aller Fälle vorhandene Milzschwellung bei der Trichinosis schwindet ein wertvolles, differentialdiagnostisches Symptom gegenüber dem Abdominaltyphus; die Auffindung eines neuen, sicheren Krankheitssymptoms gewinnt dadurch noch an Wert.

Die Blutuntersuchung ist neben dem ungleich umständlicheren Verfahren der Muskelrezeption die wertvollste Methode zur sicheren Diagnose der Trichinosis; sie ermöglicht mit großer Wahrscheinlichkeit eine Diagnose schon dann, wenn die Trichinen noch nicht

in den Muskel eingewandert sind. Die eosinophilen Zellen zeigen eine fast regelmäßige hochgradige Vermehrung. Andere, mit Eosinophilie verbundene Erkrankungen sind selten, ihr Krankheitsbild sehr verschieden von dem der Trichinosis. Diese Blutveränderung ist daher für die Trichinosis pathognomonisch. Für die einzelnen Stadien der Erkrankung sind die Schwankungen in den Mengenverhältnissen der Leukozytenarten charakteristisch und bedingt: 1. durch die Wirkung der von den Trichinen ausgehenden Stoffwechselprodukte auf die Bildungsstätten der Leukozyten, 2. durch eine in der Rekonvaleszenz auftretende Veränderung des lymphatischen Apparates und wahrscheinlich durch einen Zerfall von eosinophilen Leukozyten. Während der Erkrankung tritt in vielen Fällen Leukozytose, in fast allen hochgradige Eosinophilie ein, während die neutrophilen Zellen eine prozentuale und absolute Verminderung erfahren. In der Rekonvaleszenz findet eine starke Vermehrung der Lymphozyten statt und eine Überschwemmung des Blutes durch Blutplättchen. Gleichzeitig zeigen mit der Abnahme der im Blute kreisenden chemotaktischen Stoffe die neutrophilen Zellen das Bestreben, zu normalen Werten zurückzukehren. Die interstitielle Myositis ist stark ausgeprägt und herdweise vorhanden. Die Eosinophilie kommt wahrscheinlich durch chemotaktische Wirkung der Helminthiasis zustande.

BR.

BENI-BARDE (Paris): Hydrotherapeutische Prozeduren bei Menorrhagien.

Verf. empfiehlt, bei der Behandlung der Menorrhagie stets den Gesamtzustand der Patienten zu berücksichtigen; bei Anämischen sind kalte, bei reizbar Nervösen warme und bei Arthritischen gemischte Prozeduren angezeigt (Le Progrès médical, 1904, Nr. 3). Die gebräuchlichste Prozedur ist die vertikale Regendusche auf Kopf und Schultern, welche eine starke Reizung des Oberkörpers bewirkt, die hinwieder ein Aufsteigen des Blutes aus dem Becken in den Oberkörper zur Folge hat. Außer den Duschen werden feuchte Abreibungen und kalte Bäder, letztere insbesondere als Sitzbäder mit ruhigem oder fließendem Wasser verwendet. Bäder und Abreibungen bewirken eine Kontraktion der Blutgefäße des Uterus.

Die altbewährten heißen, intravaginalen Injektionen, sowie der CHAPMANSche Sack werden von B. ebenfalls empfohlen. Dagegen verwirft er die Eisblase, da sie, wenn sie auch zuweilen blutstillend wirke, oft Neuralgien zur Folge habe. An ihrer Stelle verwendet Verf. einen kleinen Scheideneissack mit gutem Erfolge. Sehr empfehlenswert erscheinen dem Verf. schließlich auch Duschen der Fußsohle, welche eine reflektorische Kontraktion der uterinen Gefäße zur Folge haben.

J. St.

Kleine Mitteilungen.

— Den diagnostischen und therapeutischen Wert der Lumbalpunktion bei der Meningitis bespricht WERTHEIMER („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 23). Nach Zusammenstellung aller bisher beobachteten Fälle teilt er einen selbstbeobachteten mit, bei dem die Lumbalpunktion nicht nur wertvolle diagnostische Anhaltspunkte gab, sondern auch auf den günstigen Ausgang von entscheidender Wirkung war. Ein 3jähriger Knabe, der schon im 1. Lebensjahre wegen hereditärer Lues erfolgreich mit einer Schmierkur behandelt worden war, erkrankte mit den Zeichen einer Bronchitis. Am 6. Krankheitstage wurde eine linksseitige Unterlappenpneumonie festgestellt, hohes kontinuierliches Fieber und ausgesprochene Nackenstarre. Nachdem auch noch eine Hepatisation des rechten Unterlappens zurückgegangen war, bestand weiter abendliches Fieber bis 38,7°, die meningitischen Erscheinungen und die Abmagerung wurden immer stärker. Nach 4 Wochen vollkommener Sopor, Zähneknirschen, starke Papillitis beiderseits, fehlender Lidschlag und ausgetrocknete Corneae. Vom 17. Juni bis 20. August wurden im ganzen 14 Punktionen ausgeführt und 560 ccm hellseröser Flüssigkeit entleert. In derselben waren mikroskopisch keine Tuberkelbazillen zu finden, Agarplatten blieben steril, intraperitoneal geimpftes Meerschweinchen nach 6 Wochen gesund.

Schon nach der ersten Punktion schwand der tiefe Sopor und Reflexe waren wieder auslösbar. Schließlich genas das Kind, das allerdings außerdem noch mit einer Schmierkur behandelt wurde. W. faßt den Fall als seröse Meningitis nach einer akuten Infektionskrankheit (QUINCKE) auf und möchte der Lumbalpunktion einen erheblichen therapeutischen Effekt in seinem Falle zusprechen.

— Das **Methylatropinum bromatum** besitzt nach ARONHEIM („Berliner klin.-ther. Wochenschr.“, 1904, Nr. 28) wie Morphinum schmerz lindernde Wirkung; es erzeugt wie Atropin-Kokain starke Anästhesie der Horn- und Bindehaut; es beseitigt den Juckreiz bei ekzematösen und nervösen Hautleiden; es hat in keinem Falle nennenswerte unangenehme Nebenwirkungen. Die Dosierung beträgt 0·001—0·002; man kann es intern und subkutan verabreichen.

— Zur **Behandlung der trockenen und verstopften Nase** empfiehlt VOLLAND („Therapeut. Monatsh.“, 1904, Nr. 8) die Salbenbehandlung und als Instrument hierbei die gewöhnliche Haarnadel, welche mit Verbandwatte fest umwickelt wird, so daß das eine Ende durch die pinselartig überragende Watte vollständig gedeckt ist. Als Salbe benutzt er meist Zinkvaselin. Durch das Verfahren soll der Patient bald Linderung verspüren und den Drang verlieren, in der Nase zu bohren, da das unangenehme Gefühl von Trockenheit und Spannung verschwindet. Auf diese Weise gewöhnt man Kindern das Bohren in der Nase ab und verhindert die Ansteckung mit Lupus, Skrofulose, Tuberkulose, Gesichtrose und manchen anderen Krankheiten. Die Behandlung ist nicht jeden Tag nötig. Nach 2—3 Tagen findet sich noch immer Salbe in der Nase. Es kommt zu keiner Verschwellung der Nasengänge mehr. Die Nasenatmung bleibt auch des Nachts frei, der Schlaf wird ruhiger, die Neigung zum Bluten verschwindet. Die günstige Wirkung hält gewöhnlich einige Zeit vor und kann bis zur völligen Heilung wiederholt werden. Auch Ozaena hat VOLLAND so, aber mit Borsalbe behandelt. Ebenso empfiehlt er die Behandlung für die allmähliche Erweiterung des unteren Nasenganges und für die Entscheidung, ob das Blut, welches sich bei einem Lungenkranken morgens im Auswurf zeigt, aus der Lunge oder aus der Nase stammt.

— An der Hand von 140 Literaturangaben über die **Hetolbehandlung der Tuberkulose** gelangt WEISSMANN (SCHMIDT'S Jahrbücher, 1904, August) zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Unschädlichkeit der Hetolbehandlung ist allseitig zugegeben. Die Angriffe gegen die Hetolbehandlung sind, besonders in den letzten Jahren, entschieden seltener und weniger heftig geworden. Die Zahl der Zustimmenden ist jetzt die weitaus überwiegende. Die Angaben von KROMPECHER, WOLFF, FRÄNKEL über negative Ergebnisse experimenteller und histologischer Untersuchungen sind durch RICHTER, KANZEL, in neuester Zeit besonders durch HOFFMANN widerlegt und auf abweichende Versuchsordnung zurückgeführt. Am Lebenden ist der histologische Beweis der Heilung tuberkulöser Prozesse durch Hetol in einwandfreier Weise von CORDES und KRAUSE sowie VYMOLA geführt. Auf dem Sektionstisch ist Heilung tuberkulöser Herde von EWALD und VYMOLA, die Tendenz zur Heilung von KROKIEWICZ festgestellt worden. Ein zwingender Beweis von der Heilung der Tuberkulose durch Hetol ist von E. FISCHER durch den negativen Ausfall der vorher positiven Tuberkulinprobe nach der Hetolbehandlung erbracht. Entgegen den ungünstigen Äußerungen von M. WOLFF, STAUB und GIDIONSEN ist die Wirksamkeit des Hetols durch zahllose klinische Erfahrungen bestätigt. Die heilende Einwirkung des Hetols ist bei nicht zu weit fortgeschrittener Tuberkulose ohne Mischinfektion eine gesicherte. Der Wirkungskreis des Hetols ist ein ausgedehnter; in vorgeschrittenen Fällen ist die Wirkung unsicher. Dauerheilungen nach Hetolbehandlung sind festgestellt.

— Die **Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten** bespricht LASSAR („Derm. Ztschr.“, 1904, Nr. 3): Als Prototyp für den dermato-pathologischen Einfluß der Ernährung kann die Pellagra dienen. Der Pellagra vergleichbar ist der Skorbut. Auch bei ihm treten Hauterscheinungen in den Vordergrund. In demselben Sinne spielen sich Fisch-, Wildbret-, Fleisch-, Wurst- und Käsevergiftungen ab. Hier sind es durchweg verdorbene, ptomainreiche Nahrungsmittel, welche zur Etablierung pathologischer Hautsymptome führen.

Den Ausgangspunkt bildet stets der Verdauungskanal. Auch können einfache Indigestionen zu solchen Zuständen führen. Diejenigen Exantheme, welche nach Chinin, Antipyrin, Sandelöl, Balsamicis, Quecksilber, Arsen, Jod, Brom und andern Arzneistoffen auftreten, werden durch gleichzeitiges Bestehen gastrischer Zustände begünstigt, nicht selten auch hierdurch in ihrem Entstehen bedingt. Am einwandfreiesten läßt sich dies Verhalten bei Urtikaria beobachten. Daß Nahrungsmittel, die erkennbarerweise den exsudativen Dermatosen zum Anlaß und Vorschub dienen, fortgelassen werden müssen, beobachtet schon der Laie. Therapeutisch muß man zuerst durch Abführmittel oder Eingießungen eine Entleerung des Darmes bewirken, daran anschließend eine Mineralwasserkur vornehmen. Bei weitem am sichersten wirkt hier Karlsbad. Ihm schließen sich Kissingen, Homburg und Tarasp an. Von Medikamenten hat sich die Salizylsäure bewährt. Dieselbe scheint den Prozeß nach Art eines Antitoxins anzugreifen und die krankmachende Wirkung der zirkulierenden Noxen zu paralysieren. Die Diät ist individualisierend einzurichten. Eine ähnliche Erwägung hat bei Behandlung der Prurigo zu leiten. Den kleinen Kindern gebe man ein leichtes gärungsmilderndes Abführmittel. Praktisch erweist sich hier am besten bekömmlich und evident wirksam der officinelle Pulvis liquiritiae compositus. Die Ernährung selbst ist kompakt und derb einzurichten. Der Darm muß mechanisch beschäftigt werden. Dabei große Regelmäßigkeit und Einfachheit der Mahlzeiten und sorgfältige Bewachung des Stuhlganges. Zwischen Ernährungsart und Zustand der Ernährungswege einerseits und Hautaffektion andererseits besteht eine weitere Relation in der Gruppe der Akne. Das Leiden wird durch Obstipation begünstigt. Außerdem bedingen alle gefäßlähmenden Getränke eine zeitweise Verschlimmerung. Hierzu gehört in erster Linie der Kaffee. Abgesehen von der lokalen Therapie bewähren sich gegen die kongestionelle Allgemeinverfassung Marienbader und ähnliche Reduktionskuren am besten. Auch die gewöhnliche Akne ist mit Genußmitteln eng verknüpft. Den Beweis hierfür liefert die nach Arzneien auftretende Jod- und Bromakne. Der Genuß übertrieben vieler Süßigkeiten ist bei der Akne zu untersagen. Auch der vorteilhafte Einfluß der Bierhefe ist diesen Gruppen gemeinsam. Hier ist es auch, wo die Ernährungstherapie einzusetzen hat. Von eklatanter Wirkung ist die Ernährung, soweit Hautkrankheiten in Betracht kommen, bei Diabetes und Gicht. Doch auch schon für die einfache Furunkulose bedingt die Ernährungsweise eine augenfällige Geltung. Es gibt keine spezifisch-diabetische Hautkrankheit, sondern nur eine Verschlimmerung durch Zucker. Ein zweiter, wenn auch manchmal weitläufiger Weg führt zur Ernährung bei Intertrigo. Bei Säuglingen entsteht dieselbe leicht durch Darmkatarrhe, welche die Analgegend arrodieren und sich von dort, in der Kontinuität mazerierend, fortleiten. Hier haben Darmdesinfektion und entsprechende Auswahl der Milch einzusetzen. Auch die Psoriasis kann durch Ernährungskuren direkt beeinflußt werden, und zwar durch die reine oder gemischte Vegetarierkost. Im allgemeinen ist der erzielbare Heilerfolg nur gering.

— Auf Grund mehrfacher Versuche rühmt PINET („Conc. méd.“, 1904, Nr. 19—20) die günstige Wirkung des **Thiocols** bei Lungentuberkulose. Er fand in keinem Falle eine Kontraindikation. Zunächst konstatierte er Abnahme der Bazillen im Auswurf, Steigerung des Appetits, Abfall des Fiebers, Zunehmen des Körpergewichtes und Besserung der katarrhalischen Erscheinungen. Die gleichen Beobachtungen machte P. auch bei Kindern und hebt ausdrücklich hervor, daß bei diesen die Besserung rascher erfolgt als bei Erwachsenen. Auch bei einfacher chronischer Bronchitis war die Wirkung des Thiocols eine auffällige. Ebenso bewährte sich das Mittel bei subakuter und chronischer Laryngitis. Seit mehr als 2 Jahren verwendet P. das Thiocol auch bei Darmkatarrhen der Kinder mit ausgezeichnetem Effekt. Ferner lobt er die Wirkung des Mittels bei Keuchhusten, woselbst der Nutzen des Thiocols größer ist als der des Antipyrins und der Belladonna, wobei besonders die Ungiftigkeit in Betracht kommt. Die Dosierung ist nach ihm bei Erwachsenen 1—3 g täglich, bei Kindern von 6 Monaten bis zu einem Jahre 0·10—0·30 g, bei Kindern von 1 bis 3 Jahren 0·30—0·50 g, bei solchen von 3 bis 5 Jahren 0·50 bis

0.75 und bei solchen von 5—10 Jahren 0.50 bis 1 g täglich. Die beste Art der Verabreichung bei Kindern unter 5 Jahren ist eine Lösung in 60—120 g *Mixtura gummosa*, von welcher man 1- bis 2stündlich einen Tee- bis Kinderlöffel nehmen läßt.

— Die **Verwendung von Nebennierenpräparaten bei Speiseröhrenerkrankungen** bespricht JANOWSKY („Russk. Wratsch“, 1904, Nr. 20). Verf. verwendete teils MERCKSCHE Suprarenadentabletten zu 0.3 mit der Vorschrift, sie 5—10 Minuten vor dem Essen langsam im Munde zergehen zu lassen, teils das Adrenalin-Takamine von PARKE DAVIS in einer Lösung 1:1000, 5—10 Tropfen in einem Teelöffel Wasser kurz vor der Nahrungsaufnahme. Die Ergebnisse dieser Behandlung waren in der Mehrzahl der Fälle überaus günstige; allerdings variierte der Effekt in Abhängigkeit von dem Grade, der Tiefe und der Natur der durch die Ätzwirkung im Ösophagus hervorgerufenen Veränderungen. Am günstigsten wurde vor allem das quälendste Symptom, die Dysphagie, beeinflußt. Die Patienten konnten 5 bis 10 Minuten nach Applikation des Medikamentes unbehindert Flüssigkeiten schlucken. Erfolgreich, wenn auch in etwas geringerem Maße, war die Einwirkung der Nebennierenpräparate auf die gewöhnliche Begleiterscheinung der akuten Ösophagitis, die toxische Gastritis.

— Den **Einfluß von Protoplasmagiften auf die Trypsinverdauung** hat KAUFMANN studiert („Zeitschr. f. phys. Chem.“, Bd. 39). Er fand, daß Trypsinlösungen, die stärker sind als eine solche von 0.2% des GRÜBLERSCHEN Präparats, weder durch Toluol, Chloroform und Thymol, noch durch NaF in ihrer verdauenden Wirkung auf Fibrin und Gelatine geschädigt werden. Schwächere Trypsinlösungen werden durch die genannten Antiseptika geschädigt, und zwar stärker mit zunehmender Verdünnung. Bei einer Konzentration der Trypsinlösung von 0.02% ist mit Hilfe einer Fibrinflocke bei Zusatz der genannten Antiseptika keine Einwirkung mehr zu bemerken, bei einer 3—4mal stärkeren Konzentration ist bereits eine Behinderung zu konstatieren. Die Prüfung auf Trypsin mit Hilfe von Gelatine, die in METTSCHES RÖHREN eingefüllt ist, gibt bei einer Trypsinkonzentration von 0.005 g des GRÜBLERSCHEN Präparates in 100 cm³ Sodalösung von 1% zum quantitativen Vergleich geeignete Resultate. Nach diesem Verfahren läßt sich bei 24stündiger Einwirkung ein geringer schädigender Einfluß von Thymol auf eine Trypsinlösung von 0.2%, ein deutlich schädigender von Thymol, Toluol, CHCl₃ und NaF auf eine solche von 0.05% konstatieren. Gegen Bakterien verhalten sich die Antiseptika wie gegen Fermente, indem größere Mengen, namentlich in Reinkultur, wohl geschädigt, aber nicht abgetötet werden.

— Die **Bevorzugung der abdominellen Myomenukulation** gegenüber dem radikalen Verfahren betont MENGE („Arch. f. Gyn.“, 1904, Bd. 72). Durch die ZWEIFELSCHES Erhalten eines Restes von Korpussehnhaut bei supravaginaler Amputation wird zwar die Menstruation erhalten, durch möglichst gute Gefäßversorgung der zurückbleibenden Ovarien nach WERTH und OLSHAUSEN den Ausfallserscheinungen meist vorgebeugt, aber der Fruchthalter bleibt nicht erhalten, spätere Schwangerschaften sind unmöglich. Die der Myomenukulation vorgeworfenen Mängel, starke Blutung, Gefahr der Ileusbildung u. a. lassen sich durch präliminare Unterbindung der Uterusgefäße nach einer besonderen von M. angegebenen Weise und möglichst exakte Naht vermeiden. Die Gefahr eines Wiedewachsens von Myomen ist nach den vorliegenden Berichten und nach M.s Erfahrungen, die sich auf 16 glatt geheilte Fälle beziehen, gering. Will man konservativ vorgehen, so verdient jedenfalls das abdominale Vorgehen gegenüber dem vaginalen wegen der größeren Übersichtlichkeit den Vorzug. Oft wird man bei vaginalen Vorgehen aus technischen Gründen den Uterus zu exstirpieren genötigt sein, während er sich abdominal hätte erhalten lassen. Der abdominale Weg verdient um so mehr beschrritten zu werden, als seine Gefahren heutzutage, bei Innehaltung aller Vorsichtsmaßregeln und Anwendung des PFANNENSTIELSCHEN Faszienschnittes, nicht größer sind als die des vaginalen. M. selbst hat 116 aufeinanderfolgende Laparotomien ohne Todesfall ausgeführt.

— Die **Entfernung der vergrößerten Prostata vom hohen Blasenschnitt aus** erörtert ZUM BUSCH („Münch. med. Wochenschr.“,

1904, Nr. 25) und berichtet über vier Fälle, in denen er die suprapubische Exstirpation der Prostata gemacht hat. Die Operation ist leichter, als man erwarten sollte, die Blutung kann allerdings sehr profus sein, läßt sich aber wohl immer durch Spülungen (event. durch Adrenalin-Tupfer) beherrschen. Verfasser hat es vorgezogen, das Entgegenschieben und Fixieren der Prostata vom Rektum aus durch einen Assistenten besorgen zu lassen, um selbst sicher aseptisch operieren zu können. Ein Patient, der an hochgradiger Arteriosklerose litt, starb am dritten Tage nach der Operation an Herzschwäche, ein anderer mehrere Monate nach der gut gelungenen Operation an Urämie, die beiden anderen wurden gesund. Was die Indikationsstellung anlangt, so rät Verfasser, die Operation nur in den Fällen zu versuchen, in denen ein sauberer Katheterismus unmöglich erscheint, ferner in Fällen, in denen die Blase Steine enthält, schließlich auch bei jüngeren Männern, um ihnen ein jahrelanges Katheterleben zu ersparen.

— Die **antihydrotische Wirkung der Salbeiblätter** bespricht BAIMAKOFF („Wratsch. Gaz.“, 1904, Nr. 23). Er hatte beschlossen, die *Folia salviae* von neuem auf die erwähnte Wirkung hin nachzuprüfen und benutzte sie als Antihydrotikum hauptsächlich bei den Nachtschweissen der Phthisiker. Im ganzen wurden 20 Personen mit diesem Mittel behandelt, von denen 17 an Tuberkulose und 3 an anderen Erkrankungen litten (Lungengangrän, fötide Bronchitis und Rekonvaleszenz nach Abdominaltyphus). Verordnet wurde die Droge entweder als *Infusum foliorum S. e 8.0 ad 200.0*, 4mal täglich 1 Eßlöffel, oder als *Tinctura foliorum S.*, 3—4mal täglich 20—30 Tropfen. Die Heilerfolge waren folgende: Von 4 Fällen mit profusen Schweißsen gelang es in 2 Fällen, die Schweißausbrüche vollständig zu beseitigen, in einem Falle sie erheblich zu vermindern, während im vierten Falle die Behandlung ergebnislos war. Von den übrigen 16 Fällen, die mit starken Schweißsen einhergingen, verschwanden diese in 13 Fällen vollkommen und nahmen in 3 Fällen bedeutend ab. Demnach wurde von sämtlichen 20 Fällen ein positives Resultat in 19 und ein negatives bloß in einem einzigen erzielt. Seine antihydrotische Wirkung entfaltete das Mittel 15mal bereits nach eintägigem, 3mal nach zweitägigem und 1mal nach dreitägigem Gebrauch. Die Salbeiblätter verdienen daher als schweißwidriges Mittel auch fortan alle Beachtung.

Literarische Anzeigen.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. 19. Bd., 3. Heft. Berlin 1903, Julius Springer.

Das vorliegende Heft enthält neben einigen auf eingehenden Untersuchungen beruhenden hygienischen Arbeiten auch zwei Mitteilungen, die für weite ärztliche Kreise von Interesse sein dürften: Die Lebensdauer der Pestbazillen in Kadavern und im Kote von Pestratten, von Dr. A. MAASSEN, und Untersuchungen über die Fortpflanzung einiger Rhizopoden, von FRITZ SCHAUDINN. Insbesondere auf die letzterwähnte „vorläufige Mitteilung“ sei an dieser Stelle aufmerksam gemacht, da SCHAUDINN, der sich bereits in zwei früheren Heften der „Arbeiten aus dem Gesundheitsamte“ mit schönen Untersuchungen einstellte, auch diesmal wieder über sehr interessante Befunde berichtet. Die Arbeit ist für Mediziner um so wichtiger, als sie sich auch mit der beim Menschen vorkommenden *Amoeba coli* befaßt. Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß unter diesem Namen zwei ganz verschiedene Arten zusammengefaßt werden, die nur in ihrem vegetativen Zustand äußerlich ähnlich sind; die eine ist ein harmloser Schmarotzer im Darne des Menschen — Verf. nennt ihn *Entomoeba coli* —, die im gesunden und kranken Menschen vorkommt, ohne daß ihr eine Bedeutung beizumessen wäre, die andere ist pathogen und wurde vom Verf. in einer beschränkten Zahl von Fällen sogenannter Tropendysenterie gefunden; er bezeichnet sie als *Entomoeba histolytica*. Die Unterscheidungsmerkmale beider Arten, sowie ihr Entwicklungsgang, soweit er bisher erforscht ist, werden in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt. Dr. S.

Das Winterklima Ägyptens. Dargestellt für Ärzte und Kranke. Nebst Winken betreffs der Reise und des Aufenthalts in den ägyptischen Kurorten. Von **Dr. Fr. Engel Bey**, prakt. Arzt, Kairo. Mit 10 Abbildungen. Berlin 1903, August Hirschwald.

Bei der sich immer steigenden Bedeutung der ägyptischen Winterkurorte ist es wünschenswert, daß eine genauere Kenntnis der dort herrschenden klimatischen Verhältnisse allgemeine Verbreitung finde. Auf Grund vieljähriger klimatischer und therapeutischer Beobachtungen ist Verf. dieses Buches in der Lage, dem Arzte und Kranken präzise Daten über die in Ägypten herrschende Temperatur, über die Temperaturschwankungen, Feuchtigkeitsgehalt der Luft und Niederschläge, Sonnenscheindauer, Wärmestrahlung usw. an die Hand zu geben, die durch die große Konstanz aller klimatischen Erscheinungen Ägyptens einen bleibenden Wert gewinnen. Nach einer Besprechung der allgemeinen klimatischen Verhältnisse werden die Eigentümlichkeiten der in Betracht kommenden Orte (Kairo, Helouan, Luxor, Assuan, Alexandrien) geschildert und deren spezielle Indikationen festgestellt. Hieran schließen sich „Winkel betreffs der Reise und des Aufenthalts in den ägyptischen Kurorten“, in welchen alle Fragen über Auswahl der geeigneten Kranken, Zeitpunkt der Reise, Reiseroute, Seefahrt, Kleidung, Wohnung und Verpflegung, Dauer des Aufenthaltes, Rückreise und viele andere Details eine präzise Beantwortung durch einen Praktiker erfahren.

Jeder Arzt wird dem Verf. für die ausgezeichnete Schilderung Dank wissen, das Büchlein wird aber auch dem Kranken selbst ein verlässlicher Reisebegleiter sein. A.

Die Reizlehre in der wissenschaftlichen Krankenpflege. Von **Dr. Karl Francke**. (Naturwissenschaftliche Vorträge, Bd. II, Nr. 2.) München, Seitz & Schauer.

Heute hat der Arzt Pfleger für den Kranken zu sein als praktischer Verwerter der gesamten Kenntnisse der Gegenwart vom Lebenden und seinen Bedingungen für die Herbeiführung der Genesung. Die Stellung der Reizlehre zu dieser Krankenpflege soll die Schrift erörtern. Die Reizlehre ist im Sinne der Zukunfts-Physiologie FRANCKES

einer ihrer Hauptabschnitte (Ernährungs-, Wärme-, Reiz-, Fortpflanzungslehre). Unter Reizung hat man in Zukunft etwas anderes zu verstehen als bisher; das Wichtigste ist nämlich nicht die Veränderung von Zuständen in mehr oder weniger eng umschriebenen Teilen des Körpers, sondern sie erstreckt sich immer auf den ganzen Körper, auf alle einzelnen Körperzellen, sie hebt das Leben des ganzen Körpers, indem sie das Leben aller einzelnen Zellen hebt. Jede Reizung hebt die Größe der Herzstätigkeit, die Atmung und die Höhe der Körperwärme; den jeweiligen Stand dieser drei Größen nennt F. den Reizzustand des Körpers. Die entsprechende Zufuhr von Reizen stellt eine Grundforderung des Belebten dar. Unserem Nervensystem kommt eine andere als die bisher zugewiesene Stellung zu; es ist nur ein ungemein günstig eingerichteter Umsetzungsapparat äußerer Bewegungen in Reize für unsere Körperzellen. Abnorme Reizzustandshöhe ist noch keine Krankheit, bringt aber bald eine chemische und anatomische Veränderung der Zellmassen, also eine Krankheit hervor. Im hohen Reizzustand ist die Reizbarkeit eine hohe, im niederen eine geringe. Die alte heilsame Reaktion soll eine wissenschaftliche Grundlage erhalten. Fieber und Entzündung sind als hohe Reizzustände heilende Vorgänge in erster Linie. Die Reizung kann krankhafter Weise zu stark, zu schwach und fehlerhaft sein. Verf. lehnt die einseitige Bevorzugung chemischer Reize ab und fordert die Zufuhr aller Arten von Reizen (es gibt deren 8 für die 5 Sinne), wie sie in der freien Natur zu Gebote stehen. Verf. gesteht, daß er nichts Neues fordert, man habe es schon längst vielfach auf ein dunkles Wähnen hin geübt. Verf. glaubt nur die experimentellen Beweise der Reizlehre gegeben, diese in ein System gebracht und ihre Begriffe klarer gestellt zu haben, so daß ihre Verwendung in der Praxis jetzt mit schärferen Indikationen erfolgen kann. — FRANCKE verwahrt sich gegen die Zumutung bequemer Spekulation, aus der vorliegenden Schrift aber geht die Berechtigung dazu nicht hervor. Es wird sowohl Selbstverständliches als auch Unbewiesenes so dargestellt, als hätte noch kein Mensch daran gedacht. Es ist zu bezweifeln, daß derlei Schriften wesentlich zur Förderung beitragen können; wenn sie es aber schon könnten, so wäre die unangenehme Hervorhebung der eigenen Persönlichkeit das beste Mittel, es zu verhindern.

INFELD.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

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

V.

— September 1904.

In Siófok hielten die ungarländischen Ärzte einen Kongreß ab, der nicht der Erörterung wissenschaftlicher Fragen gewidmet war. Es wurden ausschließlich **Standesangelegenheiten** besprochen, deren Regelung nicht nur im Interesse der Ärzteschaft, sondern auch in dem des ganzen Landes erwünscht wäre. Man träumt von 30 Millionen Magyaren und niemand denkt daran, das vorhandene Menschenmaterial zu retten. Epidemien und Berufskrankheiten verderben die Statistik. Die Kindersterblichkeit ist eine Schmach des Landes und die Untätigkeit den Krankheitsherden gegenüber ist eine Todsünde der Verwaltung. Darüber klagt ab und zu die Publizistik, aber es geschieht nichts. Nur die Ärzte suchen ohne Unterlaß das Gewissen der Nation zu wecken. Die Weckrufe finden aber keinen Widerhall. Sie vereinigten sich nun, um mit vereinten Kräften in mächtigem Chor die Weckrufe ertönen zu lassen. Vielleicht wird der ungarische Staat so die Weckrufe vernehmen.

Man sagt, die Ärzte urgieren in eigenem Interesse die Regelung des Sanitätswesens. Wer die Frage, wenn auch nur oberflächlich, prüft, wird zugeben müssen, daß ihr Interesse mit denen des ganzen Landes verschmolzen ist. Es war schon entschieden notwendig, daß die Frage gerade durch den interessiertesten Teil der Bevölkerung auf der Oberfläche erhalten bleibe. Die Ärzte haben vollkommen recht, wenn sie leben wollen und wenn sie danach streben, daß der Staat ihre Existenz ermögliche. Denn der Staat

muß dafür sorgen, daß eine Besserung im Sanitätsdienste eintrete. Die Lenker des Staatsschiffes müssen endlich die Kunst erlernen, wie man zwischen produktiven und inproduktiven Ausgaben distinguieren soll. Auch in dieser Schatzkammer der Begriffe ist eine Valutaregelung am Platze. Die Ausgaben für das Sanitätswesen sind nach jeder Richtung hin produktiv, der Menschenschutz ist eine produktive Tätigkeit, die Fürsorge für Ärzte eine wirkliche Investition.

Der Kongreß in Siófok brachte die Verstaatlichung des Sanitätswesens zur Sprache. Dr. KORECK arbeitete einen vollständigen Entwurf aus und der Kongreß nahm ihn an. Der Entwurf ist sehr einfach, jeder einzelne Punkt selbstverständlich, namentlich in einem Lande, welches das Veterinärwesen schon lange verstaatlicht hat. Hat denn das Menschenmaterial vom wirtschaftlichen Standpunkte aus keinen Wert? Und die Geltendmachung der sogenannten humanistischen Gesichtspunkte, ist sie keine nationale Pflicht? Hat ein Kulturstaat keine Pflichten? Und ist nicht eine solche Pflicht der Menschenschutz, wo doch das Menschenmaterial so rasch zugrunde geht? Gereicht es nicht einem Kulturstaate zur Schande, daß die Verstaatlichung des Sanitätswesens da noch nicht durchgeführt ist, wo man schon die Segnungen der Verstaatlichung des Veterinärdienstes kennt? Es war ganz in Ordnung, daß man dadurch ein großes Landesinteresse befriedigt hat, aber es ist eine Unmöglichkeit, daß man die Regelung des Sanitätswesens noch länger aufschiebt.

Der Kongreß wünscht, daß die Ärzte der Bezirke, der Kreise, der Gemeinde, Staatsbeamte sein sollen, und zwar gut dotierte. Es ist kein Zweifel, daß das im Interesse der Ärzte gelegen ist. Doch prüfen wir näher, was im Interesse des Landes dringend nützt? Daß jeder Bezirk, jeder Kreis, jede Gemeinde einen Arzt habe. Das aber ist sehr selten der Fall. Es gibt tausende Gemeinden, die überhaupt keinen Arzt haben. Und in allen diesen Gemeinden

wohnen Staatsbürger, Mitglieder der ungarischen Nation, die eine Geld- und Blutsteuer entrichten. Weder der Staat noch irgend jemand sorgt für die Erhaltung ihrer Gesundheit. Es ist das Interesse der Ärzte, daß sie gute Stellen haben, aber die moralische Pflicht der Nation und die materielle Pflicht des Staates ist es, daß ärztliche Stellen auch mit Ärzten besetzt seien. Die Bezirke und Kreise müssen vermehrt werden, denn die Kindersterblichkeit ist groß und das Volk siecht dahin. Der ungarische Staat aber kann ohne Bevölkerung nicht existieren.

Wir erwähnten an dieser Stelle vor einiger Zeit, daß die Errichtung eines Sanitätsministeriums von Mitgliedern des Parlaments in Vorschlag gebracht werden wird. Weder im Parlament, noch beim Kongreß wurde diese Frage berührt. Und doch kann nur ein Sanitätsministerium den gerügten Übelstand gründlich beheben.

Der Plan des Kongresses ist vernünftigerweise einfach und notwendig. Aber mit demselben Apparat hätte man auch die radikale Verstaatlichung des Sanitätswesens fordern können. Man hätte die Idee des Sanitätsministeriums aufwerfen und sie eifrig propagieren müssen. Die Ärzte werden übrigens ja noch Kongresse halten und hoffentlich wird dann diese Frage aufgeworfen werden.

Im Rahmen des Sanitätswesens ist die Frage der Unterbringung der Geisteskranken eine der brennendsten, aber der Staat hat dazu weder Zeit noch Geld. Was der Staat nicht leisten kann, das kann — ein tüchtiger Arzt. Dr. JULIUS NIEDERMANN, der frühere Leiter der Irrenanstalt in Leopoldfeld, eröffnet in der nächsten Zeit eine aus mehreren großen Pavillons bestehende Irrenanstalt, die den modernsten Anforderungen gemäß eingerichtet ist.

Unter dem Titel „Der Arzt und sein Beruf“ ist eine bemerkenswerte soziale Arbeit aus der Feder des Arztes Dr. EDMUND LÉVAI erschienen. Der Autor wünscht in seinem schwärmerischen Idealismus, daß die Tätigkeit der Ärzteschaft sich immer auf ethischer Höhe bewege, und geißelt deshalb alle Erscheinungen, welche das Leben auf dem Gebiete der ärztlichen Tätigkeit, im Gegensatz zu seinen Prinzipien, so oft produziert. Es ist eine lesenswerte Arbeit. BL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

Stand der Verbreitung und der Bekämpfung der Lepra seit der ersten Leprakonferenz im Jahre 1897.

LASSAR (Berlin), Ref. erklärt, daß das im Interesse der Volksgesundheit geschaffene Lepraheim im Kreise Memel auch eine Stätte der Forschung ist. Er hat versucht, die neue Röntgentherapie trotz der großen, durch die einsame Lage des Spitals bedingten Schwierigkeiten anzuwenden. Es läßt sich schon jetzt sagen, daß eine günstige Beeinflussung einzelner Lepraerhe, insbesondere bei den anästhetischen Formen der Erkrankung, möglich ist. Von einer Heilung kann keine Rede sein. Ferner hat L. versucht, die Lepra auf einen Orang-Utang zu übertragen. Das Tier hat den Eingriff der Implantation von Lepra-material vertragen; einige initiale Symptome sind aufgetreten. L. will jedoch durchaus keine Schlüsse aus dieser Tatsache ziehen, sondern nur das Experiment als solches erwähnen.

NEISSER (Breslau), Korref.: Seit 1897 ist keine große Wandlung in der Lehre von der Lepra eingetreten. Der Mensch ist als alleiniger Träger des Kontagionsstoffes erkannt worden. Die Fischtheorie hat wohl alle Anhänger verloren, findet sich doch die Lepra bei fischessenden und nicht auf Fischkost angewiesenen Völkern. Die Einheit des Krankheitsbildes der Lepra ist dadurch besser als früher gewahrt, daß jetzt auch regelmäßig bei Lepra anaesthetica Bazillen gefunden werden. Die Bazillen allein sind jedoch nicht imstande, die Krankheit hervorzurufen; trotz der Unzahl der Bazillen in den Expirationssekreten (Niesen, Tröpfchenversprengung beim Husten usw.) findet eine Infektion nur sehr selten und nur unter bestimmten Bedingungen statt. Während in Frankreich noch nie eine Ansteckung beobachtet worden ist, liegen genügend Fälle von den französischen Tropeninseln vor. Es ist nicht wahrscheinlich, daß eine strenge Absperrung der Leprakranken großen

Einfluß auf die Seuche hat, es genügt wohl in nicht disponierten Ländern eine sorgfältige Überwachung; nur da, wo die sozialen Verhältnisse des Kranken ungünstig sind, ist Überführung in ein Lepraheim notwendig. Ob seit 1897 ein Rückgang der Lepra stattgefunden hat, ist bei der Schwierigkeit der Statistik schwer zu sagen; vielfach wurde der Krankheit mehr Aufmerksamkeit geschenkt und deshalb sind Fälle gemeldet, die seit Jahren krank, früher der Kontrolle entgangen waren. So wurde eine Vermehrung in Italien, Rumänien, Schweden festgestellt. In den mohammedanischen Ländern ist eine Untersuchung der Frauen unmöglich, in andern sind die Bedingungen für eine Gesundheitsstatistik überhaupt nicht vorhanden. Eine Zunahme scheint in Holländisch-Indien stattgefunden zu haben, ein Rückgang besteht sicher in Deutschland und Rußland. Während seit 1848 die Zahl der Leprakranken in Deutschland zunahm und 1893 noch 25 betrug, ist sie seit den Vorsichtsmaßregeln von 1897 auf 10 gesunken. In den letzten Jahren wurde kein neuer Fall festgestellt. Einzelne in Deutschland vorgekommene Erkrankungen sind im Auslande akquiriert worden. Weniger als die deutsche Statistik beweisen die russischen Zahlen, da hier zu große und zu schwer zu übersehende Länderstrecken in Frage kommen. Man muß sagen, daß nach dem Stande unseres Wissens nicht für jedes Land dieselben prophylaktischen Maßregeln sich eignen. Im allgemeinen können folgende prophylaktischen Maßnahmen empfohlen werden: Asylierung, eventuell auch unter sanitätspolizeilicher Überwachung Aufenthalt in der Familie, sorgfältige, nach den gleichen Prinzipien hergestellte Statistik in allen Ländern; Warnung der Heiratswilligen vor der Ehe mit Leprösen; Trennung kranker Kinder von den Eltern; Kontrolle der Einwanderung und Zurückweisung der Leprösen.

JEANSELME (Paris): Bericht über die Rückenmarksaffektionen bei der Lepra anaesthetica.

Soudakewitsch hat zuerst die Leprabazillen in Vakuolen im Innern der Zellen der Ganglien nachgewiesen, Babes fand auch in den GASSERSCHEN Ganglien und in den Zellen der Vorderhörner zahlreiche Bazillen. Vergebens ist bei den makulo-anästhetischen Formen das Rückenmark auf Bazillen untersucht worden; dagegen fand J. bei NISSL-Färbung eine Art von Chromatolyse, besonders in der perinukleären Zone der großen motorischen Zellen. Die zahlreichen Arbeiten über die Degeneration der Wurzeln und weißen Stränge des Rückenmarkes zerfallen in drei Gruppen, von denen die erste die Veränderungen auf Nervenalterationen, die zweite auf die Kachexie des Kranken, die dritte auf primäre endogene Sklerose zurückführt. Für die letzte Auffassung sprechen die Arbeiten, die J. im Verein mit P. MARIE ausgeführt hat. Die Frage nach dem Verhältnis der Syringomyelie zur Lepra anaesthetica beantwortet J. dahin, daß noch nie bei einem typischen Syringomyeliefalle Leprabazillen gefunden worden sind. Die klinische Ähnlichkeit beider Krankheiten macht die Diagnose manchmal unmöglich; die Symptome bei diesen Kranken müssen durch Wurzel-erkrankungen erklärt werden. Die Topographie gewisser lepröser Anästhesien, die bandartig oder segmentartig sind, die Steigerung der Reflexe, die Tabes ähnlichen Arthropathien, die Mutilation der Finger und Zehen, die niemals bei einfachen Neuritiden vorkommen, sprechen für Beteiligung des Rückenmarkes. Wenn auch im Krankheitsbilde der Lepra anaesthetica die peripherischen Neuritiden die überwiegende Rolle spielen, so tritt doch auch mit dem Fortschritt der Untersuchungstechnik die Beteiligung des Rückenmarkes mehr in den Vordergrund.

Nonne (Hamburg) glaubt, daß die Neuroleprid₂, die Manifestationen der Lepra anaesthetica auf der Haut, nicht nur durch die Erkrankung der zugehörigen Nerven bedingt, sondern auch von der Tätigkeit der Bazillen abhängig sind. Die anatomische Nervenerkrankung verläuft nach dem Schema der Neuritis ascendens als parenchymatöser und interstitieller Prozeß. Für zentral gelegene, von den peripherischen Erkrankungen unabhängige Herde gibt es Prädilektionsstellen. Die Befunde an den Meningen sind negativ, an den Spinalganglien nicht charakteristisch. Im Rückenmark sind bisher recht spärliche Veränderungen in den Hintersträngen, sehr selten in den Seitensträngen der weißen Substanz und in den Vorderhörnern der grauen Substanz gefunden worden. Wahrscheinlich handelt es sich um toxisch bedingte Anomalien. Für die Erklärung der klinischen Symptome der Lepra nervorum muß man die Mitwirkung spinaler Vorgänge annehmen und zur Erklärung der trophoneurotischen Symptome und der Verteilung der Sensibilitätsstörungen funktionelle (toxische) Störungen annehmen. Syringomyelie und RAYNAUDSCHE Krankheit sind von der Lepra unabhängig, wenn auch Höhlenbildungen im Rückenmark bei Lepra beobachtet sind.

Klingmüller (Breslau) hat selbst Bazillen in den Lepranerven bei Lepra anaesthetica nachgewiesen. Er nimmt eine ascendierende Neuritis an und glaubt, daß die Haut der primäre Krankheitssitz sei, weil die Erkrankung der Haut älter als die Nervenerkrankung ist. Bemerkenswert ist die alleinige Erkrankung der sensiblen Nervenäste, auffallend die geringe Zahl der Bazillen im Vergleich mit der Schwere der Erkrankung. Der Vergleich mit manchen Formen der Hauttuberkulose liegt nahe.

Lie (Bergen): Zu der anästhetischen Lepra darf nur gerechnet werden, was dem wohlbekannten Bilde der Elephantiasis anaesthetica DANIELSSONS entspricht. Die Möglichkeit einer Primäraffektion des Nervensystems muß zugegeben werden, und wenn die Bazillen nicht die Haut ergreifen, entsteht die Form, der die Bezeichnung Lepra anaesthetica speziell beigelegt werden darf. Die Flecke der Lepra maculo-anaesthetica werden immer direkt von den Leprabazillen hervorgerufen. Die Bazillen bleiben aber nicht lange in den Flecken wegen der starken Reaktion der Haut anästhetischer Lepröser. In den Nerven aber leben die Bazillen viele Jahre, nachdem sie aus den Flecken verschwunden. Doch tritt mit der Zeit Reaktion auch in den Nerven ein und die Bazillen verschwinden. Beim Tode findet man daher sehr oft keine Bazillen in dieser Form der Krankheit.

Bei anästhetischer Lepra findet sich dann und wann starke Ablagerung von Kalksalzen an den Prädispositionsstellen der leprösen Affektion in Form von kleinen Spindeln oder Nadeln, die mehrere Zentimeter lang sein können. Sie liegen im verdickten Perineurium und stellen etwas für die Lepra Eigenartliches dar.

Die zentralen Teile der peripheren Nerven werden von den Leprabazillen verschont, dagegen findet man sie dann und wann sowohl in den Spinalganglien als im Rückenmark. Sie finden sich hier am häufigsten in den Ganglienzellen und rufen hier Veränderungen derselben Natur, aber nicht in einem so starken Grade wie in der Knotenlepra hervor. Außer Veränderungen der grauen Substanz finden sich auch solche in der weißen Substanz in allen Fällen mit Anästhesie und Atrophie in der Peripherie sowohl bei der anästhetischen als bei der knotigen Lepra. Diese bieten in den Hintersträngen einen charakteristischen Typus dar, der exogener Natur ist. Auch in den übrigen Strängen kommt Degeneration vor; sie sind aber nicht so konstant und nicht so deutlich wie in den Hintersträngen; die häufigste Form ist die der sogenannten Randdegeneration. Die Genese dieser Degeneration ist sehr kompliziert.

Dubreuilhe (Bordeaux) legt dar, daß, wie bei der Tuberkulose und der Nephritis, auch bei der Lepra die früher absolut ungünstige Prognose sich zu bessern beginnt. Er sah bei interner Behandlung mit Ichthyol, sowie lokaler Applikation von Pyrogallussäure 3 Fälle von Lepra tuberosa so zurückgehen, daß nicht nur die Lepröse, teilweise ohne Pigment zurückzulassen, schwanden, sondern sogar die Sensibilität zurückkehrte. Vielleicht handelt es sich nur um eine Remission; wahrscheinlich hat der Klimawechsel großen Einfluß, da dieselbe Therapie in den eigentlichen Lepraländern versagt. **HANSEN** hat bereits gesagt, daß der Übergang von Lepra tuberosa in Lepra anaesthetica eine Art Heilung darstellen kann. Er hat eine Dame beobachtet, bei der die Lepra seit 26 Jahren nach dem Übergang in die anästhetische Form stationär geblieben ist; es besteht nur ein einmal perforant gleichendes Geschwür; die Mutilationen und Muskelerkrankungen, die zur Zeit vorhanden sind, sind nicht die Krankheit, sondern gewissermaßen die Narben der erloschenen Affektion.

Glück (Sarajewo) betont, daß die Lepra auch eine hereditäre Krankheit sein kann. Viel häufiger, als man früher annahm, sind Erkrankungen der Geschlechtsorgane zu einer Zeit, wo die Kranken noch zeugungsfähig sind. Die Asylierung der Leprösen ist vielfach nicht nötig, da sehr viele Leprakranke nicht schädlich für ihre Umgebung sind, die Asylierung aber bei größerer Ausdehnung der Krankheitsherde eine politisch und finanziell sehr einschneidende Maßregel ist. Der Übergang der Lepra tuberosa in die anästhetische Form ist die Regel, vorausgesetzt, daß der Kranke lange genug lebt.

Petrini de Galatz betont die Notwendigkeit der Aufstellung einer Statistik durch wirklich sachverständige Ärzte.

Jadassohn (Bern) weist auf die Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose hin. Versuchstiere, die mit Lepramaterial geimpft waren, wurden tuberkulös. Man kann vor allem an inneren Organen alle Übergänge zwischen Lepra und Tuberkulose verfolgen; in einem Fall wandelte sich eine typische Tuberculosis cutis verrucosa in ein lepröses Ulcus um. Bemerkenswert ist auch die Analogie der Lepra zur Lues; auch bei letzterer muß, wie bei der Lepra tuberosa, im Beginn eine große Zahl von Bazillen, im späteren Verlauf, wie bei der Lepra anaesthetica, eine geringe Zahl von Bazillen angenommen werden.

Prissmann (Liebau) hat in dem Memel benachbarten russischen Kreise Grobin 35 Fälle von Lepra festgestellt, 30 selbst beobachtet. 25 der eigenen Fälle gehörten zur Lepra anaesthetica. Obwohl die offizielle Statistik nur 9 Lepröse aufführt, ist P. von der erschreckenden Zunahme der Lepra in dem Preußen benachbarten Kreise überzeugt. Im ganzen Kurland sollen nur 160 Lepröse vorhanden sein, von denen 120 in 4 Leprosorien interniert sind. P. teilt die Erkrankung einer gesunden Frau mit, die einen Leprösen vor 5 Jahren geheiratet hatte.

Wolff (Straßburg) berichtet über eine Lepraaffektion in dem absolut leprafreien Elsaß. Es erkrankte ein junger Mann an typischer, durch Bazillenbefund verifizierter Lepra, dessen Onkel sich wahrscheinlich in Tonkin infiziert, lange Zeit im Elsaß gelebt hatte und schließlich in der Straßburger Klinik an Lepra gestorben war (1898).

Arning (Hamburg) erwähnt eine Übertragung der Lepra durch die Kleider einer Leprösen. Er hält die angeblichen tuberkulösen Darmgeschwüre der Leprösen für leprös.

Lassar erinnert, daß auch im Memeler Kreis eine neue Leprakranke von **PINDIKOWSKI** entdeckt sei. Eine an Lepra leidende Frau küßte eine angeblich im Sterben liegende alte Frau sehr intensiv, um, einem alten Volksglauben entsprechend, ihre eigene Krankheit der Sterbenden in das Grab mitzugeben. Die „Sterbende“ genas, erkrankte aber später an Lepra.

Biaschko (Berlin) hält die Beobachtung **PRISSMANN'S** für sehr wichtig; er schildert die Berliner Leprafälle, die einen Beweis für die Ansteckung einer gesunden Frau im leprafreien Lande durch den leprösen Mann geben. Die Leprakranke, unter sanitätpolizeilicher Kontrolle lange Jahre in Char-

lottenburg lebende Frau hat niemand ihrer Umgebung infiziert. Bei dem an einer interkurrenten Krankheit erfolgten Tode konnten auch durch die Sektion Spuren der Lepra tuberosa nicht nachgewiesen werden.

Ehlers (Kopenhagen) erinnert an Beobachtungen (aus Kolumbien), die die Übertragung durch Moskitos und Flöhe beweisen. In Moskitos sind Leprabazillen gefunden. In Island ist ein Rückgang der Lepra um 20% festzustellen; die Kinder werden dort von ihren leprösen Eltern getrennt.

Scheffer (Breslau) glaubt, daß die Milliarden von Bazillen, die jeder Lepröse im Nasenschleim entleert, nicht sehr gefährlich für die Umgebung der Kranken sind; entweder sind die Bazillen bereits abgestorben oder der Mensch ist wenig empfänglich für Lepra.

Delke (Konstantinopel) erwähnt therapeutische Versuche mit Aufschwemmungen von säurefesten, aus Lepra tuberosa gezüchteten Streptothrixbazillen in Bouillon. In 7 Fällen wurde Rückbildung der Lepröse festgestellt.

Jeanselme (Paris) berichtet, daß in Neu-Kaledonien nur die Strafgefangenen an Lepra erkrankten, die im Freien, also den Moskitostichen ausgesetzt, arbeiteten, während die in Gefängnissen weilenden verschont blieben.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Abteilung für Hygiene.

BREITENSTEIN (Karlsbad): Über Tropenhygiene und Akklimatisation der Europäer in den Tropen.

Vortr. behauptet, daß unter dem Einflusse der modernen Hygiene und der Zivilisation im allgemeinen die Tropen viel von ihrem Schrecken verloren hätten. Während vor 100 Jahren von 1000 europäischen Soldaten 170 jährlich starben, fielen im Jahre 1895 nur 15 in der holländisch-indischen Armee den verschiedensten Krankheiten zum Opfer. Wenn auch diese Ziffer — es sind ja darunter nur Männer im kräftigsten Alter aufgenommen — absolut genommen noch eine sehr ungünstige Mortalität dieser Armee bekundet, so muß dabei in Erwägung gezogen werden, daß in dem Jahre 1895 nicht nur der Krieg mit den Atjeern (im Norden Sumatras) zahlreiche Todesfälle bedingte, sondern auch eine Beri-Beri-Epidemie wütete, welche in ihrer In- und Extensität kaum jemals von einer Choleraepidemie übertroffen wurde.

Wenn also schon jetzt die Tropenhygiene sich solch schöner Erfolge erfreuen konnte, so kann sie mit Recht für die Zukunft das Erreichen ihres Hauptzieles erwarten, d. h. daß unter ihrem Szepter die Europäer in den Ländern des heißen Gürtels sich akklimatisieren werden.

Mit Unrecht werde dieses überhaupt bezweifelt. Wie vielfache Experimente und Beobachtungen beweisen, füge sich der tierische wie der menschliche Organismus unter gewissen Vorsichtsmaßregeln oft in die extremsten Verhältnisse der Lebensbedingungen. So habe z. B. **STOKVIS** gezeigt, daß das schnell erwärmte, freiliegende Froschherz sich in kurzer Zeit durch eine übermäßig frequente Schlagfolge erschöpfe, während das langsam erhitzte kräftig weiterpulsiere. Als anderes Beispiel führt **BREITENSTEIN**, die Ileizer auf den Lokaldampfern in Indien an, welche täglich einige Stunden hintereinander hohen Wärmegraden ohne Schaden ausgesetzt seien, während ihre Kollegen in den nördlichen Zonen Europas selbst Temperaturunterschiede ertragen, welche das normale Wärmeäquivalent nach oben und nach unten beträchtlich überschreiten.

Aber abgesehen von solchen vereinzelten Beobachtungen und von diesen und anderen Experimenten mit dem tierischen Organismus lehrt die tägliche Erfahrung, daß die Akklimatisation der Europäer in den Tropen nicht nur möglich sei, sondern jetzt schon in vielen Fällen erreicht wurde.

1. Es sind zahlreiche Fälle bekannt, daß Europäer in den Tropen ein hohes Greisenalter erreichten.

2. Die Europäer leisten in den Ländern des tropischen Gürtels dieselbe geistige und physische Arbeit wie in ihrer Heimat.

3. Die Widerstandskraft der europäischen Soldaten gegen Tropenkrankheit ist größer als die ihrer eingeborenen Waffenbrüder, welche unter denselben hygienischen und sozialen Verhältnissen leben. (Es starben z. B. im Jahre 1895 4% des Primärstandes der eingeborenen Soldaten an Beri-Beri, während nur 1.5% der europäischen Soldaten dieser Krankheit erlagen.)

4. Die Fortpflanzungsorgane der Europäer erleiden in den Tropen keine Veränderungen, welche ein frühzeitiges Aussterben der weißen

Rasse bedingen würden. (Es wurde nämlich fälschlich behauptet, daß die Europäer ohne Beimischung mit Blut der Eingebornen stets in drei Generationen aussterben müßten.)

5. Die Morbidität und Mortalität der Eingebornen ist größer als jene der eingewanderten und eingebornen Europäer.

6. Die endemischen Krankheiten der tropischen Kolonien Hollands, welche ausschließlich die Basis dieser Beobachtung sind, sind lange nicht so gefährlich, als gewöhnlich vorausgesetzt wird. Die Bevölkerung Javas hat z. B. in den letzten 100 Jahren von 3 auf 25 Millionen zugenommen und die Einwohnerzahl einzelner Provinzen (z. B. Bagelón) ist größer als die von Sachsen oder Belgien.

7. Last not least hat der holländische Statistiker Prof. GEER nachgewiesen, daß die holländischen Frauen in den Tropen ein höheres Durchschnittsalter erreichen als in ihrer Heimat. Um aber dieses Ziel zu erreichen, müßten die Europäer alle Lehren der Tropenhygiene beherzigen und anwenden oder, wie STOKVIS behauptet, müßte der „weiße Mann auch ein weiser Mann“ sein.

Notizen.

Wien, 8. Oktober 1904.

Neunter österreichischer Ärztekammertag.

Der neunte österreichische Ärztekammertag wurde am 6. d. M. in Salzburg unter Assistenz der Landes- und Gemeindebehörden eröffnet. Über Antrag der Wiener Kammer wurde beschlossen, von der Abhaltung der vom Linzer Kammertage projektierten Protestversammlung abzusehen und der Beschluß gefaßt, der Regierung abermals ein Memorandum zu unterbreiten, das durch eine aus den Delegierten der Wiener, der nieder- und oberösterreichischen, steiermärkischen und mährischen Kammer bestehende Deputation überreicht werden soll. Also kein Protest, sondern eine Vorstellung! — Hierauf wurde das Referat des Delegierten der Salzburger Kammer, die Impffrage betreffend, angenommen und folgende Resolution beschlossen:

Die Regierung wird aufgefordert, das Impfwesen in allen Kronländern einheitlich zu ordnen. Die Revakzination ist von der öffentlichen Impfung auszunehmen und dem Staate zuzuweisen. Ebenso ist die Notimpfung dem Staate zu übertragen.

Bezüglich eines Übereinkommens zwischen Ärzten und Privatunfallversicherungsanstalten wurde im Einvernehmen mit letzteren die Veranstaltung einer Enquete beschlossen. — Konform einem Referate des Delegierten der steiermärkischen Kammer wurde ferner folgender Beschluß gefaßt:

Es wird den Ärztekammern empfohlen, bei jenen Behörden, welche die Zusammenstellung der Geschworenen-Urlisten zu veranlassen haben, vorstellig zu werden, daß mit Rücksicht auf eine geordnete Sanitätspflege von der Aufnahme der praktischen Ärzte in die Urlisten abgesehen werde.

Ferner wurde der Antrag der oberösterreichischen Kammer, nach welchem durch die Kammern nach Tunlichkeit darauf zu sehen sei, daß Kollegen, die sich um einen ausgeschriebenen ärztlichen Posten bewerben, durch Ankündigungen am schwarzen Brette der medizinischen Dekanate, der Kammern und Spitäler, sowie durch Mitteilungen in den Fachzeitschriften darauf aufmerksam gemacht werden, in ihrem Interesse bei den Ärztekammern oder der Landesvertretung im Sprengel des offenen Postens über diesen Erkundigungen einzuziehen, mit dem Zusatz zum Beschlusse erhoben, es seien hier die Kammermitglieder aufzufordern, die Organisation in ihrem Sprengel nachdrücklich zu fördern und rasch auszugestalten. — Der Antrag der mährischen Kammer, sämtliche Kammern aufzufordern, dem Witwen- und Waisenunterstützungsinstitut des österreichischen Ärztevereinsverbandes korporativ beizutreten, wurde trotz des lebhaften Widerspruches der Delegierten der Bukowinaer, Triestiner, Voralberger und böhmischen Kammern, welche nationale und formale Gründe gegen den Beitritt ihrer Kammern vorbrachten, zum Beschlusse erhoben. Bei dieser Haltung der genannten Kammern kann diesem Beschlusse lediglich platonischer Wert zugesprochen werden.

Ein eingehendes Referat erstattete Dr. L. STRICKER als Delegierter der Wiener Kammer über die Regelung des Verhältnisses der Ärzte zu den Krankenkassen. Dasselbe

gipfelte in folgendem vom Ärztetage angenommenen Resolutionsantrage:

„Der Ärztekammertag fordert sämtliche Kammern auf, den Vorschlag auf Organisation eines Generalstreiks der pauschalieren Krankenkassenärzte zum Zwecke der Erreichung der freien Ärztwahl in Beratung zu ziehen und ein diesbezügliches Gutachten der geschäftsführenden Kammer bis Februar 1905 zu erstatten. Der Ärztekammertag wählt eine mehrgliedrige ständige Kommission der österreichischen Ärzteschaft zur Vorberatung dieser Angelegenheit, welche vorerst mit Unterstützung einzelner Kammern das Jahresergebnis der gesamten österreichischen Krankenversicherung in Evidenz zu halten und eine Statistik der pauschalieren Krankenkassenärzte zu führen hat. Die Kommission hat auch das Recht, sachverständige Ärzte zu kooptieren. Der Kammertag richtet an die Ärzte die dringende Aufforderung, bei Abschluß neuer und bei Änderung alter Verträge mit den Krankenkassen keine längere als eine dreimonatliche Kündigungsfrist anzuerkennen.“

In die Kommission zur Vorberatung des „Generalstreiks“, eines Antrages, dessen eingehende Besprechung wir uns vorbehalten, wurden die Kammern von Wien, Bukowina, Ostgalizien, Böhmen und Steiermark gewählt. — Schließlich wurde die Zahn-technikerfrage besprochen und ein Beschluß in dem von uns mitgeteilten Sinne gefaßt.

Als geschäftsführende Kammer für das folgende Jahr wurde die Innsbrucker Ärztekammer bestimmt.

(Die Besetzung der Lehrkanzel der Pharmakologie an der Universität in Wien.) Der ordentliche Universitäts-Professor in Marburg, kön. preuß. geheimer Medizinalrat Dr. HANS MEYER, ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie an der Universität in Wien ernannt worden. — Der nunmehrige Wiener akademische Lehrer, ein Schüler JAFFES, KARL LUDWIGS und SCHMIEDEBERGS hat durch zwei Jahre, 1882—1884, zu Dorpat Pharmakologie, Diätetik und Geschichte der Medizin vorgetragen, um im Jahre 1884, nach Russifizierung der Dorpater Hochschule, einem Rufe nach Marburg Folge zu leisten. MEYER kann als ein Mitbegründer der experimentellen Pharmakologie bezeichnet werden, auf deren Gebiete er durch umfassende chemische Erfahrung, offenen Blick und glückliche Forschungsgabe grundlegende Werke geschaffen, namhafte Arbeit geleistet hat. Wir begrüßen in ihm einen Gelehrten von Weltruf, eine unbestrittene Autorität. Es möge ihm beschieden sein, bis ans Ende seiner akademischen Lehrzeit mit Glück und Erfolg zum Ruhme unserer Universität zu forschen und zu lehren.

(Personalien.) Aus Berlin schreibt man uns: Der ärztliche Direktor der königlichen Charité Generalarzt und Geheimer Ob.-Med.-Rat Dr. SCHAPER ist aus Gesundheitsrücksichten in den Ruhestand getreten. — Hofrat Prof. Dr. HANS CHIARI in Prag ist zum korrespondierenden Mitgliede der Akademie der Wissenschaften in Wien ernannt worden.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt I. Kl. Dr. LADISLAUS Ritter ZGÓRSKI v. KOTWICZ ist in den Ruhestand versetzt worden und hat bei diesem Anlasse den Charakter eines Generalstabsarztes erhalten, die Reg.-Ärzte Dr. ZOLTAN MESKO und Dr. BELA TABAJDI sind in den Aktivstand der k. k. Landwehr versetzt worden.

(Zur Frage der Verletzungsanzeigen.) Der Arzt, der sich einerseits unnötige Zeugenvernehmungen ersparen und andererseits dennoch die gerichtsarztliche Untersuchung bei Verletzungen nicht überflüssig machen will, sollte Verletzungsanzeigen nach dem Vorschlage der oberösterreichischen Ärztekammer etwa in folgender Weise abfassen: Verletzungsanzeige: N. N. (Beruf), wohnhaft in X, wurde von dem Unterfertigten am heutigen Tage untersucht und wurden hierbei folgende Verletzungen konstatiert (z. B. Blutunterlaufungen am Kopfe, Stichwunde am Arm, Hautabschürfung an den Händen usw...). Grad der Verletzung: Derzeit unbestimmt. Den Grad der Verletzung etwa in der Anzeige zu bestimmen, ist weder notwendig, noch auch wünschenswert, zumal ja z. B. selbst ganz leichte Verletzungen durch akzidentelle Wundkrankheiten zu schweren werden können.

(Zuständigkeit und Gemeindegewahlrecht des Distriktsarztes.) Die mährische Ärztekammer hat die Anfrage mehrerer Distriktsärzte bezüglich ihrer Zuständigkeit und ihres Gemeindegewahlrechtes dahin beantwortet, daß der Distriktsarzt, auch wenn er definitiv angestellt sei, dadurch nicht in der Gemeinde

seines Wohnortes zuständig werde; er könne vielmehr erst nach zehnjähriger Anwesenheit sein Zuständigkeitsrecht in dieser Gemeinde beanspruchen. Solange er nicht zuständig sei, habe er auch nicht das dem Doktorgrade zukommende privilegierte Wahlrecht, er sei vielmehr nach seiner Steuerleistung in einen Wahlkörper einzureihen. Wohl aber habe er, da er nicht Bediensteter der Gemeinde sei, das passive Wahlrecht.

(Kurpfuscherei-Ausstellung.) Der Kampf gegen die Kurpfuscherei kann mit Worten und Argumenten nicht erfolgreich genug gekämpft werden. Hier tun Dokumente not; es muß handgreiflich gezeigt werden, wie viele Schäden dieses Unkraut im Felde der Heilkunst zeitigt. Dieser Überlegung trug in ausgezeichnete Weise die nachahmenswerte Kurpfuscherei-Ausstellung Rechnung, die in Breslau bei Gelegenheit der Naturforscherversammlung zu sehen war. Die erste der zehn Abteilungen zeigte in Zeitungs-ausschnitten den Reklamebetrieb der Kurpfuscher und Heilmittel-fabrikanten, die zweite illustrierte den kurpfuscherischen Großbetrieb von „Heilanstalten“ und Talmi-Sanatorien durch eine Zusammenstellung von Geschäftsempfehlungen, Korrespondenzen mit Patienten, Originalrezepten von Kurpfuschern, Schriftstücken von Agenturen der Kurpfuscher usw. Die dritte beleuchtete das Geheimmittelwesen und enthielt unter anderem eine Sammlung von kurpfuscherischen Originalmitteln und Apparaten. Wie in der vorigen Abteilung Originalrezepte, so konnte man hier „Originalmedizinen“ kennen lernen, z. B. auf Flaschen gezogene rote, blaue und grüne Elektrizität etc. In den übrigen Abteilungen wurden verschiedene angeblich giffreie und operationslose Heilmethoden der Kurpfuscherkunde, ferner die Naturheilkunde in ihren Auswüchsen und die Gesundheitsbetriebe dargestellt und gekennzeichnet; weiter folgten statistische Feststellungen über Zahl und Art der Kurpfuscher, Literatur über die Rechtslage und die Bekämpfung des Kurpfuschertums und schließlich eine kulturhistorische Abteilung, die alte, kurpfuscherische Bücher sowie magische Heilmittel wilder Völker und ferner Zeiten vorführte.

(Ein Denkmal für FINSSEN.) Die dänischen Ärzte erlassen einen Aufruf, in dem sie um Beiträge für ein Denkmal ersuchen, das dem verstorbenen Prof. FINSSEN errichtet werden soll.

(IV. wissenschaftlicher Kongreß der Balneologen in Abbazia.) Die Abfahrt des Separatzuges nach Abbazia findet Mittwoch den 12. Oktober, präzise 7 Uhr 35 Min. früh, die Ankunft in Abbazia 8 Uhr 15 Min. abends statt. Rückfahrt am 20. Oktober 7 Uhr 20 Min. abends ab Triest. Die Fahrkarten können täglich an Kassa V. für Rundreisebillette gegen Vorweisung der Teilnehmerkarten behoben werden. Die Teilnehmerkarten und Anweisungen können persönlich behoben werden, sonst werden sie brieflich zugestellt. Reklamationen und Anfragen sind an das Sekretariat (I., Judenplatz 5) zu richten.

(Statistik.) Vom 25. September bis inkl. 1. Oktober 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6959 Personen behandelt. Hiervon wurden 1488 entlassen, 108 sind gestorben (6⁸/₁₀ des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereierkrankung gemeldet: An Diphtheritis 87, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 18, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 18, Scharlach 30, Masern 29, Keuchhusten 3, Rotlauf 53, Wochenbettfieber 1, Röteln 1, Mumps 2, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 484 Personen gestorben (— 30 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Zittau der Stadt- und Tabakfabrikarsart Dr. ANTON LICHTNECKERT, Besitzer des goldenen Verdienstkreuzes mit der Krone, im 63. Lebensjahre; in Berlin der Geh. San.-Rat Dr. ABRAHAM, stellvertretender Vorsitzender der Berliner medizinischen Gesellschaft, 78 Jahre alt.

Dr. Martin Szigeti ist aus Gleichenberg in Abbazia angelangt und hat seine kurärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen.

(Auszeichnung.) Dem Fabrikanten des bekannten Präparates Perdynamin, Herrn Arthur Jaffé, Inhaber der Firma H. Barkowski, Berlin, ist der Dänische Dannebrog-Orden verliehen worden.

Privatdozent Dr. Max Herz hat sich als Kurarzt in Meran niedergelassen und nimmt daselbst auch an der Leitung des neuen Sanatoriums „Waldpark“ teil.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

G. Pizzighelli, Anleitung zur Photographie. 12. Aufl. Halle a. d. S., Wilhelm Knapp. — Geb. M. 4.—.

H. Müller, Anleitung zur Momentphotographie. Halle a. d. S., Wilh. Knapp. — M. 1.—.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Suprarenin“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Bei Rheumatismus, Gicht, Podagra, Ischias, Lumbago, Paralyse

badet man am besten in Bädern mit Zusatz von

Mattoni's Moorsalz.

Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes bestimmt der Arzt.

Erfolge überraschend

schon nach wenigen Bädern.
MATTONI'S Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien
und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herztätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM

Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
CRISTALLIS. **STROPHANTINE** HERZTONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verwenden Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON.

Preis der Académie de Médecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“ Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3, Boulevard Saint-Martin.

VERTRETUNG F. ÖSTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)

IN WIEN: G. & R. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1, Körnterring 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Staphansplatz.

ARABELLA

Natürliches Mineralwasser der berühmten Heilquellen
dieses Namens in Kelenföld (Ungarn).

Von medizinischen Autoritäten des In- und Auslandes als Heilmittel
für Leber-, Nieren-, Blasenleiden,
Gicht und Magensäure anerkannt,
ebenso von bedeutendem Werte als Abführmittel.
Probeflaschen franko und unentgeltlich von sämtlichen Apothekern
und Mineralwasserhandlungen gegen Empfangsbescheinigung.
Arabella Aktienges., 2a Hay Hill, Berkeley Square, London W.
Käuflich in Mineralwasserhandlungen und 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die Organisation des schulärztlichen Dienstes. Von Dr. August OEBBECKE, Stadtarzt in Breslau. — Aus dem hygienischen Institut der Universität von Messina. Die Übertragbarkeit maligner Tumoren. Von Professor FRANCESCO SANFELICE. — Referate. DE LA CAMP (Berlin): Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Zwerchfellatmung, einschließlich der zugehörigen Herzbewegungen. — SCHMILINSKY (Hamburg): Bemerkungen zum Nachweis und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalt von Magen und Darm. — STEPHAN V. PESTHY (Budapest): Über die Brauchbarkeit der Perkussionsauskultation in der Diagnostik der Magenerkrankungen. — HILDEBRANDT (Berlin): Über diabetische Extremitätengangrän. — M. MARGULIES (Odessa): Beitrag zur Frage des Priapismus. — MERCHNIKOFF et ROUX (Paris): Etudes expérimentales sur la syphilis. — O. HESS: Über die Beeinflussung des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben durch Schwankungen des Blutdrucks. — STEINHAUS (Dortmund): Ein seltener Fall von Pfortaderthrombose. — H. RUGE (Berlin): Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis. — M. KLAR (Heidelberg): 13 Knochenbrüche bei einem Mann zu gleicher Zeit; gute Heilung. — H. MORZ (Bielefeld): Die unvollständigen Abrißbrüche der Tuberositas tibiae. — RENYAUD (Paris): Malariainfektion auf hoher See. — PÉHU (Paris): Die Nykturie bei den Affektionen des Herzgefäßsystems. — O. SCHÖBL (Prag): Typhus im Kindesalter. — GÜNTHER (Wien): Zur Kenntnis der Strophantuswirkung. — P. M. KUCHTERIN (Petersburg): Über Veränderungen der Milz bei Kindern bei Scharlach, Diphtherie, sowie bei Masern und bei Gastroenteritiden. — **Kleine Mitteilungen.** Apparat zur lokalen Behandlung von Erkrankungen der unteren Darmabschnitte. — Phytin. — Anwendung der Phosphorsäure. — Diphtheriefälle. — Behandlung der Pustula maligna. — Therapie gichtischer Exazerbationen. — Einfluß des Nervensystems auf die Lokalisierung der krankhaften Prozesse. — Veronal in kleinen Dosen. — Kochsalzzufuhr und Säuglingsgewicht. — Pyramidon. — Behandlung der tuberkulösen Spondylitis. — **Literarische Anzeigen.** Das GANSESASche Symptom, seine klinische und forensische Bedeutung. Von Dr. JULIUS HAY. — Vorlesungen über klinische Hämatologie. Von Dr. WILHELM TÜRK. — Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane, besonders die Fortpflanzungsorgane des Weibes. Von Prof. Dr. MENGE. — Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Herausgegeben von E. v. LEYDEN, II. umgearbeitete Auflage, herausgegeben von GEORG KLAMPFER. — Feuilleton. Berliner Briefe. (Original-Korresp.) V. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) III. — Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—21. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 Organisation des schulärztlichen Dienstes.

Von Dr. August Oebbecke, Stadtarzt in Breslau. *)

Mit dem allgemeinen mächtigen Aufschwung, welchen die hygienische Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten genommen hat und der Steigerung der sozialen Anforderungen an die verantwortlichen Verwaltungen haben sich verschiedene spezielle Gebiete der praktischen Hygiene ausgebildet, von denen ich das Gebiet der Schulhygiene mit seinem eigenartigen schulärztlichen Dienste heute zur Besprechung bringen möchte. Die Kürze der mir zu Gebote stehenden Zeit macht es nötig, daß ich mich nur über die wesentlichen Punkte im System des schulärztlichen Dienstes äußere oder über solche, wo noch einige Unterschiede in der Handhabung bestehen.

Der schulärztliche Dienst ist lediglich ein ärztlicher Überwachungsdienst und soll nicht in die eigentliche Behandlung der Schüler übergreifen.

Im ersten Stadium der Schulhygiene legte man den Hauptwert auf die Bauhygiene und betonte hier namentlich eine gute Belichtung der Klassen, nachdem Prof. HERMANN COHN in Breslau eine erschreckende Häufigkeit der Kurzsichtigen während der Schulzeit durch zahlreiche Untersuchungen nachgewiesen hatte. Die Schulbauhygiene ist nun, beeinflusst durch diese Resultate, sowie durch behördliche Verfügungen, allmählich zu Baunormen gelangt, welche die nötige Rücksicht auf gute Belichtung, Ventilation, Heizung etc. nehmen.

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Hygiene der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.

Weiter blieb nun noch als großer und wichtiger Teil der Schulhygiene übrig das Gebiet der Schülerhygiene. Dieses konnte weniger als die Bauhygiene durch die bei einer zentralen Verwaltungsstelle angenommenen Normen erfolgreich bearbeitet werden, sondern hier mußten laufende ärztliche Untersuchungen während der ganzen Schulzeit eingeführt werden, mit dem Ziele, jeden einzelnen Schüler unter die Überwachung des Schularztes zu bringen. Um dieses Ziel zu erreichen, bildete sich ein eigenartiger schulärztlicher Dienst aus, eine Spezialität, in die sich jeder Schularzt besonders einarbeiten muß. Dieser Dienst beschränkte sich aber nicht lediglich auf Augenuntersuchungen, wie es anfänglich erstrebt wurde, sondern systematisch, wie der Deutsche gern ist, ging er auf das Ganze. Er verlangte vom Schularzte Überwachung der Schüler in Bezug auf ihre gesamten gesundheitlichen Verhältnisse und die gesamten schädigenden Einflüsse, welche die Schulpflicht mit sich bringt. Ich nenne hier nur die Anhäufungen von zirka 60 Schulkindern in einem Zimmer, die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten etc. Die Schulpflicht macht ja doch keinen Unterschied zwischen kräftigen, schwächlichen und kränklichen Kindern. Sie verlangt von allen Eintritt in die Schule im gleichen Alter, sie stellt alle Kinder unter gleiche Forderungen des Unterrichts. Um die nötige Rücksicht des Unterrichts bei so differenten Kindern zu ermöglichen, war ärztliche Mithilfe nötig. Der Lehrer konnte hier trotz besten Willens die richtige Anpassung allein nicht durchführen. Lehrer und Arzt mußten hier zusammenarbeiten, um, soweit es der Unterrichtszweck und das Unterrichtsziel gestatten, den Schülern die individuelle Rücksichtnahme auf ihre Gesundheit während ihrer Schulzeit zu sichern. In diesem Sinne haben sich dann auch die Dienstanweisungen für die Schulärzte entwickelt. Ärzt-

lieher Dienst soll danach aber nur soweit ausgeübt werden, als es die spezielle Verantwortlichkeit der Schulverwaltung für die Gesundheit der Kinder verlangt. Die Rechte der Eltern, also namentlich die freie Wahl des behandelnden Arztes durch die Eltern, dürfen hierbei in keiner Weise angetastet werden. Mustergültig in dieser Beziehung erwies sich die in Leipzig und bei preußischen Städten die zuerst in Wiesbaden eingeführte schulärztliche Dienstanweisung. Letztere erfuhr auch durch einen Kommissar des preußischen Kultusministers eine genaue Nachprüfung an Ort und Stelle und es veranlaßte das gute Resultat den Minister, diese Dienstanweisung den Gemeinden zur Einführung zu empfehlen. Auch wir haben dieselbe unserer Dienstanweisung zugrunde gelegt; jedoch konnten wir, da hier als ärztlich-technisches Verwaltungsorgan des Magistrats ein Stadtarzt vorhanden ist, dem ganzen Dienst eine schärfere Zentralisation geben. Es handelt sich bei uns um 27 Schularztbezirke à 2000 Schüler durchschnittlich.

Der schulärztliche Dienst zerfällt zunächst in die klassenweisen Untersuchungen der untersten Klassen sofort nach Eintritt der neuen Lernanfänger. Diese werden sämtlich untersucht. Über jeden wird ein bestimmt rubrizierter Personalbogen angelegt, welcher während der ganzen Schulzeit in einer besonderen Klassenmappe aufbewahrt wird. Diese Lernanfängeruntersuchungen sind für die Schulverwaltung auch insoweit sehr wichtig, als festgestellt wird, ob der Schüler bereits vor Eintritt in die Schule kränklich war, wodurch spätere Beschuldigungen der Schulverwaltung auf das richtige Maß zurückgeführt werden können. Ferner werden alljährlich mindestens einmal in allen Klassen während des Unterrichts durch den Schularzt Klassenbesuche gemacht. Sie geben ihm Gelegenheit, mit dem Lehrer über dessen andauernde gesundheitliche Beobachtungen an seinen Schülern Rücksprache zu nehmen, sowie namentlich auch die wichtige Initiativstellung, Schüler, welche ihm kränklich erscheinen, zur genaueren nachherigen Untersuchung selbst auswählen zu können.

Um die nötigen Untersuchungen durchzuführen, hält der Schularzt regelmäßige Sprechstunden ab, bei uns für jede Klasse bzw. Schule zweimonatlich eine. In diese können die Klassenlehrer die ihnen krankheitsverdächtig erscheinenden Schüler behufs Untersuchung durch den Schularzt überweisen. Wird ein Schüler als krank und überwachungsbedürftig befunden, so wird ein besonderer Überwachungsschein, also ein zweiter Personalschein neben dem Aufnahmschein, über ihn angelegt, auf welchem sämtliche Sprechstundenbefunde eingetragen werden und welcher solange in Händen des Arztes bleibt, als der Schüler nicht aus der Überwachung entlassen ist. Ist dieses erfolgt, so kommt der Überwachungsschein neben den Aufnahmscheinen in der Klassenmappe zur Aufbewahrung. Der Überwachungsschein verpflichtet den Schüler zum regelmäßigen Besuch der im Schularztzimmer der Schule abgehaltenen schulärztlichen Sprechstunde.

Eine besondere Liste der Überwachungsschüler ist ferner in jeder Klasse vorhanden, so daß nach dieser der Lehrer jedesmal die Schüler in die angesagte Sprechstunde des Schularztes schicken kann. Diese Liste dient auch dem revidierenden Stadtarzt, Kreisarzt, Schulinspektor etc. zur Information über den vorhandenen Bestand an Überwachungsschülern in der Klasse. Der selbständige Überwachungsschein hat sich bei uns sehr bewährt. Da es sich hier um Eintragungen mannigfaltigster pathologischer Befunde handelt, so lassen sich feste Rubriken, wie sie der Aufnahmsuntersuchungsschein enthält, hier nicht gut anwenden. Der Überwachungsschein ist nur für kranke Kinder bestimmt, der Aufnahmschein für gesunde und kranke; letzterer kann deshalb feststehende, mehr physiologische Rubriken enthalten, ersterer nicht. Wiesbaden hat bekanntlich für beide Fälle nur ein Formular, den sogenannten Gesundheitsschein; wir trennen Aufnahmschein und Überwachungsschein. Unser Aufnahmschein ließ sich dabei wesentlich vereinfachen und bedarf

meistens nur einer kurzen Bezeichnung, ob der jeder Rubrik entsprechende Befund normal oder anormal ist. Auch die bei den Lernanfängeruntersuchungen als kränklich befundenen Schüler erhalten einen Überwachungsschein für die weiteren Eintragungen.

Um nun aber noch über sämtliche Schüler, gesunde und kranke, eine regelmäßige gemeinsame Feststellung zu machen, gehören zum schulhygienischen Dienst noch die Wägungen und Messungen sämtlicher Schüler, welche hier jährlich einmal vorgenommen werden. Der Schuldienner führt sie aus, der Klassenlehrer trägt die Befunde in die passenden Rubriken des Aufnahmscheines des Schülers ein und außerdem noch in eine Klassenliste. Letztere wird an den Stadtarzt abgeliefert behufs weiterer Verarbeitung sämtlicher Resultate. Die Schüler werden in diese Klassenliste derart eingetragen, daß Semestergruppen von den in den Monaten Januar bis Juni und Juli bis Dezember gebornen Schülern gebildet und, nach Geburtsjahren geordnet, zusammen eingetragen werden. Der Lehrer berechnet für jede dieser Altersgruppen seiner Klasse den Wägungs- und Messungsdurchschnitt auf der Liste.

Der Schularzt, welcher bei den Wägungen und Messungen aller Klassen seines Bezirkes (zirka 40) nicht immer anwesend sein kann, macht gelegentliche Brustumfangmessungen, für welche auch eine Rubrik auf den betreffenden Formularen vorhanden ist. So erhalten wir durch diese Wägungen und Messungen über jeden Schüler der Schule ein jährliches Untersuchungsergebnis und sind imstande, verdächtige Wägungs- und Messungskurven auf den Aufnahmscheinen zu erkennen und derart entdeckte Schüler ebenfalls der persönlichen schulärztlichen Überwachung zuzuführen. Für die Wahl der passenden Subsellengrößen in den einzelnen Klassen geben dabei die letztgenannten Klassenlisten wertvolle Anhaltspunkte.

An Formularen bestehen demnach für jeden Schüler ein Aufnahmschein, für die Überwachungsschüler außerdem noch ein Überwachungsschein für fortlaufende Eintragungen, ferner eine Klassenliste der Überwachungsschüler und eine Klassenliste über die Wägungen und Messungen sämtlicher Schüler, die jährlich zu erneuern sind. Bei Eintritt in die Schule wird ferner den Eltern noch ein anamnestischer Fragebogen zur Ausfüllung vorgelegt.

Die schulärztlichen Sprechstunden nebst Klassenbesuchen, Lernanfängeruntersuchungen, Wägungen und Messungen ermöglichen es also, das vorgesteckte Ziel zu erreichen, jeden Schüler des Schularztbezirkes, soweit es der Schulzweck fordert, persönlich zu überwachen. Alle diese Untersuchungen geschehen während der Unterrichtszeit und in der Schule. Nur eilige Fälle werden in die häusliche Sprechstunde des Arztes durch den Rektor überwiesen. Eine Belastung der Lehrer außerhalb des Unterrichts findet also nicht statt.

Wir kommen nun zum zweiten Teil unseres Themas. Wie weit soll der Schularzt, nachdem er die Untersuchung des Schülers durchgeführt hat, Einfluß auf die besondere Behandlung desselben durch die Schule oder durch den Arzt ausüben? Auch hier ist das Wichtigste, die richtigen Grenzen zu bestimmen, welche dem Zweck des schulärztlichen Dienstes angepaßt sind. Es läßt sich dies kurz präzisieren durch die Worte, der Schularzt soll als solcher nicht der behandelnde Arzt des Schülers sein, sondern nur der die Behandlung vermittelnde Arzt. Er richtet deshalb an die Schulverwaltung Anträge auf Dispens vom ganzen Unterricht mit bemessener Zeit, namentlich bei Lernanfängern, oder auf Dispens von einzelnen Unterrichtsfächern (Singen, Turnen etc.). Den Eltern macht er auf einem vom Schullektor mitunterzeichneten Formular Mitteilung über seinen Untersuchungsbefund und gibt ihnen zugleich an, welche besondere ärztliche Hilfe nötig ist. Da er nicht behandelnder Arzt sein soll, so beschränkt sich auch seine Diagnose dementsprechend und er begnügt sich deshalb namentlich bei herabgesetzter Sehschärfe und ähnlichen, genauer spezialistischer Nachprüfung bedürftigen Fällen auf eine einfache diagnostische Vorprüfung.

In dieser Weise ist er imstande, sein großes Schülermaterial ohne zu großen Zeitaufwand in der Schule zu untersuchen und werden auch spätere Differenzen zwischen schulärztlicher und hausärztlicher bzw. spezialärztlicher Diagnose vermieden.

Wir können auf Grund von hiesigen Feststellungen behaupten, daß mindestens zwei Drittel der Fälle, bei welchen seitens der Schulärzte den Eltern ärztliche Behandlung angetragen wurde, auch wirklich zur Behandlung gekommen sind, und daß die hiesigen Ärzte in öffentlichen und privaten Spezialpolikliniken die Wirkung dieser schulärztlichen Mitteilungen an die Eltern sehr deutlich verspüren. Ein hiesiger Augenarzt gab mir die in seiner Privatpoliklinik pro Jahr zur Behandlung kommenden Fälle dieser Art auf mindestens 100 an. Demnach erscheint ein in gleicher Weise wie der allgemeine schulärztliche Dienst organisierter spezialärztlicher Dienst für die Schule nicht nötig. Es wäre dabei jeder Spezialarzt berechtigt, seinerseits auch jeden Schüler regelmäßig und ebenso oft wie der allgemeine Schularzt zu untersuchen, Sprechstunden abzuhalten, Klassenbesuche zu machen etc. Die Schulverwaltungen würden wegen der dadurch erfolgenden häufigen Störungen des Unterrichts sowie wegen der großen Kosten hiergegen berechtigten Widerspruch erheben. Es muß demnach eine Form gefunden werden, welche diese Einwände nicht zuläßt, und das geschieht dadurch, daß die spezialärztliche Tätigkeit an der Schule nur in ein Überweisungsverhältnis zum regelmäßigen schulärztlichen Dienst gesetzt wird. Die Kinder werden dem Spezialarzte von dem Schularzte in seine Wohnung überwiesen und dort untersucht, so daß also der Unterricht vom Spezialarzt in keiner störenden Weise in Anspruch genommen wird. Eine solche Überweisung wird nun durch unsere schulärztliche Formularmitteilung an die Eltern genügend vermittelt, wobei die freie Wahl des behandelnden Arztes gewahrt bleibt. Für Unbemittelte stehen hier zahlreiche öffentliche Spezialpolikliniken zur Verfügung. Zur Ergänzung könnten dann noch im besonderen Auftrage der Schulverwaltung spezialärztliche Revisionsuntersuchungen klassenweise etwa alle 2—3 Jahre stattfinden, wobei der Spezialarzt seine Feststellungen in einem Bereiche der Schulverwaltung und durch diese den Schulärzten zur Kenntnis bringt, allgemeine Maßregeln empfiehlt, auf die Behandlung der einzelnen Schüler aber verzichtet. Diese Behandlung bleibt vielmehr der freien Wahl der Eltern überlassen. Auf solche Weise wird die Tätigkeit des Spezialarztes eine dem Zwecke der Schulhygiene angemessene und dem gesamthygienischen Dienste organisch eingefügt sein, greift weder in die Rechte der Eltern noch in das Gebiet der praktischen Ärzte über und schreckt die Gemeinden nicht vor Anstellung von Schulärzten zurück durch die zu häufigen Unterrichtsstörungen und die großen Kosten.

Ich hoffe, daß die letztgenannten spezialärztlichen Revisionsuntersuchungen hier noch zur Einführung kommen werden und damit ein geschlossenes System schulärztlichen Dienstes erreicht wird, welches die Schule nicht überflüssig in ihrem Hauptzweck, dem Unterricht, stört. Ein solches geschlossenes System des schulärztlichen Dienstes ist für alle Gemeinden durchführbar und macht den schulärztlichen Dienst nicht zu kompliziert und kostspielig.

Als dritter und letzter Teil wäre nun noch kurz zu erwähnen das Verhältnis der Schulärzte zur Schulverwaltung und zu den Lehrern. Hier haben wir den Grundsatz zur Durchführung gebracht, daß der Schularzt in erster Hand nur mit dem Stadtarzt, welcher das ärztlich-technische Verwaltungsorgan des Magistrats bzw. der Schuldeputation ist, ein dienstliches Verhältnis hat. Der Schularzt ist nicht befugt, Anordnungen in der Schule zu treffen und muß Anträge an die Schuldeputation zuerst dem Stadtarzt vorlegen, welcher sie bei generellen Fragen zunächst in der meist monatlich stattfindenden Schulärztekonzferenz zur Besprechung bringt. Auf diese Weise ist auch hier ein großes Gebiet für Konflikte und Kompetenzstreitigkeiten zwischen Schularzt und Lehrer

ausgeschaltet. Freiwillige Vereinbarungen zwischen Schularzt und Lehrer, soweit sie innerhalb des Rahmens der gegebenen Dienstanweisungen liegen, sind dabei natürlich gestattet.

Um auch die Erfahrungen der Rektoren und Lehrer beim schulärztlichen Dienst zur Geltung zu bringen, ist hier eine besondere Kommission vorhanden, welche aus Rektoren, sowie aus Mitgliedern der Schuldeputation besteht, darunter sämtliche ärztliche Mitglieder der letzteren Deputation inklusive Stadtarzt.

Den Schularzt bei Schulversäumnissen in die Wohnung der Eltern zu schicken, behufs Untersuchung des krank gemeldeten Kindes, haben wir mit Bedacht nicht eingeführt. Die hierfür nötigen polizeilichen Befugnisse fehlen bei uns dem städtischen Schularzt, da die Polizeiverwaltung hier eine königliche ist. In vermutlich strafbaren Fällen von Schulversäumnis werden deshalb durch das königliche Polizeipräsidium die Kreisärzte mit den nötigen ärztlichen Feststellungen beauftragt.

Da mir die Zeit für weitere erläuternde Einzelausführungen hier nicht mehr geboten ist, so verweise ich in dieser Beziehung auf den diesjährigen von mir herausgegebenen schulärztlichen Jahresbericht, in welchem auch alle Formulare angegeben sind (welchen ich hiermit den Herren Interessenten zur gefälligen Entnahme anbiete). Im allgemeinen kann man sagen, daß unser nunmehr 3 $\frac{1}{2}$ -jähriger schulärztlicher Dienst gute Früchte gezeitigt hat, und daß Konflikte zwischen Schularzt, Lehrern, Eltern und praktischen Ärzten nicht vorgekommen sind.

Aus dem hygienischen Institut der Universität von Messina.

Die Übertragbarkeit maligner Tumoren.

Von Professor **Francesco Sanfelice**.

Der größte Teil meiner Untersuchungen über die pathogenen Eigenschaften der Blastomyzeten bezieht sich auf Beobachtungen an einem Saccharomyzeten mit merklichen pathogenen Eigenschaften für Kaninchen und Meerschweinchen und auch für Hunde. Wenn es möglich war, mit einem aus der Umgebung eines Tumors isolierten Blastomyzeten bei Versuchstieren wichtige pathologisch-anatomische Veränderungen zu erzielen, dann war a priori anzunehmen, daß sich mit einem aus dem malignen Tumor eines Versuchstieres selbst isolierten Parasiten nach dessen kultureller Züchtung noch bedeutungsvollere Resultate erzielen ließen. So konnte ich also auch hoffen, mit einem Blastomyzeten aus dem malignen Tumor eines Hundes, nach Inokulation von Reinkulturen, eine größere Zahl positiver Erfolge verzeichnen zu dürfen, als mit einem Saccharomyzeten aus der Umgebung. Das gleiche Prinzip muß natürlich auch für die pathologisch-anatomischen Veränderungen beim Menschen Geltung besitzen. Es ist sehr schwer, mit einem aus einem menschlichen malignen Tumor isolierten Saccharomyzeten analoge Veränderungen bei den gebräuchlichen Versuchstieren zu erzielen; größer ist die Wahrscheinlichkeit eines positiven Resultates bei Infektionen von Individuum zu Individuum derselben Spezies. BUSSE, PLIMMER und LEOPOLD haben pathogene Blastomyzeten aus malignen Tumoren des Menschen isoliert und mit Reinkulturen derselben Inokulationen an den gebräuchlichen Versuchstieren vorgenommen.

Die günstigsten Bedingungen für den Experimentator, der den parasitären Ursprung maligner Tumoren nachweisen will, sind die folgenden: 1. Isolierung eines Blastomyzeten aus dem Tumor in Reinkultur, mit zuverlässiger Kenntnis des Umstandes, daß der Parasit aus dem Tumor und nicht aus dessen Umgebung stammt; 2. Anlegung zahlreicher Inokulationen von Reinkulturen an Tieren der gleichen Spezies und Vergleichung mit Kontrolltieren.

In Tumoren mit langsamem Wachstum lassen sich nur überaus schwer auf artefiziellen Nährböden fortzüchtbare

Parasiten nachweisen. Ihre Kultivierbarkeit hängt zumal von der Form ab, welche sie in frischen Zupfpräparaten zeigen. Sind sie mit Kapseln versehen, so können sie sich auf Nährböden vermehren, präsentieren sie sich aber als hyaline Kügelchen, so besitzen sie die Fähigkeit der Weitervermehrung nicht.

Die Umformung von Blastomyzeten in hyaline Kugeln und RUSSELSche Körperchen geschieht im Organismus, wie ich an anderer Stelle bewiesen habe, durch Vermittlung eines Antikörpers. Dieser letztere entsteht im Serum nach dem Absterben einer gewissen Anzahl von Blastomyzeten und der Resorption deren Proteine.

Die Volumszunahme des Tumors steht im Verhältnisse zur rascheren oder langsameren Transformation der Parasiten in hyaline Kügelchen oder RUSSELSche Körperchen. In einer langen Untersuchungsreihe konnte ich den Nachweis erbringen, daß sich die Parasiten in allen Tumoren mit periodischem Wachstumsstillstand als hyaline Kugeln präsentieren, während in rasch wachsenden Tumoren spärlich hyaline Kugeln, vorwiegend aber Kapselformen nachzuweisen sind.

An einem Vaginaltumor einer Hündin habe ich in letzter Zeit eine neue Serie von Untersuchungen über die Ätiologie der malignen Tumoren anstellen können. Der kastaniengroße, derbe Tumor war mit der Vaginalschleimhaut stielartig verwachsen und mit Schleimhaut überzogen.

Nach Anlegung eines Medianschnittes fand ich im Gewebssaft mikroskopisch neben den spezifischen Tumorelementen runde Körperchen mit zarter Membran und homogenem Protoplasma, das spärliche Granula aufwies. Auch in zahlreichen anderen Präparaten aus anderen Tumorschnitten sah ich, ebenso wie Professor D'URSO, immer wieder 5—10 Parasiten der nämlichen Form und Beschaffenheit.

Ich konnte die gefundenen Parasiten auf Agar und Kartoffeln mit positivem Resultate weiterzüchten. An dem frischen Tumor war mikroskopisch der Nachweis erbracht worden, daß die Saccharomyzeten aus dem Tumor selbst und nicht aus zufälligen Verunreinigungen stammten. Es war uns bekannt, daß die Parasiten in Reinkulturen ganz anders aussehen als im Tumor; im Gewebe zeigen sie die beschriebene Membran, bisweilen noch von einer hyalinen Membran umgeben. Blastomyzeten aus der Umgebung haben niemals (nach Zusatz von Essigsäure sich noch deutlicher präsentierende) Kapseln. Wären sie aus der Oberfläche der Vaginalschleimhaut in das Tumoriinnere eingedrungen, so hätten sie auch an der Oberfläche zahlreicher sein müssen als im Tumoriinnern, was nicht der Fall war. Waren sie zufällige Befunde, dann gäbe es keinen Zusammenhang zwischen Parasiten und histologischer Tumorbefundenheit, während die anatomische Untersuchung eine strikte Relation zwischen Tumorbildung und topographischer Parasitenverteilung erkennen ließ.

Der zur Untersuchung gelangte Tumor war ein Sarkom. Nachdem die Gegenwart des Parasiten nachgewiesen und Kulturen desselben angelegt worden waren, impfte ich kleine Tumorpartikelchen zwei Hündinnen und vier Hunden ein. Die Hündin mit dem malignen Tumor wurden um 7 Uhr morgens getötet, die Impfungen um 11 Uhr vorgenommen. Die Inokulation an der ersten Hündin erfolgte in das submuköse Gewebe der Vagina, an der zweiten in eine Brustdrüse, an den männlichen Tieren geschah die Impfung einmal in die Tunica vaginalis des rechten Hodens, dreimal in das subkutane Zellgewebe am Präputium.

Die morphologischen Eigenschaften meines „Saccharomyces canis“ decken sich mit jenen von Saccharomyces neoformans, Saccharomyces lithogenes und anderer pathogener Blastomyzeten, die vor einigen Jahren aus einem Ovarialkarzinom isoliert wurden und die neuerdings in morphologischer und pathogener Hinsicht STEINBERG an Kaninchen und Meerschweinchen genau studiert hat. Der PLIMMERSche Saccharomyces unterscheidet sich morphologisch und kulturell von S. neoformans nicht, ebensowenig der BUSSESche S. hominis;

das Gleiche gilt von dem durch CURTIS gezüchteten S. subcutaneus tumefaciens. Daraus folgt, daß zwischen den wichtigsten, bisher beschriebenen, für den Menschen und manche Tiere pathogenen Blastomyzeten eine so weite Übereinstimmung herrscht, daß man dieselben ohne Zweifel in die nämliche Gruppe einreihen darf.

Die Reinkulturen von Saccharomyces canis sind Hunden, Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen inokuliert worden und haben für alle diese Tiere beträchtliche Pathogenität gezeigt. Kaninchen und Meerschweinchen wurden sie subkutan, intraperitoneal und endovenös, Katzen bloß intravenös und Hunden in die Mamma, respektive in das präputiale Bindegewebe injiziert.

Von den drei Kaninchen mit subkutaner Einimpfung starb das erste nach 16, das zweite nach 18, das dritte nach 20 Tagen, von den in gleicher Weise geimpften Meerschweinchen das erste am 18., das zweite am 20. Tage. Von den abdominal geimpften Kaninchen starb das erste nach 10, das zweite nach 16 Tagen und fast um dieselbe Zeit gingen auch die beiden in gleicher Weise geimpften Meerschweinchen zugrunde. Von den 5 intravenös geimpften Kaninchen starben eins nach 6, zwei nach 7, je eines nach 13 und 14 Tagen; die beiden intravenös geimpften Meerschweinchen nach 12 respektive 14 Tagen, die beiden in gleicher Weise geimpften Katzen nach 15 respektive 20 Tagen, die Hunde nach 15 respektive 32 Tagen.

Die zugrunde gegangenen Kaninchen wiesen an der Impfstelle eine käseähnliche, gelbliche, abgekapselte Substanz auf, die mikroskopisch aus Riesenzellen, mono- und polynukleären Leukozyten und freien sowie intrazellulären Blastomyzeten, teilweise in Degeneration, bestand. Die umgebenden Lymphdrüsen waren intumesziert, die Thoraxorgane makroskopisch unverändert. Mikroskopisch haben sich bloß in den der Impfstelle benachbarten Lymphdrüsen Parasiten nachweisen lassen. Bei den subkutan geimpften Meerschweinchen fand sich an der Impfstelle ein kleinnußgroßer Tumor, mit Haut und Muskulatur verwachsen und von fischfleischartiger Konsistenz. Die benachbarten Lymphdrüsen waren stark geschwellt, in Lungen, Leber, Milz und Niere weißlichgelbe Knötchen in reicher Zahl. In allen Organen ließen sich mikroskopisch und kulturell Parasiten nachweisen.

Ein überaus wichtiger Befund bot sich an den Meerschweinchen und Kaninchen dar, die intravenös und abdominal geimpft worden waren. Sowohl in abdominalen als auch in den Brustorganen fanden sich verschieden große, weiche, gelbliche Knoten in großer Zahl. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die Saccharomyces canis an Kaninchen und Meerschweinchen produziert, gleichen also den Gewebsveränderungen nach Einwirkung des Saccharomyces neoformans. Die entstehenden Neubildungen bestehen vorwiegend aus Parasiten und nur zum geringeren Teile aus proliferierten Zellen. Man kann daher eigentlich nicht von Neoplasie sprechen. Doch findet man bei aufmerksamem Durchsuchen einiger Organe, zumal der Lungen, zelluläre Neubildungen, die aus Zellproliferation hervorgegangen sind und die Alveolen ausfüllen, mit allen Charakteren des chronischen, entzündlich entstandenen Granuloms.

Die Parasitenformen im Gewebe sind mit dem Saccharomyces neoformans PLIMMER und dem Saccharomyces hominis BUSSE identisch. In Bezug auf den Saccharomyces canis ist zu erwähnen, daß er häufiger als S. neoformans und seltener als S. lithogenes Tendenz zur kalkigen Degeneration aufweist.

Die Hunde und Katzen, die intravenös geimpft worden waren, zeigten zumeist in Niere und Milz richtige Läsionen. Hier bestanden die Neubildungen vorwiegend aus Zellelementen mesodermalen Ursprunges und die Parasiten waren überaus selten.

Alle Tiere waren auffällig abgemagert. Von den mit kleinen Tumorpartikelchen geimpften Hunden hat sich nur bei einem ein Tumor entwickelt, und zwar bei der ins submuköse

Vaginalgewebe geimpften Hündin. Die Operation selbst war glatt verlaufen und 15 Tage nach Anlegung der Wunde war eiterungslose Heilung eingetreten. Einen Monat nach der Operation zeigte sich nur in der Vaginalschleimhaut des operierten Tieres eine rötliche, erbsengroße, nicht ulzerierte, breit auf sitzende Geschwulst. Die Geschwulst wuchs nur allmählich, um nach Ablauf des ersten Monats, wo die Hündin zugrunde ging, Walnußgröße erreicht zu haben. Der mikroskopische Befund der Tumors glich dem am Primärtumor erhobenen Befunde völlig. Die Zahl der gefundenen Parasiten war geringer, die histologischen Befunde der beiden Tumoren deckten sich gänzlich.

Betrachtet man das Prozentualverhältnis der von CASPER und JOHNE an Hunden beobachteten Karzinome und Sarkome, so muß es bedeutungsvoll genannt werden, daß ich nach sechs Inokulationen schon einen positiven Befund habe verzeichnen können.

Der Vaginaltumor der Hündin war der einzige, der am frischen Präparate mikroskopisch viele Parasiten aufgewiesen hat, und zwar in einer kultivierbaren Form. In den anderen sieben Tumoren, vier Karzinomen der Brustdrüse und drei Karzinomen des Präputiums, habe ich mikroskopisch keine Parasiten gesehen und Hunderte von Schnitten anfertigen müssen, um sie in Form der fuchsinophilen Körperchen antreffen zu können. Auch mit diesen Tumoren habe ich, doch ohne positiven Erfolg, Inokulationen auf andere Versuchstiere vorgenommen. Man kann hieraus wohl den Schluß ziehen, daß die Überimpfung maligner Tumoren bloß dann gelingt, wenn sich in ihnen Parasiten in kultivierbarer Form nachweisen lassen.

Indirekt bestätigen die Resultate dieser Untersuchungen zudem auch die Befunde, welche ich nach Inokulation von pathogenen Blastomyzetenkulturen erheben konnte, wenn ich zugleich mit den Parasiten Serum von Tieren injizierte, die durch subkutane Impfungen mit den Proteinen der nämlichen Blastomyzeten immunisiert worden waren. Bei solchen Tieren werden die Blastomyzeten durch die Antikörper des Serums in fuchsinophile Körperchen umgewandelt und sind dann weder weiterzüchtbar noch auch geeignet, sich in dem tierischen Organismus fortzupflanzen.

Referate.

DE LA CAMP (Berlin): Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Zwerchfellatmung, einschließlich der zugehörigen Herzbewegungen.

Die Methode der Schattenprojektion mittelst des isolierten senkrechten Röntgenstrahles eignet sich wie zur Erkenntnis der wahren Größe des Herzens auch zur Bestimmung des Standes und der Bewegungserscheinungen der Zwerchfellkuppe. Wenn man auf den Thorax direkt projiziert, so beziehen sich die Marken naturgemäß nur auf die jeweilige Respirationsphase, sonst ist die absolute Verschiebung der Schatten unabhängig vom Thorax auf einer Frontalebene zu markieren („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 49). Das Zwerchfell verschiebt sich bei gewöhnlicher Atmung inspiratorisch nach unten, expiratorisch nach oben, beim weiblichen Geschlecht ist der Ausschlag durchschnittlich um 2 cm geringer. Der mittlere Stand der rechts gewölbteren und zirka 2 cm höheren Zwerchfellkuppe ist der tiefsten Inspirationsstellung gewöhnlich ferner als der höchsten Expirationsstellung. Es scheinen die seitlichen Partien mit der inspiratorischen Abwärtsbewegung unter gleichzeitiger geringer Erweiterung der unteren Thoraxapertur (bei Männern) zu beginnen, dann folgen unmittelbar Partien median von der Kuppe, dann diese selbst. Die Unterschiede sind jedoch minimale, so daß bei gewöhnlicher Atmung sich die Zwerchfellkuppe mit geringer Formveränderung senkt. Immerhin fungieren aber in jedem Momente andere Teile des sich bewegenden Thorax und Zwerchfells als Scheitel der phreniko-kostalen Winkel, die schon deshalb nicht

immer genau dieselben bleiben können. Von der gewöhnlichen Atmung ist zu trennen die tiefe. Das weibliche Geschlecht atmet auch tief, meist extrem kostal, d. h. mit dem oberen Thorax, und strengt das Zwerchfell nur in geringem Maße stärker an. Das männliche Geschlecht hingegen atmet kostoabdominal; erreicht wird der größere Tiefstand des Zwerchfells insgemein durch Abplattung seiner Kuppe, entsprechende Verdrängung der Leber nach unten unter gleichzeitiger komplizierter Achsendrehung (mittlerer Ausschlag der tiefen Atmung 4—6 cm). In Ausnahmefällen erfährt dieses ständige Nachuntergehen des Zwerchfells eine Unterbrechung durch starkes Heben der unteren sich erweiternden Thoraxapertur mitsamt den Zwerchfellinsertionen, bis das Zwerchfell auch durch weitere Abplattung schließlich noch eine geringe Nachuntentbewegung bewirkt. Wie jedoch der einzelne Mensch durch Übung mehr kostal, kostoabdominal oder fast ausschließlich abdominal atmen kann, so finden sich auch seltene Ausnahmen, bei denen durch starkes Überwiegen der thorakalen Atmung während der tiefen Respiration in der Frontalebene eine absolute Verschiebung des Zwerchfells nach oben inspiratorisch, nach unten expiratorisch statthat. Perkutorisch findet diese Verschiebung am unteren Lungenrande keinen Ausdruck, wohl aber in dem inspiratorischen Aufwärtssteigen des unteren Leberandes und inspiratorischer Abnahme des Bauchumfanges und Abdominaldruckes; auch der intraabdominale Druck findet sich hier abweichend, während bei gewöhnlicher Atmung völlig normale Verhältnisse vorliegen. Wahrscheinlich kommen alle Übergänge bis zu diesem physiologischen Extrem vor. Das Centrum tendineum bewegt sich, wie man mit harten Röhren direkt sehen kann, während gewöhnlicher Atmung respiratorisch annähernd gleich der Leberkuppe, so daß nach innen von den beiden Kuppen die ω -förmige Kontur erhalten bleibt. Dieselbe verschwindet natürlich bei tiefer Inspiration und Abplattung der Zwerchfellkuppen. In aufrechter Haltung senkt sich die rechte Zwerchfellkuppe um 1—2 cm. Bauch- und Rückenlage ruft keine deutlichen Differenzen hervor. Rechte Seitenlage hingegen läßt links, linke Seitenlage rechts bei tiefer Inspiration die Komplementäräume völlig ausfüllen. Dabei erfährt die Zwerchfellkuppe durch Seitenverschiebung der Leber eine Änderung in Stand und Konfiguration. Zur regelrechten Untersuchung des Zwerchfells ist eine Durchleuchtung in den üblichen acht Durchmesser erforderlich, eventuell eine langsame Ganzdrehung der Betreffenden unter ständiger Beobachtung. Die Orthodiagraphie leistet bezüglich der Erkennung der wahren Herzgröße mehr als jede andere physikalische Untersuchungsmethode, ohne indes über den Teil des Herzens oder der großen Gefäße, die den jeweiligen Schatten bilden, genau zu orientieren. Speziell ist dies bezüglich des mittleren der drei linken Bogen der Fall, an dem Pulmonalis und Herzohr allein oder mit dem weit hinten liegenden linken Vorhof zusammen beteiligt sind. Eine Vergrößerung dieses Schattenbogens hat jedoch diagnostische Bedeutung, vor allem bei kongenitalen Herzfehlern oder -Anomalien und bei Mitralfehlern. Das Verhältnis des Röntgenherzschattens zur absoluten Dämpfung ist somit dasselbe, wie das der relativen zu letzterer und demgemäß zu bewerten. Auszunehmen sind die Fälle von starker Vergrößerung des linken Herzens, in denen dasselbe seitenwändig wird. Die neueren Untersuchungsmethoden müssen dem Röntgenverfahren einstweilen die größere Genauigkeit und bessere Begründung lassen. Man wird das letztere trotz seiner technischen Umständlichkeit als diagnostisches Hilfsmittel nicht entbehren wollen und wird hoffen dürfen, ihm noch mancherlei Aufschlüsse über physiologische und pathologische Vorgänge zu danken.

B.

SCHMILINSKY (Hamburg): Bemerkungen zum Nachweis und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen zum Inhalt von Magen und Darm.

Verf. hält die Erkenntnis der diagnostischen Wichtigkeit des Nachweises okkultur Blutungen für sehr bedeutungsvoll. Er empfiehlt („Münchener med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 44) die Guajakprobe in der von WEBER angegebenen Modifikation. Bei der

Anstellung der Probe muß man zunächst jede bluthaltige Speise und Arznei dem Patienten verbieten, z. B. rohes und halbgar zubereitetes Fleisch. Man läßt auch das gekochte Fleisch weg, ebenso chlorophyllhaltiges Gemüse. Die Diät besteht am besten nur aus Milch (auch mit Tee oder Kaffee), Milchsuppe, Zucker, Butter, Brot, Reis, Sago, Grieß, Grütze, Eiern. Die Aftergegend ist auf etwa vorhandene Hämorrhoiden oder Risse, jeder Stuhl auf anhaftende Blutstreifen zu untersuchen und davon zu befreien. Auf etwaige Blutungen aus Nase, Rachen und den Luftwegen muß geachtet werden. Wenn man den Mageninhalt selbst auf okkulte Blutungen untersuchen will, so liegt eine schwer zu vermeidende Fehlerquelle darin, daß artefizielle Blutungen bei der Sondierung des Magens niemals mit Sicherheit zu vermeiden sind. Deswegen ist die Untersuchung der Fäzes in erster Linie zu empfehlen und von der Magen Sondierung bei der Untersuchung auf okkulte Blutbeimengung besser abzusehen. Die Ausführung der Guajakprobe gestaltet sich folgendermaßen: Eine etwa haselnußgroße Menge der Fäzes — bei den dünnbreiigen Stühlen entsprechend mehr — wird bei dicker Konsistenz mit 10 cm³ verdünnter Essigsäure, bei dünner mit $\frac{2}{3}$ Vol. Eisessig verrieben, das Gemisch in einen kleinen Scheidetrichter gefüllt und nach Zusatz von 10 cm³ Äther kräftig durchgeschüttelt. Trennen sich die Flüssigkeiten nicht, so wird etwas absoluter Alkohol hinzugefügt und die Flüssigkeit durch kleine Kreisschwingungen in mäßig geschwinde Rotation versetzt. Meist findet dann die Trennung glatt statt; gelegentlich ist noch ein Zusatz von wenig Äther erforderlich, um die Scheidung zu bewirken. Die ätherische Lösung gießt man am besten durch sanftes Neigen des Scheidetrichters ab und filtriert sie eventuell. Dieser Ätherextrakt wird mit 5 Tropfen Guajaklösung und 10 Tropfen Terpentin (oder Wasserstoffsuperoxyd) versetzt und gut durchgeschüttelt. Bei Anwesenheit von Blut wird das Gemisch blau resp. blauviolett, manchmal erst nach einiger Zeit. Bei sehr geringem Blutgehalt tritt allerdings nicht immer die reine Blaufärbung auf, sondern die Färbung durchläuft eine Skala von grün, grünlich-rötlich, rotviolett, blauviolett.

B.

STEPHAN V. PESTHY (Budapest): Über die Brauchbarkeit der Perkussionsauskultation in der Diagnostik der Magenkrankungen.

Die Perkussionsauskultation gibt gut verwertbare, pünktliche und verlässliche Resultate über die Lage und Größe des Magens. Ihre Vorteile vor den anderen, in Gebrauch stehenden Methoden sind („Archiv für Verdauungskrankheiten“, Band 9, Heft 4):

a) Daß sie den Magen in seiner natürlichen Lage, Größe und Form zeigt; b) Einfachheit und außerordentlich leichte Ausführbarkeit; c) absolute Gefährlosigkeit, daher auch dann anwendbar, wenn alle anderen Verfahren kontraindiziert sind.

Im Verein mit der künstlichen Aufblähung des Magens gibt die Perkussionsauskultation außerordentlich wertvollen Aufschluß über die Beschaffenheit des Muskeltonus des Magens, da Atonie einerseits und Hypertrophie andererseits genauestens unterschieden werden können. Wenn die Lage der großen Krümmung mittelst der Perkussionsauskultation bestimmt wird, und zwar erst bei unaufgeblähtem, dann bei aufgeblähtem Magen, dann ergibt sich am normalen Magen eine Differenz von etwa 2 cm bei beiden Bestimmungen; eine größere Differenz weist auf Herabsetzung des Muskeltonus hin; eine kleinere Differenz auf Hypertrophie der Magenskulptur. Wir bekommen auf diese Weise Aufschluß über Atonien geringeren Grades, die mittelst der Probemahlzeiten entweder gar nicht oder nur mit weit größeren Umständen und nur unsicher diagnostizierbar sind.

Sehr wertvoll sind die Aufschlüsse, die mittelst der Perkussionsauskultation über die verschiedenen Abdominaltumoren zu erhalten sind; durch sie wird eine genaue Größenbestimmung der Tumoren (wenn sie zirkumskript sind), sowie die Feststellung ihrer Zugehörigkeit ermöglicht. Diese Vorteile sichern der Perkussionsauskultation einen angemessenen Platz in der Magendia-

gnostik, da sie bei strenger Beobachtung und gewissenhafter Kritik wertvolle diagnostische Momente liefert.

B.

HILDEBRANDT (Berlin): Über diabetische Extremitätengangrän.

Um sich Aufklärung über die nähere Ursache der Extremitätengangrän bei Diabetikern zu verschaffen, hat Verf. die Gefäße von mehreren amputierten Extremitäten histologisch untersucht und sich auf Grund dieser Untersuchungen folgende Vorstellung über die eigentlichen Ursachen der sogenannten diabetischen Gangrän gebildet:

Der Diabetes führt frühzeitig zu Degenerationsprozessen in Arterien und Venen, welche mit bindegewebigen und zelligen Wucherungen vergesellschaftet sind. Diese bewirken eine Verengung des Lumens und infolgedessen eine Schwächung des Kreislaufes, namentlich in den peripheren Partien des Gliedes. Die Blutversorgung wird geringer und es kommt schließlich zum Stillstand; nun entwickeln sich marantische Thromben in den kleinsten Gefäßen und es kommt zur Gangrän.

Es kann aber auch auf dem Boden eines Atheroms zu einer Thrombose der großen Gefäße, endlich auch zu einer Embolie kommen. Die eigentliche Ursache der Gangrän ist aber stets die Arteriosklerose. Den Anstoß zur Gangrän gibt aber häufig eine Invasion von Bakterien; die entzündliche Schwellung komprimiert die ohnedies verengten Venen und führt zur Stase. Ähnlich wirkt auch die Schwellung nach einem Trauma.

In prophylaktischer Beziehung empfiehlt Verf. bei Diabetikern, die über kalte Füße, rheumatische Schmerzen, Schwellungen an den Knöcheln, leichte Ermüdbarkeit und ähnliche Symptome, die auf Verengung der Gefäße und Zirkulationsstörungen hinweisen, klagen, die Zirkulation anzuregen, und zwar hauptsächlich durch vorsichtige Massage, daneben kalte Übergießungen zur Anregung der Tätigkeit der Hautgefäße, Vermeidung von Alkohol, Tabak, schwarzem Kaffee, Bewegung im Freien ohne Überanstrengung der unteren Extremitäten. Bei bereits ausgebildeter Gangrän muß man versuchen, den Verlauf aseptisch zu gestalten: Blasen müssen aufgeschnitten, nekrotische Haut muß entfernt werden; keine feuchten Verbände, sondern trockene Verbände mit Jodoform und gut aufsaugender Watte; bei phlegmonöser Entzündung breite Inzisionen. Gleichzeitig soll auch eine antidiabetische Kur eingeleitet werden („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 72, Heft 4—6). Wenn die Gangrän trotzdem progredient wird, muß zur Amputation geschritten werden. Die Höhe, in welcher die Extremität amputiert werden soll, hängt von dem Zustand und der Durchgängigkeit der Gefäße ab.

Die Operation soll in Narkose ausgeführt werden; bei SCHLEICHScher Anästhesie kann an der Stelle der Injektion wieder Gangrän eintreten. ESMARCSche Blutleere ist zu verwerfen, um nicht eine neue Gangrän zu erzeugen. Da es ohnedies nicht stark blutet, genügt Digitalkompression durch einen verlässlichen Assistenten. Strengste Asepsis ist die Bedingung eines guten Erfolges; man vermeide daher, die Wunde mit den Fingern viel zu berühren. Die Haut ist nicht ganz zusammenzunähen, um die Spannung zu vermeiden. Bei Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregeln wird der Verlauf ein günstiger sein.

ERDHEIM.

M. MARGULIES (Odessa): Beitrag zur Frage des Priapismus.

Verf. berichtet über einen Fall von Priapismus („Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej“, Januar 1904), der sowohl durch seine enorme Dauer, wie auch durch das ätiologische Moment ganz besonderes Interesse beansprucht. Der krankhafte Zustand hat 43 Tage angehalten, wobei der Penis in den ersten 25 Tagen sich im Zustande höchster Spannung befand, während innerhalb der letzten 17 Tage die Spannung sehr langsam und allmählich nachließ, um schließlich vollständig zu verschwinden. Bezüglich der Ätiologie konnte mit absoluter Sicherheit nachgewiesen werden, daß der Priapismus im vorstehenden Falle durch eine Erkrankung des Rückenmarks bedingt war. Da aber Symptome

von stark fortgeschrittener Lues cerebrospinalis bestanden, so hatte man volle Veranlassung, auch den Priapismus als ein weiteres Symptom des an der Stelle der Lokalisation des Erektionszentrums vor sich gehenden syphilitischen Prozesses zu deuten. Außerdem konnte aus diesem Falle gefolgert werden, daß die Annahme von dem Bestehen zweier besonderer Zentren für die Erektion und für die Ejakulation gerechtfertigt ist. Nachdem nämlich der Patient von dem Priapismus genesen war, waren bei demselben, wie die 5 Monate lang geführte Beobachtung ergab, fast gar keine Erektionen vorhanden, während die Ejakulation in keiner Beziehung irgend welche Abweichungen von der Norm zeigte. Von weiterem Interesse ist die Tatsache, daß sämtliche therapeutischen Maßnahmen fehlschlügen; die Erektion blieb hartnäckig bestehen, trotzdem alle möglichen Mittel zur Anwendung gelangten; nur nach und nach gingen die lästigen Symptome zurück. Auch die spezifische Behandlung, die in Berücksichtigung der syphilitischen Natur der Erkrankung eingeleitet wurde, blieb ohne besondere Wirkung. Sie dürfte wohl höchstens ein rascheres Verschwinden der krankhaften Erscheinungen bedingt haben. L—y.

METCHNIKOFF et ROUX (Paris): **Etudes expérimentales sur la syphilis.**

In einer früheren Mitteilung über denselben Gegenstand („Annales de l'institut Pasteur“, 1903, pag. 809) haben die Verff. gezeigt, daß der Schimpanse für das Syphilisvirus empfänglich ist, indem dasselbe bei dieser Gattung anthropoider Affen Primäraffekte und Sekundäreffloreszenzen hervorruft, die den entsprechenden Erkrankungsformen des Menschen vollkommen analog sind. Diese Befunde wurden bekanntlich von LASSAR in Berlin bestätigt. Damit erscheint das schwere Problem gelöst, bei einem Tiere die Syphilis zu erzeugen. In der vorliegenden Mitteilung berichten nun die Verff. über eine Reihe weiterer sehr interessanter Versuche („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 1). Sie impften zwölf Makaken mit syphilitischem Virus, das von einem Ulcus durum stammte. Nur vier Tiere zeigten deutliche Erscheinungen. Da aber dieselben nur geringfügig und von kurzer Dauer waren, ferner Sekundäreffloreszenzen ausblieben, so schlossen die Verff. daraus, daß das Virus der Syphilis im Körper der Makaken abgeschwächt wird. Diese Annahme fand in den weiteren Versuchen ihre Bestätigung. Die Verff. übertrugen nämlich den bei einem Macacus erzeugten, also wenig entwickelten Primäraffekt auf einen Schimpansen; dieses Tier ist, wie sich aus den früheren Versuchen der Verff. ergibt, für Syphilis sehr empfänglich. Es zeigte sich nun, daß der Schimpanse entsprechend der gemachten Annahme nur einen gering entwickelten, rasch heilenden Primäraffekt bekam, der keine Sekundäreffloreszenzen nach sich zog. Von besonderem Interesse ist aber, daß derselbe Schimpanse, als er später mit syphilitischem Virus vom Menschen geimpft wurde, an der Impfstelle keine Manifestation der Syphilis bekam; es trat ungefähr 8 Tage später eine allgemeine Lymphdrüsenanschwellung auf, sonst zeigte sich aber auch nach 63 Tagen keine syphilitische Erkrankung. Die Verff. schließen hieraus, daß einerseits das syphilitische Virus tatsächlich durch die Passage durch Makaken abgeschwächt wird und daß es andererseits möglich ist, bei für Syphilis empfänglichen Tieren mit Hilfe dieses abgeschwächten Virus eine künstliche Immunität gegen die Lues zu erzeugen. Es läge ja nahe, an diesen wichtigen Befund Hoffnungen und Erwartungen behufs Verwertung desselben für den Menschen zu knüpfen; die Verff. weisen aber selbst darauf hin, daß dieses Versuchsergebnis zuvor in weiteren Experimenten bestätigt werden müsse und daß man ein noch mehr abgeschwächtes Virus suchen müsse, da das in ihrem Versuch erhaltene immerhin noch eine allgemeine Drüsenanschwellung erzeugte. So wäre nach Angabe der Verff. zu versuchen, ob nicht bestimmte Arten von Makaken eine weitere Abschwächung des Syphilisvirus ermöglichen würden, wofür ihre Versuche Anhaltspunkte boten; auch wäre daran zu denken, durch chemische oder physikalische Agenzien eine Abschwächung des Virus zu erzielen. Alle diese Versuche sind jetzt durchführbar, da wir ein für Syphilis empfängliches Tier besitzen. Dr. S.

O. HESS (Marburg): **Über die Beeinflussung des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben durch Schwankungen des Blutdrucks.**

Das arterielle und das venöse Gebiet können eine verschiedene Blutkonzentration aufweisen („Deutsches Archiv f. klin. Medizin“, Bd. 79, H. 1 u. 2).

Der Organismus besitzt eine prompt funktionierende Ausgleichsvorrichtung, welche es ihm ermöglicht, die durch erhebliche plötzliche Blutdruckschwankungen bedingten Konzentrationsveränderungen des Blutes fast momentan auszugleichen, und zwar vorwiegend durch die Lunge. Eine solche Vorrichtung ist unbedingt notwendig. So gelingt es z. B. beim Tiere, den Blutdruck (z. B. durch Strychnin) selbst 15 Minuten auf beträchtlicher Höhe zu halten; würde die unter diesen Verhältnissen aus dem Gefäßsystem ausgepreßte Flüssigkeit an anderer Stelle nicht wieder in dasselbe eintreten, so müßte in kürzester Zeit eine extreme Bluteindickung die Folge sein, was in Wirklichkeit nicht der Fall ist.

Diese Vorrichtung gestattet es also dem Körper, seinen Organen auch bei großen Druckschwankungen im Gefäßsystem eine normal konzentrierte Blutflüssigkeit zuzuführen — und endlich ermöglicht sie es, nach Verschwinden der Druckschwankung äußerst schnell wieder überall normale Verhältnisse zu schaffen. Diese Verhältnisse dürften nur für kürzere erhebliche Blutdruckschwankungen unbedingte Geltung haben. An lange dauernde Einflüsse dieser Art wird der Organismus allmählich sein gesamtes Gefäßsystem ebenso anpassen, wie an die Einflüsse der Ernährung, des Klimas, Alters, Luftdrucks etc. und dann keine Differenzen in den beiden Gefäßsystemen mehr bieten. Ein Versagen der Regulationsvorrichtung der Lunge tritt scheinbar beim Aderlaß ein; dort betrifft nämlich die Verminderung der roten Blutkörperchen gleichmäßig arterielles und venöses Gebiet; es fehlt beim Aderlaß die vermehrte Flüssigkeitsabgabe in der Lunge. Dies ist erklärlich; denn es strömt der Lunge eine zwar durch Lymphe verdünnte, blutkörperchenarme, aber nicht abnorm vermehrte Blutmenge zu. Es erfüllt demnach der Organismus nach Blutverlusten zunächst die Aufgabe, durch Aufsaugung von Lymphe einen Ersatz für das verlorene Blutquantum zu schaffen; die Wiederherstellung der Blutkonzentration erfolgt erst allmählich. BR.

STEINHAUS (Dortmund): **Ein seltener Fall von Pfortaderthrombose.**

Eine große Zahl von Pfortaderthrombosen erzeugt keine Veränderungen in der Leber, weil die Zirkulation des Blutes ungestört vor sich gehen kann, so daß das Lebergewebe in seiner Funktion keinerlei Beeinträchtigung erleidet („Deutsches Archiv für klinische Medizin“, Band 80, Heft 3 und 7). Diese Thrombosen können abhängig sein von einer Erkrankung der Pfortaderwand, sie können aber auch eintreten, ohne daß eine anatomisch nachweisbare Erkrankung der Pfortader vorliegt. Bildet sich nach einer autochthonen oder embolischen Thrombosierung der Pfortader eine Zirkulationsstörung im venösen Blutkreislaufe, speziell im venösen Kreislaufe der Leber, aus unter gleichzeitiger Abschwächung der arteriellen Blutzufuhr, so kommen die sogenannten „atrophischen roten Infarkte“ zustande. Erstreckt sich die Thrombose bis in die interlobulären Äste der Pfortader, so kommt es zu Nekrose und Hämorrhagie in der Leber infolge totaler Verlegung der arteriellen Blutzufuhr. Dabei können die Äste der Art. hepatica unverändert sein oder aber bedeutsame pathologische Abweichungen aufweisen.

Der Fall St.s ist als eine gemischt autochthone und traumatische Pfortaderthrombose mit konsekutiven Veränderungen in der Leber aufzufassen, die sich in Form von selten so ausgedehnten Nekrosen und echten hämorrhagischen Infarkten darstellen. Diese Leberveränderungen sind als die Folge der totalen bindegewebigen Obturation der interlobulären Pfortaderäste zu betrachten. Die Pfortader war von einer wahrscheinlich primären, fleckweise auftretenden Endophlebitis befallen. Diese hatte vor der Einwirkung des Trauma bereits weitgehende Veränderungen an den kleineren

und kleinsten Pfortaderästen hervorgerufen und Nekrosen im Lebergewebe dadurch bewirkt, da ausgedehnte zirrhotische Prozesse und eine über das gewöhnlich beobachtete Maß hinausgehende Wucherung von Gallengängen auf ein höheres Alter des ganzen Prozesses hinzuweisen scheinen. Das Trauma (Hufschlag gegen das Epigastrium und die Regio hypochondriaca dextra) hat eine akute Fettgewebsnekrose im Pankreas, eine frische Thrombose der r. V. suprarenalis mit Hämorrhagie und Nekrose der Nebenniere sowie eine frische Thrombose der größeren Pfortaderäste erzeugt. Der Fall liefert somit einen neuen Beweis von der ätiologischen Bedeutung des Trauma für die akute Fettgewebsnekrose des Pankreas sowohl wie auch für die Thrombose der Pfortader. BR.

H. RUGE (Berlin): **Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis.**

Verf. erstattet seinen Bericht an der Hand des v. HANSEMANNSchen Materials („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 11). Unter 11.000 Obduktionen der letzten neun Jahre fanden sich 65 Tabesfälle, darunter 64 verwertbare. Bei diesen 64 war ein Aneurysma nur in drei Fällen vorhanden; alle drei betrafen ältere Individuen. In zwei weiteren Fällen (Frau von 41, beziehungsweise 49 Jahren mit Aorteninsuffizienz) war der Anfangsteil der Aorta dilatiert, in einem dritten Falle (Tabiker von 62 Jahren) die ganze Aorta bedeutend erweitert. Es käme also höchstens auf jeden 16. Tabiker ein Aneurysma. Unter den 64 Fällen boten weiters 18 Zeichen von Syphilis und Narben, besonders auch des Zungengrundes etc. Es ist jedoch zweifellos, daß Syphilis häufig vorgelegen hat, ohne daß sich an der Leiche ein einwandfreier Anhaltspunkt dafür geboten hätte. Daher ist anzunehmen, daß in Wirklichkeit der Prozentsatz von Syphilis beim Aortenaneurysma, in gleicher Weise aber auch bei der Tabes, ein größerer ist, als sich aus den Befunden bei der Obduktion berechnen läßt. B.

M. KLAR (Heidelberg): **13 Knochenbrüche bei einem Mann zu gleicher Zeit; gute Heilung.**

Verf. berichtet („Monatsschrift f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen“, 1904, Nr. 7) über einen durch die große Anzahl der erlittenen und zur Heilung geführten Frakturen wohl singulären Fall. Es handelte sich um einen Schlossergehilfen, der in die Transmission einer Maschine hineingeraten war und mit den Umdrehungen der Transmissionswelle ungefähr 20mal herumgeschleudert wurde, wobei er mehrmals auch noch gegen die nahe Wand angeschleudert worden war. Er erlitt hierbei Brüche der 4.—7. Rippe, Bruch beider Knochen des rechten Vorderarms mit Gefäßzerreißung, Bruch beider Knochen des linken Vorderarms, Bruch des linken Oberarmknochens, komplizierten Bruch des linken Oberschenkels mit Knochenzersplitterung, Bruch des rechten Oberschenkels, Bruch des rechten inneren Knöchels, Bruch des fünften Mittelhandknochens. Nach sechsmonatlichem Spitalsaufenthalte wurde Patient mit vollständig geheilten Brüchen entlassen. Es bestand nur eine Verkürzung des linken Beines um 2 cm, die, durch eine Erhöhung der Sohle korrigiert, den Kranken ohne Hinken gehen läßt, eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit an den oberen Extremitäten und eine mäßige Muskelatrophie. Das Allgemeinbefinden ist sehr gut, es bestehen keinerlei Anzeichen von traumatischer Neurasthenie. Im ganzen also ein Heilergebnis, das wohl in Anbetracht der Schwere und der großen Zahl der Knochenbrüche als glänzend bezeichnet werden darf. GRÜNBAUM.

H. MOHR (Bielefeld): **Die unvollständigen Abrißbrüche der Tuberositas tibiae.**

Die typischen vollständigen Abreibungen des Schienbeinstachels sind seit langem bekannt. Dagegen werden die unvollständigen Abreibungen ohne oder ohne stärkere Verschiebung häufig nicht erkannt und mit rheumatischen oder sonstigen Gelenkleiden verwechselt. Die unvollständigen Abrißbrüche beobachtet man am häufigsten bei Knaben von 12—17 Jahren, selten bei Mädchen. Die Zeit der Pubertät begünstigt deshalb diese Verletzung, weil während derselben die Tuberositas noch durch eine Knorpellage vom Schaft getrennt ist und daher durch die gewaltsame Zusammen-

ziehung der in ihr sich inserierenden Muskelmasse des starken Kniestreckers leicht gelockert werden kann. Der Entstehungsmechanismus ist ganz ähnlich dem der vollständigen Abreibung. Die Verletzung findet in Streckstellung des Beines statt, wenn bei festgehaltener Kniescheibe eine Beugung forciert wird, oder bei stärkster Beugung des Gelenkes. Das bezeichnendste Symptom dieser Verletzung ist der typische Druckschmerz, der auf der Tuberositas tibiae etwa 2½ cm unterhalb der Kniegelenkspalte an einer genau mit der Fingerkuppe zu deckenden Stelle vorhanden ist. Im weiteren Verlaufe findet man die Tuberositas mehr oder weniger stark verdickt und druckschmerzhaft. Die Schmerzen bei den Gelenkbewegungen sind sehr verschieden stark, die Gelenkfunktion ist selten ganz aufgehoben. Das Kniegelenk ist meist nicht beteiligt, manchmal erfolgt ein seröser oder Bluterguß ins Gelenk; die Bestätigung der Diagnose durch das Röntgenbild ist zumeist überflüssig. Die Prognose ist bezüglich der Funktion gut, doch dauern bei unzureichendem Verhalten die Schmerzen oft sehr lang an. Als beste Behandlung empfiehlt Verf. („Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen“, 1904, Nr. 8) Ruhe, Vermeidung stärkerer Anstrengungen, Fixation des Fortsatzes mittelst Heftpflasterverbandes. Eine längere Fixation des Kniegelenkes erscheint überflüssig. Die Nachbehandlung mittelst Massage soll frühzeitig eingeleitet werden. GRÜNBAUM.

RENYAUD (Paris): **Malariainfektion auf hoher See.**

Eine Familie, bestehend aus Vater, Mutter und zwei Töchtern, die ganz frei von Malaria war und aus einer Gegend kam, wo diese Krankheit gänzlich unbekannt war, schiffte sich in Port-Saïd auf einem Schiffe ein, das aus Bombay kam („Ann. d' hyg. publ.“, Mai 1904). Nach 4 Tagen erkrankte der Vater an Malaria. Die Krankheit dauerte Monate hindurch fort, während der Patient sich in Südfrankreich aufhielt. 10 Tage nach der Einschiffung in Port-Saïd erkrankte eine Tochter während einer Eisenbahnfahrt unweit von Marseilles, 7 Tage später, als die Familie ihren Wohnsitz bereits in Südfrankreich aufgeschlagen hatte, die Mutter am Wechselfieber. Der Ursprung dieser Infektion ist nach der Meinung des Autors nicht schwer zu finden: An Bord waren mehrere Leute, die aus Sumpfgenden stammten und andererseits war das Schiff von Moskitos geplagt; die Gegenwart dieser Stechmücken ist in der von der erkrankten Familie bewohnten Kajüte konstatiert worden und die Bewohner derselben hatten viel unter den Mückenstichen zu leiden gehabt. Die beiden Diener der Familie, welche die Reise auf einem andern Schiffe mitgemacht hatten, blieben völlig unversehrt. Einige ähnliche Fälle von Malaria, die auf Seeschiffen akquiriert wurden, sind bereits von anderen Autoren berichtet worden. Sie legen die Verpflichtung nahe, die Mücken auf solchen Dampfern, die mit Recht „Meersümpfe“ genannt werden könnten, sorgfältigst zu vertilgen. J. St.

PÉHU (Paris): **Die Nykturie bei den Affektionen des Herz-Gefäßsystems.**

Nach den Untersuchungen P.s scheint die Nykturie durch die ungenügende Kraft des Myokards bedingt zu sein. Die Herzmuskulatur ist nicht imstande, am Abend die eingenommenen Getränke, welche in den Geweben aufgespeichert sind, zu eliminieren („Revue de médecine“, Juli 1904). Während der nächtlichen Ruhe, wo der arterielle Druck sich hebt, stellt sich die Sekretion wieder ein und entfernt die Flüssigkeit aus dem Organismus. Nach dieser Hypothese würde also die Nykturie dazu verwertbar sein, eine Insuffizienz der Herzmuskulatur diagnostizieren zu können. Es wird sich in solchen Fällen therapeutisch jedenfalls empfehlen, die Einnahme von Flüssigkeiten zu reduzieren. (Das beschriebene Symptom ist der deutschen Literatur allerdings schon lange bekannt.) J. St.

O. SCHÖBL (Prag): **Typhus im Kindesalter.**

Der Darmtyphus offenbart sich bei Kindern als Enteritis follicularis, wie anatomisch, so auch meist klinisch. Das Bild pflegt nicht so turbulent zu sein, denn der kindliche Organismus reagiert auf typhöse Infektion langsamer als der erwachsene („Časopis českých

lékařů“, 1904, Nr. 26). Bei leichteren Symptomen atypischen Verlaufs bleibt die Krankheit öfter unbekannt und dadurch, sowie auch durch ihre Unreinlichkeit, spielen die Kinder in der Ausbreitung des Abdominaltyphus eine wichtige Rolle. Bei der Variabilität der Symptome ist die bakteriologische Untersuchung zu diagnostischen Zwecken noch viel wichtiger als bei Erwachsenen. STOCK.

GÜNTHER (Wien): Zur Kenntnis der Strophantuswirkung.

Strophantus ist für Säuger ein reines Herzmuskelgift und tötet durch diastolischen Herzstillstand („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 6). Die Vergiftung führt zu charakteristischen Änderungen in Puls und Blutdruck, von den durch Digitalis herbeigeführten hauptsächlich durch das Ausbleiben der Vagusreizung unterschieden. Strophantus besitzt eine gefäßkontrahierende Wirkung, welche, schwächer als jene der Digitalis, das Gesamtbild der Vergiftung wenig beeinflusst. Strophantus besitzt eine spezifische Wirkung auf das Brechzentrum. Als Gegengift käme einzig und allein die künstliche Atmung in Betracht; die Anwendung von Exzitanten ist ebenso ohne Einfluß wie die von BONNET angegebenen Mittel: Morphinum und Chloralhydrat. BR.

P. M. KUCHTERIN (Petersburg): Über Veränderungen der Milz bei Kindern bei Scharlach, Diphtherie, sowie bei Masern und bei Gastroenteritiden.

Die Veränderungen, welche sich in der Milz bei den in der Überschrift bezeichneten Krankheiten abspielen, bestehen *a*) aus entzündlichen Erscheinungen: Erweiterung und Hyperämie der Gefäße, Emigration von Formelementen in das Gewebe der Milz und Hyperplasie der Zellen; *b*) aus degenerativen Erscheinungen: Trübe Schwellung und körnige Degeneration des Zellprotoplasmas. Die Veränderungen der Milz können bei akuten Gastroenteritiden auch interstitieller Natur sein, während sie bei den übrigen Krankheiten stets parenchymatösen Charakter aufweisen. Bei Scharlach und Diphtherie sind die entzündlichen Erscheinungen stets weit deutlicher ausgesprochen als bei Masern, bei denen sie sich hauptsächlich in den Corpora Malpighii gruppieren (Petersburger Dissert.; „Wratsch. Gaz.“, 1904, Nr. 22). L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Einen Apparat zur lokalen Behandlung von Erkrankungen der unteren Darmabschnitte beschreibt PICKARDT („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 5). Derselbe besteht aus einer der Krümmung des Rektums entsprechend gekrümmten metallischen Röhre von etwa 17 mm Weite und 14 cm Länge mit einem ringförmigen Griff. Dieselbe hat einen Zu- und einen Ablauf; der erstere setzt sich als schmale Röhre durch den Hohlraum bis zum Ende des Apparates fort, der in der Mitte der Krümmung mit einer Anzahl feiner Löcher — auf einen Raum von 5 cm ringsherum verteilt — versehen ist; das Ganze ist vernickelt. Die Handhabung ist außerordentlich einfach. Die Einführung geschieht — nach Einfettung — am besten bei erhöhtem Oberkörper, z. B. auf dem Untersuchungsstuhl, sonst auch in Seitenlage. Der Zulauf ist durch Gummischläuche und Glaszwischenstücke mit einem möglichst hoch — 2 m — hängenden Irrigator verbunden, der Ablauf ebenfalls mit einem Schlauch armiert, welcher in einen Eimer oder dergl. hineinhängt. Ist der durch Verstellen der Höhe der Kanne variabel zu gestaltende Druck der Spülflüssigkeit hoch genug, so kann etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute nach Beginn der Prozedur Plätschern im Colon ascendens hervorgerufen werden, wodurch bewiesen ist, daß der gesamte Dickdarm bespült wird. Die Flüssigkeit läuft ab, indem sie durch die Löcher — dieses perforierte Stück liegt in der Ampulla recti frei; es ist nie vorgekommen, daß die Schleimhaut sich anlegte, da ja infolge der Füllung der Darm entfaltet wird — in die Höhlung des Apparates und von da in den absteigenden Schenkel gelangt. Eine Verstopfung durch Fäkalbröckel kommt infolge der großen Anzahl der Löcher kaum vor und wird am besten dadurch vermieden, daß man vorher ein ausgiebiges Reinigungsklystier gibt. Dies empfiehlt sich auch deshalb, weil man dann sicherer auf die

Schleimhaut einwirken kann. Durch ständiges Nachfüllen in den Irrigator kann die Durchspülung beliebig lange fortgesetzt werden.

— Eine neue organische Phosphorverbindung vegetabilischer Herkunft ist das **Phytin** (POSTERNAK, Soc. d. Biol., Bd. 55). Dasselbe hat die Konstitution eines Salzes der Anhydro-oxymethylen-Diphosphorsäure, deren Formel $C_2 H_8 P_2 O_6$ ist, und deren Gehalt an Phosphor demnach 26·08% in organischer Bindung beträgt. Es ist gegen ätzende Alkalien, selbst beim Kochen, beständig; durch Mineralsäuren wird es beim Erwärmen quantitativ in Inosit und Phosphorsäure gespalten. Phytin ist also, kurz zusammengefaßt, der organische Phosphorreservestoff der grünen Pflanze, der auch einen bedeutenden Teil der Phosphornahrungssubstanzen des Menschen ausmacht.

— Zur Anwendung der Phosphorsäure berichtet CAUTRU („La Méd. mod.“, 1904, Nr. 29). Verf. ist auf Grund jahrelanger Versuche an sich selbst, Meerschweinchen, Hunden und Patienten zu dem Resultat gelangt, daß die Phosphorsäure (verdünnt) an sich in keiner Weise giftig wirkt. So bekamen zwei Meerschweinchen fast ein Jahr lang täglich 0·5 bis 1 g Acid. phosphor. offic. (für einen Menschen von 70 kg würde das zirka 200 g Acid. phosph. entsprechen), ohne daß sich nachher — insbesondere in der Leber — irgendwelche histologische Veränderungen (Steatose) gezeigt hätten. Ebenso verhielt es sich bei einem Hunde, welcher drei Monate lang 2—5 g täglich bekommen hatte; ein anderer Phosphorsäure-Hund überstand eine Tuberkulose-Infektion leichter und schneller als der Kontrollhund. Beim Menschen wendet CAUTRU das Acid. phosphor. offic. (36%) in der Weise an, daß er 3—15 Tropfen zu jeder Mahlzeit nehmen läßt, natürlich stark mit Zuckerwasser verdünnt; man kann bis zu 30, sogar 60 Tropfen pro die gehen und diese Ordination jahrelang fortsetzen. Als Indikation wird die Mehrzahl aller pathologischen Prozesse angegeben.

— In bösartigen Diphtheriefällen sollte die Serumtherapie nach CHARPENTIER („Conc. méd.“, 1904, Nr. 11) durch Collargolapplikationen unterstützt werden, da erfahrungsgemäß das Collargol in verzweifelten Fällen Heilung herbeigeführt hat, während das Antidiphtherieserum allein versagte. Am sichersten wirken die nötigenfalls wiederholten intravenösen Collargolinjektionen (2—5 cm³ der 1%igen Lösung); am einfachsten sind die Einreibungen von Ungt. CREDE auf die innere Fläche der Oberschenkel; auch können beide Methoden gleichzeitig angewandt werden. Schädliche Folgen sind nicht zu befürchten.

— Die Behandlung der Pustula maligna erörtert SORBANOSCU (Revista de chirurgie, 1904, Nr. 3). S. hat in zwei Fällen von Anthrax folgende Behandlung mit Erfolg durchgeführt: Das Zentrum der Pustel wurde mit einer dünnen Paquelinspitze bis auf das Unterhautzellgewebe durchgebrannt, und zwar waren die einzelnen Stiche etwa 3 mm voneinander entfernt. Auch die Umgebung derselben wurde mit punktförmigen Kauterisationen durchsetzt, die etwa 1 cm voneinander entfernt waren. Außerdem wurde dieser Teil mit etwa 2 g einer 2%igen Karbolsäurelösung in subkutanen Einspritzungen injiziert und über das Ganze ein Prießnitzumschlag appliziert. Auch am zweiten und, wenn notwendig, auch am dritten Tage wurden derart Einspritzungen vorgenommen und auf diese Weise rasches Nachlassen des Fiebers, der lokalen Erscheinungen und des Allgemeinzustandes erzielt. Diese Behandlungsmethode ist ähnlich der von VERNEUIL empfohlenen, mit dem Unterschiede, daß statt der Jodlösung eine Karbolsäurelösung injiziert wird, wie dies bereits auch von SCHABNOWSKI empfohlen wurde. Der Kranke wird nicht narkotisiert und trägt die ganze Prozedur gut.

— Bei der Therapie gichtischer Exazerbationen ist PRÖLES unter den vielen Mitteln eines besonders vorteilhaft aufgefallen, das Citarin („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 7). Verf. beschreibt 5 charakteristische Fälle, in denen Gaben von 8, resp. 5 g Citarin in wenigen Tagen eklatanten Erfolg, vor allem Befreiung von Schmerzen brachten. Das Citarin wird am besten, bequemsten und billigsten in Form der komprimierten Tabletten à 2 g angewendet. Dieselben lösen sich leicht in einer Tasse Wasser oder kaltem Tee auf und sind so recht angenehm zu nehmen. Es empfiehlt sich, große Gaben wie 8·0 g, ja 10 g auf einen Tag nehmen zu

lassen, nur dann ist auf einen Effekt sicher zu rechnen, und weiter empfiehlt es sich, auch nach Überwindung der Schmerzzustände noch mit der Weitergabe kleiner Gaben 2—3 Tage lang fortzuführen. Die Wirkung der zuerst gegebenen Citarindosis ist übrigens keine schnelle, sie ist erst meist nach 20 oder 30 Stunden zu erwarten, also nicht so bald, wie z. B. bei dem Liqueur de Laville. Dafür ist die Wirkung aber auch bei weitem keine so unangenehme.

— Den **Einfluß des Nervensystems auf die Lokalisierung der krankhaften Prozesse** besprechen PARHON und GOLDSTEIN („Spital.“, 1904, Nr. 7—11). Verff. gelangen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Bei Durchschneidung vasomotorischer oder gemischter Nerven entwickeln sich derartige Veränderungen in den zirkulatorischen Verhältnissen der entsprechenden Teile, daß symmetrisch vorgenommene Einimpfungen von Mikroben sich auf der operierten Seite viel stärker lokalisieren als auf der entgegengesetzten. Die nach Monaten oder Jahren vorgenommenen Inokulationen werden wahrscheinlich entgegengesetzte Resultate geben, doch sind in dieser Beziehung praktische Erfahrungen noch ausständig; es kann jedoch auf Grund der Verminderung, welche die Zirkulation auf der operierten Seite erleidet, auf eine stärkere Lokalisierung an der gesunden Seite geschlossen werden. In klinischen Fällen von vollständigen Lähmungen, die auf organischen Läsionen des Nervensystems beruhen und seit längerer Zeit bestehen, ist die Lokalisierung der eruptiven, fieberhaften Exantheme, der syphilitischen Erscheinungen, der Urtikaria, Psoriasis, auf der normalen Seite eine intensivere. Andere pathologische Prozesse, wie das Ödem, die Hämorrhagien, die Purpura, der Pemphigus, die Akne, lokalisieren sich bei alten Lähmungen auf der kranken Seite. Man kann also im allgemeinen sagen, daß jene Prozesse, welche eine Reaktion des Organismus gegenüber dem krankhaften Einflusse darstellen, sich gewöhnlich auf der gesunden Seite, wo die Zirkulation eine viel aktivere ist, lokalisieren, während Prozesse, wie Blutungen, Erfrierungen, wo der Organismus eine mehr passive Rolle spielt, eine entgegengesetzte Regel beobachten.

— Auf Grund seiner Untersuchungen nennt KLEIST („Therapie der Gegenwart“, 1904, Nr. 8) das **Veronal in kleinen Dosen** ein relativ unschädliches und deswegen wie auch wegen der Promptheit und der Dauer der Wirkung, der leichten Löslichkeit und Resorbierbarkeit und schließlich wegen seiner fast völligen Geschmacklosigkeit vorzügliches Schlafmittel. Nur große Dosen bergen Gefahren in sich. Als Antipyretikum dürfte es niemals Verwendung finden, da die Temperaturerniedrigung in kleinen Dosen zu gering ist. Immerhin ist es aber wegen seiner eiweißsparenden Wirkung bei fieberhaften Zuständen und zehrenden Krankheiten anderen bekannten Schlafmitteln vorzuziehen. Einer nach Veronalgebrauch auftretenden Polyurie wäre keine große Bedeutung beizumessen. Ob jedoch akute oder chronische Nephritiden einen Veronalgebrauch kontraindizieren, müssen Versuche am Krankenbett erst lehren.

— Den Zusammenhang zwischen **Kochsalzzufuhr und Säuglingsgewicht** erörtern NOBÉCOURT und VITRY (Rev. mens. d. mal. de l'enfance“, 1904, Nr. 3): Die Erfahrungen der Verff. an Kindern von 12 Tagen bis zu 4 Monaten gleichen den Beobachtungen, welche schon seit langem von Tierzüchtern gemacht worden sind, die sahen, daß Tiere, zu deren Nahrung eine gewisse Menge Salz zugefügt wurde, mehr an Gewicht zunahmten als die Kontrolltiere. Von den verschiedenen Theorien, welche über diese Gewichtszunahme durch Kochsalzzufuhr angestellt wurden, stimmen Verff. am meisten jenen zu, wonach die Fixation des Wassers in den Geweben von Vorteil für das Körperwachstum — und nicht gerade das Zeichen einer ungenügenden Nierenfunktion — wäre, besonders bei manchen schwächlichen, so leicht der Wasserentziehung, dem ersten Grade der Pädatrie, ausgesetzten Kindern. Was schon längst in der Praxis geübt wird, das glauben Verff. theoretisch als richtig bewiesen zu haben, d. i. die Beifügung von Kochsalz zur Nahrung bei gewissen Säuglingen, besonders aber jenen, welche ein geringeres Gewicht als 2500 g haben, welche vorzeitig geboren wurden; geringe Quantitäten, im Mittel 0.25 g pro Tag, oder genauer 1 g pro 100 g Körpergewicht genügen, um gute Resultate zu erzielen.

— Durch **Pyramidon** wird nach DEBIDOUR („Thèse de Paris“, 1904) (hauptsächlich das Pyramidonum camphoratum) das Fieber der Phthisiker sehr günstig beeinflusst. Unter 23 Fällen war 8mal die Wirkung eine vollständige, 10mal nur eine partielle, 5mal negativ. Alle oder fast alle Kranken ertrugen das Medikament in mittleren und täglichen Dosen à 0.60—1 g, auf dreimal genommen, merkwürdig gut. Als Nebenwirkungen beobachtete D. Schweiß, bei Pyram. camphoratum, besonders bicamphoratum, weniger reichlich. Die Wirkung ist weniger energisch, als die des Antipyrin, hält jedoch länger an. Zu verordnen sind 0.20—0.40 cg pro dosi, 2—3 g in 24 Stunden.

— Das Verfahren zur **Behandlung der tuberkulösen Spondylitis** an der BRAMANNschen Klinik bespricht WULLSTEIN („Zeitschr. f. orthopäd. Chir.“, Bd. XII). Senkungsabszesse werden mit Punktion, Ausspülung und Injektion einer 10%igen Jodoformglyzerinemulsion, selten mit Inzision und Drainage behandelt. Bei kurz bestehenden oder unvollkommenen Lähmungen allmähliche Extension und Reklination in einem etwas modifizierten Reklinationsbette. Tritt nach Monaten kein Erfolg ein, forziertes Redressement nach CALOT. Bei Patienten in den ersten Lebensjahren oder mit floriden Erscheinungen kommt die absolute horizontale Rückenlage im verstellbaren Reklinationsbett zur Anwendung. Fehlen bei Patienten von mehr als vier Jahren subjektive oder objektive Symptome der frischen entzündlichen Spondylitis, so werden einige Monate Extensionsverbände mit steigender Extension angelegt. Wenn der Gibbus hierdurch fast ausgeglichen ist, folgen Reklinationsverbände, bzw. Korsetts. Ist der Gibbus hochgradig, dann wird der Körper erst durch Extensionsverbände aufgerichtet, hierauf durch Pelottenverbände der Buckel möglichst abgeflacht und schließlich die Wirbelsäule durch Reklinationsverbände lordosiert. Wie bei der Skoliose ist auch bei der Spondylitis die Korrektur nur dann richtig auszuführen, wenn sämtliche Teile des Rumpfes für das Auge des Arztes sichtbar sind, d. h. die Korrektur muß bei aufrechter Rumpfhaltung gemacht werden. Das Verfahren der Extension, das erforderliche Instrumentarium, das Reklinationsbett wird eingehend beschrieben und durch vortreffliche Abbildungen erläutert.

Literarische Anzeigen.

Das GANSERSche Symptom, seine klinische und forense Bedeutung. Von Dr. Julius Hey. Berlin 1904, Hirschwald.

Im Jahre 1898 machte GANSER (Dresden) auf das früher kaum gewürdigte Symptom aufmerksam, daß manche Kranke Fragen allereinfachster Art nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, daß sie den Sinn der Frage ziemlich erfaßt hatten und daß sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verrieten, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besaßen. Es ist klar, daß ein solches Verhalten in erster Linie an Simulation denken läßt, zumal bei den meisten derartigen Kranken durch die äußeren Umstände, vorangegangene Untersuchungshaft, diese Annahme nahegelegt wird. Tatsächlich ist in den zwei von GANSER mitgeteilten Fällen diese Art Simulation angenommen worden. Das Symptom hat seither unter dem Namen GANSERSches Symptom oder Symptom des Vorbeiredens zu vielen Diskussionen Anlaß gegeben. GANSERS Fälle boten das Bild der halluzinatorischen Verwirrtheit und zeigten während des Bestehens jenes Symptoms ausgebreitete Analgesie und Hyperalgesie, dann rasches Schwinden des ganzen Zustandes mit Hinterlassung einer Erinnerungslücke; GANSER bezeichnete den ganzen Zustand mit Rücksicht der letztangeführten Merkmale als einen eigentümlichen hysterischen Dämmerzustand. In diesem Punkte setzte die Kritik ein, indem NISSL, später auch andere, das Vorbeireden als Negativismus auffaßten und das gesamte Krankheitsbild der Dementia praecox, bzw. der Katatonie zurechneten. Verfasser tritt in die Debatte auf Grund von 10 neuen Beobachtungen ein: Das GANSERSche Symptom ist weder für Hysterie noch für Dementia praecox pathognomonisch; am häufigsten findet es sich bei Hysterie, dann bei der Dementia praecox, ferner bei

der Epilepsie und bei zirkulären Psychosen. Das GANSERSche Syndrom, nämlich der ganze genannte Symptomenkomplex mit seinem raschen Ablauf scheint nur auf hysterischer Basis vorzukommen. WESTPHALS Ansicht, daß die Reaktionszeit einen Unterschied abgibt (längeres Besinnen bei Hysterie, blitzschnelles Antworten bei Katatonie), teilt Verf. gleich anderen Autoren nicht. Die Genese ist verschieden. Verf. macht in dieser Hinsicht auch auf die Ideenflucht aufmerksam, zugleich auf die interessante Tatsache, daß die Trias Ideenflucht, Ablenkbarkeit und Haftenbleiben, welche Symptome einander auszuschließen scheinen, gleichzeitig bestehen kann. Das Syndrom findet sich am häufigsten bei forensen Kranken (Kriminellen und Traumatikern), aber auch bei nicht forensen. Die forensen gehören meistens der Hysterie an; meistens wurde die Krankheit während der Haft manifest. — Die Wiener Beiträge (RAIMANN, MATTAUSCHER) hat der Autor nicht berücksichtigt. INFELD.

Vorlesungen über klinische Hämatologie. Von Dr. Wilhelm Türk. I. Teil. Wien und Leipzig 1904, Wilhelm Braumüller.

Das Lehrbuch TÜRKs hat vor allem den Zweck, „den Leser in das ganze Gebiet (der Hämatologie) einzuführen, ihm alles, was wir wirklich wissen und was für ihn zu wissen von Wert ist, vor Augen zu führen“; es wendet sich seiner Anlage und der Form der Darstellung nach in erster Linie an den Studierenden. Dem entsprechend behandelt der vorliegende erste Teil zunächst ausführlich die Methoden der klinischen Blutuntersuchung, wobei Verf. sich bemüht, die Technik derselben genau zu schildern, den Gebrauch der verschiedenen Apparate und die Anwendung der einzelnen Untersuchungsmethoden möglichst deutlich zu erläutern. So nützlich und anerkanntenswert dieses Bestreben auch ist, so gilt freilich auch hier, daß der direkte Unterricht und vor allem praktische Übung weitaus rascher und sicherer zum Ziele führen, als es das beste Lehrbuch vermag. Des weiteren enthält der vorliegende Band eine Darstellung der normalen und pathologischen Histologie des Blutes. Bei dem Umstande, daß auf diesem Gebiete bekanntlich zahlreiche kontroverse Anschauungen einander direkt gegenüberstehen, stößt eine übersichtliche Darstellung der einschlägigen Fragen auf große Schwierigkeiten; jeder Autor ist genötigt, je nach seinem persönlichen Standpunkte zu denselben Stellung zu nehmen, wodurch die Darstellung allerdings stark subjektiv gefärbt wird; es ist dies auch in dem vorliegenden Buch der Fall. TÜRK zeichnet in den einzelnen Kapiteln in großen Zügen den derzeitigen Stand der Fragen, ohne zu sehr ins Detail einzugehen, um nicht den

Leser durch die Berücksichtigung der ganzen umfangreichen Literatur zu verwirren. Der Besprechung der herrschenden Anschauungen läßt Verf. eine Darstellung seiner eigenen Auffassung folgen, die sich auf klinisch-hämatologische Erfahrungen, nicht auf anatomische Untersuchungen stützen. Es ist hier nicht der Ort, im einzelnen auf die Ansichten des Verf.s einzugehen; es sei nur bemerkt, daß Verf. häufig den seinigen entgegengesetzte Anschauungen anderer Autoren nur mit der geringeren Erfahrung der betreffenden Untersucher zu erklären versucht. Das Buch ist in Form von Vorlesungen abgefaßt, die Darstellung dementsprechend eine sehr lebendige, stellenweise sogar allzu lobhafte, so z. B. wenn Verf. das normale rote Blutkörperchen wegen des Mangels eines Zellkernes „gewissermaßen als Kastrat“ bezeichnet oder an angeblich älteren Zellformen „den Eindruck des Greisenhaften“ vermißt etc. Dr. S.

Über die Einwirkung einengender Kleidung auf die Unterleibsorgane, besonders die Fortpflanzungsorgane des Weibes. Von Prof. Dr. Menge. Leipzig 1904, G. Thieme.

Die vorliegende, für das Publikum bestimmte Broschüre beschreibt in klarer, verständlicher Sprache die direkten und indirekten Druckwirkungen der einschnürenden Kleidung auf die Abdominalorgane und richtet hierbei ernste Mahnworte an die Frauenwelt, im Interesse der Volksgesundheit und damit des Volkswohlstandes zu einer hygienischeren Umgestaltung der Kleidung überzugehen. FISCHER.

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik.

Herausgegeben von E. v. Leyden. II. umgearbeitete Auflage, herausgegeben von Georg Klemperer. 2. Band. Leipzig 1904, Georg Thieme.

Im zweiten Bande dieses ausgezeichneten Werkes sind die Kapitel über „Diätetik in Herzkrankheiten“ von FR. KRAUS, „Greisenalter“ von R. RENVERS, „Hautkrankheiten“ von O. LASSAR und „Nierenkrankheiten“ von F. KLEMPERER vollkommen neu bearbeitet worden. Die neuen Mitarbeiter haben in ihren Darstellungen die Literatur sorgfältig berücksichtigt, im Sinne des Herausgebers verwertet und zahlreiche neue, bedeutungsvolle Gesichtspunkte herbeigetragen. Die revidierten Abhandlungen der früheren Autoren bilden nunmehr mit den neuen Aufsätzen ein einheitliches Ganzes, das der Literatur unserer Tage sicherlich zur Ehre gereicht. BR.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

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

V.

Das große Ereignis des verflossenen Monats war das formelle Ausscheiden ROBERT KOCHs aus seiner Stellung als Leiter des Instituts für Infektionskrankheiten und seine Ersetzung durch GAFFKY, einen seiner ältesten Schüler, den er warm für die Nachfolgerschaft empfohlen hatte. Überraschend kam KOCHs Rücktritt nicht gerade; vielmehr lag dies Ereignis schon lang in der Luft. Denn man konnte sich nicht verhehlen, daß es selbst dem genialsten Menschen unmöglich ist, zweien Herren zugleich zu dienen, einerseits monate- und jahrelang in fernen Zonen noch unerforschte Krankheiten und die Mittel zu ihrer Bekämpfung zu studieren, andererseits in der von ihm geschaffenen vorbildlichen Anstalt zu Berlin die Arbeiten seiner Schüler und Assistenten zu leiten. Sicher war, als er sich für das erstere entschied, nicht das fürstliche Honorar, das ihm England zahlt, ausschlaggebend, sondern die feste Überzeugung, daß er durch jene Studien in Afrika und Asien der Menschheit mehr nützen könne, als durch die Lehr- und Arbeitstätigkeit daheim im Vaterlande, die ihm keine neuen Bahnen von so großer Bedeutung, wie sein rastloser Forschungstrieb sie sich wünscht, er-

öffnen kann. Selbst die großen Ovationen, die ihm bei der Rückkehr seine Schüler bereiteten, haben ihn nicht halten können. Die Regierung aber, die seinem Wandersinn nicht im Wege stehen will, andererseits aber die Pflicht hat, den heimischen Instituten eine größere Stetigkeit zu sichern, hat nicht zögern dürfen, wieder einen ständig in Berlin weilenden Lehrer an KOCHs Stelle zu setzen. Diesem aber wurde selbstverständlich, als dem hochverdienten Schöpfer des Instituts, dasselbe für seine privaten Arbeiten jederzeit zur Verfügung gestellt und ebenso die Lehrtätigkeit an der Universität, ganz nach seinem Ermessen, anheimgegeben. Damit ist ein etwas unbehaglicher, unsicherer Zustand endlich zu einem gewissen Abschlusse gelangt. KOCH ist frei wie die Wissenschaft, die keine politischen Grenzen kennt. Er ist nur so weit gebunden, als er sich selbst zu binden wünscht und kann der freien Forschung, auch im Dienste fremder Nationen, leben, ohne sich durch die Bedenken übernommener Pflichten gegen sein Vaterland eingengt zu wissen. Was er leistet, kommt ja doch auch Deutschland und seinen Kolonien zugute.

Die „Akademien für praktische Medizin“ treten nun tatsächlich ins Leben. Schon hat Köln den Anfang gemacht; Frankfurt a. M., Hamburg, Düsseldorf und andere große Provinzstädte werden sicher bald folgen, und damit erscheinen neue Universitäten sowie zahlreiche neue Professoren auf der Bildfläche. Denn man darf sich darüber keiner Täuschung mehr hingeben: Die Regierung gründet diese „Akademien“ zwar zunächst zur „Fort-

bildung der Ärzte“, aber es werden über kurz oder lang aus den verschämten Puppenstadien der Schmetterlinge die akademischen Hochschulen sich entwickeln. Das Neueste, was diese Pläne der Regierung gezeitigt haben, sind die Proteste, welche die Ärzte der betreffenden Städte gegen die Kreierung neuer „Professoren“ aus Ärztekreisen veröffentlichten. Die Ärzte gehen von dem Gedanken aus, daß der Professortitel den Arzt in den Kreisen des Publikums über die anderen, nicht prädierten Ärzte erhebt, ihr Ansehen und Einkommen auf Kosten der anderen steigert, ihnen einen Nimbus gibt, der die anderen in den Schatten stellt. Sie weisen darauf hin, daß die Erwählten ihre Lehrpflichten auch ohne den Titel, der nur für Universitäten reserviert bleiben sollte, ausüben können und daß im Grunde die bisherigen Fortbildungskurse dem Bedürfnisse schon genügt haben würden. Diese Proteste haben aber nur platonischen Wert; sie werden ungehört verhallen. Denn was die Regierung für gut und opportun hält und durchführen will, das wird sie auch ohne weiteres durchsetzen. Und so werden denn in Kürze weitere Zentren akademischer, vorzugsweise praktischer Lehrtätigkeit im Deutschen Reiche entstehen, ausgerüstet mit allem, was bisher nur den Universitäten vorbehalten war. Die Wissenschaft und die ärztliche Kunst wird ja darunter nicht leiden; im Gegenteil, es wird das Krankenmaterial großer Provinzstädte mehr als bisher ausgenutzt und den Ärzten mehr Gelegenheit zu technischer Ausbildung geboten werden. Ob aber solche Schöpfungen, wie die „Akademien“, die den Universitäten und Praktikern Konkurrenz bereiten, ein so dringendes Bedürfnis waren, das muß man abwarten.

Von einer Neuerung im Berliner Kranken-Transportwesen sei noch kurz berichtet, nämlich von dessen eingeleiteter Zentralisierung in der Hand des „Verbandes für erste Hilfe“, der aus einer äußerlichen Verbindung der „Unfallstationen“ und der „Rettungsgesellschaft“ hervorgegangen ist. Bisher waren es Privatunternehmer, welche das Krankentransportwesen leiteten, natürlich auch die Preise bestimmten und die Kosten mit den Beteiligten (Private, Stadt, Kassen, Armendirektion usw.) verrechneten. Jene Fuhrunternehmer, die sich um die Ausbildung der betreffenden Institution Verdienste erwarben und im Laufe von zirka 40 Jahren kostspielig Anschaffungen an Pferdmaterial, Wagenpark, Baulichkeiten etc. gemacht haben, werden sich wohl oder übel mit der neuen Tatsache, daß ihnen dieser Privaterwerb genommen wird, abfinden müssen. Jetzt soll es als Pflicht der Städte betrachtet werden, den Transport von Kranken und Verwundeten selbst in die Hand zu nehmen, bzw. der genannten „Vereinigung“ zu übertragen. Es wird dies als „im öffentlichen Interesse“ liegend nunmehr energisch betrieben werden und man hofft dadurch für Stadt und Publikum die Transporte billiger zu stellen. Kostet ein solcher doch z. B. für Private mindestens 8 Mark, exklusive Trinkgeld, was ja Instituten, die mit der Rentabilität rechnen mußten, nicht zu verdenken war. Gesellschaften, die ohne Erwerbsinteressen arbeiten, sind, wie man annimmt, imstande, die Einrichtung wesentlich wohlfeiler zu gestalten.

Andere neue Bestrebungen gelten der „Ausbildung und Organisation des Krankenpflegepersonals“. Die Verhältnisse des Krankenpfluges sind bisher so zersplittert, das Publikum ist so wenig über die Befähigung von Pflegern und Pflegerinnen orientiert, Ausbildung, Beschaffung, Entlohnung unterliegen so losen Normen, daß hier — zumal gegenüber den sogenannten „wilden“ Pflegerinnen, die ohne jeden Befähigungsnachweis in einer Phantasietracht den verantwortungsvollen Beruf ausüben — eine Reform sehr not tat. Es sind nun von berufener Seite Leitsätze ausgearbeitet worden, welche nach Durchberatung im „Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ eine gesetzliche Regelung anstreben. Eine solche liegt auch im Interesse der regelrecht ausgebildeten Pflegerinnen. Zumal ihre materielle Sicherstellung in Krankheitsfällen, Ruhegelder (von 500—600 Mark pro Jahr), Entschädigungen bei Unfall im Dienst, Invaliditätsversicherung etc. sind in Aussicht genommen. Andererseits sind die Bestimmungen für theoretische und praktische Ausbildung festgesetzt, Prüfungen, Diplome und zeitweilige Verpflichtung zur Fortbildung sind in Aussicht genommen. Vor allem aber soll der ganze Beruf in Zukunft ethisch, sozial und wissenschaftlich gehoben und von

Elementen befreit werden, welche weder die nötige Vorbildung noch die erforderlichen sittlichen Eigenschaften für den Pflegerinnenberuf besitzen und ihn nur als bequeme Versorgung betrachten. Besonders den geistigen Aufgaben, welche der Beruf an die Pflegerinnen stellt, sind bisher viele nicht gewachsen.

Wenig Freude hat in den Kreisen der Ärzte wie des Publikums die vom 1. Oktober ab gesetzlich zugelassene geringere Kontrolle des Fleisches und der Fleischversorgung für die Stadt Berlin erregt. Noch ist das Gesetz nicht publiziert; wenn aber der Landtag es genehmigt, so wird damit eines der wichtigsten Nahrungsmittel der Bevölkerung, für dessen gewissenhafte und strenge Untersuchung sie bisher Garantien hatte, sicher vielfach in krankem Zustand an die Konsumenten gelangen. Die Bürgermeister der größten Städte unserer Monarchie haben gegen diesen hygienischen Rückschritt, der uns droht, energisch Front gemacht und die Ärzte stimmen ihnen bei. Denn durch diese „Freizügigkeit“ des Fleisches wird eine mühsam errungene und wohlorganisierte Fleischbeschau zunichte gemacht. Es ist dies um so unbegreiflicher, als man gerade jetzt von oben der Versorgung Berlins mit gesunder Milch ein Interesse zuwendet. 2

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Diskussion über die Erfolge der Finsentherapie.

Forchammer und Reyn (Kopenhagener Finseninstitut) geben eine Übersicht über die Resultate der Lichttherapie (am nächsten Tage wurden eine sehr große Zahl geheilter und gebesserter Kranker vorgestellt; bemerkenswert war der geradezu bewundernswerte kosmetische Erfolg). Die Technik der Finsenschen Lichtbehandlung ist durch die Einführung der Eisenlampe (überwiegend ultraviolette Strahlen) und durch die Sensibilisation mit Eosin, Erythrosin usw. (Ausbeutung der tiefgehenden langwelligen Strahlen) nicht wesentlich bereichert worden. Das Hauptfeld der Finsenbehandlung ist der Lupus vulgaris; auch bei der verrukösen Hauttuberkulose sind gute Erfolge erzielt. Auf eine Anzahl anderer Hauterkrankungen wirkt die Lichtbehandlung im Verein mit anderen Methoden günstig. In späteren Stadien des Lupus erythematosus, bei ganz oberflächlichen Epitheliomen, bei sehr veralteter Akne, bei leichter, aber stark infiltrierter Akne rosacea kann Finsentherapie versucht werden. Bei Alopecia areata scheint die Lichttherapie die Fortschritte der Krankheit zu hemmen, ohne die Haarregeneration zu beschleunigen. Bei Naevus vascularis planus wird in sehr langwieriger Behandlung ohne Narbenbildung ein Abblässen erzielt.

Schiff (Wien) sieht in der kombinierten Behandlung ein wichtiges Mittel zur Beschleunigung. Er will Indikationen für die Röntgen- und Finsenbehandlung aufstellen. Für letztere eignen sich die Knotenformen, für erstere nach entsprechender Vorbereitung die Ulzerationsformen. Bei Schleimhautlupus sowie bei Epitheliomen ist Röntgen Finsen überlegen. Mäßig sind die Resultate beim Lupus erythematosus, sehr zweifelhaft bei der Alopecia areata, da gewisse Formen der Erkrankung von selbst heilen.

Lesser (Berlin) hebt hervor, daß die Finsentherapie in kosmetischer Hinsicht relativ Vollendetes leiste; auch bei ihr kommen Rezidive vor; dieselben sind aber klein und wieder der Therapie zugänglich.

Zelsler (Chicago) schildert seine günstigen Erfolge durch Röntgentherapie bei Psoriasis, Akne, Karzinom (15—18 Bestrahlungen), Keratodermien.

Dühring (Kiel) hat von der Finsentherapie bei Akne rosacea Erfolge gesehen, mit dem Eisenlicht ist er wenig zufrieden.

Doutrelepont (Bonn) betont, daß die moderne Therapie kein Radikalheilmittel ist; vielfach ist es unmöglich, die Kranken solange klinisch zu behandeln, bis Heilung erfolgt.

Scholz (Königsberg) berichtet über gute Resultate mit der auf der einen Kopfhälfte angewandten Finsentherapie bei Alopecia areata.

Ehrmann (Wien) erinnert daran, daß man auch mit anderen Lupusbehandlungsmethoden gute Erfolge erzielt. Er hat seit 6 Jahren mit 33 1/2% Resorzinpaste rezidivlose Heilungen erzielt.

PETERSEN (Petersburg) berichtet über den Bau der Mammuthaut. Er hat die Haut von zwei sibirischen Mammuts untersuchen können. Die Haare waren gut erhalten, die Epidermis fehlte; alle Versuche, mikroskopische Schnitte zu gewinnen, scheiterten.

SOMMER (Buenos Aires): Framboesia oder Bubo.

S. grenzt die Krankheit zunächst gegenüber der Syphilis, als deren Ausdruck sie vielfach aufgefaßt werde, ab; sie kommt aber in allen Altersstufen vor, ist keine Geschlechtskrankheit, zeigt nie die mannigfachen sekundären Symptome, besitzt auch nicht die bekannte

Multiformität der syphilitischen Erscheinungen, führt nie zu inneren oder Augenerkrankungen, ruft die charakteristische Sattelnase oder Knochenkrankungen nie hervor. Allerdings wird typische Lues nicht selten für Framboesia gehalten. Die Krankheit beginnt meist mit einer Papel- oder Bläscheneruption, die von Fieber, Kopfschmerzen und Störungen des Allgemeinbefindens begleitet ist. Nach Entfernung der Blasendecke führt eine Wucherung des Koriums zur Entwicklung der Framboesia. Nach der Heilung der Einzeleffloreszenzen bleibt eine pigmentierte Stelle oder, falls ein Geschwür an Stelle der Wucherung entstanden war, eine Narbe zurück. Die Schleimhäute bleiben in der Regel verschont. Die Framboesia herrscht in den Tropen in der Gegend von Sümpfen; die Umwandlung eines Moskitostiches in ein Framboesiasgeschwür wurde beobachtet. Spezifische Behandlung wirkt ungünstig. Mit Tuberkulose hat die Erkrankung nach dem negativen Ausfall der Bazillenuntersuchung und der Tierexperimente nichts zu tun. Klinisch kann man zweckmäßig zwischen oberflächlichen und tiefen Formen unterscheiden.

Unna (Hamburg) betont, daß histologisch die Framboesia nichts mit Lues zu tun habe. Zweckmäßig nennt man die von Sommer geschilderte Krankheit Buba, da unter Framboesia alles Mögliche verstanden wird.

Breda (Padua) erinnert an seine Arbeiten über Buba. Er hat bei einer Anzahl italienischer Arbeiter, die in Brasilien die Krankheit akquiriert hatten, Untersuchungen angestellt. Lippen, Mundhöhle, Pharynx, Tuba Eustachii können auch der Sitz der Krankheit sein. Ätiologisch scheint ein von B. gefundener Bazillus in Frage zu kommen. Histologisch ist das zahlreiche Vorkommen von Mastzellen bemerkenswert. Auch B. hält die Buba für eine selbständige Krankheit.

SCHAMBERG (Philadelphia): **Über Pocken und pockenähnliche Hauterkrankungen.**

SCH. hat in den letzten $3\frac{1}{2}$ Jahren zirka 4000 Pockenfälle gesehen. Die in Pennsylvanien über 100.000 Fälle umfassende Epidemie verlief milde (Gesamtmortalität weniger als 2%). Die Impfung ist in dem genannten Staat nur für Kinder obligatorisch. Im letzten Sommer änderte sich der Charakter der Seuche, die Mortalität stieg auf 20%. Masern-, scharlach- und purpuraähnliche Exantheme gehen bekanntlich dem Ausbruch der Pocken häufig voran. Seltener ist ein skarlatinaähnliches Exanthem am 19. Krankheitstage. Sehr gewöhnlich ist als Sekundärinfektion Impetigo: „*Impetigo variolosa*“, bedingt durch pyogene Infektion. Letztere kann auch den Charakter der Varizellen-erkrankung modifizieren: „*Impetigo varicellosa*“. Differentiell diagnostisch muß von der Variola gesondert werden: Varizellen, Masern (sic!), pustulöse Syphilide, Jod- und Bromexantheme. Therapeutisch schien bei ungeimpften Kranken sich tägliche Pinselung des Gesichts mit Jodtinktur zu bewähren.

Cowl (Berlin) macht als diagnostisches Zeichen auf die deutlich fühlbare eigentümliche Härte der sich bildenden Pockeneffloreszenzen aufmerksam.

ALFRED EDDOWES: **Über die chronische Gicht (Skinout).**

Vortr. weist nach, daß das gichtische Material sich in den Drüsen der Haut dadurch ablagern kann, daß die Talgdrüsen sich ausdehnen und durch die Ansammlung einer hyalinen Masse cystisch werden. Gleichzeitig werden die Grundepithelien nekrotisch und zerfallen. Endlich brechen die Cysten nach außen auf. In der hyalinen Masse bilden sich eiförmige, scharf begrenzte Gebilde, von denen die größten Kristalle im Innern zeigen. Diese Befunde beweisen, daß es bei der Gicht auch Veränderungen gibt, welche mit Recht als Hautkrankheit zu bezeichnen sind und denen daher eine Stelle in der Dermatologie eingeräumt werden muß.

ULLMANN (Wien) berichtet über Versuche zur Pathogenese der Epididymitis gonorrhoeica.

Drei Theorien bestehen über die Genese der Epididymitis: 1. Fortschleppung der Gonokokken auf dem Schleimhautwege; für diese zuletzt von BÄRMANN vertretene Ansicht sprechen die Erkrankungen von Schwanz und Kopf des Nebenhodens, dagegen die in 90% der Fälle festgestellte Intaktheit des Vas deferens. 2. Verschleppung des Virus durch das Blut, ähnlich wie bei der die Parotitis begleitenden Hodenentzündung. Die im Blute kreisenden Gonokokken werden von dem im Reizzustande befindlichen Nebenhoden zur Ansiedlung angezogen. 3. Die lymphogene Theorie, sie nimmt Verschleppung der Gonokokken durch die Lymphbahnen an. Für diese Auffassung sprechen klinische Erfahrungen. U. suchte, nachdem die anatomische Untersuchung eines bald nach der Entwicklung einer gonorrhoeischen Epididymitis zur Sektion gekommenen Falles keine Klarheit gegeben hatte, die Frage zu lösen, ob die von BUTTKE behaupteten antistaltischen Bewegungen des Vas deferens vorkommen. Diese antistaltischen Bewegungen sind die Voraussetzung des Schleimhautweges der Gonokokken. Weder vom Zentralnervensystem noch vom Blasenhalss aus konnte eine Spur von antistaltischer Bewegung bei Tieren experimentell erzeugt

werden. Es bleibt nur die lymphatische Theorie übrig, die für uns um so verständlicher ist, nachdem BRUHNS die direkte Verbindung des Lymphsystems zwischen Vas deferens und Prostata nachgewiesen hat.

O. Rosenthal (Berlin) erinnert an seine in der Berliner dermatologischen Gesellschaft erörterte Theorie der Entstehung der Epididymitis.

Oppenheim (Wien) findet die häufig auf tiefe Einspritzungen sofort sich entwickelnde Epididymitis nicht durch die Lymphtheorie erklärt. Der Beginn der Erkrankung im Schwanz des Nebenhodens gebt zu denken. Eine antistaltische Bewegung nachzuweisen, sei anderen Experimentatoren gelungen.

Bruhns (Berlin) demonstriert Präparate zum Nachweis des in einem Drittel der Fälle durch Injektion der Lymphbahnen leicht nachweisbaren Weges zwischen Prostata und Vas deferens.

EHRMANN (Wien): **Die Beziehungen der sogenannten Tuberkulide zueinander.**

Das relativ häufige Zusammentreffen von Follikulitis (BARTHÉLÉMY) und Lupus erythematodes spricht für die Verwandtschaft beider Prozesse. Neben der Follikulitis kommen flache erythematöse und makulöse hämorrhagische Formen vor, in welchen zwar die Gefäßveränderung vorhanden ist, aber die Nekrose fehlt, dafür Hämorrhagie vorhanden ist. Von diesen Formen führen Übergänge zum Angiokeratoma (MIBELLI). Neben Folliklis kommen Knoten von Erythema induratum scrophulosorum (BAZIN) vor.

Truffl (Pavia) stellt jede Beziehung des Angiokeratoms zur Tuberkulose in Abrede. Weder die Klinik noch die pathologische Anatomie sprechen für EHRMANN'S Annahme.

Barthélémy trennt scharf akute, rote, generalisierte, außer Beziehung zur Tuberkulose stehende Follikulitis, Aknitis, von den chronischen, braunen, zur Narbenbildung führenden Follikulitiseffloreszenzen. Mit Folliklismaterial ist eine Inokulation der Tuberkulose nicht gelungen. Da aber Beziehungen zur klinischen Tuberkulose doch bestehen, rechnet B. die Folliklis unter die Tuberkulide.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freie Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.“)

IV.

Abteilung für Kinderheilkunde.

HAMBURGER: **Über Verdauung und Assimilation.**

Fremdes Eiweiß ist für jeden fremden Organismus ein Gift. Das ja immer artfremde Nahrungseiweiß schädigt, parenteral eingeführt, jedes Tier. Nur eine Gruppe von Zellen empfindet den Reiz durch artfremdes Eiweiß nicht als einen schädlichen, sondern als einen physiologischen. Die Giftzerstörung ist ihre Funktion. Sie führen das artfremde Eiweiß in artgleiches über, sie assimilieren es. Während aber das artfremde Eiweiß für die Verdauungszellen des Erwachsenen den physiologischen Reiz darstellt, ist es für die des Neugeborenen ein aphysiologischer und daher ein schädlicher Reiz, ein Gift.

Trotzdem aber führen auch die Verdauungszellen des Neugeborenen das artfremde Eiweiß in arteigenes über und verhindern den Durchtritt artfremden Eiweißes in die Gewebe. Sie verhindern auch den Durchtritt artfremden Serums und der darin eventuell vorhandenen Antitoxine, soweit aus bisherigen Versuchen hervorgeht. Ob bei der natürlichen Ernährung das arteigene Eiweiß völlig abgebaut wird, ist noch einwandfrei experimentell festzustellen. Der Nachteil der Kuhmilchernährung liegt in der Schädigung des noch nicht entwickelten Verdauungsapparates des Neugeborenen.

Ogler (Breslau): Die Entkleidung der Arteigenheit geschieht im Magen durch Pepsinsalzsäure; wäre das Wesentliche der Verdauung die Beseitigung der Arteigenheit, so könnten die übrigen Fermente, Trypsin, Erepsin, fortfallen. O. steht auf dem Standpunkte, daß das Wesentliche der Verdauung in der Auflösung der unlöslichen Eiweißprodukte in ihre Spaltungsprodukte besteht. Daß auch die Pepsinsalzsäure für diesen Zweck von wesentlicher Bedeutung ist, geht aus der Untersuchung von FISCHER und ABERHALDEN hervor. Parenterales Eiweiß wird retiniert und wahrscheinlich assimiliert, wie OPPENHEIMER nachgewiesen hat und wie auch aus früheren Untersuchungen von ZUNTZ und MEURING hervorgeht. Daher kommt den Zellen des Verdauungstraktes nicht allein die Fähigkeit zu, das artfremde Eiweiß seiner spezifischen Eigenschaft zu entkleiden, sondern auch die übrigen Zellen des Körpers besitzen diese Fähigkeit.

Langstein (Berlin): Die Tatsache, daß die Tätigkeit des Darmes die Arteigenheit des Organismus gewährleistet, ist ja schon wiederholt diskutiert worden. Auch haben im Jahre 1901 FRÄNKEL und LANGSTEIN gesagt: „Es entsteht aus Eiweiß durch Verdauung mit Pepsin und Salzsäure nicht etwas Gleichartiges, das Pepton, sondern das Eiweißmolekül wird durch diese hydrolytische Spaltung in chemisch ganz differente Bruchstücke aufgespalten, die

chemisch verschiedene Teile des Eiweißmoleküls enthalten.“ Es wird durch eine solche Auffassung klar, so sagten F. und L., daß der Zweck der Verdauung nicht etwa der ist, Eiweiß in Lösung zu bringen, wie man zuerst angenommen hat, oder in gleichmäßige Bruchstücke zu verwandeln, sondern der Organismus zerlegt durch die peptische Verdauung das Eiweißmolekül soweit, daß dann die Möglichkeit geboten ist, aus diesen Bruchstücken etwas Neues, und zwar die dem Organismus eigentümlichen Eiweißkörper aufzubauen. Trotzdem die verschiedenen Eiweißkörper die verschiedenen Gruppen in ganz verschiedener Quantität enthalten, wird doch immer etwas Gleichmäßiges und Identisches geschaffen, die dem betreffenden Organismus eigentümlichen Eiweißkörper. Der Vorgang der Verdauung ist vergleichbar dem Zusammenreißen eines großen Gebäudes, aus dessen einzelnen Teilen eine neue Architektur aufgebaut wird. Wissen wir nun auch, daß dem Darm, resp. seinen Enzymen eine solche tiefgreifende Spaltung zukommt, und wissen wir diese auch in ihrer Bedeutung zu würdigen, so glaubt L. doch, daß es verfrüht wäre, im Darm auch das synthetische Organ des Eiweißmoleküls zu sehen. Diejenigen, die diesen Standpunkt vertreten, stützen sich darauf, daß im Blute bisher keine Scheidungsprodukte gefunden wurden; daß dies aber fast unmöglich ist, auch wenn fast der ganze Transport in niedersten Spaltungsprodukten sich vollzieht, zeigt folgende rechnerische Überlegung, die er gemeinsam mit **BRAUNMANN** angestellt hat: Nehmen wir eine Gesamtmenge des Blutes von 5 l an, und nehmen wir weiter an, es gehen während eines vollständigen Blutumlaufes bei resorbierendem Darm auch nur $\frac{1}{3}$ der gesamten Blutmenge durch die Pfortader, dann passiert in 23 Sekunden etwa 1 l durch die Leber, in der Minute 3 l. Rechnen wir 3—4 Stunden für die Resorption, so wären das, nach unten hin abgerundet, 600 l Blut. Die Stickstoffausscheidung auf 30 g berechnet, würden in 600 l 30 g Stickstoff zu transportieren sein, d. h. die Stickstoffmenge des Blutes ist in 100 cm³ um 0.005 g Stickstoff vermehrt. Rechnen wir die gesamten 30 g Stickstoff auf Aminosäuren, so sind das noch nicht 300 g. Es handelt sich also um eine Erhöhung von nur wenigen Prozenten im Pfortaderblut. Ferner ist es in neuester Zeit tatsächlich auch gelungen, kleine Mengen solcher Spaltungsprodukte im Blute nachzuweisen. Daß es sich dabei stets nur um Spuren handeln kann, geht aus der obigen Überlegung hervor.

Hamburger will durchaus nicht behaupten, daß die biologischen Untersuchungen allein die Rolle des Verdauungsapparates erklären können. Er bleibt aber bei seiner Ansicht, daß die Assimilation im Darne vor sich geht und daß den Körperzellen arteigenes Eiweiß zugeführt wird, das sie dann für ihre Bedürfnisse verwenden.

LANGSTEIN (Berlin): Die Albuminurien im Kindesalter.

Die Eiweißquotienten, d. h. das Verhalten von Euglobulin, Pseudoglobulin und Albumin, verhalten sich bei der zyklischen Albuminurie der akuten und chronischen Nephritis der Kinder gesetzmäßig verschieden. Dabei bleibe vorläufig vollständig dahingestellt, ob das unter physiologischen Verhältnissen beobachtete Euglobulin mit den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpern des Harns identisch ist; vorläufig liegt keine Berechtigung vor, in dem bei den verschiedenartigsten Affektionen im Harn auftretenden, durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper eine physiologische Einheit zu sehen. Bei der orthotischen Albuminurie der Kinder fanden sich drei Typen von Fällen: 1. solche, bei denen nur sogenanntes Euglobulin ausgeschieden wird, 2. solche, bei denen außerdem Albumin zur Ausscheidung gelangt, 3. Fälle, wo sämtliche drei Eiweißkörper in einem gewissen, nicht konstanten Verhältnis ausgeschieden werden. Vortr. kommt durch die Ergebnisse von Stoffwechseluntersuchungen an Fällen von zyklischer Albuminurie zu der Auffassung dieser Erkrankung als einer Stoffwechselstörung. Die Nierenschädigung, die zur Ausscheidung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers führt, dessen Natur eingehend diskutiert wird, kann in vasomotorischen Verhältnissen ihren Grund haben; vielleicht kreist dieser Eiweißkörper bei der zyklischen Albuminurie in vermehrter Menge im Blut und hat vielleicht dieselbe Quelle wie die stark vermehrte Harnsäure und Oxalsäure. Die Albuminurie der Neugeborenen hat in Bezug auf die Natur der ausgeschiedenen Eiweißkörper Ähnlichkeit mit der zyklischen. Sie gehört jedoch nicht in den Bereich der Physiologie des Stoffwechsels.

Hochsinger (Wien) vermißt eine Schilderung der klinischen Symptome der untersuchten Fälle. Er glaubt, daß Infektionskrankheiten ätiologisch wichtig sind. Häufig werden die Kinder später recht elend und man kann doch nicht einen Zusammenhang mit degenerativen Prozessen in der Niere ablehnen.

Pfaundler (Graz) befürwortet eine genauere klinische Forschung der Affektion und weist auf die Untersuchungen der französischen Schule hin. Er glaubt, daß die zyklische Albuminurie eine gewisse Beziehung zur Tuberkulose hat. Viele der Kinder zeigen später tuberkulöse Affektionen verschiedener Art und sterben auch daran.

HOCHSINGER (Wien): Theoretische Betrachtungen über die Kinderkrämpfe.

HOCHSINGER teilt die funktionellen Krämpfe des Kindesalters in Gelogenheits- und Übererregbarkeitskrämpfe ein. Zu den ersteren rechnet er die im Verlaufe der toxisch infektiösen Krankheiten und Vergiftungen entstehenden und von diesen abhängigen, sowie auch die Reflexkrämpfe, bei welchen nach Ablauf der krampfverregenden

Krankheit keine Anomalie des Nervensystems nachweisbar ist. Bei der zweiten Gruppe besteht auch außerhalb der Anfälle psychische Übererregbarkeit, sehr häufig auch in Verbindung mit galvanischer und mechanischer Übererregbarkeit. Die Krampfneigung der Kinder besitzt zwar einen physiologischen Hintergrund, ist aber in jedem einzelnen Falle ein pathologischer Zustand. Die **SOLTMANN**sche Anschauung von der Unerregbarkeit der Hirnrinde des Neugeborenen ist irrig, richtig hingegen, daß der kortikale Hemmungsapparat entsprechend der defekten psychischen Funktion in den ersten Lebenswochen mangelhaft ist. Das Fehlen von Übererregbarkeitskrämpfen in den ersten Lebensmonaten, die große Vorliebe für tonische Dauerspasmus in dieser Zeit, das Prävalieren der Übererregbarkeitskrämpfe in der späteren Säuglingsperiode und die Vorliebe für Schüttelkrämpfe in der späteren Kindheit lassen sich physiologisch begründen, unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse der Gehirnentwicklung und Muskelbewegung. Den letzteren Punkt anlangend, wird die **KASSOWITZ**sche Lehre, daß die beiden histologisch getrennten Substanzen des Muskelgewebes, die Fibrillensubstanz und das Sarkoplasma getrennt innerviert werden, indem die erstere mit den erregenden, die letztere mit den hemmenden Nervenfasern in Verbindung steht, zur Erklärung der differentiellen klinischen Krampfbilder in den verschiedenen Epochen der Kindheit herangezogen. Solange der psychische Apparat noch mangelhaft funktioniert, muß die von der Innervation der hemmenden Fasern ausgehende Erschlaffung, besser Elongation der Muskeln, in den Hintergrund treten, daher Dauerkontrakturen bei Reizung des Zentralnervensystems in den frühesten Lebensepochen an der Tagesordnung sind. Auch die physiologische Myotomie der Neugeborenen findet dadurch ihre Erklärung. Mit zunehmender psychischer Entwicklung ändern sich diese Verhältnisse, so daß später bei intensiven, zu Krämpfen führenden Reizungen des Gehirns exzitierende und hemmende Erregung der Muskulatur abwechseln, wodurch Schüttelkrämpfe hervorgerufen werden. Zur Erklärung des Umstandes, daß die Übererregbarkeitskrämpfe zur Zeit der mächtigsten psychischen und Hirnentwicklung am häufigsten sind, kann angeführt werden, daß Schädigungen allgemeiner Art unter diesen Verhältnissen eine besondere Reizbarkeit der Nervensubstanz inszenieren müssen, genau so wie die Rachitis, unter deren Einfluß die Übererregbarkeitskrämpfe stehen, gerade an den Stellen des intensivsten Knochenwachstums und zur Zeit des intensivsten Schädelwachstums mit besonderer Vorliebe einsetzt. Bei den Gelegenheitskrämpfen, welche niemals mit Beteiligung der Kehlkopfmuskulatur einhergehen, sind die einfachen Konvulsionen von der Myotonie der Säuglinge zu unterscheiden. Die Übererregbarkeitskrämpfe werden in zwei Unterabteilungen gebracht, erstens die einfachen Übererregbarkeitskrämpfe und zweitens die echte Tetanie. Gemeinsames Kardinalsymptom für beide Untergruppen ist die abnorme psychische Reizbarkeit, welche sich am deutlichsten durch das Verkeuchen der Kinder bei Ärger und Weinen zu erkennen gibt. Zu den einfachen Übererregbarkeitskrämpfen rechnet H. die Atemkrämpfe, die Eklampsie und die Nickkrämpfe der Kinder, bei welchen nebst der psychischen auch mechanische und galvanische Übererregbarkeit bestehen kann. Die echte Tetanie der Kinder unterscheidet sich in keinem wesentlichen Punkte von der Tetanie der Erwachsenen: Intermittierende, tonische Extremitätenkrämpfe oder **TROUSSEAU**sches Phänomen nebst obligater mechanischer und galvanischer Übererregbarkeit. Dennoch hält H. es nicht für angezeigt, die Übererregbarkeitskrämpfe der Kinder in Bausch und Bogen als echte Tetanie zu bezeichnen.

LUDWIG MEYER und LEO LANGSTEIN: Beiträge zum Fettstoffwechsel im Kindesalter.

Während die Breslauer Schule heute die Ammoniakvermehrung im Urin magendarmkranker Kinder hauptsächlich auf eine Alkalientziehung durch den Darm, auf eine enterogene und nicht intermediäre Azidose zurückführt, machen Vortragende darauf aufmerksam, daß die intermediäre Azidose beim Säugling wohl berücksichtigt werden muß. Durch Untersuchungen an 6—14jährigen Kindern, die Fleischfettdiät unter Kohlehydratentziehung erhielten, haben Vortragende nachgewiesen, daß eine Neigung zur intermediären Azidosis im jugendlichen Organismus besteht; bei den untersuchten Kindern wurde mehr Azeton ausgeschieden als bei Erwachsenen. Die Hauptmenge des Azetons wurde im Gegensatz zu dem Erwachsenen nicht durch den Urin, sondern durch die Lungen ausgeschieden, und zwar war das Verhältnis von Athem-Azeton zu Urin-Azeton 12:1 und 8:1, während es bei Erwachsenen 1:2, ja 1:6 ist. Stets wurde Oxybuttersäure in erheblicher Menge gefunden. In allen Fällen reagierte der Organismus der Kinder auf die im Körper bestehende Azidosis mit einer Steigerung der Ammoniakausfuhr. Vortragende betonen daher die Schädlichkeit einer Fettnahrung bei der geringsten Störung im Kohlehydratstoffwechsel der Kinder. Da die

Assimilationsgrenze für Zucker beim magendarmkranken Säugling stark herabgesetzt ist, wird leicht eine solche Störung, d. i. eine intermediäre Azidose, eintreten können. Untersuchungen am Säugling selbst müssen indes erst darüber Aufklärung bringen, ob und inwiefern die bei jungen Kindern gewonnenen Resultate auf die Pathologie des magendarmkranken Säuglings übertragen werden können.

Diskussion über den vorstehenden Vortrag und den früheren von Pfaundler (Graz).

Steinitz: Es handelt sich bei den magendarmkranken Kindern nicht um eine Säureintoxikation, sondern um eine relative Azidose, die man vielleicht mit Pfaundler besser Alkalipenie nennen könnte. Die Breslauer Schule glaubt aber doch, diesen Zustand nicht mehr zu den physiologischen rechnen zu können, sondern hält ihn für pathologisch.

Pfaundler betont, daß seine Ansichten nicht so sehr weit vom Standpunkte der Breslauer Schule entfernt sind. In den Versuchen von Steinitz kann Pfaundler nicht eine Steigerung, sondern nur eine Verschiebung der Alkaliausscheidung erblicken.

Orgler (Breslau) sagt in Bezug auf den Vortrag von Meyer und Langstein, daß, wer sich einmal mit kohlehydratfreier Kost ernährt hat, weiß, wie außerordentlich unangenehm das ist.

Meyer betont, daß er auch nicht behauptet habe, die Mattigkeit der Kinder sei direkt als Folge einer Azidose anzusehen.

Notizen.

Wien, 15. Oktober 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der ersten nach den Ferien, demonstrierten zunächst Prim. Schnitzler und Prim. Lotheissen je einen Fall von traumatischer Leberzerreißung, welche durch Tamponade mit Adrenalingaze, resp. durch Naht, zur Heilung gebracht worden ist. — Hierauf stellte Dr. Heim einen 65jährigen Mann vor, bei dem er wegen eines papillomatösen Adenoms des Ileums, das zur Darminvagination geführt hatte, eine Darmresektion vorgenommen hat. — Dr. J. Königstein zeigte einen Nierenbeckenstein, welcher bei einer Frau mit gonorrhöischer Erkrankung der Sexualorgane und der Harnwege spontan abgegangen ist und aus Kohlensäure, sowie aus phosphorsaurem Kalk, Schleim und Eiter besteht. — Sodann hielt Prof. Urbantschitsch den angekündigten Vortrag über den Einfluß der Farbenempfindung auf die Sinnesfunktionen. Vortr. hat durch zahlreiche Untersuchungen die interessante Tatsache festgestellt, daß die Wahrnehmung verschiedener Farben auf alle Sinnesfunktionen steigernd oder schwächend wirken oder die sinnlichen Wahrnehmungen qualitativ abändern kann. Dabei zeigen die Farben keine spezifische Wirkung und diese muß nicht bei jedem Individuum eintreten. Auch subjektive Farbenempfindungen können die Sinneswahrnehmungen beeinflussen; derselbe Effekt kann auch durch Bestrahlung der Haut mit verschiedenem Lichte oder durch Änderung der Körperhaltung hervorgerufen werden. — Schließlich wurde die Diskussion über den in der letzten Sitzung vor den Ferien gehaltenen Vortrag Prof. Wertheims über die Dauerresultate der abdominalen Uterusexstirpation eröffnet. Hofr. Schauta bezeichnete die so gefährliche „Drüsensuche“ als nutzlos, weil nach seinem 60 Fälle (160.000 Serienschnitte) umfassenden histologischen Untersuchungsmaterialie in 43% der Fälle alle Beckendrüsen gesund befunden wurden, in 35% die regionären Drüsen sich als gesund, die der Exstirpation nicht zugänglichen als erkrankt erwiesen. Eine Besserung der Operationsresultate sei nur von einem möglichst frühzeitigen Eingriffe zu erwarten, wobei der Operationsweg dem Ermessen des Operateurs anheimgestellt bleiben müsse. Hofrat Chrobak empfahl, den Ausdruck „Dauerresultate“ durch „Rezidivlosigkeit“ zu ersetzen. Als Vorzüge des vaginalen Operationsverfahrens vor dem abdominalen bezeichnete er die geringere Operationsmortalität und das bessere Befinden der Pat. nach der Operation. Zum Schlusse regte Chr. die Bildung eines Komitees zum Studium der Karzinomfrage an.

(Auszeichnungen.) Dem Vorstande der 14. Abteilung des Reichskriegsministeriums Generalstabsarzt Dr. Josef Uriel ist der Ritterstand verliehen worden. Diese Auszeichnung des allverehrten Chefs des militärärztlichen Offizierskorps wird nicht verfehlen, in den Kreisen der Militärärzte allgemeine Befriedigung zu erregen.

(Franz Schuh.) Am 17. d. M. wird die Stadt Scheibbs in Niederösterreich den hundertsten Geburtstag ihres großen Sohnes, des Chirurgen Franz Schuh, durch Enthüllung einer Gedenktafel an seinem Geburtshause feierlich begehen.

(Personalien.) Der Aktuar des Pensionsinstitutes des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums Dr. Ludwig Klein hat am 11. d. M. in voller geistiger und körperlicher Frische seinen 80. Geburtstag gefeiert. — Aus Berlin schreibt man uns: Generalarzt Dr. Scheibe, bisher Korpsarzt des XV. Armeekorps in Straßburg, ist zum ärztlichen Direktor des Charitékrankenhauses ernannt worden. — Med.-Rat Dr. v. Langsdorff in Emmendingen und Sanitätsrat Dr. Eckermann in Eutin haben vor kurzem ihr 50jähriges Doktorjubiläum begangen. — Der Vorstand der chemischen Abteilung am pathologischen Institute der Charité, Geh. Med.-Rat Professor Dr. E. Salkowski, hat am 11. d. M. seinen 60. Geburtstag gefeiert.

(Universitäts-Nachrichten.) Der ordentliche Professor der physiologischen Chemie an der Universität in Budapest Doktor Franz Tánzl ist zum ordentlichen Professor der Physiologie an der Universität in Innsbruck, der Privatdozent Dr. Stanislaus MaziarSKI zum Extraordinarius der Histologie an der Universität in Krakau ernannt worden. — Geheimrat Franz König ist nach seinem Scheiden von seiner Berliner Tätigkeit nach Jena übersiedelt. — Dr. Georg Joannovics hat sich als Privatdozent für allgemeine und experimentelle Pathologie an der Universität in Wien, Dr. Edmund Hoke für interne Medizin und Dr. Hermann Ulbrich für Augenheilkunde an der deutschen Universität in Prag und Dr. Stephan Horoszkiewicz für gerichtliche Medizin an der Universität in Krakau habilitiert.

(Operationsrevers.) In den mährischen Landes-Kranken- und Gebärnstanen besteht der Gebrauch, daß die Patienten vor Ausführung einer Operation einen Revers zu unterzeichnen haben, in welchem sie sich mit einer eventuell auszuführenden Operation und mit jedem während derselben sich als notwendig herausstellenden Eingriffe einverstanden erklären. Der Revers muß auch die Unterschrift eines Zeugen tragen. Nunmehr hat sich das Ministerium des Innern an die n.-ö. Statthalterei mit der Anfrage gewendet, ob die Einführung derartiger Reverse auch in den Wiener Krankenanstalten als wünschenswert erscheine. Die Statthalterei hat infolgedessen an die Leitungen der ihr unterstehenden Krankenanstalten in Wien eine Zuschrift um Abgabe einer diesbezüglichen gutachtlichen Äußerung gerichtet, die bis zum 20. d. M. zu erfolgen hat.

(Die Irrenfürsorge in Niederösterreich.) Gelegentlich einer kommissionellen Beratung über die Einführung der Familienpflege Geisteskranker in Wien hat sich die bemerkenswerte Tatsache herausgestellt, daß die n.-ö. Irrenanstalten gegenwärtig einen Überbelag von mehr als tausend Kranken aufweisen. Der Referent der Kommission trat warm für die Einführung der Familienpflege der Geisteskranken in Wien ein.

(Sozialhygienisches.) Keine zweite Tatsache kann die Bedeutung ärztlicher Tätigkeit, den Wert der Prophylaxe und die Wirkungen der medizinischen Errungenschaften so sinnfällig illustrieren, wie z. B. die Abnahme der Zahl der Blinden. Dem „Gesundheitslehrer“ entnehmen wir, daß in Preußen allein im Jahre 1871 22.978 Blinde gezählt wurden, während die Statistik für das Jahr 1903 um 1407 Blinde weniger bezeichnet. An dieser erfreulichen Amelioration nehmen in gleicher Weise das Czédésche Verfahren, die aseptische Wundbehandlung und das Krankenversicherungsgesetz teil.

(Preisausschreibung.) Die internationale Vereinigung der Versicherungsärzte hat einen eventuell zu erhöhenden Preis von 750 Francs für die Beantwortung folgender Aufgabe ausgeschrieben: „Es soll die Frage der Zulassungsmöglichkeit der an Eiweißausscheidungen leidenden Antragsteller zur Lebensversicherung untersucht werden unter Angabe eines Mittels zur Unterscheidung zwischen physiologischer und pathologischer Albuminurie.“ Die deutsch, englisch, französisch oder holländisch geschriebenen Arbeiten sind bis zum 1. Mai 1906 an das Sekretariat der Vereinigung in Brüssel einzureichen.

(Die Kölner Akademie für praktische Medizin.)
Der Lehrkörper dieser Akademie setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen: a) Ordentliche Mitglieder: BARDENHEUER, BIER, BOBST, FRITSCH, HOCHHAUS, MINKOWSKI, SCHULTZE, SIEGERT, TILMANN, WALB; b) außerordentliche Mitglieder: CRAMER, CZAPLEWSKI, DREESMANN, FRANK, FUCHS, HOPMANN, LONGARD, MARTIN, MEDER, PRÖBSTING, ZINSSER; c) Ärzte mit Lehrauftrag: DIETRICH, EBERHARD, GOLDBERG, GROSSE-BOHLER, GRÄSSNER, KAYSER, LIEBMAN, LOEB, THELEN.

(Statistik.) Vom 2. bis inklusive 8. Oktober 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7151 Personen behandelt. Hiervon wurden 1506 entlassen, 147 sind gestorben (8,89% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheriti- 87, ägypt. Augenzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 21, Scharlach 44, Masern 48, Keuchhusten 15, Rotlauf 34, Wochenbettfieber 5, Röteln 1, Mumps 6, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 500 Personen gestorben (+ 16 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien am 10. d. M. der k. k. Polizei-Assistenzarzt Dr. JOSEF TOCH, ein hochgeschätzter und überaus beliebter Kollege, im 41. Lebensjahre; in Krumau der Stadtarzt Dr. ANTON SPENGLER, als Opfer seines Berufes, im Alter von 47 Jahren; in Aachen Dr. REY, langjähriger Landtagsabgeordneter, 88 Jahre alt; in New-York der Gynäkologe Professor Dr. PRYOR; in Pisa der pathologische Anatom Prof. Dr. CARBONE.

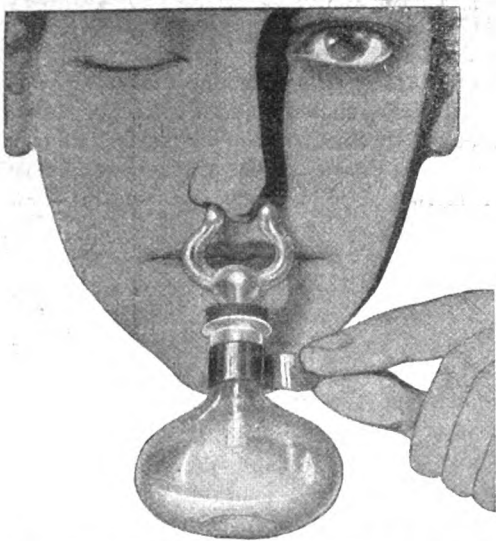
Dr. M. INFELD wohnt jetzt I., Wipplingerstraße 21.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Paul Römer, Die ENRLICHSche Seitenkettentheorie. Wien 1904, Alfred Hölder.
J. Sobotta, Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung. München 1904, J. F. Lehmann.



Krondorfer
natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.
Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kollingasse 4. Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.

Guber Quelle
Wirksamstes
Arsen-Eisen-Wasser
gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven- und Hautkrankheiten etc.
HEINRICH MATTONI, WIEN, I., Tuchlauben 14-16,
10 **Maximilianstr. 5.**
K. u. k. österr. Hof- und Kammerlieferant.

Orthopädische Anstalt
Dr. Max Haudek, WIEN,
I., Bauernmarkt 10. Telefon 12.958.
Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.
Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.
Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen.
Eigene Pension für auswärtige Patienten.

FORMAN.
(Chlormethylmenthyläther, C₁₀H₁₉OCH₂Cl.)
Gegen Schnupfen! Klinisch erprobt und ärztlicherseits vielfach als geradezu
ideales Schnupfenmittel bezeichnet. Bei Influenza als Schutz- und Linderungsmittel sehr empfohlen. Anwendungsformen: Als Vorbeugungsmittel und bei leichten Anfällen Formanwatte. Bei stärkerem Schnupfen Formanpastillen zum Inhalieren mittelst des Formannasenglases. Bei rechtzeitiger Anwendung fast unfehlbar.
Probemengen und Literatur bereitwilligst kostenfrei.
DRESDENER CHEMISCHES LABORATORIUM
LINGNER, Dresden.
Filiale für Österreich-Ungarn: **K. A. LINGNER, Bodenbach a. E.**

Mesotan	Maretin Neues Antipyretikum bei Fieber aller Art, insbesondere bei Fieber der Phthisiker I. und II. Periode. Allmählicher Temperaturabfall. Keine Beeinflussung des Appetits. Dos.: 0,25—0,5 g 1—2mal täglich z. n.	Citarin harnsäurelösendes Formaldehydderivat. Neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack. Dos.: 2-0 g in kaltem Wasser gelöst, 3—4mal täglich (am ersten Tage 5mal) z. n.	Aspirin
Creosotal			Cannigen
Duotal			Protargol
Trional	Theocin-Natr. acetic. Mächtiges Diuretikum bei den meisten hydro-pischen Erscheinungen. Prompt wirkend, leicht löslich. Dos.: 0,3—0,5 g 3—4mal täglich gelöst nach den Mahlzeiten z. n. (Beim Nachlassen der Diurese im Wechsel mit Agurin . Dos.: 1 g 3—4mal täglich.)	Helmitol neues verbessertes Blasenantiseptikum. Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie. Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoeotherapie. Dos.: 1 g 3—4mal täglich z. n.	Aristol
Eisen-Somatose			Aristochin

Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telefon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telefon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Das Wesen und die Bedeutung der Unfallchirurgie. Von Dozent Dr. Anton Bum in Wien. — Über den vererbten Locus minoris resistentiae bei Tuberkulose. (Beitrag zur Lehre von der hereditären Belastung.) Von Dr. Maxim. Wassermann in Meran. — **Referate.** E. de Renzi und G. Borri (Neapel): Das Netz als Schutzorgan. — Clamann (Groß-Schwülper): Zur Technik der serodiagnostischen Reaktion mittelst des Fickenschen Typhusdiagnostikums. — O. Lubarsch (Posen): Über den Infektionsmodus bei der Tuberkulose. — W. Esstein (Göttingen): Über die differentielle Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel. — Maurice (Paris): Über Leberaktinomykose. — K. Colombo (Rom): Die moderne Massage-therapie und ihre physiologische Begründung. — Rose (Prag): Eine Studie über die alkalische Reaktion des Blutes. — Kappeller (Konstanz): Stichschnittwunde des linken Vorhofs, Herznaht, Heilung. — Christovitch (Paris): Contribution à l'étude de la pathogénie de la crise dans la pneumonie fibrineuse. — Weinberg (Paris): Un cas d'appendicite chez le chimpanzée. — **Kleine Mitteilungen.** Wirkung von Bergtouren auf Nervöse. — Purgan. — Anwendung äußeren Druckes bei Schädelnagen. — Dymal. — Buttermilchkonzerve als Säuglingsnahrung. — Mesotan. — Behandlung der Ohrfurunkulose. — Styptol. — Radikaloperation für Hernien. — Analgetikum. — Chlormethylmenthyläther. — Intravenöse Salizylbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus. — **Literarische Anzeigen.** Hygiene und Seuchenbekämpfung. Gesammelte Abhandlungen von Dr. Martin Kirchner, a. o. Professor an der Universität zu Berlin, Generaloberarzt der Reserve. — Praktikum der klinischen chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Von Dr. M. Klopstock und Dr. A. Kowarsky in Berlin. — **Feuilleton.** Syphilis, Schwangerschaft und Vererbung. Von Dr. Eduard Deutsch, emerit. Assistenten der Abteilung Prof. Ed. Lang. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IV. — *Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.* Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) V. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Das Wesen und die Bedeutung der Unfallchirurgie.

Von Dozent Dr. Anton Bum in Wien.

Das Zeitalter, in welchem wir leben und wirken, dürfte für alle Zukunft den Beinamen des „sozialen“ erhalten. Ihm haben die unaufhaltsamen wirtschaftlichen Bewegungen in der Gesellschaft, deren Anfänge in Deutschland und Österreich in das letzte Drittel des vorigen Jahrhunderts fallen, ihren Stempel aufgedrückt; sie haben alles menschliche Wirken und naturgemäß auch die Gesetzgebung mächtig beeinflusst. Die „Wohlfahrtsgesetze“, wie wir alle jene legislatorischen Bestimmungen zu nennen gewohnt sind, die den Angehörigen der arbeitenden Klassen im Krankheitsfalle ärztliche Hilfe, Medikamente und materielle Aushilfe, im Falle einer Verletzung in Ausübung der Betriebsarbeit eine wenn auch kärgliche Rente garantieren, mußten nicht in letzter Reihe auch die Tätigkeit des Arztes tangieren, dem die Entscheidung der Frage zufällt, ob der sich „krank“ Meldende, ob der Verletzte arbeitsfähig ist, ob die erlittene Gesundheitsstörung auf einen Unfall zurückzuführen ist, endlich ob und in welchem Ausmaße die Erwerbsfähigkeit des Verletzten vorübergehend oder dauernd gelitten hat.

Die Aufgaben, welche sonach auf Grund der sozialen Legislatur an den Arzt herantreten, setzen bei demselben außer genauester Kenntnis der Grenzen seiner Befugnisse die Fähigkeit präziser Stellung der Diagnose auf Grund minutioser Untersuchung und eventueller Beobachtung des Verletzten — und nur von diesem will ich heute sprechen —

voraus; sie werden nur von jenem Arzte klaglos erfüllt werden, der, sein Fach voll beherrschend, es gelernt hat, die Erinnerungsbilder früherer Untersuchungsergebnisse, also seine Erfahrung, im vorliegenden Falle zu verwerten, der ohne Voreingenommenheit und Befangenheit die Wahrheit zu erforschen bemüht ist, wobei er der Mithilfe des Verletzten nur zu oft entzogen muß.

So eröffnet sich dem Arzte, vor allem dem Chirurgen, durch das Unfallversicherungsgesetz der Arbeiter ein zum Teil neues, großes Gebiet der Tätigkeit.

Das Material, welches durch das Unfallversicherungsgesetz der Arbeiter der Begutachtung und Behandlung durch den Arzt, zumal den Chirurgen, zugeführt wird, ist ein kolossales, unaufhaltsam steigendes. Im Jahre 1894 waren nach Bödiker in Deutschland nicht weniger als 18 Millionen Menschen ($= \frac{1}{3}$ der Gesamtbevölkerung) obligatorisch unfallversichert; 266.400 entschädigte Unfälle erforderten einen Aufwand von 131.700.000 Mark. Vier Jahre später, 1898, betrug, wie der Lass-Zahnschen Statistik zu entnehmen ist, die Zahl der zur Anmeldung gelangten Unfälle 407.522, was einer Steigerung der Inanspruchnahme um mehr als 65% binnen 4 Jahren gleichkommt.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß dieses Riesensmaterial, von welchem ein bemerkenswerter Teil sorgfältigste wissenschaftliche Bearbeitung im Interesse objektiver Entscheidung durch die gesetzlichen Instanzen erfordert, von einschneidendem Einflusse sein mußte auf die praktische Wirksamkeit des Chirurgen nicht nur, sondern auch auf die Wissenschaft, soweit sie Chirurgie und deren Grenzgebiete umfaßt.

Es wird mein Bestreben sein, in meinen heutigen Ausführungen darzulegen, daß sich dieser Einfluß — abgesehen

von der Förderung der Statistik — auf Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Verletzungen erstreckt.

* * *

Die Nötigung sorgfältiger Analyse des Einzelfalles bedingt eingehendes Studium der Ätiologie der Verletzungen und der durch ein Trauma erzeugten oder verschlimmerten Krankheiten. Die Literatur der traumatischen Erkrankungen zumal hat seit dem Inslebentreten des Unfallversicherungsgesetzes der Arbeiter eine außerordentliche Vermehrung erfahren und uns dank zahlreichen Arbeiten verlässlicher Beobachter Aufschluß über den Zusammenhang zwischen Trauma und klinischen Erscheinungen gegeben, der uns früher nichts weniger als geläufig war. Ich verweise diesbezüglich neben der Deutung so mancher uns früher rätselhaften Verletzung (z. B. der „Arbeitsfrakturen“) auf die nach Übertreibung mancher Art nunmehr der Klärung sich nähernde Frage der traumatischen Neurosen, der Hernia traumatica, des Einflusses des Traumas auf Osteomyelitis, auf Tuberkulose der Sehnen, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Knochen und Gelenke, auf sonstige schwere Gelenkerkrankungen, z. B. die Arthritis deformans traumatica, auf Krankheiten der inneren Organe, Geschwulstbildung etc.

Nicht minder befruchtend wirkt die Chirurgie der Unfälle auf die Entfaltung der diagnostischen Fähigkeit der Chirurgen. Ich hatte vor Jahresfrist Gelegenheit, in einem vor der k. k. Gesellschaft der Ärzte gehaltenen Vortrage ¹⁾ der Schwierigkeiten zu gedenken, die sich hier dem Unfallchirurgen entgegenstellen, welcher unter viel ungünstigeren äußeren Verhältnissen zu arbeiten genötigt ist, als der Kliniker oder der Arzt in der gewöhnlichen Praxis. „Hier sind ja jene Imponderabilien ausgeschaltet, die sonst im Verkehr zwischen Arzt und Kranken eine so wichtige Rolle spielen und im gegenseitigen Vertrauen wurzeln.“ Der Arzt begegnet hier nur zu häufig direktem Mißtrauen, weil er dem seine materiellen Interessen verfechtenden Verletzten nicht als Helfer und Berater, sondern als Richter erscheint, dessen Urteil bestimmend ist für die nächste, nicht selten für alle Zukunft des Verletzten. Der Arzt, der unter so schwierigen Umständen berufen ist, die Wahrheit zu erforschen, darf sich nicht darauf beschränken, sich selbst ein Urteil zu bilden, er muß dasselbe auch motivieren und den Befund und die aus demselben gezogenen Schlüsse forensisch in auch Laien — den Richtern — durchaus verständlicher Form zergliedern und erläutern. Er ist endlich berufen, eine gewissenhafte Abschätzung der Erwerbsbeschränkung des Verletzten vorzunehmen, die ohne genaue Kenntnis einerseits der Prognose der vorliegenden Verletzung, andererseits der Anforderungen unmöglich ist, welche die Art der Arbeit des Untersuchten an diesen stellt, wobei genau zwischen Arbeitern, die lediglich rohe Körperkraft anwenden, und solchen zu unterscheiden ist, welche neben ihrer Kraft eine gewisse Behendigkeit und Geschicklichkeit verwerten müssen, ferner zwischen solchen, die grobe oder feinere Handarbeit und solchen, die kunstgewerbliche Arbeit verrichten.

Schon aus diesen knappen Andeutungen ist zu ersehen, in welchem Maße die an die diagnostischen Fähigkeiten des Unfallarztes gestellten Anforderungen geeignet sind, einerseits sein selbständiges, vorsichtig und unter sorgfältiger Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles gefaßtes Urteil zu festigen, und wie sie ihn andererseits dazu drängen, die ihm zu Gebote stehende Untersuchungsmethodik zu verfeinern und zu erweitern.

Der erhöhten Sorgfalt und Genauigkeit der Untersuchung im Vereine mit der Ausgestaltung der Methodik, zu welcher nicht in letzter Reihe die Radiodiagnostik zählt, hat die Chirurgie der Verletzungen schon manche Förderung zu

danken. Ich will hier nur darauf verweisen, daß zahlreiche, früher mit der Pauschal-diagnose „Kontusion“ abgetane Verletzungen sich nunmehr als Gelenkfrakturen, Distorsionen als Subluxationen, Wirbelsäulenquetschungen als Wirbelbrüche entpuppten, erinnere an die durch die Unfallchirurgie bewirkte Darlegung der „Fußgeschwulst“ als Metatarsusbruch, an die früher so selten diagnostizierten Luxationen, Subluxationen und Frakturen der Karpalknochen, den traumatischen Plattfuß und die relativ häufige Kompressionsfraktur des Calcaneus.

Des weiteren haben wir durch die Nötigung zu genauerer Untersuchung und Beobachtung teils neue, bisher kaum beachtete Krankheitsbilder kennen gelernt, teils erfahren, daß bestimmte Verletzungen, die bisher als Raritäten betrachtet wurden, weil sie nur selten diagnostiziert worden sind, keineswegs so überaus selten sind, teils uns bemüht, uns wohlbekannt klinische Symptome genauer zu studieren, um Übertreiber und Simulanten zu entlarven. In ersterer Beziehung verweise ich auf das nach relativ unbedeutenden Traumen auftretende „harte traumatische Ödem“ des Hand- und Fußrückens, das SÉCRÉTAN zuerst beschrieben hat, auf das traumatische intramuskuläre Osteom, auf die mit dem Namen „Dérangement interne“ bezeichnete Luxation des inneren Meniscus des Kniegelenkes, auf die BENNETTSche Schrägfraktur des proximalen Daumenmetakarpus, auf die traumatische Gelenksmaus, deren Kenntnis durch WEICHSELBAUM gefördert worden ist, auf die nicht gerade zu den äußersten Seltenheiten zählende Luxation der Sehne des Peroneus longus, des Tibialis anticus und des langen Bizepskopfes, Verletzungen, die, an sich unbedeutend, in der Unfallchirurgie eine recht bemerkenswerte Rolle spielen.

Neben der Erweiterung unserer pathologischen Erfahrung hat uns die intensive Beschäftigung mit Unfallsfolgen auch zur Perlustrierung der physiologischen Gesetze der Bewegung geführt, deren genaue Kenntnis ja Voraussetzung der Diagnose jeder Bewegungsstörung ist. Wir haben alle Veranlassung, den Details physiologischer Gelenkbewegung, der Synergie und dem Vikariat der Muskelarbeit vollste Aufmerksamkeit zu schenken, wollen wir auf der Höhe unserer Aufgabe als Diagnostiker stehen.

Ganz besondere Bedeutung aber besitzt die Unfallchirurgie für die chirurgische Therapie. Es darf rückhaltlos ausgesprochen werden, daß wir hier durch die früher von uns gemachten Fehler gelernt haben, deren Folgen unter der Lupe der sozialrechtlichen Medizin zu deutlicher Wahrnehmung gelangt sind.

Die Fehler betreffen fast ausschließlich die Initialbehandlung. Ist das Handeln und Unterlassen jenes Arztes, dem die erste Behandlung der Verletzung oblag, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle maßgebend für den Effekt der Gesamtbehandlung, für das Schicksal des Verletzten, so trifft dies in weitaus erhöhtem Maße dort zu, wo es sich um Angehörige der arbeitenden Klasse, mithin nur zu häufig darum handelt, ob der Verletzte aus dieser Behandlung arbeitsfähig oder als Krüppel hervorgeht.

Wenn ein Rentier nach einer Verletzung infolge unzureichender, die Wiederherstellung der Funktion nicht vorsorgender Therapie eine Fingerankylose davonträgt, so ist derselbe hierdurch sicherlich geschädigt, in seiner Existenz aber nicht bedroht. Anders der Arbeiter. Für ihn bedeutet ein solcher Ausgang einer Verletzung trotz der ihm durch das Gesetz gewährleisteten, einen Bruchteil seines Arbeitsverdienstes darstellenden „Rente“ ein schweres Unglück, für die Gesellschaft einen Krüppel mehr.

Die Außerachtlassung möglichst vollständiger Wiederherstellung der Funktion birgt aber für den Unfallverletzten noch weitere Gefahren, und diese betreffen die Psyche des Verletzten. Die Forderung SELIGMÜLLERS, welcher sagt: „Die Aufgabe der die Verletzten zuerst behandelnden und begutachtenden Ärzte ist es, der Entstehung der Unfall-

¹⁾ A. BUM, Zur chirurgischen Unfalldiagnostik. („Wiener Med. Presse“, 1903, Nr. 15 und 16.)

neurosen soviel als möglich vorzubeugen“, ist eine voll berechnete und wohl auch ausführbare. Nicht ohne Grund hebt SEELIGMÜLLER die Verantwortlichkeit des zuerst behandelnden Arztes hervor, denn es kann nicht geleugnet werden, daß es als erste Aufgabe dieses Arztes bezeichnet werden muß, mit der anatomischen die funktionelle Heilung anzustreben, damit der Eintritt jenes für die Psyche des Unfallverletzten ganz besonders gefährlichen Zustandes verhütet werde, in welchem der anatomisch „Geheilte“ erkennt, daß er noch immer arbeits- und erwerbsunfähig ist, zunächst fürchtet, bald aber lebhaft wünscht, es zu bleiben und eine möglichst hohe Rente zu erlangen. Die künstliche Züchtung von Rentenschwindlern und Unfallneurasthenikern muß nur allzu oft auf ungeeignete chirurgische Anfangsbehandlung zurückgeführt werden. Dieselbe fällt um so schwerer in die Wagschale, als mit der Ausdehnung der Unfallversicherung das Streben der Verletzten nach einem arbeitslosen, durch eine Rente ermöglichten Leben in erschreckender Zunahme begriffen ist.

Das „Principiis obsta“ hat daher — wie LEDDERHOSE *) hervorhebt — für die soziale Heilkunde die allergrößte Bedeutung. Wer Gelegenheit hat, die schweren und für die Funktion des Gliedes so folgenschweren Phlegmonen zu sehen, die aus ungeeigneter aseptischer und physikalischer Behandlung von Weichteilverletzungen, zumal der Hände, resultieren, wer des weiteren aus Lage und Länge der Narben auf ungeeignete chirurgische Behandlung der Phlegmonen selbst Schlüsse zu ziehen allen Anlaß hat, wer nur zu oft totale Fingerankylosen, ja vollständige Steifigkeit der Arbeiterhand nach Verletzung eines einzigen Fingers festzustellen in die Lage kommt, ist wohl berechtigt, hier die Initialbehandlung bezüglich Wundtherapie, Behandlung des infektiösen Prozesses und Verbandtechnik anzuklagen. Zumal in letzterer Beziehung wird durch allzu umfangreiche, alle Gelenke fixierende, ungebührlich lange fortgesetzte Verbände viel gesündigt und das antiseptische Gewissen auf Kosten des funktionellen Gewissens (THEEM) beruhigt.

Die Unfallchirurgie stellt sich eben in jeder Hinsicht als prophylaktische Chirurgie dar, welche bei Weichteilverletzungen ihre Vorsorge auch auf die Narbenbildung ausdehnt, indem sie einerseits, wie bereits hervorgehoben, für möglichste Erzielung der prima intentio sorgt, andererseits noch vor definitiver Etablierung der Narbe bemüht ist, durch Dehnung und Bewegung der verletzten Teile Narbenkontrakturen zu verhüten. Dies gilt selbstredend nicht nur für Hautnarben, sondern in erhöhtem Maße für zikatrizielle Schrumpfung der Muskulatur.

Von geradezu vitaler Bedeutung für die Funktion zumal der oberen Extremität ist die rechtzeitige und richtige Vornahme der Sehennaht nach Verletzungen und Zerreißen von Sehnen.

Nicht minder verhängnisvoll für die Zukunft des Unfallverletzten ist die Art der Behandlung subkutaner Knochenbrüche. Auch hier haben wir durch die funktionelle Depravierung Verletzter nach einfachen Frakturen gelernt, deren lediglich anatomische Wiederherstellung dem behandelnden Arzte als zu erstrebendes Ziel vorgeschwebt hat. Wir haben gesehen, daß wochenlange Immobilisierung für die Kallusbildung zumal an den nicht belasteten oberen Extremitäten nicht nötig, bezüglich der Wiederherstellung der Funktion geradezu verhängnisvoll ist; wir haben erkannt, daß eine entsprechende Reposition der Frakturenden vorausgesetzt, bei Diaphysenbrüchen der oberen Extremität statt des durch Zirkulations- und Ernährungsstörungen gefährdenden zirkulären Gipsverbandes häufig zu wechselnde Schienen- oder Kapselverbände, baldige, vorsichtige Bewegungsversuche, bei gleichen Frakturen der unteren Extremität Extensions- resp. Gehverbände, bei Gelenkfrakturen und juxta-artikulären Brüchen

*) LEDDERHOSE, „Deutsche Klinik“, 1903.

sowie bei Frakturen des Olekranon und der Patella mit geringen Diastasen mit Rücksicht auf das abweichende Verhalten des Kallus bei solchen Brüchen mobilisierende Behandlung teils allein, teils abwechselnd mit nur wenige Tage liegenden leichten, eventuell artikulierten Verbänden, bei größeren Diastasen oder Fragmenten Knochennaht mit bald beginnenden Bewegungen angezeigt ist. Wohl wird man sich auch hier vor jeder Art des Schematisierens und der Übertreibung sorgfältig hüten und den Einzelfall gemäß den Besonderheiten desselben behandeln müssen, wobei die volle Beherrschung der Technik keine Nebenrolle spielt. Es ist eben nicht nur bequemer, sondern auch um vieles leichter, die frakturierte Extremität auf Wochen hinaus mit einem Gipsverbande zu versorgen, als durch regelmäßige Kontrolle des Standes der Fragmente, des Verlaufes der Kallusbildung, durch baldige Vornahme der Gymnastik und Massage Ankylosenbildung und Muskelatrophie vorzubeugen. Wenn die Unfallheilkunde uns nichts anderes gelehrt hätte, als eine die Funktion voll berücksichtigende Umwandlung der Technik der Frakturbehandlung, sie hätte hierdurch allein segensreichen Einfluß geübt.

Muß es also als die Aufgabe chirurgischer Therapie der Knochenbrüche, zumal der Gelenkfrakturen, aber auch anderer schwerer Verletzungen der Gelenke bezeichnet werden; der Entstehung der Gelenksteife mit allen Mitteln der Technik, vor allem durch rechtzeitige Heranziehung der Mechanotherapie, vorzubeugen, so wird der vorsorgliche Chirurg dort, wo aus welchen Gründen immer Ankylosenbildung nicht verhütet werden kann, das Zustandekommen derselben in jener Stellung zu bewirken bemüht sein, die den Gebrauch des Gliedes nicht vollständig unmöglich macht. Die alten Regeln der Chirurgie, nach welchen Ankylosen der Finger und des Handgelenkes in Mittelstellung, des Ellbogen- und Sprunggelenkes im rechten Winkel (bei ersterem in maximaler Supination des Vorderarmes, bei letzterem behufs Vermeidung der Valgusstellung in leichter Supination des Fußes), des Hüft- und Kniegelenkes in annähernd gestreckter Stellung anzustreben sind, besitzen in der Unfallchirurgie erhöhte Bedeutung.

Ist ein Gelenk in für die Funktion relativ günstiger Stellung ankylosiert, so ist es noch immer brauchbarer als jenes, welches minimale Bewegungen in den physiologischen Exkursionsebenen oder gar abnorme seitliche Bewegungen gestattet. Wir werden daher vom Standpunkte der Unfallheilkunde die Vornahme der Resektion in guter Stellung ankylosierter Gelenke perhorreszieren, weil wir fürchten müssen, an Stelle des nicht mehr schmerzhaften versteiften Gelenkes eine empfindliche Nearthrose zu erhalten, welche für die bei komplizierten Bewegungen häufig nötige Fixation des Gelenkes fast ebenso unbrauchbar ist wie ein Schlottergelenk.

Wir dürfen ja ein Moment nicht vergessen, das gerade in der Unfallheilkunde eine wichtige Rolle spielt, ohne deshalb als Prämie für Außerachtlassung funktioneller Restitution gelten zu dürfen, d. i. eine gewisse Gewöhnung an versteifte und verkürzte Glieder seitens des Verletzten. Wenn wir die erheblichen Fortschritte in der Gebrauchsfähigkeit von Extremitäten bei Verletzten sehen, die nicht unfallversicherungspflichtig resp. berechtigt sind — Verletzungen außerhalb des Betriebes, in nicht versicherungspflichtigen Kleinbetrieben —, die also ihre Arbeit möglichst frühzeitig wieder aufzunehmen gezwungen sind, wenn sie nicht verhungern wollen, und diese mit den Verletzungen bei Unfallversicherten vergleichen, die im Rentengenusse stehen, so haben wir nur zu oft Gelegenheit, den wohlthätigen Einfluß der Arbeit auf die Funktion des verletzten Gliedes zu bewundern. Gleichzeitig aber sehen wir, wie geschickt der Mann, der arbeiten muß, das Vikariat von Muskeln und Gelenken benutzt, um die von ihm verlangte Arbeit schlecht und recht, nicht selten geradezu vollendet, zu leisten.

Die Gewöhnung an die Folgen einer Verletzung, die sich in einzelnen, zumeist nicht versicherten Fällen geltend macht, bleibt bei Unfallversicherten aus bekannten Gründen gänzlich aus. Das sind die Schattenseiten der Wohlfahrts-gesetze, die GERSTEIN treffend mit den Worten kennzeichnet: „Während früher mit Beendigung des Empfanges des Krankengeldes (nach 20 Wochen) die Zeit des Feierns aufhörte, die Not zur Arbeit zwang und die schmerzhaften Gelenke durch Übung bei der Arbeit die Steifigkeit verloren, die Muskulatur gekräftigt wurde, wartet es jetzt der Verletzte mit Seelenruhe ab, ob sich die Steifigkeit von selbst verliert, die Muskeln durch Schonung und Ruhe sich kräftigen.“

Wohl besitzen wir in den mediko-mechanischen Instituten die Möglichkeit, durch wohl dosierte, dem Einzelfalle angepaßte Arbeit einen Übergang zur wirklichen Arbeitsaufnahme zu schaffen, und tatsächlich wird in Deutschland hierdurch so manche Existenz gerettet. Wir in Österreich sind ja leider hier rückständig, denn unser Gesetz gestattet den Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten leider nicht, auf die Behandlung des Verletzten, bei welchem das Heilverfahren seitens der Krankenkasse eingestellt worden ist, eine bestimmende Ingerenz zu nehmen.

* * *

Ich konnte hier nur die wichtigsten Momente hervorheben, welche den mächtigen Einfluß der sozialen Medizin auf die Chirurgie als Vereinigung von Wissenschaft und Kunst zu exemplifizieren geeignet erscheinen. In dieser Beleuchtung werfen die hier in Betracht kommenden Dinge fast ausnahmslos andere Schatten, als wir sie zu sehen gewohnt sind, und die Lehren der Chirurgie erhalten in der Ära der obligatorischen Unfallversicherung der Arbeiterheere den Charakter von Kriegsartikeln. Der Schwerpunkt unserer Tätigkeit liegt eben nicht in der anatomischen Heilung, sondern in der Wiederherstellung der Arbeitstüchtigkeit des Verletzten, in der Verhütung schwerer, die Arbeitsfähigkeit in Frage stellender Unfallsfolgen. Diesen von allen beteiligten Faktoren gestellten Forderungen hat die Chirurgie der Unfälle wissenschaftlich und technisch zu entsprechen.

Über den vererbten Locus minoris resistentiae bei Tuberkulose.

(Beitrag zur Lehre von der hereditären Belastung.)

Von **Dr. Maxim. Wassermann** in Meran.

In der „Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen“ hat TURBAN-DAVOS¹⁾ interessante statistische Daten veröffentlicht, aus denen hervorging, daß bei sich ähnelnden Mitgliedern einer Familie immer derselbe Lungenlappen vorwiegend erkrankt, also daß eine angeborene Disposition zu dieser Erkrankung im vererbten Locus minoris resistentiae in der Lunge bestehe.

Seither behandelte ich drei sich auffallend ähnelnde Fälle, welche gerade in puncto der Vererbung des Locus minoris resistentiae gegen die Tuberkulose sehr interessante Betrachtungen einem jeden Unbefangenen aufdrängen. In meiner Praxis als Kuarzt in Meran sah ich bloß dreimal (und zwar gleich in den ersten Meraner Jahren) eine Tuberkulose des Zentralnervensystems und seiner Hüllen als Haupterkrankung sich entwickeln. Alle dreimal handelte es sich um junge Mädchen von 18–20 Jahren, mit mäßig fortgeschrittener Tuberculosis pulmonum, bei denen im weiteren Verlaufe eine Tuberkulose des Zentralnervensystems ausbrach und in kurzer Zeit die Patientinnen

¹⁾ TURBAN-DAVOS, „Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen“, Bd. I, Heft 1 u. 2: Die Vererbung des Locus minoris resistentiae bei Lungentuberkulose.

dahinraffte. In allen 3 Fällen ergab die Anamnese eine ausgesprochene hereditäre Belastung gerade in Bezug auf Erkrankungen des Zentralnervensystems. Und wichtig ist dabei, daß jedesmal in der Aszendenz schwere Zerebralerkrankungen nichttuberkulöser Natur vorhanden waren. Wahrscheinlich handelte es sich also in meinen Fällen um einen angeborenen, ererbten Locus minoris resistentiae für verschiedene Arten von Krankheiten überhaupt, nicht nur für Tuberkulose. In diesem Locus minoris resistentiae siedelte sich nach erfolgter Erkrankung der Lunge an Tuberkulose metastatisch ebenfalls Tuberkulose an, sowie in einem z. B. durch ein Trauma gesetzten Locus minoris resistentiae eines Knochens bei Lungenschwindsüchtigen sich Tuberkulose ansiedeln kann.

Ja, man kann den vererbten Locus minoris resistentiae noch genauer begrenzen. So z. B. hatte die erste Patientin (Fall I, Fr. K.) einige taubstumme Cousins und Cousinen. Und als dann die Tuberkulose der Lunge auf das Zentralnervensystem übergang, ließ sich deutlich die Hauptbeteiligung des linken Schläfelappens konstatieren.

Ich will nun Auszüge aus den drei Krankengeschichten wiedergeben, wobei ich die selbstverständliche Therapie u. dgl. aus Raumersparnis übergehe.

Fall I. Fr. B. K., 20 Jahre alt.

Über deren Familie erhielt ich durch die Liebenswürdigkeit eines Kollegen folgende interessante Daten: Der Vater der Verstorbenen starb im besten Mannesalter an Typhus abdominalis. Ein Bruder des Vaters starb an Phthise in jungen Jahren. Ein Cousin väterlicherseits starb im frühesten Kindesalter an Gehirnhautentzündung, eine Cousine starb im 20. Lebensjahre an einer Hirnerkrankung. Mindestens 5 Geschwisterkinder mütterlicher- und väterlicherseits sind taubstumm. Die Mutter der Verstorbenen war ein Geschwisterkind des Vaters, d. h. die beiderseitigen Mütter waren Geschwister. Ein Bruder der Mutter war ein Kretin, ein anderer starb im Irrenhause in B. an Paralysis progressiva. Aus dieser Ehe zwischen zwei Blutsverwandten, welche zwar beide sehr kräftig, aber stark hereditär belastet waren, gingen mehrere Kinder hervor, von denen das älteste blöde war und im Knabenalter angeblich an einem Herzfehler starb. Ein zweiter Bruder ist ebenfalls blöd und nähert sich dem Typus des Kretins. Ein dritter ist auch etwas beschränkt und hat ebenfalls einen Kropf. Eine Schwester hatte als Kind Lymphomata colli und wurde dieserhalb operiert. Die übrigen zwei Geschwister sind gesund und kräftige, aufgeweckte schöne Menschen, wie es die Patientin auch war. Als kleines Kind machte die Patientin Masern durch. Später war sie außer wiederholten Bronchialkatarrhen stets gesund.

Nach einer vor etwa 2 Jahren erfolgten Influenza mit starkem Fieber und Kopfschmerzen blieb ein mehrfach rezidivierender Husten zurück. Im Herbst 1899 erkrankte die Patientin unter Fieber, Nachtschweissen, Stechen auf der Brust. Auch hustete sie damals etwas Blut aus. Nachdem sich alle stürmischen Erscheinungen gelegt hatten, wurde Patientin Anfang November 1899 nach Meran geschickt. Status am 7. Dezember 1899: Pat. von großem, kräftigem, ebenmäßigem Knochenbau, gesunder Gesichtsfarbe, gut entwickelter Muskulatur, gut genährt. Hohe Intelligenz, gute Bildung. Obere Luftwege etwas katarrhalisch. Über der rechten Lungenspitze eine schwache Dämpfung, ebendort bronchiales Exspirium. Rasselgeräusche vorn bis zur 4. Rippe, hinten bis zum Angulus scapulae; im linken Oberlappen spärliche Rasselgeräusche vorn, unter der linken Clavicula hörbares Exspirium. Großer Hustenreiz, Auswurf spärlich, zähe. Darin kleine Eiterstücke mit frischem Blut; Mikroskopisch: Tuberkelbazillen positiv, ebenso elastische Fasern. Nachmittags steigt die Temperatur bis auf 38.9° C.

In kurzer Zeit besserte sich in Meran der Zustand ein wenig. Es stellte sich Appetit ein, der Husten war geringer, aus dem Auswurf verschwanden Blut und auch die elastischen Fasern. Die Temperatur fiel zur Norm. Auch der innere Befund besserte sich, besonders links verschwanden die Rasselgeräusche und es blieb bloß hörbares Exspirium. Das Körpergewicht stieg in einer Woche um 1 kg. Nur Kopfschmerzen quälten die Patientin zeitweise, beson-

ders in der linken Kopfhälfte und im Hinterhaupte. Medikamentöse Mittel halfen dabei sehr wenig.

Mitte Dezember hatte die Patientin einen heftigen Schreck und große Aufregung. Danach Weinkampf, sehr starke Kopfschmerzen. Abends trat etwas Fieber auf. Das Fieber weicht auch die folgenden Tage nicht, sondern wird stärker, die Kopfschmerzen, besonders wieder auf der linken Seite, trotzen allen Mitteln.

26. Dezember: Befund der Lunge unverändert. Patientin zeitweise benommen, gibt verkehrte Antworten. Ophthalmologischer Befund negativ, Sensibilität und Motilität normal, Reflexe normal. Diazoreaktion negativ.

Langsam verstärken sich immer mehr die zerebralen Symptome.

29. Dezember: Gedächtnis gestört. Hartnäckige Obstipation, hohes Fieber, ungenügende Reaktion auf Anreden. Abends ausgesprochene Surditas verbalis; Erbrechen ohne Nausea, Stauungspapille, Lichtreaktion der Pupille aufgehoben.

31. Dezember: Genickstarre. Der Kopf stets tief eingegraben in die Kopfkissen. Strabismus. KERNsches Symptom. Diazoreaktion positiv.

3. Januar: Delirien, Floccilegium. Exitus.

Wir sehen hier also bei einer Lungentuberkulose monatelang dauernde Kopfschmerzen, die besonders links auftreten. Nach einer Aufregung kommt es zur Verstärkung derselben mit Fieber und zur Häufung von Symptomen, die auf eine Ausbreitung einer Gehirnerkrankung deuten; immer aber erscheint diese ziemlich lokalisiert, bis sich auch ein ausgesprochenes Lokalsymptom, die Surditas verbalis, zeigt; dies deutet darauf hin, daß zuerst der linke Schläfelappen affiziert war und sich von dort aus der Prozeß ausbreitete.

Der zweite Fall ist bis auf seine verschiedene Lokalisation im Gehirn dem ersten sehr ähnlich:

Fall II. Fr. E. Z., 20 Jahre alt, aus B.

Der Vater starb vor 11 Jahren an Paralysis progressiva in einer Anstalt. Die Mutter lebt, hat vor 11 Jahren eine Rippenfellentzündung durchgemacht, und der Arzt hatte ihr damals gesagt, sie wäre lungenkrank. Doch hat sie seither nie gehustet, noch sonst Beschwerden gehabt. Die Großmutter mütterlicherseits war irrsinnig; ein Bruder der Mutter war ebenfalls irrsinnig, eine Schwester derselben war mikrocephal und starb im Alter von 19 Jahren in einer Anstalt.

Die Patientin wurde vor einigen Jahren im Winter krank, hustete oft sehr stark und kam körperlich herunter, erholte sich aber immer wieder. Doch seit dem Winter 1899 hatte sie nie aufgehört, krank zu sein, und da ließ sie sich in die Belziger Lungenheilstätte aufnehmen, wo es ihr besser ging. Später wurde es wieder ärger und die Mutter brachte sie nach Meran.

Status am 27. Januar 1901: Die intelligente ruhige Patientin ist von sehr hoher Statur, mager, Brustkorb eingefallen, Gesichtsfarbe und sichtbare Schleimhäute blaß.

Rechts vorn Dämpfung bis zur zweiten Rippe, rechts hinten bis zur Mitte des Schulterblattes. Links oberhalb der Clavicula Dämpfung. Entsprechend den Dämpfungen rechts oben bronchiales, links oben unreines Atmen, Rasselgeräusche über der ganzen Lunge. Temperatur: Tagesschwankung von 36—38·5° C. Starke Nachtschweiße, Husten, besonders in der Früh quälend, Tuberkelbazillen und elastische Fasern positiv.

Bald besserte sich der Befund etwas. Die Rasselgeräusche über dem rechten unteren und mittleren Lappen wurden geringer, im linken Unterlappen verschwanden sie ganz. Auch das Fieber legte sich.

Bis Mitte Februar, wo eine kleine Rezidive auftrat, eine Gewichtszunahme von 3 Pfund. Zwar hielt bei dieser Rezidive das Fieber bloß einige Tage an, doch die Appetenz blieb seither dauernd vermindert. Später stellte sich große Neigung zum Erbrechen ein. Patientin wird sehr empfindlich, weint oft aus geringfügiger Urrache.

13. März: Wieder Fieber, abends 38·9° C, ohne daß sich auf der Lunge irgendwelche Verschlimmerung konstatieren ließe.

16. März: Temperatur unter 38° C. Der Auswurf geringer, der Husten ebenfalls. Damaliger Befund: Über der ganzen rechten Lunge und dem linken Oberlappen unreines, hie und da mit Rasselgeräuschen durchsetztes Atmen; auch links hinten unten etwas Rasselgeräusche. Über dem rechten Oberlappen Verdichtung und ebenda bronchiales Atmen.

19. März: Abends Fieber über 39° C, das allen Mitteln trotzt. Pulsus frequens, celer, levis, 120 in der Minute. Atmen frequenter, Verstopfung, 2mal Erbrechen.

21. März: Patientin hat in der Nacht Krämpfe bekommen, ballte sich ganz zusammen, der Rücken gekrümmt, Füße aufgehoben, und wurde dann vollkommen bewußtlos.

Gemeinschaftliche Untersuchung mit Dr. M. B., der, da ich nicht momentan erscheinen konnte, inzwischen geholt wurde: Tonischer Krampf der Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten mit Überwiegen der Flexoren; mehr links wie rechts. Starker Trismus, Zunge blutig gebissen. Pupillen erweitert, starr, auf Licht kaum merkbare Reaktion. Bewußtsein vollkommen verschwunden, auf Nadelstiche keine Reaktion.

Nach Einlauf von 2·5 g Chloralhydrat und Eisbeutel auf den Kopf sind die Kontraktionen nachmittags gelöst. Bei Druck auf die Fußspitze starker Klonus. Beim Kitzeln der Fußsohlen bewegen sich die Zehen dorsal.

22. März früh: Noch immer tiefe Bewußtlosigkeit, schwache Kontraktionen der oberen, stärkere der unteren Extremitäten. In den von den halboffenen Lindern freigelegten Partien des Bulbus oculi Xerose. Auf Berühren der Augenbindehaut gar keine oder schwache Kontraktion.

Dieser Zustand hält an. Bloß Chloralhydrat löst die Kontraktionen. Unwillkürlicher Stuhlabgang, Urinverhaltung, Urin muß mit Katheter genommen werden. Im Urin etwas Eiweiß.

Ein eigentümliches Symptom dieser Periode will ich besonders erwähnen. Beim Berühren der Wangen sofort lebhafte Röte (Tâches cérébrales), doch auf dem weißen Kinn blieb dieser Versuch vergeblich, ja sogar (am Nacken) applizierte Emplastra cantharidarum und Sinapismen versagten, die Haut rötete sich kaum darunter.

Nackenstarre war nie ausgesprochen vorhanden, die Kranke war im Rücken biegsam. Eine Mehrbeteiligung der linken Körperhälfte war von Anfang an deutlich zu konstatieren. (Also wahrscheinlich rechte Konvexität mehr angegriffen.) Abends trat Trachealrasseln ein und am 23. März früh nach einem Krampfanfalle Exitus.

Fall III. Bei diesem hatte ich leider nur kurze Zeit Gelegenheit, eigene Beobachtungen zu machen. Auch die Anamnese ist etwas mangelhafter, da die Familie alle Facta, die auf hereditäre Belastung u. dgl. schließen ließen, hartnäckig zu verschleiern suchte. Ich gebe also nur die ganz sicheren Facta wieder, die sich auf eigene Beobachtung und die der behandelnden Ärzte stützen.

Vom 22. März 1901 bis zum 24. April desselben Jahres behandelte ich in Meran ein 21jähriges Mädchen Fr. I. S. aus C. Ihre Mutter starb sehr jung an Tuberkulose, über die Familie derselben sind keine näheren Angaben zu erlangen. Auch eine ältere Schwester starb wahrscheinlich an Tuberkulose. Der Vater des Mädchens ist ein Sonderling, nach Ausspruch seines behandelnden Arztes „ein schwerer Neurastheniker oder sogar Paralytiker“. Der Bruder desselben starb an progressiver Paralyse. In der Familie des Vaters gab es auch einige Fälle von Tuberkulose.

Das Mädchen kam mit einer Infiltratio tuberculosa lobi superioris dextri et sinistri nach Meran und fuhr schon nach 4 Wochen etwas gebessert weg. Sie war gut genährt, etwas anämisch, normal gewachsen, normaler Intelligenz. Auffallend war bloß bei dem Mädchen außer sehr starker psychischer Depression eine oft auftretende eigentümliche motorische Unruhe. Sie konnte dann nämlich, wenn man ihr auch noch so sehr zuredete, bei bestem Willen oft keine Viertelminute still liegen. Auch der Schlaf war sehr unruhig und zeitweise machte sie auch im Schlafe dieselben Zwangsbewegungen, wenn auch viel seltener und schwächer; manchmal wachte sie dabei auf, um bald wieder einzuschlafen.

Es waren vollkommen koordinierte Bewegungen, besonders der rechten Extremitäten. Es war nicht etwa ein Floccilegium oder dergleichen, mahnte aber daran in seiner häufigen Wiederholung. Bei der geringsten Aufregung steigerte es sich, ein Besuch genügte, um sie hervorzurufen. Sie litt sehr oft an Kopfschmerzen verschiedener Art, am häufigsten in Form eines Druckes auf Stirn und Scheitel.

Das Mädchen starb zu Hause in C. am 19. Juli desselben Jahres. Der Totenschein lautet auf Meningitis tuberculosa. Nähere Angaben waren nicht zu erlangen.

Daß sich aus 3 Fällen, so prägnant sie auch sein mögen, absolut keine Schlüsse ziehen lassen, ist selbstverständlich.

Wegen der Tatsache aber, daß ich in den letzten 5 Jahren meiner Privatpraxis eben nur diese 3 Fälle von Tuberkulose des Zentralnervensystems sich entwickeln sah, sowie daß alle drei so prägnant, besonders in der hereditären Belastung, und einander ähnlich waren, hielt ich sie des Verzeichnens wert. Ich wartete auf neue Fälle, doch seit 3 Jahren kam mir kein Fall von Gehirntuberkulose vor. So will ich also jene drei der Öffentlichkeit übergeben in der Hoffnung, dadurch die Aufmerksamkeit auf eventuelle ähnliche Fälle zu lenken. Denn wenn viele solche Fälle vorkommen und meine Beobachtungen nicht auf einem besonderen Zufalle beruhen, dann würden sich daraus für das Wesen einer derartigen Disposition wichtige Schlüsse ziehen lassen.

Wir hätten hier nicht eine vererbte spezifische Disposition für Tuberkulose, sondern einen angeborenen Locus minoris resistentiae gegen alle Arten von Krankheiten, so wie ein Trauma irgendwo im Knochen etc. ihn setzen kann. Und es wäre ein Zufall, daß gerade Tuberkelbazillen und nicht andere Infektionserreger sich an solchen Stellen ansiedeln.

Referate.

E. DE RENZI und G. BOERI (Neapel): **Das Netz als Schutzorgan.**

Verbindet man bei Hunden den Hauptstamm der Vena splenica oder der Arteria splenica oder die korrespondierenden Äste der Vena oder Arteria splenica mit der Vena oder Arteria gastro-lienalis, so bewahrt die Milz auch 2 $\frac{1}{2}$ Monat später ihre Integrität, wenigstens in der Dicke, und die Zirkulation bleibt in gewissem Verhältnis bestehen. Man darf annehmen, daß das Netz für die Erhaltung des Organs und seine Zirkulation, zum Teil wenigstens, sorgt; man findet es oft auf der Milz, sein Gefäßreichtum ist ungewöhnlich und zahlreich sind bei der Trennung blutende Verbindungen mit der Milz. Diese Tätigkeit des Netzes zur Wiederherstellung der unterdrückten Zirkulation bestärkte die Chirurgen in ihren Versuchen, auf diesem Wege Kollateralbahnen für den mehr oder minder gestörten portalen Kreislauf (TALMASche Operation) zu schaffen.

Hebt man die Zirkulation in der Milz vollständig auf, indem man alle zu- oder abführenden Gefäße nahe dem Hilus unterbindet, so wird das Organ nekrotisch. Man sieht dann schon nach wenigen Tagen, wie das Netz das seiner Zirkulation beraubte Organ umwallt. Nach 10 Tagen bildet es um die Milz ein dichtes Knäuel, so daß man von keiner Seite mehr herankann, ohne auf diese Masse zu stoßen. Mitten drin liegt die Milz in einer Kapsel, die von Netz gebildet ist; in dieser Zeit befindet sich die Milz bereits in einem Erweichungszustand und ist im Volumen kleiner. Nach 20 Tagen findet man nur noch einen Rest von der Größe einer Nuß, festgehalten von einer Kapsel, die jetzt schon 2—3 mm dick und von fibröser Beschaffenheit ist. Nach 2 $\frac{1}{2}$ Monaten findet man von der Milz kaum eine Spur mehr, nur noch fein fibröse Knötchen von Haselnußgröße; die ihrer Zirkulation beraubte Milz wird also langsam und vollständig resorbiert. So zeigen diese Versuche die Eigentümlichkeit des Netzes, die nekrotischen Gewebe einzukapseln und für ihre Resorption zu sorgen („Berliner klin. Wochenschr.“, 1903, Nr. 34). Wenn man in oben angegebener Weise alle Milzgefäße unterbindet und gleichzeitig das Netz so weit als möglich

entfernt, beobachtet man die Bildung der Kapsel um das Organ nicht mehr, es tritt Gangrän, aber keine Resorption ein und die Tiere sterben stets innerhalb eines Zeitraumes von 24—48 Stunden. Keine der beiden Operationen allein verursacht in diesem Falle den Tod, weil Exstirpation allein und Unterbindung allein ertragen werden, sondern er ist die Folge der Unterbindung der Milzgefäße, kombiniert mit der Exstirpation des Netzes.

Die gleiche Tätigkeit übt das Netz auch aus, wenn man die Gefäße am Hilus einer Niere unterbindet. Gegen Fremdkörper, die in das Kavum peritoneale gelangen oder eingeführt werden, verhält sich das Netz in der Weise, daß es dieselben einkapselt, so daß sie ohne jegliche Störung dauernd darin bleiben können. B.

Clamann (Groß-Schwülper): **Zur Technik der serodiagnostischen Reaktion mittelst des FICKERSchen Typhusdiagnostikums.**

Nach den Versuchen von CL. („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 28) erreicht man die Serumgewinnung in einfacher und sparsamer Weise dadurch, daß man das Blut (aus einer kleinen Schnittwunde am Arm) sofort mit einer Pravazspritze ohne Kanüle aufsaugt. Die Spritze muß einen auswechselbaren, regulierbaren Asbestkolben haben, damit sie durch Kochen sterilisiert werden kann. Beim Kochen ist für gleichmäßige, langsame Erwärmung zu sorgen, indem das Instrument, in Watte gelegt, mit dem Wasser zugleich allmählich erhitzt wird. Hat man mit der sterilen Spritze zirka 1 cm³ aus der Wunde ablaufenden Blutes aufgesogen, so läßt man den Stempel hochgezogen stehen und verschließt die untere Spritzenöffnung etwa mit sterilem Wachs oder mit einer kleinen Gummikapsel. So hat man jeden Tropfen Blut für seinen Zweck gewonnen, nichts ist durch Herabfließen am Körperteil verloren, in dem engen, abgeschlossenen Raum der Spritze ist das Blut vor Eintrocknen geschützt, Verunreinigung ist sicher vermieden. Pravaz und Skalpell sind das ganze Instrumentarium, welches der Arzt außer etwas Verband- und Desinfektionsmitteln (Alkohol) an das Krankenbett mitzunehmen hat. In ein schmales, längliches Etui, zum Beispiel ein Pappkästchen, werden Spritze und Messer in Watte eingepackt und in der Tasche transportiert. Die Gewinnung des Serums geschieht nun auf folgende Weise: Sehr bald ist das Blut in der Spritze geronnen, und Serum quillt aus dem Blutkuchen heraus; man hat dann nur den unteren Verschuß der Spritze zu entfernen und den regulierbaren Kolben soweit zu lockern oder herauszuziehen, daß der Luftdruck von oben her wirkt; alsdann setzt man die Spritze auf eines der kleinen Reagensgläschen des Instrumentariums der Firma Merck und läßt das Serum in das Gläschen abtropfen. Damit die aufgesetzte Spritze den nötigen Halt erhält, fertigt man sich am einfachsten einen kleinen Rahmen aus Holz oder fester Pappe, in den die Spritze durch eine Öffnung eingelassen wird. Die mit dem Serum zunächst herausgeschwemmten roten Blutkörperchen setzen sich sehr bald an der Spitze des Reagensglases ab und man hat dann das gewünschte blutkörperchenfreie Serum zur Verfügung. Zur weiteren Entnahme dieses Serums bedient man sich der dem Instrumentarium beigegebenen Meßpipette. Um die Aufsaugung absolut genau und sicher zu bewirken, ist es zweckmäßig, nicht mit dem an der Pipette abnehmbar angebrachten Ballon zu saugen, wobei leicht Luft eintritt, sondern ebenfalls eine Pravazspritze zu gebrauchen, die durch einen Gummischlauch mit dem oberen Ende der Pipette hermetisch verbunden wird. Es läßt sich die vorher zur Blutaufnahme dienende Spritze benutzen, nachdem sie in Sodalösung gekocht und gereinigt worden ist. Das Ansaugen mit der Spritze zur Abmessung in der Pipette muß natürlich durch eine Hilfsperson besorgt werden. Es genügen zirka 0.6 cm³ zur exakten Ausführung der Reaktion. N.

O. LUBARSCHE (Posen): **Über den Infektionsmodus bei der Tuberkulose.**

Auf Grund der geübten Kritik und der Sichtung des Materials von L. ergibt sich Folgendes („Fortschritte der Medizin“, 1904, Nr. 17):

Für alle Formen der Tuberkulose bieten die Atmungsorgane die bei weitem häufigste Infektionsporte. Die progrediente Lungentuberkulose kommt auf folgende Weise zustande: a) dadurch, daß die inhalierten Tuberkelpilze bereits in einem Spitzenbronchus 3. bis 7. Ordnung einen tuberkulösen Prozeß hervorrufen und von hier aus weitere Teile der Lungen bronchogen infiziert werden (Typus BIRCH-HIRSCHFELD-SCHMORL); b) daß sie nach Passieren der Bronchien in den Lungenalveolen sich vermehren und hier einen tuberkulösen-pneumonischen Prozeß hervorrufen (Typus LAËNNEC-KOCH); c) daß sie von den Bronchiolis aus in das peribronchiale Gewebe gelangen und hier eine Lymphangitis tuberculosa (tuberkulöse Peribronchitis) erzeugen; d) daß sie nach Passieren der Lungenalveolen oder Bronchien in den intrapulmonalen Lymphfollikeln abgefangen werden und hier tuberkulöse Herde verursachen; e) daß sie nach Passieren der Lunge in den Hilusdrüsen abgelagert werden, diese tuberkulös machen und von hier aus entweder hämatogen (Typus RIBBERT) oder durch direkten Einbruch in einen Bronchus (Typus WEIGERT-HANAU) die Lunge infizieren; f) (seltenste Form) daß die Lungen von irgend einem anderen älteren tuberkulösen Herd hämatogen infiziert werden. Neben der Inhalationstuberkulose kommt als einigermaßen häufiger Infektionsmodus nur noch die Fütterungstuberkulose (KLEBS, v. BEHRING), und zwar besonders für die kindliche Tuberkulose in Betracht. Eine progrediente Tuberkulose entsteht häufig nicht im Anschluß an die erste Infektion, sondern von latenten älteren Herden aus, nachdem besondere disponierende Momente hinzugekommen sind.

BR.

W. EBSTEIN (Göttingen): **Über die differentielle Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel.**

Bei Rheumatikern, erblich gichtisch Belasteten und bei Individuen, welche an typischer uratischer Gicht leiden, kommen gelegentlich Knötchenbildungen an den Ohrmuscheln vor, welche den sonst an denselben bei der Gicht häufig vorkommenden gichtischen Veränderungen nicht entsprechen; denn dieselben sind nicht wie die gewöhnlichen typischen Tophi der Ohrmuscheln in der Haut selbst oder in dem Unterhautbindegewebe lokalisiert, sondern liegen im Ohrknorpel selbst. („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 1 u. 2). Diese Knötchen enthalten auch kein urathaltiges Material. Sie scheinen überhaupt im wesentlichen von fester Beschaffenheit zu sein und von der Konsistenz des Ohrknorpels nicht abzuweichen.

L.

MAURICE (Paris): **Über Leberaktinomykose.**

Verf. konnte im ganzen nur 31 Fälle dieser Erkrankung sammeln („Revue de chir.“, Juli 1903). Es gibt eine primäre und eine sekundäre Form des Leidens. Bei dieser geht die Infektion durch Kontinuität vom Verdauungskanal oder von der Lunge auf die Leber über. Bei jener dringt der Pilz durch eine Kontinuitätstrennung der Haut oder Schleimhäute in die Blutgefäße, diese führen ihn zum Herzen und durch den allgemeinen Kreislauf zur Leber; oder aber der Keim wird von der Darmoberfläche direkt zur Leber geführt. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um Abszesse. Klinisch unterscheidet man eine rein hepatische, eine gastrische oder intestinale und eine pyämische Form. Bei der letzteren sind die Abszesse in allen Organen verbreitet. Die Prognose ist letal; alle 31 Fälle führten zum Tode. Jodkalium versagte ebenso wie chirurgische Eingriffe. Letztere vielleicht nur deshalb, weil bei der Schwierigkeit der Diagnose stets zu spät zum Messer gegriffen wurde. Wird das Leiden frühzeitig genug erkannt, so hat man gewiß von einer energischen Exkochleation oder Thermokauterisierung gute Erfolge zu erwarten.

J. St.

K. COLOMBO (Rom): **Die moderne Massagetherapie und ihre physiologische Begründung.**

Verf. untersuchte in systematischer Weise neuerdings den Einfluß der Massagemanipulationen auf den Blutdruck, die Puls- und Atemfrequenz und die Körpertemperatur und kam zu folgenden Schlußfolgerungen („Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, 1904, H. 3—4): Muskelmassage hat immer eine Er-

höhung des Blutdruckes zur Folge, die um so größer ist, je ausgedehnter die Körperoberfläche ist, auf der die Massage vorgenommen wird. Den geringsten Einfluß haben Reibungen, dann folgen Knetungen; den höchsten Grad der Blutdrucksteigerung bewirken Klopfungen. Das Absinken zur Norm erfolgt aber nach den Klopfungen viel rascher als nach den tiefen Reibungen und Knetungen. Die leichte Streichung und Vibrationen bewirken nur geringe Blutdrucksteigerungen. Die gemischte Massage der Glieder und des Rückens bewirkt eine Erhöhung des Blutdruckes, die erheblich länger andauert als die nach der entsprechenden Einzelmanipulation, die energische Unterleibsmassage in jeder Form erzeugt immer eine erhebliche Herabsetzung des Blutdruckes. Die Wirkung der gemischten Allgemeinmassage variiert, je nachdem die Unterleibsmassage vor oder nach jener der Muskeln vorgenommen wird. Die Puls- und Atemfrequenz, sowie die Rektaltemperatur folgen in jedem Falle einem umgekehrten, aber was die Intensität anlangt, dem des Blutdruckes proportionalen Gange. Sie vermindern sich also um einen gleichen Betrag, als der Blutdruck steigt und umgekehrt. Eine Ausnahme machen nur leichte Streichungen und Vibrationen. Diese Encheiresen bewirken eine Erhöhung der Puls- und Atemfrequenz und der Rektaltemperatur, obwohl der Blutdruck hierbei ansteigt.

GRÜNBAUM.

ROSE (Prag): **Eine Studie über die alkalische Reaktion des Blutes.**

Unter Blutalkaleszenz verstehen wir das Verhalten des Blutes gegen Reagenzien nach Art der Alkalien. Der Grad der Blutalkaleszenz ist eine individuelle Größe, die sich in der Regel infolge eines besonderen Regulationsmechanismus in einer gewissen Höhe hält, wie bei Gesunden so bei Kranken. Eine Ausnahme macht die Urämie und das Coma diabeticum, bei welchen infolge Anhäufung von sauren Produkten im Blute die Alkaleszenz fällt. Ähnlich werden auch tödliche Infektionen von einem allgemeinen Abfall der Blutalkaleszenz begleitet. Hämolytische Gifte (Pyrogallol, Glycerin, Pyrocin) erniedrigen die Blutalkaleszenz infolge Bildung von Säuren aus zerfallenen Blutkörperchen (KRAUS). Die bakterielle Hämolyse bei den Infektionen ist nicht imstande, allein eine erkennbare Veränderung der Alkaleszenz hervorzurufen. Alle anämischen Zustände werden von einer Erniedrigung der Blutalkaleszenz begleitet. Diese Erniedrigung ist eine Folge der Abnahme der Erythrozyten, vielleicht auch des Hämoglobins, das ein wichtiger Bestandteil für den Grad der allgemeinen Blutalkaleszenz ist. Von den hämalkalimetrischen Methoden ist die beste das Titrieren des lackartigen Blutes (z. B. nach LÖWY), alle übrigen Methoden ergaben unzuverlässige Resultate. Die klinische Modifikation der LÖWYSCHEN Methode nach ENGL gibt etwas höhere Resultate an, nichtsdestoweniger eignet sie sich zum Erzielen relativer Zahlen und zur Bestimmung auffallender Unterschiede („Časopis českých lékařů“, 1904, Nr. 18, 19). Die Blutalkaleszenz kann künstlich erhöht werden (Antitoxine, Vaccine, Spermin, Alkalien per os oder clysmata), aber die Erhöhung ist nur gering und von kurzer Dauer.

STOCK.

KAPPELLER (Konstanz): **Stichschnittwunde des linken Vorhofs, Herznaht, Heilung.**

Die Verletzungen des Vorhofes galten für sehr gefährlich und rasch zum Tode führend; es ist daher interessant zu erfahren, daß es dem Verf. gelang, durch Naht eine solche Verletzung zur Heilung zu bringen. Es handelte sich um einen 42jährigen Mann, der in selbstmörderischer Absicht sich mit einem Messer einige Stiche, darunter einen in der Herzgegend, beibrachte. Pat. bot anfangs keine sehr bedrohlichen Erscheinungen, erst nach 3 Stunden trat während der Untersuchung des Pat. eine heftige Blutung aus dem Stichkanale und ein schwerer Kollaps ein.

Eine genaue Lokalisation der Verletzung (ob Herz und Lunge verletzt waren) war unmöglich; da aber in Anbetracht der abundanten Blutung der Patient ohne einen Eingriff sicher verloren war, entschloß sich Verf. operativ vorzugehen („Deutsche Zeitschr. f. Chir.“, Bd. 72, H. 4—6). Ein Lappen der Brustwand, in welchem

sich die 3. und 4. Rippe befand, wurde aufgeklappt und außer der Wunde in der Pleura noch eine solche im Herzbeutel entdeckt. Nach Erweiterung derselben fand man an der Basis des linken Herzohres eine 1 cm lange Schnittwunde der Vorhofwandung, aus welcher es bei jeder Diastole stoßweise blüdete. Durch eine fortlaufende Naht wurde die Wunde geschlossen. Schluß der Perikardwunde, Entleerung des Hämatoms aus der Pleura. Pat. erholte sich langsam, in den ersten Tagen trat mehrmals Insuffizienz des Herzens ein; wegen Vereiterung des Hämatoms in den Pleura-raum mußte noch eine Rippenresektion und Drainage des Pleura-raumes vorgenommen werden. Nach 3 Monaten trat trotz aller Komplikationen dennoch vollständige Heilung ein. ERDHEIM.

TSCHISTOVITCH (Paris): Contribution à l'étude de la pathogénie de la crise dans la pneumonie fibrineuse.

Verf. suchte die Frage, warum die kruppöse Pneumonie in typischer Weise an einem bestimmten Tage mit einer Krise endigt, im Tierversuch zu lösen („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 304). Er läßt zunächst die verschiedenen Hypothesen zur Erklärung dieses Phänomens Revue passieren und findet keine derselben ausreichend. So läßt sich nach seinen Ausführungen die Krise insbesondere weder durch bakterizide noch durch antitoxische Eigenschaften des Blutes der Pneumoniker erklären, vielmehr kommt er nach Ausschluß aller dieser Annahmen zu dem Schlusse, daß die Phagozytose der hauptsächlichste Faktor bei der Heilung der Pneumonie sei; die Agglutinine, Antitoxine wie die übrigen Substanzen des Serums spielen nur eine sekundäre Rolle bei der Verteidigung des Organismus gegen die Infektion mit Pneumokokken.

Dr. S.

WEINBERG (Paris): Un cas d'appendicite chez le chimpanzé.

Verf. beobachtete bei einem Schimpansen eine letal endigende Appendicitis. Das Interesse des Falles („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 323) liegt, abgesehen davon, daß es die erste einschlägige Beobachtung ist, darin, daß bei der Autopsie im Dickdarm und Zökum reichlich Spulwürmer gefunden wurden, weshalb Verf. denselben, gestützt auf die Beobachtungen zahlreicher Autoren beim Menschen, eine wichtige Rolle bei dem Zustandekommen der Erkrankung beimißt. Er ermahnt daher eindringlichst, im Sinne METSCHNIKOFFS bei jedem Appendizitiskranken den Stuhl genau auf das Vorhandensein von Würmern oder deren Eier zu untersuchen, ehe man den Fall zur Operation bestimmt, und ihn nötigenfalls einer entsprechenden Behandlung zu unterziehen.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die Wirkung von Bergtouren auf Nervöse erörtert EICHHORST („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.“, Bd. 8). Im Hochgebirge von über 1000 m treten bei Gesunden häufig Akklimatisationserscheinungen auf, bestehend in Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, vermehrter Atemfrequenz, gestörtem Schlaf, auch leichter Temperatursteigerung. Gerade Nervöse vertragen nun den Übergang ins Hochgebirge oft auffallend gut. Unbedingt notwendig ist aber eine rationelle Auswahl der Kranken. Patienten mit Schlaflosigkeit, Herzklopfen und einem Zustande der Unterernährung sind vom Hochgebirge entweder ganz auszuschließen oder es muß ihr Gesundheitszustand durch einen vorbereitenden Aufenthalt im Mittelgebirge wesentlich gebessert werden. Hinsichtlich von Bergtouren gilt die Regel, daß die Patienten nur allmählich sich größeren Anstrengungen unterziehen und namentlich im Anfange des Aufenthaltes jede Ermüdung vermeiden. Beim Steigen muß gleichmäßig und langsam vorgegangen werden. Schwindegefühl ist eine Kontraindikation, weil es jeden stärkenden und erhebenden Genuß verhindert. Zwischen die einzelnen Touren müssen entsprechende Ruhetage eingeschaltet werden. Unter diesen Voraussetzungen kräftigen Bergbesteigungen den Körper, regen der Stoffwechsel an, vertiefen den Schlaf, stärken die Willenskraft und geben dem Ner-

vösen das oft fehlende Selbstvertrauen zu seiner körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit wieder.

— Das Luxativum Purgen (Dihydroxyphtalphenon) kann nach den Erfahrungen von BLUM („Therap. Monatshefte“, 1904, Nr. 9) unbeschadet seiner Wirkung in kleinen Dosen verabreicht werden; 0.2 g erzeugen bei Erwachsenen eine breiige Stuhlentleerung ohne vorhergehende Kolikschmerzen; eine Rotfärbung des Urins konnte selbst nach Verabreichung größerer und wiederholter Dosen nicht nachgewiesen werden, auch dann nicht, wenn der Harn durch Zusatz eines Alkalis alkalisch gemacht wurde. Es fehlt dem Purgen jede nierenreizende Nebenwirkung, was ein großer Vorteil eines Abführmittels ist. Purgen wird in appetitlichen, genau dosierten Tabletten zu je 0.05 g für kleine Kinder, zu 0.10 g für Erwachsene und zu 0.50 g für stark obstipierte und bettlägerige Patienten dispensiert. Jede solche Tablette enthält auch Zucker und Vanille als Geschmackskorrigentien.

— Seine Erfahrungen über die Anwendung äußeren Druckes bei Schädellagen faßt BOEKELMANN in folgender Weise zusammen („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 54): Der äußere Druck wird in unserer modernen Geburtshilfe nicht in dem Grade beachtet und angewandt, wie er es verdient. Speziell unsere Lehrbücher wenden ihm eine zu geringe Aufmerksamkeit zu. Dagegen spielt er in der primitiven Geburtshilfe eine bedeutende Rolle. Der äußere Druck ist nicht nur bei Beckenendlagen, sondern ebenso bei Schädellagen ein ausgezeichnetes Mittel zur Förderung der Geburt. Der Hauptvorteil des äußeren Druckes liegt darin, daß er in manchen geburtshilflichen Situationen mit Nutzen gebraucht werden kann, in denen die eigentlich entbindenden Operationen nicht oder noch nicht am Platze sind. Die Wirkung des äußeren Druckes liegt in der Verbesserung der Wehen und in dem direkten Verschieben des Fruchtkörpers im Sinne des Fruchtschendruckes. Der äußere Druck ist keineswegs nur bei im Becken befindlichem, sondern ebensowohl bei hochstehendem Kopf mit Nutzen zu gebrauchen. Der äußere Druck stellt in Kombination mit der Extraktion, speziell mit der Zangenextraktion, ein besonders wertvolles Hilfsmittel dar. Ebenso bei der Entwicklung des Rumpfes nach der Geburt des Kopfes. Für diese Fälle müßte seine Anwendung den Hebammen direkt gelehrt werden. Der äußere Druck ist, in richtiger Weise angewandt, ein ganz unschädliches geburtshilfliches Verfahren.

— Das durch die Vereinigten Chininfabriken Zimmer & K. o. (Frankfurt a. M.) in Umlauf gesetzte Dymal ist ein Nebenprodukt bei der Herstellung der Auerschen Glühlichtstrümpfe. Das Didymium salicylicum $D_2(C_6H_4OH.COO)$ ist ein blaßrosa, geruch- und geschmackloses, feines Pulver, das man nach den Mitteilungen von KOPP, ROTH und MUNK als Streupulver bei Intertrigofällen einführte. Die austrocknende, kühlende, desodorierende und überhäutende Fähigkeit dieses auch wegen seiner Billigkeit anempfehlenswerten Pulvers ward in letzter Zeit bei 24 Fällen erprobt („Zentralblatt für Kinderheilkunde“, 1904, Nr. 5) und man konnte sich davon überzeugen, daß das Mittel nicht nur die genannten Eigenschaften besitzt, sondern auch reizlos und ungiftig ist. Der Erfolg ist in den meisten Fällen innerhalb eines Tages zu konstatieren.

— Seine Erfahrungen mit einer Buttermilchkonserve als Säuglingsnahrung publiziert KOEPPE („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 25). HEUBNER und SALGE gaben folgende Vorschrift zur Bereitung der Säuglingsnahrung aus Buttermilch: 15 g Weizenmehl werden mit einigen Eßlöffeln Buttermilch kalt angerührt, der übrigen Buttermilch zugesetzt und unter Zusatz von 60 g Zucker langsam unter fortwährendem Rühren erhitzt, so daß bis zum ersten Aufwallen der Milch etwa 15—20 Minuten vergehen. Dann läßt man die Milch noch zweimal aufwallen und füllt sie heiß in vorher sterilisierte Flaschen, verschließt mit Gummikappe und stellt sie kalt. Ein nochmaliges Sterilisieren ist nicht notwendig. Hauptbedingung für einen guten Erfolg mit dieser Nahrung ist, daß absolut frische Buttermilch zur Verwendung komme, die jedenfalls nicht älter als 24 Stunden ist. Solche ist nicht überall zu erhalten. Es war daher erwünscht, daß die Vibeler Fettmilchsterilisieranstalt eine Buttermilchkonserve zu Versuchen an Säuglingen herstellte, welche genau nach der HEUBNERSchen Vorschrift bereitet wird und in Einviertel-Literflaschen gebrauchsfertig zum

Versand gelangt. Ihre Haltbarkeit ist, selbst im heißen Sommer, eine sehr große; in einzelnen Fällen war die Konserve noch nach drei Monaten völlig brauchbar. Die Buttermilchkonserve muß vor dem Gebrauch tüchtig umgeschüttelt werden, $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Fläschchen wird in die Saugflasche des Kindes gegeben und erwärmt, der Rest wird für die nächste Mahlzeit aufgehoben. — Verf. hat diese Buttermilchkonserve („holländische Säuglingsnahrung“) bei 56 Säuglingen verwendet, und zwar nur bei kranken Säuglingen. Mit wenigen Ausnahmen nahmen die Kinder die Nahrung gern. Bei den meisten Kindern hatte die Buttermilchnahrung sehr guten Erfolg. Fast alle Fälle, darunter viele atrophische und dyspeptische Säuglinge, zeigten schon nach der ersten Woche Gewichtszunahme, zum Teil recht erhebliche. Mit Beginn der Buttermilchnahrung hörte das Erbrechen auf, der Stuhl besserte sich und wurde bald normal.

— Über **Mesotan** berichtet SCHREIBER („Inaug.-Dissert.“) Folgendes: Das Mesotan hat wie das Salizyl eine spezifische Wirkung auf Gelenkrheumatismus. In leichten Fällen genügt es allein zur Behandlung. In schweren Fällen dagegen ist es notwendig, die äußere Mesotantherapie mit der inneren Salizylarreichung zu verbinden, dabei genügt von letzterem die Hälfte bis ein Drittel des sonst erforderlichen Quantums. Die Mesotanbehandlung ermöglicht es, die Schädigungen des Salizyls besonders auf Magen und Niere erheblich zu reduzieren. Wirksam ist das Mesotan ferner bei akutem Muskelrheumatismus, vielleicht brauchbar bei Furunkulose. Schmerzlindernd scheint es bei manchen entzündlichen Prozessen zu sein.

— Die **Behandlung der Ohrfurunkulose** bespricht HAUG („Zeitschr. f. ärztl. Fortb.“, 1904, Nr. 11). In prophylaktischer Hinsicht ist zu erwähnen, daß allzu häufiges „Reinigen“ des Gehörganges mit Ohrlöffel, Schwämmchen etc. unzweckmäßig ist, da gerade Individuen, die ihren Gehörgang öfter mit diesen, vom hygienischen Standpunkt nicht einwandfreien Instrumenten behandeln, erkranken. Auch allzu häufige Spülungen sind zu unterlassen. — Auch bei der Behandlung des beginnenden Furunkels ist, solange man Aussicht hat, den Verlauf zu koupieren, die Anwendung wässriger Lösungen kontraindiziert; man wende entweder Salben (Vaselin. alb.) oder flüssige Fette (Paraff. liquidum) mit entsprechenden Medikamenten an (z. B. Zinc. oxydat., Euguform aa. 2·0, Acid. carbol. 0·5, Mentol 1·0, Vaselin 40) oder Menthol 2·5, Anästhesin (RITSERT) 0·5, Paraff. liq., Glycerin aa. 25, mit denen man Gazestreifen gut imprägniert und diese ins Ohr einführt, oder die man in das Ohr direkt einträufelt. Bei weiter vorgeschrittenen Furunkeln gelingt es manchmal, den Prozeß noch mit alkoholischen Lösungen (50% oder absolut, einträufeln 15 Minuten lang) oder durch Alkoholumschläge zur Rückbildung zu bringen. Ist eine Rückbildung nicht mehr zu erreichen, so ist vor allem vor einer zu frühen Inzision zu warnen. Die Inzision ist erst dann vorzunehmen, wenn der Furunkel gut konsolidiert ist, und dann tief zu machen. Um die Ausstoßung des Pfropfes zu beschleunigen, werden Tampons (Gazestreifen oder Watte) mit schwacher essigsaurer Tonerdelösung (Liqu. alum. acet. [8%] 5—10 auf 90 Wasser) angewandt, bei starken Schmerzen: Coc. 0·2—1·0, Resorcin 0·5, Aqu. dest., Glycer., Alkohol aa. 10·0 ebenfalls mittelst Gazestreifen appliziert. — Bei Rückgang der Schwellung Behandlung mit trockenen Gazestreifen und eventueller vorheriger Einpuderung von: Euguform 2·5, Menthol 0·1, Acid. boric. laevigat. 25·0. — Zur Verhütung von Rezidiven ist eine konsequente Behandlung mit protrahierten und prolongierten Ohrbädern erforderlich, und zwar in den ersten 14 Tagen bis drei Wochen täglich 15 Minuten lang mit alkoholischen Lösungen (z. B. Acid. salicyl. 0·2, Acid. boric. laevigat. 10, Alcohol absolut., Aqu. dest. aa. 50 im Wasserbade erwärmt ins Ohr zu träufeln, bis das Ohr gefüllt ist), bis die ganze Oberflächenhaut des Gehörganges sich ein oder mehrere Male völlig abgestoßen hat. Ähnliche Ohrbäder sind dann im Laufe der nächsten drei Monate noch wöchentlich je einmal anzuwenden. Bei Juckreiz sind abendliche Einpinselungen (stets mit Wattebausch und Sonde, niemals mit Pinsel) mit Acid. salicyl. 0·25, β -Naphthol 0·1, Menthol 0·2, Alcohol absol. 35·0, Glycerin. pur. 15·0 angezeigt.

— Über **Styptol** als Hämostatikum in der Gynäkologie berichtet E. TOFF („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 24).

Das Styptol ist das phthalsäure Cotarnin; es ist ein orangerotes Pulver, welches sich in Wasser leicht mit zitronengelber Farbe löst. Es wird von der Firma Knoll & Ko. in Tabletten à 0·05 Styptol (Originalröhrchen zu 20 Stück) in den Handel gebracht. Verf. hat das Styptol in einer Reihe von Fällen bei Uterusblutungen aus verschiedenen Ursachen in Anwendung gebracht und meist schnellen Erfolg erzielt, wo die anderen Mittel versagt hatten.

— Eine **Radikaloperation für Hernien** empfiehlt J. HOGARTH PRINGLE („Brit. med. Journ.“, 1904, 7. Mai). Den Sack behandelt er nach MACEWENS Vorschlag, dann unterbindet er den Plexus pampiniformis dicht an der Epididymis doppelt und schneidet zwischen den Ligaturen; auf diese Weise vermeidet er, daß ein dicker Samenstrang zurückbleibt, auch bleibt die Thrombose der Venae spermaticae aus; bei Exzision der Venen würde man den Nervus cremastericus mit durchschneiden, was vermieden werden soll. Den Lappen, der aus dem Kremaster und den Faszien gebildet wird, näht er über den Obliquus internus, nachdem er den Obliquus an das Ligam. Poupartii genäht hat. So zieht unterhalb des unteren Randes des Obliquus nur noch das Vas deferens und die leeren Venen; die zurückbleibende Lücke ist also sehr klein. Bei der Schenkelhernie behandelt er den Sack ebenfalls nach MACEWEN, dann macht er am inneren Teil der Gefäßscheide einen Längsschnitt, eröffnet auf diese Weise das venöse „Fach“ und zieht die Vene nach außen. Nun führt er eine mit einem Catgutfaden bewaffnete Nadel von diesem venösen Fach (nach außen von dem Septum, zwischen venösem Fach und Schenkelkanal) durch den Pektineus, bis sie dicht am Ligam. Gimbernati wieder zum Vorschein kommt. Diese Naht liegt durchaus außerhalb der Wände des Schenkelkanals und schließt denselben vollkommen ab, nachdem sie geknotet ist. Diese erste Naht wird in ihrer Wirkung noch dadurch verstärkt, daß man zwei oder drei weitere Nähte durch POUPARTSches Band und Schambogenteil der Fascia lata legt. Es sollen nach diesen Operationen keine Rezidive vorgekommen sein.

— Ein **Analgetikum** bei Karzinomleidenden nennt RUHMANN das Aspirin („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 25). Er hat Fälle gesehen, in denen Gaben von 0·5—1·0 g Aspirin zur Bekämpfung der Schmerzaktionen und Erzielung guter Nachtruhe sehr wesentliche Dienste leisteten und den armen gepeinigten Patienten wenigstens zeitweise beträchtliche Linderung ihrer qualvollen Leiden verschafften. Auch Erregungszustände, Brechneigung ließen sich, wo sie sich zeigten, mit Hilfe von Aspirin bannen und die Nahrungsaufnahme besserte sich unter dieser Medikation.

— Nach den Erfahrungen von HERMANN SUCHANEK ist der **Chlormethylmenthyläther** (Forman) ein zweckmäßiges Inhalationsmittel. In etwa 12 Fällen von drohendem oder bereits ausgebrochenem Schnupfen wirkte die Formanwatte, alle ein bis zwei Stunden erneuert, oder besser noch die Anwendung von Formaninhalationen, kupierend. Ein zwei bis drei Tage alter Schnupfen wurde in seiner Dauer jedoch bloß verkürzt. Bei frischem Katarrh im Nasenrachenraum wurden durch die Inhalationen die subjektiven Beschwerden gemildert und ungestörte Nachtruhe erzielt. Bei Angina follicularis eignet sich besser die Kupierungsmethode mit 1·0 Chin. muriat. innerhalb der ersten 24 Stunden. Auch bei akuter und subakuter Bronchitis waren die Erfolge sehr zufriedenstellend, ebenso bei frischen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase.

— Seine Erfahrungen mit der **intravenösen Salizylbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus** bespricht MENDEL („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 4). Wenn auch Vorversuche gezeigt haben, daß Lösungen von Natr. salicyl. in wirksamer Konzentration stark schädigend auf die Blutkörperchen und Gefäßendothelien wirken, so ist doch die intravenöse Injektion, unter gewissen, im Original nachzulesenden Kautelen ausgeführt, absolut gefahrlos. Um den geringen Schmerz, den die reine Natr.-Salizyllösung verursacht, zu beseitigen, benutzt M. folgende Rezepte:

Rp. Natr. salicyl. 8·0 (8·75).
Coffein. natr.-salicyl. 2·0 (1·25).
Aq. dest. ad 50·0.

Die Wirkung soll eine frappante sein, alle rheumatischen Schmerzen in allen Fällen „fast sofort“ nach der Injektion verschwinden. Alle störenden Nebenwirkungen der bisher üblichen Salizyltherapie fallen

fort. Zur Behandlung eignen sich alle rheumatischen Erkrankungen, besonders auch solche, bei denen die innerliche und lokale Salizyltherapie versagt hatte; diese werden nach wenigen Injektionen geheilt. Gelenkschwellungen, flüssige Exudationen der serösen Häute gehen schnell zurück, bei der Pleuritis sicca hören Schmerz und Hustenreiz fast momentan auf. Das Fieber wird nicht sofort und direkt beeinflusst, sondern fällt gewöhnlich nach 5—6 Injektionen allmählich ab. Auch die neuerdings genauer beobachtete Nierenreizung durch Salizyl soll bei intravenöser Einverleibung fortfallen, doch teilt M. seine theoretische Vorstellung über diesen auffallenden Unterschied gegenüber der Wirkungsweise bei interner Anwendung des Salizyls nicht mit.

Literarische Anzeigen.

Hygiene und Seuchenbekämpfung. Gesammelte Abhandlungen von Dr. Martin Kirchner, a. o. Professor an der Universität zu Berlin, Generaloberarzt der Reserve. Berlin 1904, Richard Schoetz.

Das vorliegende Buch enthält eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen, welche der rühmlichst bekannte Verfasser im Laufe eines halben Menschenalters in verschiedenen Zeitschriften veröffentlicht hat. Der größte Teil dieser Arbeiten beschäftigt sich mit der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, welche KIRCHNER „für das Ziel und den Angelpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege und für die schönste und wichtigste Aufgabe des Arztes und des Medizinalbeamten hält“.

Bei der hervorragenden Stellung, die KIRCHNER in der so fruchtbaren Medizinalgesetzgebung des Deutschen Reiches einnimmt, ist der Wert dieses Buches doppelt hoch anzuschlagen; bildet es doch förmlich ein Kommentar zu dem Reichsseuchengesetze vom Jahre 1900, welches Deutschland „in dem Kampfe gegen die großen Volkskrankheiten den Sieg verspricht“.

Neben Abhandlungen allgemeinen Inhalts wurden auch eine Reihe von experimentellen Arbeiten aus der Laboratoriumstätigkeit des Verfassers sowie einige Arbeiten über Schulhygiene durch Aufnahme in diese Sammlung mit Recht der Vergessenheit entrissen.
A.

Praktikum der klinischen chemisch - mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Von Dr. M. Klopstock und Dr. A. Kowarsky in Berlin. Wien und Berlin 1904, Urban & Schwarzenberg.

An Büchern über klinische Untersuchungsmethoden herrscht wahrlich kein Mangel. Und doch füllt das vorliegende eine Lücke in unserem Bücherschatze aus, vor allem durch seine mustergültigen, ganz ausgezeichneten Illustrationen, deren Naturtreue nicht zu übertreffen ist. Damit ist aber dem Werkchen, das dem praktischen Arzte Ratgeber und Führer sein soll, das beste Lob gesagt. Bei der Auswahl der Untersuchungsmethoden haben die Verfasser dem Bedürfnisse der täglichen Praxis sorgsam Rechnung getragen. Aus diesem Grunde haben sie auch immer die einfachsten und am schnellsten ausführbaren Methoden ausgewählt. Das kleine Buch wird ohne Zweifel bald große Verbreitung finden.
BRAUN.

Feuilleton.

Syphilis, Schwangerschaft und Vererbung.

Von Dr. Eduard Deutsch, emerit. Assistenten der Abteilung Prof. ED. LANG.

Diese drei Schlagworte, nebeneinander gestellt, bergen die Titel zweier Bücher¹⁾ in sich, die vor einigen Monaten fast gleichzeitig auf dem Plane erschienen, so gleichzeitig, daß das eine als neueste Forschung gegen das andere ausgespielt werden konnte. Beide behandeln die gleichen Fragen und kommen doch zu diametral entgegengesetzten Schlüssen.

Ein Kind kommt mit den Zeichen hereditärer Lues zur Welt, oder es treten solche innerhalb der ersten Lebenswochen auf. Von wem stammt die Syphilis und wie kommt die Infektion der Frucht zustande? Die in Betracht kommenden Möglichkeiten sind folgende:

Vater und Mutter sind zur Zeit der Zeugung gesund, die Mutter wird im Verlaufe der Schwangerschaft, sei es durch den Vater oder auf andere Weise infiziert. Wir setzen diese Möglichkeit als erste, weil hier die Verhältnisse am einfachsten liegen. Die Infektion der Frucht kann hier nur im Wege des Plazentarkreislaufes erfolgen; sie erfolgt — und das ist ein Erfahrungssatz — nicht immer, aber doch um so wahrscheinlicher, je früher die Infektion der Mutter stattgefunden hat, es ist also mit viel größerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß ein syphilitisches Kind geboren wird, wenn die Mutter in den ersten Monaten der Gravidität infiziert wird, als wenn dies in den letzten Monaten geschieht; keineswegs aber darf man deduzieren, daß die Infektion des Kindes etwa erfolgen muß, selbst wenn die der Mutter auch in die ersten Monate der Schwangerschaft fällt. Die Plazenta wurde seit jeher als ein Wall angesehen, der kindlichen und mütterlichen Organismus streng trennt; das war auch die Ursache, daß überhaupt die Möglichkeit der Übertragung der Krankheit auf diesem Wege geleugnet wurde; heute ist sie wohl allgemein anerkannt, allerdings von einzelnen noch immer

¹⁾ Die Syphilis in der Schwangerschaft. Von Dr. BERNHARD ROSINSKI, Privatdozent für Gynäkologie an der Universität zu Königsberg i. P. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1903. — Die Vererbung der Syphilis. Von Dozent Dr. RUDOLF MATZENAUER. Ergänzungsheft zum „Archiv für Dermatologie und Syphilis“. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1903.

mit der Einschränkung, daß dieser Weg der Infektion ausnahmsweise sei; auch ROSINSKI hält, wie wir gleich sehen werden, noch an dieser Anschauung fest. Einzelne Beobachtungen der plazentaren Übertragung bedürfen einer besonderen Erklärung: Das Kind kann auch dann mit den Zeichen der hereditären Lues geboren werden oder doch gleich in den ersten Lebenswochen Erscheinungen derselben aufweisen, wenn die Infektion der Mutter so spät erfolgte, daß bei ihr die Allgemeinerscheinungen erst post partum, eventuell sogar erst nach dem Exanthem des Kindes, auftreten. Während ROSINSKI dieses Vorkommnis einfach registriert, sucht MATZENAUER alle diese Fälle in dem Sinne zu entkräften, daß er einmal aus Schilderung der Syphillissymptome der Mutter darauf schließt, daß die Zeit der Infektion derselben bloß irrtümlich so spät angesetzt werde, andererseits — da sich ja nicht alle Fälle als Irrtümer qualifizieren lassen — aber darauf hinweist, daß bei den erst in der letzten Schwangerschaftszeit infizierten Müttern, bei welchen das Exanthem erst nach der Entbindung auftritt, die Prurption des Exanthems im Vergleich zur Norm zwar etwas verspätet stattfindet, vielleicht gerade durch die Entbindung selbst (Blutverlust) verzögert, daß aber die Bakterien doch schon über das Stadium der Inkubation hinaus in das Stadium ihrer Wirkungsäußerung getreten sind. Das bedeutet soviel, daß die supponierten Bakterien bereits zur Zeit der (II.) Inkubation im Blute kreisen, ohne Allgemeinerscheinungen hervorzurufen. Hier wäre vielleicht ein ehrliches „ignoramus“ besser am Platze gewesen, als diese vagen Vermutungen. Sei dem wie immer, sicherlich beweisen die Fälle von postkonzeptioneller Infektion die Möglichkeit des Überganges des Giftes, d. i. der supponierten Mikroorganismen aus dem Kreislauf der Mutter in den der Frucht. Nun findet dieser Übergang, wie bereits betont, keineswegs regelmäßig, sondern bloß fakultativ statt, und es würde sich darum handeln, die Bedingungen zu eruieren, welche denselben möglich machen. Dazu diene einmal das Tierexperiment, andererseits die klinische Beobachtung. Auf diesen Wegen konnte festgestellt werden, daß die gesunde Plazenta sicherlich den Übertritt von korpuskulären belebten (und unbelebten) Elementen hintanhält, anders aber, wenn in der Plazenta als Folge des krankhaften Reizes sich größere oder geringere Läsionen, insbesondere aber Veränderungen an den Gefäßen ausgebildet haben, dann hört sie auf als Filter zu dienen. Trotzdem verdient hervorgehoben zu werden, daß sich die verschiedenen Infektionskrankheiten (und die verschiedenen Tiergattungen) in dieser Beziehung außerordentlich un-

gleich verhalten und daß der Übergang des belebten Virus doch nur selten stattfindet. Als lebendiger Beweis hierfür ist wohl das seltene Vorkommen der kongenitalen Tuberkulose anzusehen. Als Regel wurde dieser Übergang eigentlich nur bei der (künstlichen) Infektion mit Milzbrand beobachtet und R. hat zweifellos recht, wenn er auf die gerade diesen Keimen innewohnende mächtige Energie hinweist; aber sicherlich geht er zu weit, wenn er behauptet: „ja bei bestimmten Infektionen — und zu diesen wird auch die Lues gerechnet — scheint das Freibleiben der fötalen Blutbahn die Regel zu sein.“ Dem widerspricht doch die geläufige und häufige Beobachtung der konzeptionellen und postkonzeptionellen Syphilisübertragungen. Eines aber geht aus all diesen Ausführungen mit Klarheit hervor, daß die Erkrankung der Plazenta die wesentlichste Rolle in dieser Frage spielt. Wir werden im Verlaufe davon noch zu sprechen haben, wenden uns aber vorderhand der zweiten Möglichkeit im Zustandekommen der fötalen Syphilis zu.

Der Vater ist zur Zeit der Zeugung (manifest oder latent) luetisch, die Mutter gesund. (Bei manifester Lues des Gatten ist die Wahrscheinlichkeit der Infektion der Mutter gleichzeitig mit der Konzeption oder im Verlaufe der Schwangerschaft eine sehr große, so daß sich diese Annahme mit der erstgesetzten Möglichkeit deckt; anders aber bei latenter Lues.) Hier kommt ein hereditärluetisches Kind zur Welt, ohne daß die Mutter irgendwelche Zeichen von Lues bietet. Während nun die große Mehrzahl der Autoren und auch R. annimmt, daß die Mutter tatsächlich gesund ist, behauptet M. (und vor ihm eine ganze Reihe französischer und einzelner anderer Autoren, die er anführt), in allen diesen Fällen sei die Lues der Mütter entweder übersehen worden oder sie seien latent luetisch, und die Geburt des syphilitischen Kindes entlarve geradezu die Syphilis der Mutter. Hier liegt der Kernpunkt der M.schen Publikation, gibt es eine spermatische Infektion oder nicht?

In der Tat ist die Syphilis die einzige Infektionskrankheit, bei welcher dieser Modus der Vererbung der Erkrankung auf die Frucht, durch den Vater ohne gleichzeitige Erkrankung der Mutter, als zurecht bestehend angenommen wurde. Hier liegen Schwierigkeiten und Deutungsmöglichkeiten vor, welche es leicht erklärlich machen, daß M. an diesen schwächsten Punkt die Axt anlegt. Zunächst einmal handelt es sich um die Entscheidung, ob das Sperma latent luetischer infektiös ist oder nicht? Selbstverständlich ist hier die mechanische Beimengung von Syphilisgift von einer etwa vorhandenen, sich aber der Untersuchung entziehenden Erosion oder einem sonstigen Syphilisprodukt in den Genitalwegen vorweggenommen. Im allgemeinen sind die Autoren geneigt — die negativen Impfversuche MIREURS und den scheinbar positiven Fall ROCHONS lassen wir beide als nicht beweiskräftig hier aus dem Spiel —, das Sperma als nicht infektiös anzusehen, es werde aber infektiös in seiner Beziehung zum Ovulum, d. h. ein und dasselbe Gift verhalte sich für das Gewebe der Mutter anders als für das Ovulum. Man kam zur Annahme, und R. bewegt sich in der gleichen Richtung, dem Sperma hafte das Syphilisvirus in einer inaktiven Form an, es werde aber durch den mächtigen, formativen Reiz, den das wachsende Ei auslöse, aus den inaktiven in den aktiven Zustand versetzt.

Nach M. aber gibt es eine solche Art der Übertragung überhaupt nicht, sondern es ist die Mutter, die von einem (latent) luetischen Manne geschwängert, ein syphilitisches Kind zur Welt bringt (ohne Krankheitssymptome aufzuweisen), selbst entweder bereits früher oder bei oder nach der Konzeption durch ihren Mann infiziert worden, nicht durch das Sperma, sondern auf dem gewöhnlichen Wege der Kontaktsyphilis. Ist sie aber der letzteren entgangen, d. h. selbst gesund, so müsse auch das Kind gesund sein.

Es ist begreiflich, daß man vielfach Analogien gesucht und herangezogen hat, die Rätsel der Syphilisvererbung leichter verständlich zu machen. Es zeigt sich nun hier ein merklicher Unterschied zwischen der Syphilis und anderen Infektionskrankheiten, wenn auch M. diese Unterschiede nicht sehen will; speziell Tuberkulose und Lepra, die in Betracht kommen, geben fast gar keine Anhaltspunkte; galt doch bis in die letzten Jahre bezüglich der

Tuberkulose als Dogma, nicht die Krankheit (also nicht Keime) werde vererbt, sondern die Disposition, und im großen und ganzen besteht diese Anschauung auch noch heute zu Recht, wenn auch einzelne Fälle fötaler Tuberkulose seither bekannt wurden, die Lepra ist uns aber zu fremd, und über Fälle angeborener Lepra, bzw. Aborte, Frühgeburten und Auftreten von Lepra in den ersten Lebenswochen liegen bloß einzelne, spärliche Beobachtungen (ZAMBACO PASCHA) vor.

Wohl aber glaubte man in der Körperchenkrankheit (Pebrine) der Seidenraupen die weitgehendste Ähnlichkeit puncto Vererbung gefunden zu haben, die nur denkbar war. Die Pebrineorganismen sollten in die Ei- und Samenzellen der pebrinekranken Tiere übergehen, ohne die Entwicklungsfähigkeit der betreffenden Generationszellen zu beeinträchtigen, das neuentwickelte Insekt aber birgt die todbringenden Keime in sich, denen es schließlich verfällt. Diese Vererbung erfolge auch, wenn ein kranker Vater die gesunde Mutter befruchte und diese gesund bleibend kranke Eier lege. Fast könnte man ausrufen: *Tout comme chez nous!* Die beiden Autoren, die für diese Überlieferungen verantwortlich gemacht werden müssen, sind NEISSER und BAUMGARTEN, die beide behaupten, PASTEUR habe die eben skizzierten Tatsachen konstatiert. MATZENAUER weist nun nach, daß PASTEUR sich hütet, so weitgehende Folgerungen zu ziehen, im Gegenteile fänden sich strikte Angaben, welche die paterne Infektion als im höchsten Grade unwahrscheinlich erscheinen lassen. Man würde es kaum für möglich halten, daß solche Irrtümer oder falsche Auslegungen sich Jahrzehnte hindurch ohne Anfechtung behaupten können, aber in der Darstellung M.s haben wir den eklatantesten Beweis für dieses Phänomen und nach dieser Darstellung muß zugestanden werden, daß diese Analogie als Stütze der paternen Vererbung nicht mehr herangezogen werden darf.

Noch auf einen zweiten Umstand legt M. Wert. Beim Nachweis der Pebrineorganismen, bzw. ihrer Sporen, in dem Ei der Seidenraupen habe man übersehen oder doch nicht sonderlich betont, daß man es hier mit dem bereits befruchteten Ei, nicht mit der Eizelle (entsprechend der weiblichen Keimzelle höherer Säugetiere) zu tun habe, also mit dem Analogon des Fötus. Es ist dies darum wichtig, weil wir dann gezwungen sind, einzugestehen, daß wir über den Zeitpunkt der Infektion der vorliegenden infizierten (befruchteten) Eier keine sicheren Anhaltspunkte haben; dieselbe könnte ja vielleicht schon die Keimzelle betroffen haben oder durch krankes Sperma oder endlich auch postkonzeptionell erfolgt sein. Es ergibt sich daraus die Wichtigkeit der Frage: Hat einer der Autoren Pebrinekörperchen oder Sporen in den Samen- oder Eizellen nachgewiesen? Diese Frage ist nach M. mit „Nein“ zu beantworten.

Bei der Wichtigkeit, die gerade einer solchen Beobachtung zukäme, muß es um so mehr wundernehmen, wenn BABES, wie M. anführt, bezüglich der Lepra behauptet: „Jedenfalls muß ich um so mehr an der Möglichkeit einer direkten Übertragung festhalten, als ich Leprabazillen nicht nur im Samen, welcher noch lebende Spermatozoen enthielt, sondern auch in Eizellen gesehen habe.“ Diese Behauptung findet nicht, wie M. meint, ihre Abschwächung durch jene später zitierte Stelle: „Man müßte dann natürlich annehmen, daß zahlreiche gesunde Individuen im Sperma oder im Ei Leprabazillen besitzen, alles Annahmen, welche durchaus unwahrscheinlich und nicht im geringsten erwiesen sind“, denn hier ist von gesunden Individuen die Rede. Ein einziger derartiger Befund wäre von so enormer Wichtigkeit, daß diese Behauptung für M. zur Basis ganz ähnlicher Untersuchungen hätte werden müssen, wie die Angaben über das Verhalten der Pebrine. Zumindest hätte dann diese nach M. sicherlich falsche Angabe von BABES ob ihrer Leichtfertigkeit von dem Gegner der paternen Vererbung einer ganz anderen Zurückweisung bedurft!

Im übrigen konnte dieser Analogieschluß nicht das einzige Fundament sein, auf welchem die Lehre von der paternen Vererbung aufgebaut war. In der Tat liefert auch die Klinik andere Argumente. Es ist dies vor allem die Beobachtung, daß Frauen, die ein oder mehrere syphilitische Früchte zur Welt gebracht haben, dann ein gesundes, lebensfähiges Kind austragen, wenn der Vater

allein sich einer Merkurbehandlung unterzog. Diese Beobachtung, die jedem Hausarzt geläufig ist und von der auch R. in seinem Buche neue Proben bringt — von acht derartigen Behandlungen mißglückte eine einzige —, sucht M. in ihrem Werte erheblich herabzudrücken. Zunächst einmal handle es sich fast in allen mitgeteilten Fällen um Luetiker, deren Infektion eine ganze Reihe von Jahren zurückdatiere, es sei daher viel näherliegender, ein natürliches Erlöschen der Vererbbarkeit anzunehmen. Das ist richtig, insoweit es sich um die Männer handelt, bei den Müttern aber hätte man gerade nach M. in einer beträchtlichen Reihe von Fällen eine ziemlich rezente, wenn auch latente Lues vor sich. Folge aber tatsächlich auf eine antiluetische Behandlung des Mannes Geburt eines reifen und gesunden Kindes, das auch nachträglich gesund bleibt, und etwa später wieder ein syphilitisches Kind, so sei das nicht der Behandlung zuzuschreiben, habe aber auch sonst nichts Befremdendes an sich. Denn gerade bei älterer, seit Jahren bestehender Syphilis der Mutter werde diese Form der Vererbung, „die alternierende Vererbung“ gelegentlich beobachtet. Auf die gleiche Art, d. h. durch alternierende Vererbung kämen auch jene Fälle zustande, die gewissermaßen als natürliche Experimente die paternale Vererbung zu begründen schienen, so beispielsweise der Fall BEHREND'S, in welchem ein Mädchen von ihrem syphilitischen Geliebten ein syphilitisches Kind zur Welt bringt, das bald stirbt, hierauf innerhalb dreier Jahre von einem gesunden Mann zwei gesunde Kinder hat, dagegen bei neuerlicher Aufnahme des alten Verhältnisses mit dem ersten Geliebten wiederum ein syphilitisches Kind zeugt. Hier lautet die Annahme der alternierenden Vererbung wohl etwas gezwungen, wenn man nicht gerade für derartige Vorkommnisse an den Kobold Zufall glauben will, der hier sein Spiel treibt, der Wissenschaft ein Bein zu stellen. Allerdings muß zugestanden werden, daß diesen Beobachtungen wieder andere gegenüberstehen, in welchen Frauen in erster Ehe mit einem luetischen Mann hereditär luetische Kinder zur Welt brachten, während in einer zweiten, eventuell dritten Ehe mit gesunden Männern auch luetische Früchte geboren werden. Hier muß und mußte (auch von den Vertretern der paternalen Übertragung) angenommen werden, daß die Mutter syphilitisch ist, auch wenn sonst keinerlei Anzeichen hierfür beobachtet wurden, die Syphilis war dann eben übersehen worden. Nicht mit Unrecht weist M. darauf hin, daß man hier ohneweiters geneigt oder eigentlich gezwungen ist, das Übersehen der Syphilis gelten zu lassen, während man dort, wo es sich um scheinbar gesunde Mütter hereditärluetischer Kinder bei konstatiertem Syphilis des Vaters handle (die also im Sinne der paternalen Vererbung ausgelegt werden), einfach aus dem Nichtvorhandensein der Syphiliserscheinungen auf die Gesundheit der Mutter folgere, das Übersehen aber nicht in Frage ziehe.

Im übrigen schlägt M. den Wert der antiluetischen Behandlung in Bezug auf das Erlöschen der Vererbbarkeit sehr niedrig an, es müßte sonst dem Quecksilber der gleiche therapeutische Effekt auch in Rücksicht auf die weibliche Keimzelle zukommen, denn sonst bestünde ein Widerspruch in der Gleichberechtigung der männlichen und weiblichen Keimzelle. Das scheint ja theoretisch richtig, indessen ist es keineswegs gleichgültig, die Rolle der beiden Zeugenden hier ganz auf dieselbe Linie zu stellen. Es ist für die Anhänger der spermatischen bzw. ovulären Vererbung ganz gut denkbar, daß — angenommen durch eine Quecksilberkur — sowohl die männliche als auch die weibliche Keimzelle unter Einfluß des Quecksilbers vom Syphilisvirus frei bleiben, es ist aber keineswegs ausgeschlossen daß im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft, innerhalb deren der Fötus unter dem Einflusse der Mutter steht, nicht neuerlich ein Aufflackern der Syphilis und damit die plazentare Infektion eintritt. Es läßt sich so ganz ungezwungen erklären, warum die Erfolge der Behandlung bei syphilitischen Müttern nicht die gleichen sind, als die bei syphilitischen Vätern, ohne an der Gleichberechtigung der Keime zu rütteln. Seiner Annahme entsprechend muß M. gerade auf die Behandlung der Mütter besonderen Wert legen. In der Tat unterzieht er (sowohl effektiv luetische als auch) die scheinbar gesunden, nach ihm latent luetischen Mütter der Behandlung, beide mit gleichen Erfolgen, trotzdem er

es für notwendig hält, die Kur innerhalb eines Jahres 2—3mal zu wiederholen. Seine Erfolge scheinen allerdings nicht sehr ermutigend: „Ich glaube wohl sagen zu dürfen, daß diese Behandlungsart bei den angeblich gesunden Müttern luetischer Kinder weit eher geeignet ist als die väterliche Behandlung, um die Vererbung der Syphilis zu kupieren, wenn man überhaupt von einer Möglichkeit des Kupierens der Vererbungsfähigkeit sprechen dürfte.“ Die Erfahrungen anderer Beobachter scheinen allerdings viel weniger pessimistisch. Mit Recht weist R. die FOURNIERSche Statistik bezüglich des Einflusses der mütterlichen Syphilis auf die Kinder zurück, weil in dieser Statistik das Alter der Syphilis unberücksichtigt blieb. Noch verweisen wir auch auf die Empfehlung der Verwendung grauer Tampons bei schwangeren syphilitischen Frauen durch RIEHL, dann auch auf den diesbezüglichen jüngsten Bericht H. VÖRNER'S.

Auch eine weitere klinische Erfahrung glaubte man bis nun ausschließlich im Sinne und nur auf Grund der spermatischen bzw. ovulären Infektion deuten zu können, wenn nämlich Zwillinge zur Welt kamen, deren einer gesund, der andere krank war; es mußte denn entweder Ovulum oder Spermatozoon das eine Mal giftführend, das andere Mal giftfrei sein. Immer aber handelte es sich um zweieiige Zwillinge, also um getrennte Plazenten, und es zeigte sich, daß in jedem Falle nur die Frucht erkrankt war, deren Plazenta in ihrer Struktur wesentlich gelitten. Es möge hier dasjenige, was wir über die Erkrankung der Plazenta überhaupt wissen, angeführt werden. ROSINSKI ist in dieser Beziehung als Gynäkolog MATZENAUER gegenüber in der angenehmen Lage, auf eine ganze Reihe eigener Untersuchungen zurückblicken zu können, während M. sich auf die bis damals vorliegenden, übrigens ziemlich spärlichen Arbeiten auf diesem Gebiete beschränken mußte. R. hält die Scheidung zwischen Erkrankung des fötalen und mütterlichen Anteiles der Plazenta strenge aufrecht, da nach ihm die Plazenta einseitig entweder in ihrem mütterlichen oder fötalen Teil erkranken kann, und gerade die Untersuchungen solcher Plazenten, bei welchen eine syphilitische Mutter ein gesundes Kind zur Welt bringt, sei besonders wertvoll, weil nach den Erfahrungen ROSINSKI'S in diesen Fällen sich eine Erkrankung der Dezidua erwarten lasse (wir werden sehen, inwieweit diese Erwartungen in der Praxis eintreffen). In der Regel sei, wenn man von Plazentarsyphilis spreche, bloß die Zottensyphilis gemeint. Als Hauptveränderung der Syphilisplazenta ergibt sich eine erhebliche Gewichts- und Volumszunahme, sowohl absolut als auch insbesondere in Relation zum Gewichte der Frucht, weiters die eigentümliche Färbung, blaßrosa bis rosarot, sowie die derbe oder lederartige Konsistenz. Bei gleichzeitiger Erkrankung der Dezidua kommt es noch zu Knotenbildungen, Verdickungen und Trübungen der Serotina. VIRCHOW, der diese Knoten zuerst für Gummen angesprochen, folgten in der Deutung die späteren Autoren, erst v. FRANQUÉ wies darauf hin, daß sich ähnliche Produkte auch bei Nephritis fänden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt die Hauptveränderungen im Zottengewebe, ein Bild der diffusen Entzündung, die allseitige Proliferation der Gewebe, eine Proliferation, die ihren Ausgangspunkt von den Gefäßen nimmt und diese durch Wucherung des Endothels zum Verschuß bringt. Schließlich wird auch das Stroma in Mitleidenschaft gezogen und zeigt sich dicht von gleichmäßig großen, bläschenförmigen Kernen durchsetzt (FRÄNKEL'S Granularhypertrophie). Der Epithelüberzug der Zotten, das Synzytium, wird am spätesten in die Wucherungsvorgänge einbezogen, doch glaubt ROSINSKI gewisse Befunde von epitheloiden Komplexen im Zottenstroma als Bestandteile des Synzytiums und als Einbruch desselben ins Zottenstroma deuten zu müssen und darin (neben der Granularhypertrophie) eine weitere Stütze für die Diagnose Zottensyphilis gewonnen zu haben. Diese Wucherungen im Zottengewebe sind für das äußere Ansehen der Zotten nicht gleichgültig, dieselben erscheinen vielfach verdickt, unregelmäßig keulen- und kolbenförmig, das Deckepithel geht durch Verbackung benachbarter Zotten teilweise zugrunde, und weiter treten neben anderen regressiven Vorgängen in den Zotten auch Blutergüsse und Fibringerinnungen auf, die beide zu Knotenbildungen Veranlassung geben. Auch diese Knoten zeigen Ernährungs-

störungen und zentralen, öfter detritusähnlichen Zerfall. Bezüglich der Erkrankung der Serotina sei erwähnt, daß sie die Diagnose Syphilis nicht gestattet, die sogenannte Endometritis placentaris gummosa, die sich schon bei der makroskopischen Besichtigung als Knotenbildung kundgibt, stellt ein großzelliges Gewebe mit eingeschlossnen Zottenpartien dar, in welchem sich im weiteren Verlaufe die gleichen regressiven Veränderungen einstellen, wie sie früher beschrieben wurden. Die Befunde in der Serotina haben nichts für Lues Charakteristisches, sie kommen auch anderen Krankheiten zu, ja sie werden auch unter rein physiologischen Verhältnissen angetroffen. Nach den Ausführungen ROSINSKI sind nur die Veränderungen an den Zotten diagnostizierbar und für Plazentarsyphilis typisch. Der Vollständigkeit halber — und weil gleichzeitig die Schwierigkeiten in der Konstatierung und Deutung der Befunde hierdurch so recht charakterisiert werden — sei hier auch der jüngsten Arbeit über Plazentarsyphilis von HITSCHMANN und VOLK gedacht, welche wohl die beschriebenen Befunde bestätigen, keineswegs aber die gleichen Folgerungen daraus ziehen, vielmehr zu dem Schlusse kommen, daß all die genannten Veränderungen sich wohl am häufigsten bei Syphilis finden, aber keineswegs ausschließlich ihr zukommen, und daß eine für Syphilis allein charakteristische Gewebsveränderung der Plazenta bis nun sich nicht habe erheben lassen. Wichtiger noch als diese Umstände erscheint uns die bereits einmal betonte Bemerkung, daß ROSINSKI strenge an dem Standpunkt festhält, daß nur der Anteil der Plazenta bei fötaler oder mütterlicher Syphilis Veränderungen zeige, dessen zugehöriger Organismus, Kind oder Mutter, erkrankt ist. Dieses strikte Festhalten der Trennung der Erkrankung der fötalen oder mütterlichen Plazenta steht wohl in Widerspruch mit zahlreichen, von anderen Autoren beschriebenen Beobachtungen, hat aber bei ROSINSKI als Anhänger der spermatischen Infektion gar nichts Befremdendes. Dagegen scheint es denn doch ein kleiner Widerspruch, wenn ROSINSKI selbst in einer größeren Reihe von Untersuchungen oft die hochgradigste Zottensyphilis ohne eine Spur von pathologischen Veränderungen in der Serotina fand, das entgegengesetzte Verhältnis, die Beschränkung des Syphilisprozesses auf die Plazenta materna allein, nie angetroffen hat; nichtsdestoweniger sei er auf Grund des in der Literatur niedergelegten Materials zur Anschauung gelangt, daß es solche Fälle geben müsse.

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien.

V. NOORDEN (Frankfurt a. M.): Wirkliche Stoffwechseluntersuchungen bei Hautkrankheiten sind erst in geringer Zahl vorgenommen, z. B. bei idiopathischer Hautatrophie. Die meisten Angaben in der Literatur sind unbrauchbar, weil eine große Zahl von Fehlern gemacht wurden. So wurde z. B. auf die Art der Ernährung bei der Bestimmung der Ausscheidungswerte nicht genug Wert gelegt. Man hat zu unterscheiden zwischen Hauterkrankungen, die mit Stoffwechselanomalien in einem direkten Zusammenhang stehen (z. B. Myxödem), und Hautaffektionen, deren Eintreten durch die Stoffwechselveränderung nur begünstigt wird (Diabetes). Hierher gehört eigentlich das Greisenalter. Die atrophischen Vorgänge an den Schweißdrüsen, Haaren Nägeln sind wohl die Folge, nicht die Ursache des veränderten Stoffwechsels im höheren Alter. Die Prozesse zeigen aber, wie auf das Hautorgan verminderte Regenerationskraft der einzelnen Gewebe wirkt. Selbst so wichtigen Fragen, wie Veränderung der Wasserabgabe durch die Haut bei Parakeratosen, sind noch nicht entschieden, bei der Ichthyosis scheint die Perspiration vermehrt zu sein. Ein gesteigerter Eiweißzerfall findet sich, ähnlich wie bei den fieberhaften Infektionskrankheiten, bei Pityriasis rubra, Pemphigus malignus, Lichen ruber. Unter der Einwirkung des Quecksilbers kann man den durch die Syphilis gesteigerten Eiweißzerfall zur Norm zurückkehren sehen. Ein großes Gebiet stellen die durch Störungen der Verdauung bedingten Der-

matsen dar, die man in zwei allerdings nicht scharf voneinander getrennten Gruppen, „ab intestino laeso“ und „ab ingestis“ teilen kann. Eine Disposition der Haut muß bei der Häufigkeit der Verdauungsstörungen und der Seltenheit der von jenen abhängenden Hauterkrankungen angenommen werden. Die Indikanausscheidung stellt einen Indikator für die Darmfäulnis dar, während die vielfach für wichtig gehaltene Ausscheidung der Ätherschwefelsäuren belanglos ist. Der Übertritt gewisser Eiweißstoffe scheint Urtikaria bei disponierten Individuen hervorzurufen; dafür sprechen die bekannten Serumexantheme. Bei der Urtikaria ab ingestis ist also wohl auch ein Eiweißstoff als toxisch anzunehmen, dementsprechend ist es falsch, die Fette bei vielen Hautkrankheiten zu verbieten (Akne). Besonders wichtig ist diese Freigabe der Fette bei Chlorose, da eine bessere Fetternährung vielfach auf Chlorose günstig wirkt; ein Schwinden der Chlorose läßt häufig auch die „Disposition“ schwinden. Vielfache Beziehungen bestehen zwischen Hautaffektionen und Blut. Lymphozytose findet sich bei Pellagra, Mycosis fungoides, Lues, ist aber kein wesentlicher Zug im Krankheitsbilde. Zunahme der eosinophilen Zellen findet sich beim Pemphigus im Blaseninhalt. Bei den Asthmatikern kommen im Sputum sehr viel eosinophile Zellen vor, die Asthmakranken haben früher fast alle an Ekzem gelitten. Es können Stoffe in das Blut gelangen, die auf die Produktion eosinophiler Zellen hinwirken. Es erklärt sich so die Zunahme der Eosinophilie im spontanen Blaseninhalt im Gegensatz zu dem Inhalt artezieller Blasen. Ein Teil der Hautkrankheiten ist erst sekundär; so ist bei Pseudoleukämie und Mycosis fungoides eine Erkrankung des Knochenmarks, bei Purpura und hämorrhagischer Diathese eine Bluterkrankung als primär anzunehmen. Sicher gestellt sind die Beziehungen der sogenannten leukämischen Tumoren zur lymphatischen Leukämie. Die vielen Untersuchungen über die Harnausscheidung sind wertlos, weil meist versäumt wurde, eine genaue Bilanz des Stoffwechsels aufzustellen. Nach den allen Ansprüchen genügenden Untersuchungen von Grosz scheint eine vermehrte Chlorausscheidung bei Prurigo und Ekzem bewiesen. Unendlich viel sind die Harnsäureausscheidungen bei den verschiedenen mit Gicht in Beziehungen gebrachten Hautkrankheiten untersucht. Bisher steht aber die Umgrenzung des Begriffes „Gicht“ noch nicht fest. Trophische Störungen der Haut, der Haare und Nägel kommen bei allen Degenerationen und dementsprechend auch bei der Gicht vor. Zweifellos ist die Neigung der Gichtkranken zu Psoriasis und Ekzem. Mannigfach sind die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Diabetes. Glykosurie kann als Folge akuter fieberhafter Krankheiten, Furunkulose, Erysipel, Dermatitis herpetiformis auftreten. Andererseits erhöht der Diabetes und die ihn so häufig begleitende Neuritis und Arteriosklerose die Vulnerabilität der Haut. Als spezifische diabetische Dermatosen sind Xanthome und Bronzefärbung der Haut (Diabète broncé) aufzufassen. Behandlung der Zuckerkrankheit ist zum Zweck der Heilung der Dermatosen angebracht, andererseits überdauern auch viele „diabetische“ Hautaffektionen die Glykosurie.

DUNCAN-BULKLEY (New-York) setzt die theoretische Vorstellung der englisch-amerikanischen Schule über den Zusammenhang von Hautaffektionen bei Stoffwechselanomalien auseinander. Metabolismus stellt die Kette der chemischen Umwandlungen im Organismus dar, wobei Anabolismus die Umwandlung des Nährmaterials in einen integrierenden Teil der lebenden Gewebe, und Katabolismus die Umwandlung dieser Teile teils in Lebensenergie, teils in Exkrete bedeutet. Auf Störungen des Metabolismus beruhen die Stoffwechselerkrankungen und damit der entsprechenden Hauterkrankungen, weil die Veränderungen der Exkretion der Haut, der Lunge, der Eingeweide, des Verdauungstraktes, die Wasserabscheidung und den Kohlensäureverbrauch, Störungen in der Nierentätigkeit die Eiweißausfuhr beeinflussen.

RADCLIFFE-CROCKER (London) führt die Metabolismustheorie im einzelnen aus und zeigt am Beispiel des Myxödems die Bedeutung der entgiftenden Stoffe der inneren Drüsensekretion. Nicht nur beim Myxödem, sondern auch bei Psoriasis, Pityriasis rubra, Ichthyosis, Lupus vulgaris, hat die Darreichung von Thyreoidin auf die Ernährung der Haut Einfluß, obwohl bei den vier letztgenannten Krankheiten von einem Ersatz der mangelnden Tätigkeit der Schilddrüse durch Organotherapie nicht die Rede sein kann. C. führt nicht nur Gelbsucht, die diabetischen Hauterkrankungen, Xanthome auf Störungen des Metabolismus (der Leber) zurück, sondern sucht auch Pruritus ani, ja Akanthosis nigricans in dieser Weise zu erklären. Chromidrosis wird in Zusammenhang mit Obstipation, Lupus erythematosus in Beziehung zur Albuminurie gebracht.

JADASSOHN (Bern): Zum Studium der Beziehungen der Hautaffektionen zu Stoffwechselanomalien kann man die heuristische und statistische Methode anwenden; letztere ist sehr reich an Fehlerquellen. J. sieht in der Stoffwechselanomalie das primäre Krankheitsmoment

Zweckmäßig unterscheidet man: 1. spezifische Dermatosen, Ikterus, Xanthom, Addison, Myxödem; 2. Dermatosen, die auch bei stoffwechselgesunden Individuen vorkommen (Autointoxikationen); 3. Dermatosen, die durch das Fehlen entgiftender Organe hervorgerufen werden, so daß fortgesetzt Stoffe im Blute kreisen, die demselben eine ungeeignete Mischung geben. Die Hautkrankheit kann direkt von der Haut, aber auch indirekt vom Zentralnervensystem ausgelöst werden. Es können trophische Zentren gereizt oder durch Reizung der vasomotorischen Zentren und Fortleitung des Reizes auf die Haut die einzelnen Hautgefäßbezirke veränderte Widerstandsfähigkeit erhalten. Die Ansiedlung von Pilzen auf einer krankhaft veränderten Haut gibt einen wichtigen Hinweis. Trotz aller Forschung auf dem Gebiet kommt man ohne Annahme eines pathogenetischen X, einer Idiosynkrasie nicht aus. J. bespricht einige Kapitel aus dem großen Gebiet näher: Als einzige gichtische Hauterkrankung erkennt er die Bildung von Tophi an; die gichtischen Gelenkerkrankungen gehören mehr zur Arthritis deformans. Spezifisch ist die Xanthombildung beim Diabetes, Fälle von Xanthom bei Pentosurie sind als larvierte Diabetesformen aufzufassen. Ganz dunkel sind noch die Beziehungen zwischen Xanthom- und Lebererkrankungen. In einzelnen Fällen von Ikterus findet man Gallenfarbstoff im Serum ohne Ausscheidung derselben Bestandteile im Harn. Die Rolle des Pankreas für die Dermatologie ist gering. Immerhin ist doch ein Fall von Prurigo ferox bekannt, der mit Leberschwellung und Entleerung von Fettstühlen verlief. Interessant ist die Tatsache, daß Kalkablagerungen in der Haut ohne nachweisbare Stoffwechselanomalien vorkommen. Schließlich präzisiert J. seinen Standpunkt zur Frage der Konstitution, der Idiosynkrasie, der erblichen und vorübergehend erworbenen Disposition. Er glaubt, daß für alle auf diesem Gebiet aufgestellten Hypothesen die exakten chemischen und experimentellen Unterlagen fehlen.

Nevins-Hyde (New-York) macht auf die Häufigkeit aufmerksam, mit der gerade die am entferntesten vom Herzen liegenden Extremitätenenden bei Störungen des Metabolismus erkranken. Hier liegt der Schlüssel zum Verständnis des Zusammenhanges zwischen den im Blute kreisenden Fremdstoffen und den Dermatosen. Wo die Störung der Zirkulation am leichtesten eintreten kann, ruft der im Blute kreisende Stoff die lokale Erkrankung hervor.

Brocq (Paris) glaubt, daß Störungen der Ernährung konstant bei allen Krankheiten der Haut vorkommen. Die inneren Fermentationen und Verbrennungsformen sind zuweilen stärker als normal, meist jedoch verringert. Zuweilen ist eine fehlerhafte Assimilierung der Mineralsubstanz festzustellen, am häufigsten ist die Harnsäureausscheidung ungenügend. Es ist unmöglich, jede Dermatose auf einen charakteristischen chemischen Typus zurückzuführen oder auch nur für die einzelnen Klassen der Dermatosen die dominierenden chemischen Besonderheiten anzugeben. Man findet bei denselben Hautkrankheiten verschiedene chemische Störungen und die gleichen Störungen des Chemismus bei verschiedenen Hautkrankheiten.

Jacquet (Paris) hat bei 7 Ekzemfällen Verminderung der Mineralausscheidung gefunden und eine deutliche Beziehung zwischen dem Pruritus ani und der Zurückhaltung der Salze im Organismus festgestellt.

C. Ullmann (Wien) beantragt, eine internationale Sammelforschung über die Frage des Zusammenhanges der Hautkrankheiten mit Stoffwechselanomalien nach den gleichen Prinzipien zu veranstalten.

Gaucher (Paris) hält das Ekzem nach wie vor für eine diathetische Affektion. Bei sehr vielen Ekzemfällen ergibt die Harnuntersuchung eine Verlangsamung der Ernährung, eine Verminderung des Stickstoffumsatzes, eine vermehrte Ausscheidung der N-Extraktivstoffe und damit parallel gehend eine Verminderung der Harnstoffausfuhr. Das Ekzem ist daher eine antitoxische Dermatose. Es wurde ferner eine vermehrte Chlorauscheidung festgestellt, man weiß, daß Chlornatrium der Ausscheidung der Extraktivstoffe dient.

Salomon erinnert an die Tatsache der vergleichenden Pathologie, daß Hunde bei unzureichender, fleischerarmer Nahrung Exantheme — Fetträude — bekommen, die bei zweckmäßiger Zusammensetzung der Nahrungsmittel wieder schwindet.

Buschke (Berlin) berichtet über Versuche über die Ausscheidung des Nahrungsfettes in den großen Talgdrüsen, eine Frage, die für das übliche Verbot der Fette bei Akne von Bedeutung ist. Reizungen der Bürzeldrüsen zur Sekretion zeigten, daß nur sehr selten von einem Übergang des Nahrungsfettes in die Sekretion die Rede sein kann.

PAULSEN und APPEL (Hamburg-Altona): Über Syphilisbazillen und Syphilisserum.

Verff. halten die mehrfach bei Syphilitischen gefundenen diphtheroiden Bazillen für Syphilisbazillen. Das durch Impfung von Tieren (Hammel) gewonnene Serum benutzten sie zur Einspritzung. Die Injektionen riefen häufig Urtikaria hervor, Sie berichten über 5 Fälle, von denen sich 2 der Behandlung entzogen, 2 mit Quecksilber weiter behandelt werden mußten. Bei dem letzten Kranken genügten 28 Seruminjektionen, um alle Symptome zum Schwinden zu bringen.

Risso und Cipollina berichten über ihre günstigen Resultate bei der Serotherapie von 12 Syphiliskranken. Das Serum war durch „Immunisierung“ von Tieren gewonnen worden.

van Nissen (Wiesbaden) demonstriert die von ihm in 200 Fällen gefundenen „Syphilisbazillen“, mit deren Reinkultur er beim Affen, Schwein, Pferd der menschlichen Syphilis analoge Symptome erzeugen konnte. In einigen Fällen konnte er in dem Blut und Krankheitsprodukten des experimentell krank gemachten Versuchstieres durch Reinkultur die „Syphilisbazillen“ nachweisen.

Aus den Abteilungen

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

Abteilung für Kinderheilkunde.

SWOBODA (Wien): Eine als selbständig zu bezeichnende schwere Munderkrankung des ersten Säuglingsalters (die gangränöse Zahnkeimentzündung).

Es handelt sich um eine durch auffallende Symptome charakterisierte Krankheit, welche bisher weder in den Lehrbüchern, noch in der deutschen medizinischen Literatur Erwähnung gefunden hat. Das hervortretende Symptom dieser Krankheit ist die gangränöse Zerstörung des Zahnfleisches und die hierauf folgende Abstoßung von Zahnkronen bei Säuglingen, welche noch weit von der normalen Dentitionsperiode entfernt sind. Der Verlauf zeigt zweierlei Variationen: 1. Das die erkrankten Zahnkeime bedeckende Zahnfleisch stirbt in toto ab. In diesem Falle kommt es zu wachsender Verfärbung der gegen die Umgebung scharf abgegrenzten Partie, der Zusammenhang derselben mit dem Kiefer ist gelockert, so daß die abgestorbene Partie bei jeder Berührung federt, dann zerfällt dieselbe gangränös, wobei sie sich manchmal vorher als Ganzes abhebt und von innen nach außen umgeklappt wird. In den bloßliegenden Alveolarhöhlen kommen, von Eiter und gangränöser, pulpöser Masse umgeben, die aus ihrer normalen Lage emporgehobenen gelockerten Zahnkronen zum Vorschein. Dann fallen die Zahnkronen aus. 2. Die Gangrän des Zahnfleisches beginnt damit, daß dasselbe unter der lividen Verfärbung wulstig anschwillt. Hierauf bildet sich über einer Zahnkrone ein Geschwür, aus welchem sich das die Zahnkrone umgebende blut-eitriges Exsudat entleert. Der gangränöse Zerfall des Zahnfleisches schreitet fort, bis wie bei dem zuerst geschilderten Verlaufe die bis zum kleineren Niveau, beziehungsweise bis zum Geschwürsrand, emporgehobenen gelockerten Zahnkronen bloßliegen. Dann fallen die Zahnkronen aus. In manchen Fällen greift die gangränöse Entzündung auf den Kieferknochen über und dann besteht Foetor ex ore. Die Erkrankung verläuft ohne auffallende Salivation, Schmerzhaftigkeit oder nennenswerte Blutung, aber regelmäßig unter Fieber. Die Prognose ist stets letal. 3 Fälle hat der Vortragende selbst beobachtet. 3 Fälle entnimmt er einem alten Jahresbericht des Moskauer Findelhauses. Als ätiologisch kommen wohl hauptsächlich septische Infektionen in Betracht.

Hochsinger (Wien) hat nach einer Verletzung des Zahnfleisches, die dadurch entstanden war, daß die Eltern versucht hatten, einen bei der Geburt bereits vorhandenen Schneidezahn zu entfernen, einen ähnlichen Zustand entstehen sehen. Auch er glaubt, daß es sich dabei um eine septische Infektion handelt.

GROSSMANN (Berlin): Psychotherapie in der Kinderpraxis.

G. befürwortet die hypnotische Suggestivbehandlung beim Kinde. Die Hypnose ist nach seiner Ansicht ungefährlich. Sie ist eine einfache Schlafillusion und keine künstliche Hysterie. Er hat bei den vielen Kindern, die er behandelt hat, niemals üble Zufälle beobachtet und behauptet, daß die Hypnose Vorzügliches leiste bei der Behandlung der kindlichen Hysterie, der Onanie, aber auch bei Chorea, und zwar nicht bloß bei der auf hysterischem Boden beruhenden, sondern auch die organisch bedingte werde ebenso wie manches Gelenkleiden gebessert.

Thienich (Breslau) meint, daß der Vortragende das geistige Niveau der Versammlung doch unterschätzt habe. Auf der letzten Versammlung in Kassel sei in dem Referat über Kinderhysterie von BRUNS und ihm erheblich mehr Positives gesagt worden, und damals haben sich nicht nur die beiden Referenten, sondern auch ein Psychiater von der Bedeutung BINSWANGERS durchaus gegen die Hypnose als Heilmittel der Hysterie ausgesprochen. Nur exakte Beobachtungen, die ausführlich mitgeteilt würden, wären imstande, an dieser Meinung etwas zu ändern.

Grossmann bleibt bei seiner Ansicht, daß bei den jetzigen verbesserten Methoden die Hypnose ungefährlich sei und bedauert, daß der Mangel an Zeit es ihm unmöglich machte, seine Fälle eingehend vorzutragen.

B. SALGE (Berlin): Immunisierung durch Milch.

Verf. hat seine im Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 60, pag. 1, mitgeteilten Untersuchungen fortgesetzt. Er fütterte drei Säuglinge im Alter von 4 und 9 Tagen und 1 Monat 21 Tage lang mit der Milch einer Ziege, die aktiv gegen Diphtherie immunisiert war. Die Milch der Ziege entsprach einem $\frac{1}{20}$ Normalserum. Das erste der untersuchten Kinder, 4 Tage alt, zeigte nach der MARXschen Methode einen Antitoxingehalt, der $\frac{1}{24}$ Normalserum entsprach. Täglich wurden dem Kinde mit der Milch 5 I.-E. zugeführt, nach 21 Tagen hatte aber der Antitoxingehalt im Blutserum des Kindes keine Steigerung erfahren. Das zweite Kind war 9 Tage alt, in seinem Blutserum war Diphtherie-Antitoxin nicht nachweisbar. Es erhielt mit der Ziegenmilch täglich etwa 4 I.-E., nach 21 Tagen war in seinem Serum ebensowenig Antitoxin nachweisbar wie vorher. Der Versuch gilt dem Verfasser nicht für ganz beweisend, weil sich am Ende der Beobachtung bei dem Kinde Lues herausstellte. Das dritte Kind war 1 Monat alt. Sein Serum entsprach gerade noch einem $\frac{1}{24}$ Normalserum. Es erhielt 21 Tage lang mit der Ziegenmilch 8 I.-E. Am Ende des Versuchs war der Titer des Serums unter $\frac{1}{24}$ Normalserum gefallen. Eine zweite Versuchsreihe wurde mit Milch einer Ziege unternommen, die gegen Typhus aktiv so immunisiert war, daß 0.04 cm³ der Milch gegen die zehnfach tödliche Dosis = 2 mg vollvirulenter Typhuskultur schützte. Das erste der beobachteten Kinder ist identisch mit dem oben mitgeteilten dritten Fall. Das Kind war 9 Wochen alt, erhielt 27 Tage lang je 200 cm³ der Typhusimmunmilch. In seinem Serum war weder vorher noch nachher etwas von Typhusantikörpern nachzuweisen. Der zweite Fall betrifft ein Kind (Frühgeburt) von 12 Wochen. Das Kind erhielt 27 Tage lang je 80 cm³ der Milch. Auch bei diesem Kinde waren weder vor noch nach der Fütterung mit dieser Milch Typhusantikörper im Blutserum nachzuweisen. Demnach erscheint es nicht möglich, durch die Fütterung mit Milch immunisierter Tiere dem menschlichen Säugling Schutzkörper zuzuführen. Vortr. hat die Meinung, daß das sogenannte „Lebende“ in den Frauenmilch nur für den menschlichen Säugling, in der Kuhmilch nur für das Kalb Bedeutung hat.

ROEDER (Berlin) bespricht die **Aufgaben der Schulärzte für die öffentliche Hygiene**, weist auf die Notwendigkeit einer einheitlichen Organisation der schulärztlichen Funktionen hin und erwartet insbesondere von einer einheitlichen Durchführung der Ausmusterung der Schulrekruten einen ersprießlichen Einfluß auf die Kräftigung des Nachwuchses. Namentlich hätte die Berliner Städtische Deputation die Untersuchung der Schulrekruten als eine der wichtigsten Aufgaben in die Funktionen der Schulärzte aufgenommen. Mit der Fürsorge für die hygienischen Einrichtungen und für den Gesundheitszustand der Schule, sowie mit der Überwachung der mit körperlichen und geistigen Mängeln behafteten Kinder dürfte die Tätigkeit der Schulärzte nicht erschöpft sein. Erst mit der Auslese der zur Einschulung gelangenden Kinder erfülle die Institution was sie soll und nütze erst hiermit den Bedürfnissen der öffentlichen Hygiene im weitesten Sinne. Redner hebt hervor, welche Bedeutung die hiermit erfolgende Erhebung über die Gesundheitsverhältnisse der ganzen Völker erlangen könne und hält das bei der Zurückstellung sich ergebende Material für besonders wichtig für die Frage der Ausbreitung der Tuberkulose und Rachitis. Er erwartet von den Schulärzten besondere Vorschläge und Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose an der Schwelle des späteren Kindesalters. Ferner seien sie ganz besonders dazu zu berufen, ihren ganzen Einfluß geltend zu machen, um durch Aufklärung weitester Volkskreise die Ausbreitung der künstlichen Säuglingsernährung zu bekämpfen und eine weitere Verelendung eines großen Teiles unseres Nachwuchses zu verhüten.

Zappert (Wien) und **Göppert** betonen, daß das Verhältnis des Schularztes bei der Beaufsichtigung der Schulkinder zurzeit noch ein sehr schwieriges ist, namentlich bemängelt G., daß die Zahl der überwiesenen Patienten viel zu groß ist, um in angemessener Zeit ein sicheres Urteil über die Kinder fällen zu können.

Notizen.

Wien, 22. Oktober 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte Dr. KIRCHMAIER ein Kind mit einer merkwürdigen Mißbildung, einer sackförmig den inneren Rand des linken Auges überlagernden Tränensackfistel. Das Kind hat außerdem einen totalen Wolfsrachen und ein Kolobom der Iris sowie der Chorioidea. — Hierauf wurde die Diskussion

über den Vortrag WERTHEIMS „Über die Dauererfolge mit der erweiterten Uteruskrebsoperation“ fortgesetzt und beendet. Prof. HERZFELD zählte, im wesentlichen den Ausführungen WERTHEIMS beistimmend, die Fehlerquellen jeglicher Statistik auf und hob die Tatsache hervor, daß sowohl die Metastasen als auch die Rezidiven beim Karzinom vom Sitze desselben abhängig seien; auch gehe die Malignität des Karzinoms überhaupt nicht immer seiner Ausbreitung parallel. — Prim. LATZKO betonte an der Hand seines eigenen Materials, daß die abdominale Operation vor allem die Indikationen erweitere und daß in der Drüsenfrage das letzte Wort noch nicht gesprochen sei; er selbst bekannte sich als fakultativen Anhänger der Drüsenexstirpation. — Professor WERTHEIM stellte die Beweisfähigkeit der durch histologische Drüsenuntersuchung gewonnenen Zahlen SCHAUTAS in Abrede, da dieselben nahezu ausschließlich von inoperablem Materiale (Leichen) stammen. Sein Standpunkt, sagte W., habe sich seit seinem Referate vor 4 Jahren nur unwesentlich verschoben und auch er habe gleich CHROBAK und SCHAUTA, damals wie heute, hervorgehoben, daß die besten Resultate sich einzig und allein durch die möglichst frühzeitige Operation werden erzielen lassen. Dies aber werde wohl am besten durch die angeregte Karzinom-Enquete zu erreichen sein. Es folgten hierauf noch eine Erwiderung SCHAUTAS und das Schlußwort WERTHEIMS, die beide einzelne Richtigstellungen zum Gegenstande hatten.

(IV. Österreichischer Balneologen-Kongreß.) In der Zeit vom 12.—16. Oktober tagte in Abbazia der diesjährige wissenschaftliche Kongreß der Balneologen Österreichs, an welchem sich zahlreiche Ärzte beteiligten. Unter Ägide des Altmeisters WINTERNITZ nahm sowohl der wissenschaftliche als auch der gesellschaftliche Teil der Tagung regen und interessanten Verlauf. Von besonderer Bedeutung waren die Referate der Dozenten R. KOLISCH (Karlsbad) und A. STASSER (Kaltenleutgeben) über die diätetische und physikalische Behandlung der Albuminurie, die Vorträge des Prof. E. H. KISCH (Marienbad), die neuen Forschungen über die chemisch-physikalische Wirkung der Mineralwässer betreffend, des Doz. Dr. K. ULLMANN (Wien), Über autotoxische und alimentäre Dermatosen, des Reg.-R. Prof. GLAX, Über die therapeutische Bedeutung der Seebäder an den Küsten der Adria, des Prof. KLEIN-BÄRINGER (Wien), Die Adriaküste vom Standpunkte des Augenarztes, des Doz. Dr. KUTHY (Budapest), Über Seeklima und Tuberkulose, ferner die Vorträge der DDr. L. FELLNER (Franzensbad), M. HAUDEK, H. FREY, R. OFFER (Wien), A. LÖBL (Dorna), E. WEISZ (Pistyan), SOGO (Alland) u. a. — Wir können von einer eingehenden Berichterstattung über den Inhalt der Vorträge und Referate absehen, da wir die bemerkenswerteren in der „Wiener Med. Presse“ und „Wiener Klinik“ in extenso veröffentlichen werden. Ein Teil derselben wird im „Zentralblatt für physikalische Therapie“ erscheinen. — Nicht minder erfolgreich war der gesellige Teil des Kongresses. Die üblichen Festlichkeiten nahmen in dem herrlichen Rahmen der von der Herbstsonne vergoldeten, mächtig aufstrebenden Kurstadt des Quarnero einen doppelt schönen Verlauf, während die dem Kongreß gefolgte Rundreise nach Lussin, den Brionischen Inseln und Pola, ferner Rovigno, Porto Rose und Triest den zahlreichen Teilnehmern Gelegenheit gab, die hervorragendsten Kurorte der österreichischen Riviera kennen zu lernen.

(Wiener medizinisches Doktorerkollegium.) Im Winter 1904/1905 werden wie seit vielen Jahren wissenschaftliche Versammlungen an Montagen im Sitzungssaale des Kollegiums stattfinden, deren erste am 7. November abgehalten werden wird. An diesem Abende wird Herr Prof. Dr. K. A. HERZFELD über Behandlung der Form- und Lageanomalien des Uterus sprechen. Weitere Vorträge sind in großer Zahl angemeldet. Zu Vorsitzenden der wissenschaftlichen Versammlungen wurden in der konstituierenden Ausschusssitzung am 10. Oktober d. J. außer dem Präsidium (Hofrat R. v. REDER, Prof. OBERSTEINER) die Herren DDr. BUM, GERSUNY, E. PERNITZA, PINS, S. KOHN und H. TELEKY gewählt.

(Personalien.) Der Landessanitätsinspektor Dr. JOHANN GRILL ist zum Statthaltereirate in Linz, der Landessanitätsinspektor Dr. FRANZ STADLER zum Landesregierungsrate in Salzburg ernannt worden. — Der Ministerialdirektor ALTHOFF in Danzig hat den

Titel Exzellenz erhalten. — Geh. Med.-Rat NEISSER wird sich im März 1905 zur Vornahme von Syphilisimpfungen an Affen in größerem Maßstabe nach den Sundainseln begeben. — Der Deutsche Verein zur öffentlichen Gesundheitspflege hat den Geh. San.-Rat Dr. LENT in Köln zum Ehrenmitgliede ernannt. — Prof. Dr. HERMANN RABL-RÜCKHARD hat seine Lehrtätigkeit an der Berliner Universität aufgegeben. — Wie uns Prof. v. BASCH mitteilt, wird derselbe von nun ab ausschließlich in Wien konsultative Praxis auf dem Gebiete der Herz- und Gefäßkrankungen ausüben.

(Militärärztliches.) Admiralstabsarzt Dr. EUGEN GRUBER, Generalstabsarzt Dr. GOTTLIEB GÜTTL und Ob.-St.-A. I. Kl. Doktor KARL GLÄSSER haben den Orden der Eisernen Krone III. Kl. erhalten. — Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. ARTUR Ritter v. WAGNER ist in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse durch Verleihung des Generalstabsarztes-Charakters, sowie des Ordens der Eisernen Krone III. Kl. ausgezeichnet worden. — Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOSEF FORMANEK hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten. — Den Stabsärzten Dr. GUST. WEIL und Dr. JAROMIR PECIRKA ist der Ausdruck der kaiserlichen Zufriedenheit bekannt gegeben, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. KARL SETZ ist zum Sanitätschef des 6. Korps, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. ROBERT BUSCH v. TESSENBORN zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Przemysl und St.-A. Dr. ADOIF KLEIN zum Garnisonschefarzte in Esseg ernannt worden. — Die Reg.-Ärzte I. Kl. Doktor HEINRICH PELLER, Dr. NIKOLAUS FELDMANN, Dr. MAXIMILIAN HERZOG, Dr. LEOPOLD SZYJKOWSKI, Dr. LUDWIG FEITES, Doktor JULIUS BRIEF, Dr. JOSEF HAMBURGER, Dr. LUDWIG HOFFMANN, Dr. FRANZ CHEMELA und Linienschiffarzt Dr. ROBERT LICHEN haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Dem Reg.-A. I. Kl. Dr. JOSEF KÁS ist der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden.

(Ein Kassenärztestreik.) Aus Lemberg wird berichtet: Die Ärzte der Bezirkskrankenkasse in Tarnow haben — aus bisher nicht näher bekannten Gründen — ihre Tätigkeit bei dieser Kasse eingestellt, deren ärztliche Agenden im Auftrage der Statthalterei vom Bezirksarzte Dr. DZIKOWSKI und einem diesem beigegebenen Militärarzte versehen worden.

(Statistik.) Vom 9. bis inklusive 15. Oktober 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7177 Personen behandelt. Hiervon wurden 1521 entlassen, 148 sind gestorben (9,79% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 95, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 51, Scharlach 51, Masern 75, Keuchhusten 5, Rotlauf 33, Wochenbettfieber 5, Röteln 3, Mumps 7, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 515 Personen gestorben (+ 15 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Prag ist am 19. d. M. der emer. Professor für angewandte medizinische Chemie Hofrat Dr. KARL HUGO HUPPERT im 73. Lebensjahre gestorben; er hat gemeinschaftlich mit C. G. LEHMANN den 8. Band von GMELINS Handbuch der Chemie, sowie die 8., 9. und 10. Auflage von NEUBAUERS „Analyse des Harns“ bearbeitet. — Gestorben sind ferner: In Marienbad der Badearzt Dr. JOSEF ROTH, 56 Jahre alt; in Berlin der Assistent von Professor KOSSEL, Dr. MARTIN KRÜGER, im Alter von 38 Jahren; in Moskau der Professor der gerichtlichen Medizin Dr. NEIDING; in Odessa der Extraordinarius der Gynäkologie Dr. MASSEN.

Spatenbier als Kräftigungsmittel. Wenn auch dem Bier im allgemeinen die Eignung als Nähr- und Kräftigungsmittel nicht beigemessen werden kann, so wird dennoch von demselben in der Krankenpflege, namentlich während der Rekonvaleszenz, nicht selten Gebrauch gemacht. Allerdings kann nur ein erstklassiges Produkt in Frage kommen, ein Bier, das gegenüber seinem Extraktgehalt einen geringen Alkoholgehalt besitzt. Als ein solches Produkt, das auch in Bezug auf Reinheit im Geschmack und Gleichmäßigkeit unübertroffen ist, muß in erster Reihe das Spatenbier genannt werden, mit welchem schon ganz vorzügliche Resultate erzielt worden sind. Der bedeutende und kontinuierliche Absatz, welchen das Spatenbier an hiesigen Plätzen hat, die vortreffliche Zustellung und die tadellose Beschaffenheit desselben bieten alle Gewähr für beste Bedienung. Den Herren Ärzten kann die Anwendung und Verordnung des Spatenbieres in geeigneten Fällen empfohlen werden. Nicht zu unterschätzen ist die schlafmachende Wirkung des Spatenbieres, die sich in Fällen nervöser Schlaflosigkeit glänzend bewährt hat.

Die Franzensbader Quellen der Stadt Eger. In der öffentlichen Sitzung des Gemeinderates von Eger wurde am 11. I. M. der Verkauf des gesamten Stadt Egerer Besitzes in Franzensbad an die Stadtgemeinde Franzensbad um den Betrag von zwei Millionen Kronen beschlossen. Der Egerer Besitz in Franzensbad reicht in das 15. Jahrhundert zurück und wurde die Franzensquelle schon im 16. Jahrhundert als „Egerbrunnen“ zum Versand gebracht, so daß diese Quellenversendung wohl als die erste Europas bezeichnet werden muß. Franzensbad tritt durch diesen Ankauf in ein neues Entwicklungsstadium, da hierdurch die volle Aktionsfreiheit und Selbständigkeit des Kurortes erreicht wurde. Nunmehr sind alle Quellen und Bäderhäuser in den Besitz der Kurstadt Franzensbad übergegangen, so daß die Verwaltung des Kurortes künftighin in einheitlicher Weise erfolgen und der Fortentwicklung des Kurortes auf neugeschaffener Grundlage das beste Prognostikon gestellt werden kann.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. v. Lindheim, Saluti agrorum. Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Wien und Leipzig 1905, F. Deuticke. — K. 8/40.
Emil Fromm, Die chemischen Schutzmittel des Tierkörpers bei Vergiftungen. Straßburg 1903, Karl J. Trübner.
L. Lewin u. H. Guillery, Die Wirkungen von Arzneimitteln und Giften auf das Auge. 1. Bd. Berlin 1905, A. Hirschwald.
G. M. Edebohls, Surgical Treatment of Brights Disease. New-York 1904, Frank F. Lisiecki.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Erste Sitzung nach den Ferien Donnerstag den 27. Oktober 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NOHNAGEL.

I. Verlesung des Einlaufes. — II. Demonstrationen (angem.: Hofr. NOHNAGEL, Dr. SCHWARZ). — III. Dozent Dr. A. BUM: Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Mesotan“ und „Aspirin“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Säuerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasocostriction, man kann den Gebrauch ohne Hinderniss fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERZTONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gefl. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON.

Preis der Académie de Médecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“ Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3. Boulevard Saint-Martin.

VERTRETUNG F. OESTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. A. R. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1. Karolsteing. 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 3 bis 8 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. WAGNER v. JAUREGG) in Wien. Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit. Von Dr. ALFRED FUCHS, Assistenten, und Dr. ROBERT ROSENTHAL, Sekundararzt der Klinik. — Über Kindermilch. Von Doz. Dr. MAX SEIFFERT in Leipzig. — Aus der II. medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Professor Dr. WICZOWSKI). Über Diuretin und Harnstoff. Von Dr. JULIUS ZAJACZKOWSKI, Leiter des chemisch-bakteriologischen Laboratoriums an obigem Krankenhause. — Referate. LEWIN (Berlin): Über die Wirkung des Bleis auf die Gebärmutter. — WERNER SCHULTZ (Greifswald): Über Fußblähung, speziell Peroneuslähmung, bei Rübenarbeitern. — FUCHS und SCHULTZ (Biebrich-Bonn): Eine neue Reihe von Schlafmitteln. — A. PERLMANN (Berlin): Ein Fall von Luxation beider Sesambeine des ersten Mittelfußknochens. — H. NAPP (Duisburg): Zur Frage der Vererbung der Syphilis. — W. W. SAKUSSOW (St. Petersburg): Zur Frage der Wirkung der Gifte auf die Gefäße isolierter Nieren. — BROZ (Prag): Über angineurotische Ödeme. — M. v. BRUNN (Tübingen): Die Pneumokokkenperitonitis. — KERN (Halberstadt): Die „Cholecholestase“. — DUPRAT (Paris): Contribution clinique à la sérothérapie de la peste. — Kleine Mitteilungen. Alkoholinjektionen bei Trigeminusneuralgie. — Harnantiseptikum Hetralin. — Wendung aus Querlage auf das Beckenende. — Collargoltherapie. — Behandlung der Strikturen der Harnröhre. — Glycerin als Analgetikum bei Verbrennungen. — Klinische Erfahrungen über Vioform. — Kolitis und ihre Behandlung. — Das Antipyretikum Marenin. — Therapie des angeborenen Pes equino-varus. — Literarische Anzeigen. Semiologie und Differentialdiagnostik der verschiedenen Arten von Kurzatmigkeit. Von Dr. LUDWIG HOFBAUER. — Handbuch der Physiologie des Menschen in 4 Bänden. Herausgegeben von W. NAGEL in Berlin. 3. Band. Physiologie der Sinne. — Über die Entscheidung der Stillfähigkeit und die teilweise Muttermilchernährung. Von Privatdozent Dr. MARTIN THEMICH. — Feuilleton. Syphilis, Schwangerschaft und Vererbung. Von Dr. EDUARD DEUTSCH, emerit. Assistenten der Abteilung Prof. ED. LANG. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) V. Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. Wagner v. Jauregg) in Wien.

Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit.

Von Dr. Alfred Fuchs, Assistenten, und Dr. Robert Rosenthal, Sekundararzt der Klinik. *)

In nachfolgendem berichten wir über die Ergebnisse unserer Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeiten, welche an Kranken unserer Klinik im vergangenen Schuljahre gewonnen wurden. Nachdem die im Anfange als vielversprechend begrüßte Lumbalpunktion therapeutisch bisher wenig und diagnostisch nicht soviel als sie versprochen hat, wird dieselbe an unserer Klinik relativ selten in Anwendung gebracht. Wir haben uns bemüht, die im Vergleiche zu anderen Autoren geringe Anzahl der gewonnenen Punktionsflüssigkeiten durch Ausdehnung der Untersuchungen auf verschiedene Methoden zu kompensieren.

Wir verfügen über 47 pathologische Fälle mit 51 Punktionen; außerdem über 10 Fälle, bei welchen die Lumbalflüssigkeit gelegentlich der zu chirurgischen Zwecken vorgenommenen Lumbalanästhesierung an einer chirurgischen Abteilung (v. MOSEK) gewonnen und uns in freundlichster Weise zur Verfügung gestellt wurde. Diese 10 Fälle

betrafen nervengesunde Individuen, in deren Anamnese Lues und Alkoholismus nicht nachweisbar waren.

Im ganzen erstrecken sich also unsere Erfahrungen auf 57 Fälle (mit 61 Punktionen).

In Übereinstimmung mit anderen Autoren konstatieren wir zunächst, daß wir in keinem einzigen Falle eine nachteilige Beeinflussung der Krankheitsprozesse oder sonstige unangenehme Folgen der Punktion zu verzeichnen hatten. Oftmals angestellte Stichproben durch Kulturversuche, die durchwegs steril ausfielen, gewährten uns die Kontrolle über unsere Asepsis. Diese, sowie zahlreiche Obduktionsbefunde verdanken wir der Güte des Herrn Prof. GHON, welchem wir hierfür bestens danken.

Bezüglich der Technik hielten wir uns an die von QUINCKE⁵²⁾ und JUVARA³²⁾ gegebenen Vorschriften. Wir haben mitunter, nicht jedesmal, Druckmessungen in der von ersterem angegebenen Weise durchgeführt und konnten uns überzeugen, daß die von QUINCKE u. a. angeführten Zahlen zwar im ganzen großen richtig sind, daß der Druck jedoch auch innerhalb einzelner Krankheitsprozesse ganz außerordentlich große Schwankungen zeigt. Wir haben uns daher begnügt, denselben in unserer Arbeit nur als „gesteigert“ oder „gering“ zu bezeichnen, je nachdem beim Einstiche die Zerebrospinalflüssigkeit in einem starken Strahl ausspritzte oder tropfenweise aus der Kanüle herausfloß. Mit Ausnahme von Meningitis verfügen wir über keine Fälle, wo eine wesentliche Drucksteigerung zu gewärtigen gewesen wäre, z. B. Tumoren. Im Gegensatz zu den meisten anderen Untersuchern begnügten wir uns mit einem geringen Quantum des Liquor; vielleicht ist es diesem Umstande zu verdanken, daß wir die in manchen Fällen beschriebenen, der Punktion nachfolgenden Erscheinungen der Druckherabsetzung oder sonstigen Zirkulationsstörung niemals sahen.

*) Vorgetragen in der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie der 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau, September 1904.

Die erste Auffälligkeit, welche uns bei unseren Punktionen entgegentrat, war die schon von verschiedenen Seiten beschriebene Häufigkeit ungewöhnlicher Färbung der Flüssigkeiten bei Meningitis. In 7 der punktierten 11 Fälle zeigte sich eine gelbliche oder leicht grünliche Verfärbung der sonst wasserklaren Flüssigkeit, ohne daß im Sediment rote Blutkörperchen in auffälliger Zahl zu finden gewesen wären. Bei anderen Krankheitsformen wurde diese Auffälligkeit nicht beobachtet.

In dem Falle Tab. I, Nr. 37 war der Liquor pikrinsäurefärbig, zeigte Fluoreszenz und spektroskopisch wurde im pathologisch-chemischen Institute Urobilin konstatiert. Für eine genaue chemische Untersuchung war die zur Verfügung gestandene Flüssigkeitsmenge zu gering. (S. Krankengeschichte Tab. I.) In der uns zu Gebote gestandenen Literatur ist kein Urobilinbefund bisher verzeichnet. Im Falle Tab. I, Nr. 42 zeigte sich ebenfalls eine ungewöhnlich starke gelbe Tingierung der sonst klaren Flüssigkeit.

Nachdem wir sonst nur einmal eine geringe Verfärbung fanden, scheint dieselbe bei Meningitis am häufigsten vorzukommen. Die „Chromodiagnostik“ des Liquor c. s. besitzt daher nur eine untergeordnete Bedeutung (SICARD, SIEMERLING).

I.

Unsere zytologischen Befunde bestätigen die bisher über diese Untersuchungsmethode bekannt gewordenen Ergebnisse.

Überblicken wir dieselben zunächst ohne Rücksicht auf akute Meningitiden, und zwar aus dem Grunde, weil wir im später folgenden, die physikalische Chemie des Liquor betreffenden Teile unserer Untersuchungen auf diesen Punkt nochmals zu sprechen kommen werden:

Im normalen Liquor finden sich äußerst spärliche Zellen (Lymphozyten, Endothelien). Unter pathologischen Verhältnissen notieren wir zunächst einige Kuriosa: KRONEN⁵⁵⁾ Befund myelinhaltiger Nervenfaser, freiem Myelin und Blutkristallen; RINDLEBACH⁵⁶⁾ Nachweis von Geschwulstzellen, Echinokokkentteilen, nicht bestimmbar Zellen etc.

Wichtiger als dies ist die bekannte Zellvermehrung im Zusammenhange mitluetischen und metaluetischen Affektionen. Neben einfacher Lymphozytose sollen bei Exazerbationen des Prozesses auch polynukleäre Leukozyten auftreten, so bei den Krisen der Tabiker (MAILLARD⁵⁷⁾, nach paralytischen Anfällen (WIDAL und LEMIERRE) etc.⁵⁷⁾ Die Lymphozytose soll der Ausdruck eines einfach irritativen, die Polynukleose der eines kongestiven Prozesses sein (WIDAL).

Die Frage nach dem Ursprünge der Zellen ist noch offen, vielfach akzeptiert ist die von französischen Forschern aufgestellte Theorie der meningealen Irritation, also einer Meningitis leichtesten Grades, die zur Zellvermehrung führe.

Chronisch entzündliche und infiltrative Veränderungen der Hüllen des Zentralnervensystems sind bei Paralyse und zerebrospinaler Lues bekannt, ebenso Infiltrationen und Schrumpfungen an den Eintrittsstellen der hinteren Wurzeln bei der Tabes, was OBERSTEINER, REDLICH⁴⁹⁾ und NAGROTTE⁴⁸⁾ ätiologisch zu verwenden suchten.

Wie gelangen nun die Zellen in die Zerebrospinalflüssigkeit?

ANGLADE und CHOUREAUX glauben, daß aus den durch die chronische Meningitis alterierten Gefäßen Formelemente des Blutes in den Liquor einwandern.

SICARD⁶³⁾ nimmt an, daß die „primären“ Lymphscheiden der Gefäße von einem sekundären System eingeschleudert werden; das letztere kommuniziere direkt mit dem Subarachnoidealraum und führe unter normalen Verhältnissen reinen Liquor. Bei meningealer Reizung käme es zum Übertritte von Zellen aus dem primären in das sekundäre System und damit in den Liquor. Hierher gehört auch die Theorie von P. MARIE und GUILAIN⁴¹⁾, welche die Tabes für eineluetische Erkrankung des hinteren Lymphsystems des Rückenmarks halten.

Wenn nun auch nicht in allen Fällen von Tabes eine derartige Meningitis konstaterbar ist, so schließt dies nicht aus, daß in dem mitunter um Dezennien zurückliegenden Frühstadium infiltrative Veränderungen der Meningen bestanden haben können, welche vielleicht später zur Norm zurückgegangen sind. Dem würde die Ansicht entsprechen, daß im Frühstadium der Tabes und Paralyse die Lymphozytose am reichlichsten sei, um gegen das Ende der Krankheit hin abzuklingen (M. MARIE, WIDAL).

FRENKEL⁵⁷⁾ bezieht vage, ziehende Sensationen in der Kreuz- und Rückengegend, die bei Tabikern lange vor den lanzierenden Schmerzen auftreten, auf die von Lymphozytose begleitete Irritation der Meningen.

Bei Paralyse und Tabes wird gegenwärtig die Lymphozytose als von großer diagnostischer Wichtigkeit angesehen. P. MARIE wertet sie sogar der Lichtstarre der Pupillen gleich. Sie dürfe allerdings nie für sich allein, sondern nur im Verein mit andern Symptomen verwertet werden.

Im folgenden haben wir aus verschiedenen, in unserem Literaturverzeichnis ausgewiesenen Statistiken eine Tabelle von fast 700 Fällen zusammengestellt, welche die diagnostische Bedeutung der Lymphozytose erläutern möge (+ bedeutet Lymphozytose, — normalen Befund).

Paralys. progr.	+	—	Dem. senilis	+	—
Tabes	198	10	Dem. praecox	2	32
Lues cerebrospin.	154	13	Verschied. Psychosen	1	61
	27	1	Epilepsie	—	56
			Alkoholismus	10	54
				3	53
	379	24		16	256

Bei 403 Erkrankungen aufluetischer Basis fand sich also Lymphozytose in 94%, sie fehlte in 6% der Fälle. Bei 272 andersartigen nervösen Erkrankungen war sie nur in 6% vorhanden, bei 94% der Fälle fehlte sie. Unsere eigenen 42 zytologisch untersuchten Fälle sind bereits in dieser Tabelle inbegriffen; auch wir fanden Lymphozytose nur bei Erkrankungen nach Lues.

Einer besonderen Betrachtung bedarf das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit in den verschiedenen Stadien der Lues. Bei schweren sekundären Exanthenen fand RAVAUT häufig Lymphozytose, bei leichten Eruptionsformen fehlte sie in der Regel.

Sie fand sich beiluetischen Augenaffektionen (LE SOURD, OPIN, LAPPERSONNE), bei Fazialislähmung im Sekundärstadium (THIBIERGE, RAVAUT⁶⁴⁾). Beim Kopfschmerz der Sekundärperiode fand sich im Liquor Zellenvermehrung und Drucksteigerung. LANG deutete die Cephalea schon vor langem als meningeales Reizsymptom; diese Anschauung erhält durch die Lymphozytose eine neue Stütze. In 13 Fällenluetischer Hemiplegie war sie 12mal vorhanden, in 13 Fällen arteriosklerotischer Hemiplegie nur 2mal (WIDAL, SEMIERRE). In 10 Fällen alter, symptomloser Lues fehlte sie.

Lymphozytose fand sich ferner in 10 Fällen von isoliertem ARGYLL ROBERTSONSchen Phänomen ohne jedes andere nervöse Symptom (BABINSKI⁶⁾, WIDAL⁶⁷⁾). Leichte Lymphozytose fand sich ferner in einem Falle von chronischer alkoholischer Meningitis (DUFOUR), bei Hitzschlag (DOPLER²³⁾, 10mal unter 15 Fällen von multipler Sklerose (CARRIÈRE¹²⁾, NAGROTTE⁴⁸⁾, SICARD, MAYER⁴³⁾, SIEMERLING), 7mal in 11 Fällen von Herpes zoster (SICARD, BOUFFOD, CHAUFFARD¹⁹⁾), ferner bei Schädelbasisfraktur (RENDU⁶⁴⁾). Daß mechanische Reizung der Meningen durch Tumoren, Fremdkörper, Knochensplitter zur Zellenvermehrung im Liquor führen kann, haben erst neuerdings NIEDNER und MAMLOCK⁶⁷⁾ betont und durch das Tierexperiment erwiesen. Schon längst bekannt ist die Lymphozytose der tuberkulösen Meningitis. In mehreren Fällen dieser Erkrankung, die zunächst das Bild einer Psychose boten, konnten wir in dem vollständig klaren Liquor bereits eine beträchtliche Lymphozytose nachweisen in einem Stadium, wo die bekannten somatischen

Zeichen noch vollkommen fehlten und auch Bazillen in der Flüssigkeit nicht nachweisbar waren.

In einigen unserer Fälle hat erst der zytologische Befund die Stellung der Diagnose ermöglicht. Ein Fall (Tab. I, Nr. 22), der zunächst als Paralyse imponierte, erwies sich bei der Punktion, die eine enorme Lymphozytose (952 Zellen im Kubikmillimeter) aufdeckte, als eine tuberkulöse Meningitis. Bei einem anderen Falle (Tab. V, Nr. 30), der das Bild der Paralyse mit gehäuften Anfällen darbot, wurde auf Grund des negativen zytologischen Befundes diese Krankheit ausgeschlossen; bei der Sektion zeigte sich das Gehirn stark durchfeuchtet, ohne jede spezifische paralytische Veränderung. In einem Falle von Delirium tremens deckte die Punktion eine symptomlose tuberkulöse Meningitis auf. Andererseits ergab bei einem Alkoholdeliranten mit ziemlich ausgesprochenen meningitischen Symptomen (KERNIG, Hyperästhesie der Beine, leichte Nackenstarre, Sopor) die Punktion eine klare Flüssigkeit mit sehr spärlichen Zellen; die Diagnose Meningitis wurde daraufhin fallen gelassen. Die Sektion ergab chronisches Ödem des Gehirns und der Meningen.

Zur zytodiagnostischen Untersuchung bediente man sich bis jetzt allgemein der französischen Methode des Zentrifugierens, die bereits so oft beschrieben wurde (WIDAL, RAVAUT, NISSL, FRENKEL), daß wir hier auf dieselbe nicht eingehen wollen. Sie besitzt eine Reihe von Nachteilen und Fehlerquellen. Durch das vehemente Ausschleudern werden die Zellen sehr geschädigt. Sie werden zu Haufen zusammengeballt, deformiert, büßen wohl auch an ihrer Tinktionsfähigkeit ein. NISSL bezeichnet den Zustand der Elemente in den fertigen Präparaten als „jammervoll“ (s. auch NIEDNER und MAMLOCK, SCHLESINGER). Während des Eintrocknens des Sedimentes bilden sich Niederschläge und Gerinnungen, welche weder durch Alkohol, noch durch Ather, Chloroform oder verdünnte Säuren entfernt werden können. Auch bei längerem Zentrifugieren schlagen sich nicht alle Zellen nieder; außerdem arbeitet fast jeder Untersucher mit einer Zentrifuge von anderer Tourenzahl und bemißt auch die Dauer des Zentrifugierens verschieden. Bei noch so vorsichtigem Abgießen der Flüssigkeit muß stets ein Teil des Sedimentes verloren gehen. Die auf drei Objektträger aus der Pipette ausgeblasenen Tröpfchen bieten häufig große Differenzen in der Anzahl der Zellen dar. In den Randteilen des Präparates liegen die Elemente weit dichter als in der Mitte (NISSL). Handelt es sich um reichere Flüssigkeiten, so erhält man unter dem Mikroskope einen nicht differenzierbaren Zellklumpen. Wenn rote Blutkörperchen in etwas größerer Zahl in die Flüssigkeit gelangen, so verdecken sie im Sedimente vollkommen die weißen Zellen.

In Hinsicht auf die Mängel dieses Verfahrens haben wir den Versuch gemacht, die Art und zugleich die absolute Zahl der Zellen (im Kubikmillimeter) in der nicht zentrifugierten Flüssigkeit festzustellen.

LAIGNEL-LAVASTINE³⁶⁾ haben ein Zählungsverfahren angegeben, bei welchem jedoch die Flüssigkeit zentrifugiert wird, was die oben beschriebenen Nachteile zur Folge hat; sie benutzen ferner die für die Blutuntersuchung übliche Kammer. Ihr Verfahren hat Mängel, welche eine genaue Zählung illusorisch machen.

Wir benutzten zu zytodiagnostischen Zwecken eine Zählkammer, welche der für die Blutuntersuchung üblichen ähnelt, aber geräumiger ist. Sie hat eine Tiefe von $\frac{2}{10}$ mm, eine quadratische Basis, deren Seite 4 mm mißt, enthält also $3 \cdot 2$ mm³ *) und besitzt eine einfache Teilung.

Zur Füllung benutzen wir denselben Melangeur, den die Firma ihren Apparaten zur Zählung der weißen Blutkörperchen beigibt. Seine Ampulle hat den 10fachen Inhalt der Kapillare. Um jedoch den ohnehin zellarmen Liquor durch

die Färbeflüssigkeit nicht zu stark zu verdünnen, haben wir auch die Benutzung des Melangeurs modifiziert, indem wir bis zur Marke 1 die Färbeflüssigkeit, hierauf bis zur Marke 11 Liquor aufsaugen, also gerade umgekehrt wie bei der Zählung der weißen Blutkörperchen. Die Lumbalflüssigkeit wird also nur um $\frac{1}{10}$ verdünnt. Dementsprechend mußten wir auch eine stärker färbende Zusatzflüssigkeit benutzen. Als solche hat sich uns bewährt:

Rp. Methylviolett	0·10
Aquae destill.	50·0
Acidi acet. glac.	2·0
M. filtra.	

Das Vorgehen bei der Zählung ist nun kurz folgendes:

So rasch als möglich nach der Punktion gießt man etwas von dem mehrmals leicht aufgeschüttelten Liquor in ein Glasschälchen, in ein zweites eine geringe Menge Zählflüssigkeit, saugt in den Melangeur bis zur Marke 1 Zählflüssigkeit, dann bis zur Marke 11 Liquor auf, schüttelt den Melangeur durch 5 Minuten, um eine gleichmäßige Mischung zu erzielen, bläst dann den ersten Tropfen aus und füllt die Kammer unter Beobachtung der bei der Blutzählung üblichen Regeln. Man zähle die ganze Kammer durch. Ist die Gesamtzahl der gefundenen Zellen gleich a, so berechnet sich daraus die Anzahl der Zellen für den Kubikmillimeter mit $x = \frac{11 a}{32}$ (annähernd $\frac{a}{3}$) unter Berücksichtigung der Verdünnung.

Zur Zählung benutzt man: REICHERT Okul. 4, Obj. 5, oder ZEISS Okul. 4, Obj. c, oder LEITZ Okul. 0, Obj. 5. Doch darf das Deckglas der Kammer die Dicke von 0·4 mm nicht überschreiten. *)

Man erkennt bei dieser Vergrößerung sehr gut große, mittlere und kleine Lymphozyten, polynukleäre Leukozyten, Endothelzellen, rote Blutkörperchen etc.

Die Zählung ist bei der Spärlichkeit der zelligen Elemente des Liquor in wenigen Minuten beendet. Finden sich sehr wenige Zellen, so fülle man die Kammer nochmals und nehme von beiden Zählungen das Mittel.

Die Vorteile dieser Methode sind folgende: Rasches Fertigstellen des Präparates; die Diagnose, ob Lymphozytose besteht oder nicht, kann 10 Minuten nach der Punktion gestellt werden. Die Zellen sind sehr gut erhalten und gleichmäßig verteilt (die Häufchenbildung der Zellen ist kein pathologischer Vorgang, wie MERZBACHER meint, sondern bloß eine Folge des Zentrifugierens). Die Methode ist im Vergleich zu der bisher geübten unvergleichlich exakter; sie ermöglicht die Angabe absoluter Zahlen. Sie ist auch sehr gut verwendbar, wenn größere Mengen roter Blutkörperchen vorhanden sind, welche im Sedimente alles verdecken würden, in der Kammer dagegen kaum stören.

Endlich mag nicht unerwähnt bleiben, daß bereits sehr geringe Mengen des Liquor, 1 cm³, ihre Anwendung gestatten, während die Entziehung von 3—5 cm³, wie sie für die Sedimentierungsmethode nötig ist, für manche Fälle (Tumor cerebri, frische Apoplexien) nicht unbedenklich erscheint.

Zählungen haben wir in 42 Fällen vorgenommen, wobei wir jedoch 3 wegen zu kurzer Beobachtungsdauer und unsicherer Diagnose ausscheiden müssen. Wir haben neben unserer Methode fast jedesmal auch die französische benutzt und dabei die Überlegenheit der unseren feststellen können.

Bei 12 Paralytikern erhielten wir Zahlen von 15 bis 196 Zellen im Kubikmillimeter, bei 2 Fällen von Lues cerebri 10, resp. 56 Zellen, bei 1 Fall von Tabes 88 Zellen.

*) Die bekannte Firma C. Zeiß in Jena hat die Kammer in entgegenkommendster Weise nach unseren Angaben hergestellt.

*) Zur Benutzung stärkerer Vergrößerungen fertigt die Firma Zeiß eigens dünne Deckgläser mit aufgekittetem Glasrahmen an.

Bei 7 Fällen von tuberkulöser Meningitis zählten wir 80—952 Zellen im Kubikmillimeter, bei 2 Fällen von Meningitis serosa 76 resp. 81 Zellen.

Bei 6 Fällen nervöser Erkrankungen auf nichtluetischer Basis erhielten wir 0.5—2 Zellen im Kubikmillimeter.

Bei 9 Fällen ohne jeden pathologischen Befund am Nervensystem, bei denen die Lumbalanästhesie behufs Operation eingeleitet wurde, erhielten wir Zahlen von 0—2 Zellen im Kubikmillimeter. Bezüglich genauerer Details verweisen wir auf unsere Tabellen. Soweit man aus diesen relativ wenigen Fällen schließen kann, scheinen 0—2 Zellen pro Kubikmillimeter im normalen Liquor vorzukommen. Bei 15 Erkrankungen auf luetischer Basis betrug die niedrigste Zahl 10, die Durchschnittszahl aus diesen 15 Fällen 60 Zellen pro Kubikmillimeter. Diese Zahlen bedürfen wohl der Nachprüfung an größeren Untersuchungsreihen, doch konnte auch bei unserem kleinen Materiale die Brauchbarkeit unserer Methode festgestellt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Über Kindermilch.

Von **Doz. Dr. Max Seiffert** in Leipzig. *)

Tiermilch, welche zum Ersatze der menschlichen Milch bei der Säuglingsernährung dienen soll, muß im chemisch und physiologisch nativen Zustande zur Verwendung gelangen. Die erste Aufgabe einer hygienisch einwandfreien, den Bedürfnissen der Kinderheilkunde völlig Rechnung tragenden Milchversorgung ist daher sowohl bei Gewinnung als auch bei der Verteilung der Milch an die Konsumenten die möglichste Intakterhaltung des natürlichen Zustandes der Milch nicht nur in chemischer, sondern auch in physikalischer und physiologischer Beziehung.

Dieser Aufgabe gegenüber können die Bemühungen, die Tiermilch in ihrer chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch ähnlich oder gleich zu machen, nur insoweit als berechtigt und Erfolg versprechend in Betracht kommen, als bei ihrer technischen Ausübung der native Zustand der Milch auch in physiologischer Beziehung gewahrt bleibt.

Der Erhaltung der chemischen und physiologischen Nativität der Milch stehen die Schwierigkeiten eines längere Zeit beanspruchenden Transportes und der Aufbewahrung im Hause des Konsumenten entgegen, weil die in der jetzt üblichen Weise gewonnene und transportierte Milch in mit der Luftwärme wachsender Schnelligkeit der Invasion und chemischen Veränderung durch Bakterien unterliegt. Die derzeit zur Hintanhaltung dieser Veränderung benutzten Keimtötungsverfahren haben den fundamentalen, technisch unvermeidbaren Nachteil, daß sie entweder durch chemische Zersetzung die chemische und physiologische Nativität der rohen Milch zerstören (durch Gerinnung der genuinen Eiweißkörper der Milch oder deren Umwandlung in Alkalialbuminate sowie durch Zersetzung der organischen Phosphorträger der Milch, Lecithin und Nukleon) oder wenigstens die physiologische Nativität der rohen Milch herabsetzen oder ganz aufheben (durch physikalische Denaturierung der genuinen Eiweißkörper).

Die Denaturierung der Milch kann nur dadurch vermieden werden, daß die Milchproduktion und der Milchtransport nicht nach den Methoden der Antisepsis, sondern einer möglichst weit getriebenen Asepsis durchgeführt werden. Ein Verfahren, das dieser Aufgabe genügen soll, muß in erster Linie unmittelbar am Produktionsorte ausgeübt und den technischen und Zeitverhältnissen der landwirtschaftlichen Betriebe in allen Einzelheiten angepaßt werden. Ferner müssen

*) Referat, erstattet in der Abteilung für Kinderheilkunde der 76. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Breslau.

die Grundzüge eines solchen Verfahrens bestehen 1. in der technisch möglichst weit getriebenen Verminderung der Primärinfektion der Milch bei der Gewinnung, 2. in der Vermeidung jeder weiteren Kontaktinfektion bei der Abteilung der frisch ermolkenen Milch in die Verbrauchsmengen (Einzelportionen), 3. der Ausnutzung der der rohen Milch innewohnenden bakteriziden Wirksamkeit ihres chemisch und physiologisch nativen Eiweißes durch geeignete Aufbewahrung der abgefüllten Milch. Ausgedehnte Versuche haben erwiesen, daß auf der skizzierten Grundlage eine Haltbarkeit roher Milch im chemisch und physiologisch nativen Zustande sehr wohl auf die für die allermeisten Verhältnisse genügende Dauer von 3—5 Tagen und länger erzielt werden kann, ohne daß unerschwingliche Ansprüche an die technische Leistungsfähigkeit und das Verständnis der die Milchverarbeitung ausführenden Personen gestellt werden müssen.

Solange die Tuberkulosebekämpfung beim Rinde, sei es nach BANG oder nach v. BEHRING, nicht in genügendem Umfange und mit erwiesenem Erfolg in die Kindermilchproduktion eingeführt ist, und solange die Maul- und Klauenseuche und andere Infektionen der Rinder nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden können, wird es zur Sicherung gegen etwa vom Körper der Milchtiere aus direkt in die Milch gelangende pathogene Keime zweckmäßig sein, in die Technik der aseptischen Milchproduktion ein antiseptisches, keimtötendes Verfahren einzuschalten. Ein solches Verfahren hat die folgenden drei Forderungen zu erfüllen: Es darf 1. der Milch nichts Fremdes, sei es auch chemisch vielleicht Harmloses hinzugefügt werden, 2. dabei keinerlei physikalische Manipulation mit der Milch vorgenommen werden, welche den bakteriologischen und physiologischen Zustand der nativ gewonnenen Milch ungünstig verändern könnte, und 3. muß das Verfahren, rasch und kontinuierlich wirkend, in den technischen Gang der Milchproduktion so eingefügt werden können, daß die Vorbereitung der Milch zur Verteilung an die Konsumenten und diese Verteilung selbst nicht, wie jetzt, stoßweise im Verlauf weniger Morgen- und Abendstunden erledigt werden muß, sondern wie alle anderen Arbeiten außerhalb der Landwirtschaft kontinuierlich und ohne zeitweilig abnorme Anspannung der Arbeitskräfte durchgeführt werden kann. Dazu geeignet erscheint die Benutzung der bakterientötenden Kraft des ultravioletten Lichtes, welches durch geeignete technische Vorrichtungen zu einer kurzdauernden, aber intensiven Bestrahlung der Milch verwendet wird.

Eine Durchführung der aseptischen Milchgewinnung setzt, wie jede tiefgreifende technische Neuerung, eine Einführung der ausübenden Personen in das technische und im vorliegenden Falle möglichst auch das naturwissenschaftliche kausale Verständnis des Verfahrens und der ihm zugrunde liegenden bakteriologischen und physiologischen Erfahrungstatsachen voraus. Eine derartige Einführung der die Milchverarbeitung leitenden Personen kann ohne besondere Schwierigkeiten in Kursen von mäßiger Zeitdauer (zirka 3—4 Wochen) sehr wohl durchgeführt werden und würde nicht nur den Vorteil der technischen Ausbildung jener Personen, sondern zweifellos auch den einer Übung ihrer Auffassung von der Bedeutung und den Pflichten ihres Berufes gegenüber der Allgemeinheit bieten.

Damit würde auch die Leistungsfähigkeit der öffentlichen Kontrolle der Milch erhöht und, was vor allem nötig ist, in andere Bahnen gelenkt werden können. Die gegenwärtige übliche Kontrolle der Milch beschäftigt sich nur mit der Feststellung des Fett-, ausnahmsweise höchstens noch des groben Schmutzgehaltes der Milch. Die vielfach vorgeschlagene Beaufsichtigung der Milchproduktion durch Kommissionen, welche aus einem Arzte, einem Landwirte und einem Chemiker zusammengesetzt sein sollen, würde kaum geeignet sein, die Aufsicht zu vertiefen und zu erweitern, ja gewiß vielfach als Belästigung nach Art so vieler Maßregeln aufsichtspolizeilicher Natur empfunden werden. Durch eine sachgemäße

Ausbildung und Beratung der Milchproduzenten könnte die öffentliche Beaufsichtigung der Milchproduktion und — nicht zu vergessen — des Milchtransports den Produzenten erträglicher und sympathischer gestaltet und dem Verständnis der breiten konsumierenden Volksschichten näher gebracht werden, so daß schließlich unter dem Drucke der öffentlichen Meinung die strebsameren Elemente der Milchproduktion freiwillig jene öffentliche Beaufsichtigung und Beratung suchen würden.

Die Beaufsichtigung und Beratung der Kindermilchproduktion gehört weder in die Hände der jetzigen Medizinal- und Wohlfahrtspolizei, noch der Chemiker und akademischen Hygieniker, sondern einzig und allein in die Hände von in der Säuglingsphysiologie und Säuglingsernährung geschulten und praktisch erfahrenen Kinderärzten, denen eine fort-dauernde praktische Beobachtung der mit den kontrollierten Milchsorten erreichbaren Resultate, sei es an Kinderkrankenhäusern oder Säuglingsheimen, sei es in der Armen- oder Ziehkinderpraxis, ermöglicht werden müßte.

Da einerseits von seiten der oberen staatlichen Gesundheitsbehörden Verständnis und Initiative in der Säuglingsernährungs- und Kindersterblichkeitsfrage nicht in ausreichendem Maße zu erhoffen ist, andererseits aber auch die Notwendigkeit vorliegt, die Vorteile einer hygienisch einwandfreien Gewinnung von Säuglingsmilch besonders auch den unzulänglich bemittelten Volksschichten der großen Städte zugänglich zu machen, so erscheint es als eine der nächstliegenden Aufgaben der kommunalen Gesundheitsfürsorge, sich der Versorgung ihrer Bevölkerungsmassen mit hygienisch einwandfreier Kindermilch anzunehmen. Da die größeren Städte zugleich die Konsumentenzentren ausgedehnter landwirtschaftlicher Bezirke, welche an der Milchproduktion wirtschaftlich interessiert sind, bilden, so würde hinsichtlich der Verbesserung der Säuglingsernährung und der Bekämpfung der Kindersterblichkeit, ja der Hebung der Volkskonstitution, auch eine Rückwirkung auf weite Strecken des flachen Landes zu erhoffen sein.

Die Kindermilchfrage ist, wie alle Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, keine bloße der Organisation, sondern noch viel mehr eine Geldfrage. Auch von diesem Gesichtspunkte aus gehört die Fürsorge für hygienisch einwandfreie Kindermilch zu den Aufgaben der Kommunalpolitik, genau so wie die Wasser- und Lichtversorgung und Krankenfürsorge. Zahlreiche Großstädte sind zur Zeit schon aus Gründen der Bodenpolitik, der Kranken- und Waisenfürsorge im Besitze von Gütern, deren landwirtschaftlicher Betrieb meist an Private verpachtet ist. Solche Güter dürften in vielen Fällen nicht schwer für die Zwecke einer technisch und auch wirtschaftlich rationalen Erzeugung von Kindermilch für die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten der großen Städte auszugestalten sein, so zwar, daß diese Güter einerseits zu Musteranstalten für die Milchproduzenten der Umgebung entwickelt werden, andererseits ohne Beeinträchtigung der privaten Produktion zur wohl billigen, nicht aber zur unwirtschaftlichen und für den Volkscharakter verderblichen Umsonstlieferung von Milch an die unzulänglich bemittelten Bevölkerungsschichten beitragen sollten, deren Kinder bei mangelhafter Säuglingsernährung ja besonders durch spätere Erkrankung an Rachitis, Skrofulose und Tuberkulose der kommunalen Fürsorge, und zwar dann unter erheblich höheren Kosten anheimfallen.

Sollten die Bestrebungen, die Milch durch Immunisation der Milchtiere in den Kampf gegen die Volkskrankheiten, insbesondere die Tuberkulose, zu führen, in Zukunft sich von Erfolg erweisen, so könnten die Vorteile einer aseptischen Rohmilcherzeugung und ihrer öffentlichen Beaufsichtigung und Beratung noch erheblicher Erweiterung zugänglich und von beträchtlich größerer volkswirtschaftlicher und humanitärer Bedeutung werden.

Aus der II. medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg (Professor Dr. Wiczowski).

Über Diuretin und Harnstoff.

Von **Dr. Julius Zajaczkowski**, Leiter des chemisch-bakteriologischen Laboratoriums an obigem Krankenhause.

Obwohl das Diuretin wie auch der Harnstoff schon seit längerer Zeit in der Therapie Verwendung finden, wiewohl es auch an zahlreichen Berichten, diese Heilmittel betreffend, besonders in deutscher Sprache, nicht mangelt, so halte ich es doch für nützlich, die mit diesen Mitteln im Krankenhause gemachten Erfahrungen mitzuteilen, zumal die Ergebnisse größtenteils sehr günstig waren, und — was besonders hervorzuheben ist — meines Wissens eine Kombination beider Mittel in der Therapie bisher nicht zur Verwendung kam.

Da hier von allgemein bekannten Heilmitteln die Rede ist, so möchte ich ihre physikalisch-chemischen Eigenschaften nur kurz schildern. Diuretin (Theobrominum natrio-salicylicum) ist ein weißes, in heißem Wasser leicht, in kaltem schwer lösliches Pulver, welches durch Einwirkung von Säuren, wie z. B. Salzsäure, in Theobromin und Salizylsäure zerfällt, wodurch dyspeptische Erscheinungen seitens des Magens nicht immer auszuschließen sind.

Schon der Name selbst zeigt, daß das Diuretin ein harn-treibendes Mittel ist, und diese Eigenschaft verdankt es nämlich ausschließlich dem Theobromin (47—48%), welches nach den Erfahrungen von GRAM, KORITSCHONER, HOFFMANN, POMERANTZ, PAWINSKI und SABASCHNIKOFF auf die Epithelien der Nierenkanälchen und auf die vasomotorischen Zentren reizend wirkt; es wirkt ähnlich dem Koffein, welches jedoch die vasomotorischen Zentren in weit höherem Grade reizt, somit eine stärkere Kontraktion der Arterien und höheren Blutdruck in denselben bewirkt und infolgedessen eine geringere Blutzufuhr in die Nieren und dadurch auch eine verhältnismäßig geringere Diurese hervorruft.

Was den Harnstoff betrifft, so wurde dieser noch im Jahre 1892 von FRIEDRICH als diuretisches Mittel vorgeschlagen und in den folgenden Jahren von KLEMPERER, BETTMANN und PICK auch als solches anerkannt; er wirkt diuretisch lediglich durch Reizung der Epithelien der Harnkanälchen.

Wie oben erwähnt, reichten wir Diuretin in Verbindung mit Harnstoff dar, zu ungefähr gleichen Dosen, und zwar bei unkompenzierten Herzklappenfehlern und mit gewisser Vorliebe auch bei Leberzirrhose, wenn größere Transsudate in der Bauchhöhle vorhanden waren.

Was die Dosierung anbelangt, so können wir nur die Erfahrungen der oben erwähnten Autoren bestätigen, und zwar daß Dosen, welche 2g pro die nicht überschreiten, sehr unsicher wirkten, daß ferner die harn-treibende Wirkung meist erst nach Darreichung beider Mittel in der Menge von 5g und mehr pro die eintrat, daß endlich auch bei Verabreichung von mehr als 10g keine Nebenwirkungen beobachtet wurden; die Durchfälle, die ab und zu auftraten, können nicht als unangenehme Nebenwirkungen betrachtet werden, da die Kranken dadurch keine Kräfteabnahme erlitten.

Da aus dem Diuretin bekanntlich durch die Einwirkung der Salzsäure des Magensaftes Salizylsäure ausgeschieden wird, welche zuweilen dyspeptische Erscheinungen hervorrufen soll, empfehlen wir den Kranken, der Weisung KORITSCHONERS folgend, das Mittel erst 3 Stunden nach dem Essen zu nehmen.

Damit diese Arbeit den Rahmen einer gewöhnlichen therapeutischen Notiz nicht überschreite, sollen von den 30 mit der Kombination dieser beiden Mittel behandelten Fällen hier bloß vier Krankengeschichten in kurzer Fassung angeführt werden.

Zuvor muß noch bemerkt werden, daß die zu diesen Versuchen bestimmten Kranken zunächst 2 Tage lang ohne

jede Behandlung blieben; in dieser Zeit wurden nämlich Voruntersuchungen, wie Feststellung der Harnmenge (binnen 24 Stunden), chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns, Untersuchung des Pulses, Aufnahme der Pulskurve u. dgl. vorgenommen.

I. A. K., Arbeiterin, 49 Jahre alt, kam ins Krankenhaus am 8. November 1900. Vor 2 Jahren wurde bei derselben die Diagnose gestellt: *Insufficiencia et stenosis ostii arteriosi sinistri in stadio incompen-sationis*. Die Herzdämpfung beginnt oben am oberen Rande der 4. Rippe, überschreitet ein wenig die linke Parasternallinie und reicht bis zur vorderen Axillarlinie. Der Spitzenstoß ist diffus, bei der Palpation leicht fühlbar, über der Herzspitze ein schwaches systolisches und ein verlängertes diastolisches Geräusch; beide Geräusche nehmen in der Richtung des Sternums an Stärke zu und sind an der Auskultationsstelle der Aorta am stärksten; über der Pulmonalis zwei bedeutend schwächere Geräusche. Pulsfrequenz 68, Puls ziemlich weich. Halsvenen gefüllt, mit negativer Pulsation. Gesicht blaß-zyanotisch. Leber hart, bedeutend vergrößert. Milz bei Perkussion vergrößert, nicht fühlbar. Das Abdomen aufgetrieben, besonders unterhalb des Nabels, Fluktuation im Abdomen deutlich; der Umfang des Bauches in der Nabellinie beträgt 95 cm. Die unteren Extremitäten stark ödematös. Die Harnmenge binnen 24 Stunden beträgt 480 cm³; der Harn ist weinartig, spezifisches Gewicht 1030, enthält eine Spur Eiweiß (0·005%); mikroskopisch sind keine abnormen Bestandteile zu finden. Bei dieser Kranken wurde Diuretin kombiniert mit Harnstoff nach folgender Formel angewandt:

Rp. Diuretin,
Urae purae aa. 0·50
Mf. pulv. Dt. t. dos. Nr. 12.
S. 4—6—8 Pulver binnen 24 Stunden zu nehmen.

Nach dreitägiger Darreichung dieses Mittels wuchs die Harnmenge fast ums Dreifache, nämlich bis auf 1200 cm³; am 13. November betrug die Harnmenge schon 1750 cm³ und vom 14. November bis zum 22. November, d. h. bis zum Tage, an welchem die Kranke das Krankenhaus verließ, schwankte die Harnmenge zwischen 1000 und 1200 cm³. Diese Verminderung der Harnmenge wurde durch die gleichzeitigen Durchfälle hervorgerufen, welche mit Recht als Hilfserscheinung angesehen werden konnten, da der Allgemeinzustand der Patientin sich stets besserte.

Der Querdurchmesser des Herzens wird bedeutend kleiner, die Untersuchung am 18. November zeigt nämlich: die Herzdämpfung überschreitet die linke Parasternallinie kaum um 1 cm und die linke Mammillarlinie um 4 cm. Der Spitzenstoß ist diffus, sehr schwach, aber doch etwas besser fühlbar als am ersten Tage. Pulsfrequenz 68, Puls etwas voller. Der Umfang des Abdomens beträgt 87 cm (am 8. November 95 cm). Die Halsvenen sind nur wenig gefüllt; das Ödem der unteren Extremitäten bedeutend kleiner.

II. K. R., 37 Jahre alt, Arbeiterin, ins Krankenhaus aufgenommen am 29. September 1900. Diagnose: *Insufficiencia mitralis in stadio incompen-sationis, insufficiencia relativa tricuspidalis*.

Gesicht und Schleimhäute in hohem Grade zyanotisch, Halsvenen bedeutend erweitert, pulsieren positiv. Die Herzdämpfung überschreitet die Medianlinie des Körpers und reicht nach links bis zur Mammillarlinie, der Spitzenstoß ist weder sichtbar, noch fühlbar. Über der Herzspitze hört man ein langgezogenes systolisches Geräusch, welches in eine Pause übergeht; der diastolische Ton ist schwach hörbar; das systolische Geräusch ist über dem unteren Teil des Sternums und außerhalb der rechten Parasternallinie gleich stark hörbar, über der Pulmonalis hört man das fortgeleitete schwache systolische Geräusch; der diastolische Ton ist kaum hörbar. Die Radialis ist schwach gefüllt, der Puls sehr schwach fühlbar, regelmäßig, Pulsfrequenz 120. Die Leber ist bei Perkussion vergrößert, wegen der Auftreibung des Abdomens nicht fühlbar; hervorragende Leberpulsation. Die Milz ist bei Perkussion vergrößert. Das Abdomen ist im ganzen bedeutend aufgetrieben, doch mehr im unteren Teile, sehr deutliche Fluktuation; der Umfang des Abdomens (in der Höhe des Nabels) beträgt 102 cm. Ödem und Zyanose der unteren Extremitäten sehr bedeutend.

Die Harnmenge betrug binnen 24 Stunden 500 cm³, der Harn ist dunkelweinfarbig, durch Urate getrübt, sein spezifisches Gewicht 1029, enthält 0·008% Eiweiß; das Sediment enthält keine abnormen Bestandteile.

Da der Allgemeinzustand der Patientin sehr schlecht war, wurde ihr am ersten Tage Infusum Digitalis gegeben und am 3. Oktober Diuretin in Verbindung mit Harnstoff in der oben genannten Dosierung. Schon am 6. Oktober stieg die Harnmenge auf 1750 cm³, am 7. Oktober auf 2000 cm³, am 8., 9. und 10. Oktober betrug dieselbe 2500 cm³ und sank in den folgenden Tagen nicht unter 2000 cm³ binnen 24 Stunden. Der Umfang des Abdomens beträgt am 10. Oktober 93 cm, am 14. Oktober 88 cm und am 22. Oktober 82 cm, während derselbe am 29. September 102 cm betrug. Das Ödem und die Zyanose der unteren Extremitäten nehmen allmählich ab und verschwinden am 25. Oktober gänzlich.

Die Untersuchung am 10. Oktober ergibt: die Herzdämpfung überschreitet die linke Parasternallinie um 1 cm; der Spitzenstoß ist schwach fühlbar; über der Herzspitze ein schwaches systolisches Geräusch, welches auf der rechten Brustseite nicht hörbar ist; über der Pulmonalis ein schwaches fortgeleitetes systolisches Geräusch, der diastolische Ton ist stärker; Leberpulsation fehlt. Die Halsvenen sind noch etwas überfüllt und pulsieren negativ. Der Radialpuls ist bedeutend voller, regelmäßig, die Pulswelle etwas niedriger, die Pulsfrequenz schwankt zwischen 84 und 90. Am 25. Oktober 1900 wurde Patientin in bedeutend gebessertem Zustande entlassen.

III. W. J., 27 Jahre alt, Arbeiterin, ins Krankenhaus aufgenommen am 16. Oktober 1900. Diagnose: *Insufficiencia et stenosis ostii venosi sinistri in stadio incompen-sationis*. Gesicht und Schleimhäute hochgradig zyanotisch. Die Herzdämpfung reicht nach rechts bis zur Parasternallinie und überschreitet nach links ein wenig die Mammillarlinie; der Spitzenstoß ist schwach sichtbar und fühlbar im fünften Interkostalraume; über der Herzspitze hört man ein systolisches und diastolisches Geräusch; über der Pulmonalis ein schwaches fortgeleitetes systolisches Geräusch, der diastolische Ton ist verstärkt; über der Aorta sind zwei Töne schwach hörbar. Der Radialpuls ist wenig gespannt, die Pulswelle niedrig, der Puls kaum fühlbar, unregelmäßig. Die Halsvenen sind stark gefüllt, pulsieren negativ. Die Leber ist bedeutend vergrößert, fühlbar, hart. Die Milz ist bei Perkussion vergrößert, nicht fühlbar. Das Abdomen ist im ganzen stark aufgetrieben: sein Umfang beträgt in der Höhe des Nabels 103 cm; Fluktuation sehr deutlich. Die Harnmenge binnen 24 Stunden beträgt 500 cm³; der Harn enthält keine abnormen Bestandteile.

In den ersten Tagen wurden der Patientin Diuretika dargereicht, jedoch ohne besonderen Erfolg. Vom 24. Oktober an bekam Patientin Diuretin mit Harnstoff in gewohnter Dosis: schon am 27. Oktober beträgt die Harnmenge 1700 cm³, und in den ersten Tagen des November steigt dieselbe auf 200 cm³ und höher. Der Umfang des Abdomens beträgt am 29. Oktober 99 cm, am 9. November 88 cm und am 16. November 84 cm, während derselbe am 16. Oktober 103 cm betrug. Das Ödem und die Zyanose der unteren Extremitäten gehen allmählich zurück, so daß am Tage, an welchem Patientin das Krankenhaus verließ, d. h. am 18. November 1900, nur noch kaum eine Spur von denselben zurückblieb. Die Herzdämpfung überschreitet nach rechts ein wenig die Medianlinie des Körpers; die Auskultationserscheinungen sind unverändert. Die Halsvenen sind bedeutend weniger gefüllt. Die Radialis ist schwach gefüllt, die Pulswelle niedrig, Pulsfrequenz 84, der Puls ist etwas voller, bedeutend weniger arhythmisch.

IV. O. L., 28 Jahre alt, Arbeiterin. Diagnose: *Cirrhosis hepatis*. Gesicht und Lippen leicht zyanotisch. Herzdämpfung normal; über der Herzspitze hört man zwei reine, dumpfe Töne; über der Pulmonalis ist der zweite Ton verstärkt. Die Radialis ist mäßig gefüllt, Pulsfrequenz 64; der Puls ist mäßig gespannt, regelmäßig. Das Abdomen ist aufgetrieben, etwas mehr rechts als links; Fluktuation deutlich; Umfang des Abdomens 90 cm. Die Leber ist bei Perkussion vergrößert, fühlbar, hart, mit rauher Oberfläche, reicht etwa 4 Finger unterhalb des Rippenbogens. Die Milz ist bei der Perkussion vergrößert, nicht fühlbar. Die unteren

Extremitäten sind zyanotisch, zeigen keine Ödeme. Die Harnmenge binnen 24 Stunden beträgt 800 cm^3 ; der Harn enthält keine abnormen Bestandteile. Am 4. Oktober wurde der Patientin Diuretin mit Harnstoff in obengenannter Dosierung verordnet. Nach fünf-tägiger Darreichung dieses Mittels stieg die Harnmenge auf 1900 cm^3 und betrug in den folgenden Tagen durchschnittlich 1300 cm^3 . Der Umfang des Abdomens betrug schon Mitte September 86 cm und im Oktober 76 cm , während derselbe am 2. September 90 cm betrug. Der Zustand der Patientin bessert sich beträchtlich — das fortwährende Gefühl von Dyspnoe, wie auch das oft auftretende Herzklopfen und Beklemmungsgefühl verschwinden gänzlich. Die Radialis ist etwas besser gefüllt, Puls 72, regelmäßig, ziemlich gespannt. Am 30. Oktober 1900 wurde Patientin auf eigenes Verlangen entlassen.

Von der gesamten Zahl (23) von Fällen unkompenzierter Herzklappenfehler, welche fast ausschließlich mit Diuretin in Verbindung mit Harnstoff behandelt wurden, erhielten wir gegen 70% günstige Ergebnisse. Die besten Erfolge wurden bei 4 Fällen von Insuffizienz der Aortaklappen erreicht, bei welchen infolge des fortwährend erhöhten Blutdrucks in den Arterien Koffein — wegen seiner starken Wirkung auf die vasomotorischen Zentren — kontraindiziert war. Das Gleiche läßt sich ungefähr von den Ergebnissen der Behandlung von Mitralfehlern behaupten, welche zuweilen von starken Ödemen, Transsudaten und sogar relativer Insuffizienz der Trikuspidalis begleitet waren. Die Wirkung dieser Mittel war oft so günstig, daß wir gar nicht genötigt waren, zur Digitalis und dergleichen Mitteln zu greifen.

Die übrigen 30% Fälle, bei welchen diese Mittel entweder gar nicht wirkten, oder ihre Wirkung zu wenig wahrnehmbar war, betreffen fast ausschließlich Mitralfehler; bei diesen Fällen blieb aber auch die Darreichung von Digitalis ohne jeden Erfolg, und ist dies höchstwahrscheinlich der schwierigen Myodegeneration des Herzens zuzuschreiben, was auch bei zwei Fällen durch die Sektion bestätigt wurde.

Von zehn mit Diuretin und Harnstoff behandelten Fällen von Leberzirrhose wuchs bei 3 Fällen nach drei- bis fünf-tägiger Darreichung dieser Mittel die Harnmenge oft ins Zweifache und erhielt sich auf dieser Höhe auch in den folgenden Wochen, der Umfang des Abdomens nahm zwar langsam, aber stetig ab. Dieser Zustand dauerte nicht bloß während der Behandlung des Patienten im Krankenhaus, sondern erhielt sich längere Zeit, auch nachdem der Patient das Krankenhaus verlassen hatte, wenn derselbe nur die Behandlung mit diesen Mitteln fortsetzte — wie ich dies bei einem Falle nach $2\frac{1}{2}$ Monaten feststellen konnte.

In 5 Fällen von Leberzirrhose mit großen Transsudaten in die Bauchhöhle, bei welchen die obige Behandlung keine zufriedenstellenden Erfolge brachte, wurde die Flüssigkeit mittelst eines Troikarts aus der Bauchhöhle entfernt, wonach die Harnmenge etwa nach 3—4 Tagen bedeutend zunahm und sich fortan auf der erzielten Höhe hielt, wenn die Behandlung hierauf systematisch fortgesetzt wurde.

Ich hatte Gelegenheit, zwei derartige Patientinnen nach einigen (drei und vier) Monaten zu untersuchen, als sie mit einem anderen Leiden ins Krankenhaus kamen, und ich konnte keine wesentliche Verschlimmerung in ihrem Zustande finden, obwohl eine von ihnen vor einem Monate die Behandlung unterbrochen hatte.

Auf Grund der Erfahrungen, welche ich an einer ziemlich großen Zahl von Kranken machte, kann ich somit das Diuretin, besonders aber die Kombination desselben mit Harnstoff, als hervorragendes, sogar ausschließliches Heilmittel nicht bloß bei unkompenzierten Aortaklappenfehlern, sondern auch Mitralfehlern anempfehlen.

Überdies haben wir im Diuretin und Harnstoff Mittel, welche auch bei Leberzirrhose gute Dienste leisten, und der Wert dieser Mittel wird noch dadurch gesteigert, daß sie wenig giftig sind, wodurch es ermöglicht wird, dieselben längere Zeit und in verhältnismäßig großen Dosen zu verabreichen.

Referate.

LEWIN (Berlin): Über die Wirkung des Bleis auf die Gebärmutter.

Blei wird in England und Deutschland häufig zur verbrecherischen Frachtabtreibung verwendet. Die Art des Bleipräparates scheint für den endlichen Erfolg gleichgültig zu sein („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 41). Chronisch aufgenommenes Blei kann bei Tieren und Menschen, bei Mann und Weib, die Generationsphäre schädigen. Kühe, Schafe und Ziegen, die sich von dem in der Nähe von Silberhütten wachsenden Futter nähren, bekommen häufig Blutharnen, verwerfen sich und werden unfruchtbar. Das Gleiche gilt mutatis mutandis für Gänse, Enten und Wild. Frauen, selbst solche, die in glücklichen äußeren Verhältnissen leben, leiden, wenn sie längere Zeit auf oder nahe bei Silberhütten wohnen, häufig und zuletzt habituell an Abort. Am häufigsten sind Arbeiterinnen in Bleibetrieben einer Vergiftung ausgesetzt; während der Zeit, wo solche Frauen ihrem Berufe nachgehen, abortieren sie fast immer. Verlassen sie ihren Beruf, so können sie wieder normal gebären. Ähnliche Erscheinungen ergeben sich, wenn nur der Erzeuger bleikrank ist. Dabei können die Vergiftungserscheinungen bei Vater und Mutter ganz leicht sein und sich trotzdem der verderbliche Einfluß des Bleis auf die Generationsorgane bemerkbar machen. Die Schädigung der Frau oder des geschlechtsreifen, in den Bleibetrieb gedrängten Mädchens kann die Vernichtung einer langen Deszendenzreihe bedeuten, sobald einmal die Generationsorgane in den Kreis der Beeinflussung gefallen sind. Für den Staat bedeutet dies den Verlust vieler, Nationalgüter schaffenden Hände und Köpfe. Jede Verminderung der Fähigkeit eines Staatsgliedes, produktive Arbeit zu leisten, bedeutet eine Schädigung für den Staat. Die Zeit muß kommen, wo vorerst einmal die Frauenarbeit in Giftbetrieben mit hoher Gefahr verboten wird. Frankreich ist hierin vorangegangen, indem es Frauen aus der fabrikatorischen Arbeit mit Phosphor, Säuren, Arsen, Chromaten usw. ausschaltete. Es ist dies ein Zeichen großer sozialpolitischer Einsicht. Die Bedenken der „Nicht-Interventionisten“, deren es in allen Ländern gibt, erstiegen dem Gesagten gegenüber in nichts. Es gibt kein „ökonomisches Gesetz“, das verlangt, daß Menschen für die Erhaltung ihres Daseins oder ihrer Deszendenz nicht nur ihre Kraft an jahrelanger Arbeitskette verkaufen und verbrauchen, sondern obendrein sich durch die Arbeit vergiften, d. h. krank machen lassen und dadurch ihren einzigen kargen Besitz, nämlich ihre Arbeitskraft, durch die Verkürzung ihrer Lebensjahre verlieren. Es ist ein Hohn, der durch den „Nicht-Interventionismus“ gerade auf diesem Gebiete dem Menschentum angetan wird. Br.

WERNER SCHULTZ (Greifswald): Über Fußlähmung, speziell Peroneuslähmung, bei Rübenarbeitern.

Verf. hat auf der Klinik von MORITZ 3 Fälle von Lähmung, resp. Parese im Gebiete der Nn. peronei und tibiales beobachtet, welche Rübenarbeiter betrafen („Deutsches Archiv für klin. Med.“, B.J. 80, Heft 5 u. 6). Die Affektionen haben sich als beim „Rübenziehen“ erworbene Berufskrankheiten herausgestellt. Die Arbeit des Rübenziehens besteht darin, daß die Leute auf den Knien hockend über die Erde hinrutschen und rechts und links die schwächeren und zu dicht stehenden Pflanzen herausreißen, um den stärkeren Luft zu machen. Die Arbeitszeit ist gelegentlich eine sehr lange. So gab eine Kranke an, vormittags von 5—12 und nachmittags von 1—8 Uhr gearbeitet zu haben. Es erscheint verständlich, daß bei dem stundenlangen Knien und Hinrutschen über den Boden Schädigungen der Unterschenkelnerven werden eintreten können, hauptsächlich wohl, indem eine Senkung und Kompression der Nn. peronei und tibialis in oder oberhalb der Kniekehle, resp. eine Störung der Zirkulation in denselben, erfolgt. Zu der mechanischen Störung kann sich gelegentlich auch noch eine respiratorische gesellen, da die Erde in der Frühe oft feucht und kalt ist, während die Arbeitenden erhitzt sind und zu schwitzen pflegen. Es kommt auch in Betracht, daß der N. peroneus ein spezifisch leicht ver-

letzlicher Nerv zu sein scheint. Prophylaktisch ließe sich manches erreichen, wenn die Arbeiter angewiesen würden, die ersten Symptome, nämlich stärkere und dauerndere Parästhesien, alsbald zu melden, damit sie für einige Zeit geschont oder zu anderer Arbeit verwendet werden könnten. Br.

FUCHS und SCHULTZE (Biebrich-Bonn): Eine neue Reihe von Schlafmitteln.

Verff. haben das Bromdiäthylazetamid, das die Firma Kalle & Ko. unter dem Namen „Neuronal“ in den Handel bringt, zunächst im Tierversuche, sodann auch am Menschen angewandt und dasselbe als ein gutes und von schädlichen Nebenwirkungen freies Schlafmittel erkannt. Sie halten sich daher für berechtigt, es für weitere Versuche zu empfehlen. („Münch. med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 25.)

Bei leichter Schlaflosigkeit genügt 0.5 g; bei schwerer Schlaflosigkeit erweist sich 1.5—2.0 g als notwendig; die gewöhnliche Dosis beträgt 1 g. Das Präparat wird auch in Pastillenform zu 0.5 g verabfolgt. Auch hier ist wie beim Veronal das Nachtrinken von warmen Flüssigkeiten, z. B. von warmem Tee etc., empfehlenswert. Ob die gelegentlich gemachte Beobachtung, daß Bromdiäthylazetamid Kopfschmerzen günstig zu beeinflussen vermag, zutrifft, muß die weitere Untersuchung feststellen, der auch die endgültige Entscheidung über die Brauchbarkeit des Präparates als Schlafmittel vorbehalten sein mag. Durch seinen Bromgehalt nimmt das neue Präparat unter den Schlafmitteln eine ganz besondere Stellung ein. Das einzige bromhaltige Schlafmittel war das Bromalhydrat, ein Analogon des Chloralhydrats. Dieses hat sich aber in der Praxis wenig bewährt.

Bei den Tierversuchen, die noch ausführlicher mitgeteilt werden, konnten Verff. ermitteln, daß das Brom des Neuronal von dem tierischen Organismus nur sehr langsam ausgeschieden wird. Da nun noch der Bromgehalt des Neuronal mit 41% ein relativ hoher ist, liegt es nahe, das Neuronal auch bei Epilepsie zu versuchen. In einigen wenigen Versuchen, die bisher gemacht worden, sahen F. und SCH. günstige Erfolge. Auch hier werden ausgedehntere Untersuchungen an einem größeren Materiale darüber entscheiden müssen, ob das Neuronal bei Epileptikern angewendet zu werden verdient, ob vor allem nicht die ihm innewohnende hypnotische Wirkung eine Kontraindikation abgibt. Damit wird auch die Frage erledigt werden, ob das Neuronal dank seinem Bromgehalt als Sedativum dienen kann. G.

A. PERLMANN (Berlin): Ein Fall von Luxation beider Sesambeine des ersten Mittelfußknochens.

Patient fiel von einem ausgleitenden Pferde und geriet mit seinem rechten Fuße unter dasselbe. Er spürte sofort heftige Schmerzen in den Zehen und konnte sich nicht mehr selbst erheben. Bei der Untersuchung zeigte sich der rechte Fuß beträchtlich verdickt, stark ödematös und fühlte sich heiß an. Die große Zehe steht schief gegen die übrigen geneigt, so daß ihr Grundglied weiter über den inneren Fußrand hinausragt als am gesunden Fuß. Zug und Druck erregen heftige Schmerzen. („Deutsche militärärztliche Zeitschrift“, 1904, H. 9.) Das Röntgenbild ergibt eine unvollkommene Luxation des Halluxgrundgliedes nach dem Innenrande des Fußes zu, einen bogenförmigen Bruch ohne Dislokation des zweiten Mittelfußknochens und eine vollkommene Luxation beider Sesambeine des ersten Mittelfußknochens derart, daß das linke an die Innenseite des Fußes, das rechte zwischen erstem und zweiten Metatarsusköpfchen zu liegen kam. Patient wird zunächst mit Bettruhe, Hochlagerung und kalten Umschlägen behandelt. Nach Rückgang der Schwellung wird am 8. Tage in leichter Narkose das Grundglied in die normale Lage gebracht, das linke Sesambein unter das Metatarsusköpfchen gedrückt und das gleiche vergeblich bei dem rechten versucht. Stärkeverband. Nach 14 Tagen Entfernung desselben. Die Zehen in normaler Stellung, Schwellung verschwunden, leichte Bewegungsstörung der ersten Zehe. Patient wurde weiterhin mit Massage und Pendel-

bewegungen des Fußes behandelt und 8 Wochen nach Abnahme des Verbandes als vollständig dienstfähig entlassen.

GRÜNBAUM (Wien).

H. NAPP (Duisburg): Zur Frage der Vererbung der Syphillis.

Jeder Dermatologe kommt wohl in die Lage, ein und das andere Mal die Erfahrung zu machen, daß ein von einem rezent luetischen Vater gezeugtes Kind gesund geboren wird und auch gesund bleibt. Selbstverständlich betrifft dies Ausnahmefälle und hatte darum auch auf das bis nun fast allgemein anerkannte Gesetz von der paternen Vererbung nicht den geringsten Einfluß.

Der Autor bringt nun („Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 70, 2) vier einschlägige Beobachtungen. Die Väter kranken insgesamt an rezenten, höchst ansteckungsfähigen Syphiliserscheinungen, trotzdem werden die Mütter nicht infiziert und gebären gesunde Kinder. Damit glaubt der Autor die Hinfälligkeit der Annahme einer paternen Vererbung der Syphilis dargetan zu haben. Wieso es kam, daß die Mütter bei diesen floriden Symptomen der Väter nicht infiziert wurden, wird einfach damit abgetan, daß bei Syphilis eben alles möglich sei.

Und gleichsam zum Beweise hierfür reiht der Autor weitere drei Fälle an, wo rezent syphilitische Mütter gesunde und gesund bleibende Kinder gebären. Es scheint N. ganz entgangen zu sein, daß diese zweite Gruppe von Fällen fast wie ein Hohn der ersten gegenübersteht, denn folgert er aus den ersten vier Fällen die Hinfälligkeit der Annahme der paternen Vererbung, so müßte notgedrungen aus den zweiten drei hervorgehen, daß auch für die Mutter eine solche nicht behauptet werden könne, ergo gäbe es überhaupt keine Syphilisvererbung. Allerdings führt der Autor an, es wären in zweien der Fälle während der Schwangerschaft ausgiebige Schmierkuren vorgenommen worden, worin eine Erklärung für das Verschontbleiben der Kinder liege, im dritten Falle fehlt auch dieses Moment und — was die Sache noch fataler macht — die Plazenta erwies sich bei der Besichtigung entschieden als krank, der Fall ist also nicht aufzuklären.

Was nun die Maßregeln zur Verhütung der Syphilisvererbung betrifft, so hält N. trotz der skizzierten Fälle daran fest, die Ehe kaum vor Ablauf von drei Jahren post infectionem, bzw. ein Jahr nach den letzten Symptomen, zu gestatten; dabei seien halbjährige Präventivkuren unbedingt am Platze. Daß die Behandlung der luetischen Gravidä eine sorgfältige sein müsse, sei um so verständlicher, als auf diese Weise allein die Erkrankung der Plazenta verhütet oder geheilt werden könnte. DEUTSCH.

W. W. SAKUSSOW (St. Petersburg): Zur Frage der Wirkung der Gifte auf die Gefäße isolierter Nieren.

Verf. hat seine Untersuchungen sowohl auf vasokonstriktorische, wie auch auf vasodilatatorische Substanzen ausgedehnt („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 15). Um sich zu überzeugen, daß die Gefäße des Organs unter den Bedingungen des Experiments vollauf befähigt waren, auf die vasokonstriktorisch wirkenden Mittel zu reagieren, nahm Verf. Adrenalin in einer Lösung von 1:1,000,000 und bekam stets eine hochgradige Verengung der Gefäße, wobei die Schnelligkeit von 30—40 cm³ in der Minute auf 2—3 cm³ sank und erst nach der Reinwaschung des Organs vom Gift zu früheren Höhe zurückkehrte. War die Niere tot, was gewöhnlich der Fall war, nachdem die Niere zirka 24 Stunden im Brutschrank verblieben, so verschwand die Reaktion auf Adrenalin vollständig. Die Resultate dieser Experimente sind: 1. Digitalin bewirkte eine deutliche Verengung der Gefäße in einer Lösung von 1:1,000,000. 2. Bei Strophantin trat die Verengung der Gefäße gleichfalls bei sehr großen Verdünnungen ein. 3. Die vasokonstriktorische Wirkung des Konvallamarins war nur schwach ausgesprochen. 4. Das Sekret der Hautdrüsen der Kröten (Phrynin) besitzt eine außerordentlich starke vasokonstriktorische Wirkung. 5. Chlorbaryum bewirkte eine deutlich ausgesprochene Verengung der Gefäße in relativ großen Verdünnungen, beispielsweise in solchen von 1:100,000. 6. Physostigmin bewirkte in einer Lösung von 1:100,000 eine

kaum wahrnehmbare Verengung, aber eine ziemlich bedeutende in einer Verdünnung von 1 : 20.000. 7. Nikotin rief eine Verengung der Gefäße in relativ konzentrierten Lösungen hervor; eine Verdünnung von 1 : 100.000 war unwirksam. 8. Atropin wirkte vasokonstriktorisch in einer Lösung von 1 : 10.000, manchmal in einer solchen von 1 : 50.000. Eine vasodilatatorische Wirkung übte das Kokain weder in schwachen (1 : 1.000.000) noch in konzentrierteren (1 : 10.000) Lösungen aus. 9. Kokain in Lösung von 1 : 10.000 war unwirksam. 10. Salpetrigsaures Natron bewirkte in einer $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %igen Lösung eine bedeutende Erweiterung der Gefäße. 11. Das Chloralhydrat bewirkte eine Erweiterung der Gefäße in einer Lösung von 1 : 100.000 bis 1 : 10.000. 12. Das Koffein bewirkte eine bedeutende Erweiterung der Gefäße in einer Lösung von 1 : 1000 und eine sehr geringfügige in einer solchen von 1 : 10.000.

L—y.

BRŮŽ (Prag): Über angineurotische Ödeme.

Zu den bisher bekannten Fällen von essentieller Hydropsie, d. h. solcher Hydropsie, wo keine organische Affektion nachgewiesen werden kann, gesellen sich Verf.s drei neue Fälle, die auf der Klinik des Prof. THOMAYER beobachtet wurden. Es handelte sich um Leute von 39, 44 und 19 Jahren. Im ersten Fall stellten sich die Ödeme 3mal im Jahre ein, im zweiten Fall war dies zum ersten Male und im dritten zum zweiten Male der Fall. In allen drei Fällen verschwanden die Ödeme nach kurzem Aufenthalte im Krankenhaus. Hervorzuheben wäre noch, daß es sich in allen drei Fällen um schweren Alkoholismus handelte (der erste Pat. trank täglich mehr als 2 l Branntwein). Nach gründlicher Untersuchung wurde dem Kranken während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus der Alkohol entzogen, und dies war die einzige Therapie, zu welcher, u. zw. ohne jede Arznei, Zuflucht genommen wurde („Sbornik klinický“, Bd. 5, H. 4). Verf. glaubt, es wäre der Einfluß des Alkohols auf die vasomotorischen Nerven, welcher in diesen Fällen die Ödeme hervorgerufen habe.

STOCK.

M. v. BRUNN (Tübingen): Die Pneumokokkenperitonitis.

Die Pneumokokkenperitonitis ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung, häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen, bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Sie entsteht entweder sekundär von Erkrankungen der Lunge oder des Mittelohres aus oder primär; für diese letzteren Fälle ist der Infektionsmodus vielfach noch nicht in alleseitig befriedigender Weise aufgeklärt („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 39, H. 1). Pathologisch-anatomisch ist das Hauptcharakteristikum der Pneumokokkenperitonitis ein sehr fibrinreiches, plastisches Exsudat, das frühzeitig zu Verklebungen und zur Abgrenzung des Prozesses führt. In den hochgradigsten Fällen wird die ganze Masse der Darmschlingen zu einem Klumpen verlötet und von einer das ganze übrige Abdomen einnehmenden Eitermasse umgeben. Daraus ergibt sich das klinische Bild: In typischen Fällen, besonders bei Kindern, gleicht der Beginn einer akuten Peritonitis, darauf folgt jedoch bald ein chronisches Stadium mit verhältnismäßig geringfügigen peritonitischen Symptomen. Die Diagnose ist schon ohne bakteriologische Untersuchung aus der genannten typischen Verlaufsweise und aus der charakteristischen Beschaffenheit des Eiters (grünlich-gelbe Farbe, Geruchlosigkeit, Fibrinreichtum) mit Wahrscheinlichkeit zu stellen, mit Sicherheit nur durch bakteriologische Untersuchung. Die Prognose ist günstig. Spontanheilung ist möglich, aber selten, Heilung nach operativer Behandlung die Regel. Die Behandlung hat in Entleerung des Eiters durch breite Eröffnung der Abszeßhöhle und Drainage zu bestehen.

BR.

KEHR (Halberstadt): Die „Choledochusfege“.

Verf. empfiehlt diese neue Methode, die er in 3 Fällen mit gutem Resultate angewendet hat, zur sicheren Entfernung von Steinen aus den tieferen Partien des Choledochus („Zentralbl. f. Chir.“, 1904, Nr. 28). Nachdem die Gallenblase entfernt, Cysticus und Choledochus gespalten sind, versuchte K., die Steine aus dem unteren Teil des Choledochus hoch zu schieben, um sie mit einer

Zange zu entfernen. Wenn dies unmöglich war, machte er die Duodenotomie, spaltete die Papille und extrahierte den Stein. Schließlich führte er vom Duodenum durch die Papille eine dünne Klemme in den Choledochus leberwärts ein und schob sie so lange vor, bis sie im gespaltenen Teil des Choledochus zum Vorschein kam. Dann zog er mittelst der Klemme einen feuchten Gazestreifen durch den Choledochus durch (Choledochusfege) und konnte bei dieser Gelegenheit Steine aus dem Choledochus entfernen, die man mit der Sonde nicht fühlte. Den Schluß der Operation bildete Choledochus- und Hepatikusdrainage.

ERDHEIM.

DUPRAT (Paris): Contribution clinique à la sérothérapie de la peste.

Verf. sammelte gelegentlich einer Pestepidemie in Brasilien (Rio Grande) Erfahrungen über den Wert der Serothérapie („Annales de l'institut PASTEUR“, Bd. 17, pag. 559). Es ergab sich, daß das Serum von ROUX-YERSIN tatsächlich gegen die Pest wirksam ist; die anzuwendenden Dosen richten sich nicht nach dem Alter des Patienten, sondern nach dem Grad der Infektion. Um günstige Resultate zu erzielen, muß man mit sehr hohen Dosen beginnen und sie alle 12 Stunden wiederholen, bis eine deutliche Veränderung in dem Zustande des Kranken auftritt. Die subkutane Einspritzung genügt, vorausgesetzt, daß man mit einer Injektion von 200 bis 300 cm^3 oder mehr beginnt. Das verwendete Serum wurde in dem serotherapeutischen Institut von Rio de Janeiro hergestellt.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die Methode von PITRES der Alkoholinjektionen bei Trigemineuralgie bespricht SONDAZ („Journ. d. Pratic.“, 1904, Nr. 37). Er hat in einem einschlägigen Falle Injektionen von 60 %igen Alkohol in der Einzeldosis von 1 cm^3 verwendet. Die Injektion wurde tief unter das Zahnfleisch an jenem Teile des Alveolarrandes, von welchem die Schmerzen ausgingen, appliziert. Nach der Einspritzung trat örtliches Brennen von erträglicher Intensität auf, am nächsten Tag empfindliche Schwellung an der Injektionsstelle, dann Abnahme der Schwellung und der neuralgischen Schmerzen. Acht Tage später wurde eine zweite Injektion vorgenommen, wonach geringere Schwellung auftrat und endgültige Heilung erfolgte. Diese Alkoholinjektionen an der Eingangsstelle der Schmerzen bewährten sich auch in schweren Fällen. Die Heilwirkung der Alkoholinjektionen kommt durch Erzeugung einer leichten, nicht schmerzhaften Neuritis zustande, welche zur Degeneration der zugehörigen Nervenzellen führt.

— Über das Harnantiseptikum Hetralin äußern sich in übereinstimmend günstiger Weise LOHNSTEIN („Allg. med. Zentr.-Ztg.“, 1904, Nr. 19), GOLDBERG („Zentralbl. f. inn. Med.“, 1904, Nr. 22) u. a. Dasselbe ist nach seiner chemischen Zusammensetzung ein Dioxibenzolhexamethylentetramin, in heißem Wasser im Verhältnis 1 : 4, im kalten 1 : 14 löslich. Es wurde in Tagesdosen von 3—4mal 0.5 g nach dem Essen gegeben und ausnahmslos gut vertragen. Hetralin bewährte sich z. B. LOHNSTEIN in drei Fällen von chronischer Cystitis bei Prostatahypertrophie ganz vorzüglich. Die Tatsache, das es den Säuregehalt des Harnes meistens sehr erheblich steigerte, veranlaßte, das Medikament auch bei Phosphaturie zu verabreichen. Auch dieser Indikation hat dasselbe vollkommen entsprochen und sich so als eine nützliche Bereicherung des Arzneischatzes erwiesen. Es handelt sich hier um eine spezifische Einwirkung auf die Stoffwechselforgänge, welche der Phosphaturie zugrunde liegen und deren Wesen gegenwärtig noch nicht genügend geklärt erscheint. Nach Einnahme der üblichen Dosen findet im Harn in entschiedener Weise Entwicklungshemmung statt.

— Zur Wendung aus Querlage auf das Beckenende empfiehlt QUISLING folgendes Verfahren („Norsk Magaz. f. Lægev.“, 1904, Nr. 7): Wenn der Rücken nach vorn gekehrt ist, was bei 66 % der Fälle vorgefunden wird, führt der Arzt die linke Hand in die Gebärmutter ein, während die Gebärende in der Rückenlage quer am Bettrande liegt, und die Wendung läßt sich gewöhn

lich leicht ausführen. Wenn es sich aber zeigt, daß der Rücken der Frucht nach hinten gekehrt ist, wird die Gebärende, ohne daß die Hand des Arztes herausgenommen wird, nach der rechten Seitenlage gekehrt in der Weise, daß ihr linkes Bein über den Arm des Arztes geführt wird. Der Arzt steht jetzt hinter der Gebärenden, seine Hand, die während des Lagewechsels der Frau ein wenig gegen den Muttermund zurückgezogen wurde, wird dann aufwärts entlang der Vorderfläche der Frucht geführt, so daß die Volarfläche der Hand gegen dieselbe gekehrt wird. Will man lieber die rechte Hand anwenden, so muß man die Gebärende in die linke Seitenlage bringen. Während der Herabziehung wird die Frau wie gewöhnlich in die Rückenlage gebracht. Die Methode ist leicht ausführbar und von der speziellen Diagnose rücksichtlich der Haltung der Frucht unabhängig.

— Die Frage, ob durch die **Collargoltherapie** ein Einfluß auf die Menge der verschiedenen, den tuberkulösen Lungenprozeß begleitenden Eitererreger ausgeübt werde, hat BEHR untersucht („Wiener klin. Rundschau“, 1904, Nr. 12). Zu diesem Zweck wählte er aus den Patienten der Heilstätte Holsterhausen 14 aus, deren Sputum neben Tuberkelbazillen massenhaft Staphylokokken und Streptokokken aufwies, und verabreichte ihnen täglich 2 Eßlöffel wässrige 1%ige Collargol-Lösung per os in Kaffee, Tee oder Kakao und ein Klysma von 30 cm³ 1%iger wässriger Collargol-Lösung, dem eine halbe Stunde vorher ein Reinigungsklysma vorhergegangen war. Dieser Darreichungsmodus des Collargols wurde gewählt wegen seiner größeren Einfachheit gegenüber den intravenösen Injektionen von Collargol-Lösung und der besseren Resorptionsbedingungen gegenüber den Injektionen der Collargol-Salben (Ungt. Crédé). Die täglich verabreichte Collargolmenge betrug also zirka 0.5 g. Mit dieser Therapie wurde durchschnittlich 3—4 Wochen nach Aufnahme in die Heilstätte begonnen und während dieser collargolfreien Zeit das Sputum kontrolliert, um den Kausalzusammenhang zwischen Bakterienmenge und Collargoldarreichung sicherzustellen. Die Collargolkur dauerte 4—8 Wochen, mußte aber bei 3 Patienten wegen Widerwillens schon nach 1—2 Wochen abgebrochen werden. Ein 4. Patient mit besonders gutem Resultat scheidet aus der Statistik aus, weil die längere Beobachtung die Diagnose eines Lungenabszesses wahrscheinlicher machte. Von den übrigen 10 Patienten wiesen 7 eine deutliche, zum Teil bedeutende Abnahme der Eiterkokken im Sputum auf.

— Eine neue kombinierte Methode für die **Behandlung der Strikturen und chronischen Entzündungen der Harnröhre** beschreibt PHILIPP („Presse méd.“, 1904, Nr. 38). Dieselbe besteht in der Kombination der negativen Elektrolyse der Harnröhre und der äußeren Applikation des konstanten Stromes und damit abwechselnd der Spülungen mit erhitzter Sodalösung. Letztere wird auf 45° erhitzt und mit Nelken- und Zimtessenz, deren bakterizide Wirkung nach GAUTIER eine unbestrittene ist, gesättigt. Nach vier Spülungen mit dieser heißen Kohlensäuremischung macht der eitrige Ausfluß einem schleimig-serösen Platz und dieser hört nach weiteren 8—10 Ausspülungen völlig auf. Die Applikation des konstanten Stromes auf Sakrum, Abdomen, Perineum spielt neben der direkten elektrolitischen Behandlung der Strikturen dadurch eine wichtige sekundäre Rolle, daß er in hohem Grade dekongestionierend und beruhigend auf die Harnröhre selbst wie auf deren oft im Zustande der Reizung befindliche Nachbarorgane einwirkt. Die zirkuläre Elektrolyse der Harnröhrenstrikturen ist indiziert bei allen ausgedehnten, sehr engen und auch mit Cystitis komplizierten Fällen von Striktur, wenn diese von mäßiger Härte ist, bevor man sich zum inneren Harnröhrenschnitt entschließt. Letzterer würde dann auf jene Fälle beschränkt bleiben, wo die elektrolitische Dilatation versagt hat, wo die sozialen Verhältnisse oder die Nervosität des Patienten eine lange dauernde Kur unmöglich machen oder wo akute periurethrale Veränderungen die Striktur komplizieren. Im allgemeinen werden die Sitzungen alle acht Tage, bei sehr engen Strikturen 2mal pro Woche, vorgenommen. Durch die Gefäßverengung und die konsekutive Gefäßweiterung stellt sich eine allmähliche Resorption des Narbengewebes ein, so daß nach acht Tagen immer um 2—3 Nummern höhere Sonden eingeführt werden können.

— Durch einige günstige Mitteilungen veranlaßt, hat WITTHAUER („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 33) das **Styptol** (phtal-saures Cortarin) bei uterinen Blutungen versucht. Besonders gut war die Wirkung bei Menorrhagien junger Mädchen ohne nachweisbare Veränderung der Genitalien. Auch bei endometritischen Blutungen und solchen nach Abrasio mucosae erwies sich das Präparat als sehr brauchbar. Bei klimakterischen Hämorrhagien wurden sogar Erfolge erzielt, nachdem Hydrastis und Stypticin versagt hatten. WITTHAUER kommt zu folgenden Schlüssen: Styptol wirkt ähnlich dem Stypticin, übertrifft es aber in manchen Fällen. Wo man auf Uteruskontraktionen rechnet, ist Ergotin indiziert, Styptol ist unschädlich und billiger als Stypticin und deshalb für Kassen- und Armenpraxis empfehlenswert.

— Das **Glycerin als Analgetikum bei Verbrennungen** empfiehlt GRIGORESCU („Journ. d. méd. d. Paris“, 1904). Er behandelt Brandwunden mit reinem Glycerin, indem er einige Tropfen desselben auf die verbrannte Partie appliziert und das Glycerin leicht auf der Brandfläche verreibt. Der Kranke empfindet dabei einen mäßigen Schmerz, auf den unmittelbar eine Art Anästhesie folgt. Entzündung der Brandwunde wird auf diese Art und bei dieser Behandlung beinahe ganz vermieden, die Elimination der epithelialen Schichte geht nach und nach vor sich und die Narbe prägt sich weniger deutlich aus; die Brandwunde soll stets mit Glycerin befeuchtet bleiben.

— In seinen Ausführungen „**Klinische Erfahrungen über Vioform**“ behauptet SCHMIEDEN („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“, Bd. 61, Nr. 5 u. 6), daß er mit Ausnahme der Applikation des Jodoforms in Gestalt von Jodoformglyzerininjektionen das Jodoform in der Bonner chirurgischen Klinik und im St. Johannes-Hospital völlig durch Vioform ersetzt habe und daß er damit ganz außerordentlich zufrieden sei. Er erblickt darin einen wesentlichen Fortschritt und ist überzeugt, daß Vioform die guten Eigenschaften des Jodoforms ohne seine Schattenseiten besitzt; er zweifelt nicht, daß den bisher nur spärlichen, aber durchwegs günstigen Äußerungen in der Literatur sich bald weitere anschließen werden, sobald sich das Vioform mehr eingebürgert hat. Vor allem aber glaubt er, daß es nach gründlicher Nachprüfung in den Krankenhäusern berufen sein wird, das Wundantiseptikum des praktischen Arztes zu werden.

— Die chronische **Kolitis und ihre Behandlung** auf Grund chirurgischer Erfahrungen bespricht v. BECK („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 74). Verf. macht an der Hand seiner Erfahrungen an 500 einschlägigen Fällen folgende Vorschläge: 1. Die Ursache der Kolitis ist in jedem Falle zu ergründen und auf dem ätiologischen Moment die Therapie aufzubauen. 2. Ist die Kolitis die Folge entzündlicher Prozesse in der Umgebung des Kolon, so sind diese primären Herde zuerst zu bessern oder zu beseitigen, wenn möglich durch operatives Eingreifen. 3. Sind Karzinom, Tuberkulose, Aktinomykose des Kolon die Erzeuger der Kolitis, so sind die lokalen Kolonerkrankungen radikal- oder palliativ-operativ anzugreifen (Resektion, Enteroanastomose, Kolostomie). 4. Kolitiden anderen Ursprungs sind entsprechend dem Grundleiden symptomatisch-dietetisch zu behandeln. 5. Hartnäckige Fälle, welche auf diese Behandlungsmethode keine Besserung aufweisen, müssen durch operative Ausschaltung des ganzen Kolon durch Enteroanastomosis der Flexura sigmoidea zur Heilung geführt werden.

— Das **Antipyretikum Maretin**, ein methyliertes Azetanilid, in dem die Azetylgruppe durch die Gruppe NH NH CO NH₂ ersetzt ist, ist nach den Erfahrungen von ELKAN („Münchener med. Wochenschrift“, 1902, Nr. 30) schwer in Wasser löslich; es stellt weiße, fast geschmackfreie Kristalle dar. E. hat dasselbe klinisch erprobt und Folgendes gefunden: Maretin setzt prompt die Temperatur herunter; der Temperaturabfall vollzieht sich dabei ziemlich langsam. Es übt keinen Einfluß aus weder auf Respirations- noch Digestionsapparat, noch auf den Blutkreislauf. Schädliche Nebenwirkungen sowie kumulative Wirkung hat E. nicht beobachtet. Als Gaben bewährten sich am besten einmal täglich 0.5 g oder zweimal täglich 0.2 g Maretin, in Pulverform unter Nachtrinken von einigen Schlucken Wasser zu nehmen.

— Zur Therapie des angeborenen Pes equino-varus in frühester Kindheit empfiehlt EVANS folgendes Verfahren („Lancet“, 1904, Nr. 28): So früh als möglich werde die Varusstellung korrigiert. Dies geschieht durch subkutane Tenotomie der Sehnen des Tibialis anticus und posticus und des Flexor longus digitorum unmittelbar oberhalb des Fußgelenkes. Man korrigiert sofort die Varusstellung und fährt in den nächsten Wochen mit der Korrektion fort; das Kind trägt während dieser Zeit eine Korrektionschiene aus Eisen. Etwa nach 4—5 Wochen folgt der zweite Akt, die Durchschneidung der Achillessehne und die nun mögliche Ausgleichung der Equinusstellung. Auch hieran schließt sich fortgesetzte orthopädische Behandlung (Manipulation) und es wird ein besonderer Zinnschuh angefertigt, der Tag und Nacht zu tragen ist.

Literarische Anzeigen.

Semiologie und Differentialdiagnostik der verschiedenen Arten von Kurzatmigkeit. Von Dr. Ludwig Hofbauer. Mit 165 Kurven im Texte. Jena 1904, Gustav Fischer.

Verf. hat seine Untersuchungen und Schlußfolgerungen auf die sthetographische Methode aufgebaut und mit bewundernswürdigem Fleiße ein großes und originelles Material zusammengetragen. Im allgemeinen Teile folgen der die Versuchstechnik enthaltenden Einteilung die Abschnitte „Asthma und Dyspnoe“, „Gleichmäßige Änderungen der Atmung“, „Ungleichmäßige Änderungen der Atmung“, „Ungleichmäßige Atmung verschiedener Thoraxstellen“. H. zeigt uns unter anderem in dem Abschnitte „Asthma und Dyspnoe“, daß die verschiedenen Asthmaformen mit entsprechend verschiedenen Änderungen der Atemkurve einhergehen. Der spezielle Teil umfaßt die Kapitel „Krankheiten der Zirkulationsorgane“, „Blutkrankheiten“, „Krankheiten der Mediastinalorgane“, „Krankheiten der großen Luftwege“, „Krankheiten der Lunge“, „Krankheiten der Pleura“, „Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane“ und „Nervenkrankheiten“. Der Verfasser hat ausschließlich eindeutige Fälle — zumeist durch Obduktionsbefunde erhärtet — zu Ausgangspunkten seiner Ausführungen genommen, so daß dieselben fraglos den Titel der Verlässlichkeit für

sich in Anspruch nehmen dürfen. Die beigedruckten Kurven sind durchwegs klar und beweisend. BR.

Handbuch der Physiologie des Menschen in 4 Bänden. Herausgegeben von W. Nagel in Berlin. 3. Band. Physiologie der Sinne. Erste Hälfte. Braunschweig 1904, Friedrich Vieweg & Sohn.

Ein neues Sammelwerk der Physiologie, das erste wieder, seitdem vor 25 Jahren L. HERMANN sein großes und berühmtes Handbuch herausgab, das wohl dem Laufe der Zeiten Rechnung trug, doch noch lange eine unentbehrliche Fundgrube des Wissens und der Erkenntnis bleiben wird. Von dem neuen Werke liegt uns vorläufig bloß die erste Hälfte des dritten Bandes, die Physiologie der Sinne enthaltend, vor, doch dieser schon zeigt uns, weiß Geistes Kind das Ganze sein wird. Ein Werk, das Namen, wie BOHR, DU BOIS-REYMOND, BOBUTTAU, COHNHEIM, CREMER, FRANK, V. FREY, GÄRBER, F. B. HOFMANN, V. KRIES, LANGENDORFF, MELZNER, NAGEL, OVERTOW, PAWLOW, SCHAEFER, SCHENCK, SCHULTZ, SELLHEIM, THUNBERG, TIGERSTEDT, TSCHERMAK, WEINLAND, WEISS, ZOTH auf seinem Titelblatte trägt, die besten Namen, welche im Lager der Physiologie derzeit zu finden sind, kann und wird ohne Zweifel ein würdiger Nachfolger des HERMANNschen Werkes sein. An der ersten Lieferung haben der Herausgeber selbst mit „Die Lehre von den spezifischen Sinnesorganen“ und „Die Wirkungen des Lichtes auf die Netzhaut“, der Meister J. v. KRIES mit „Zur Psychologie der Sinne“ und „Die Gesichtsempfindungen“, SCHENCK mit „Dioptrik und Akkommodation des Auges“, teilgenommen. Gleichmäßige, tiefe Bearbeitung, vollendete Darstellung und treffliche Abbildungen kennzeichnen den vorliegenden Teil des Werkes, dem alle folgenden Teile hoffentlich ebenbürtig an die Seite treten werden. PH.

Über die Entscheidung der Stillfähigkeit und die teilweise Muttermilchernährung. Von Privatdozent Dr. Martin Thiemich. Breslau 1904, Preuß & Jünger.

Eine kurze, fesselnd geschriebene Schrift, in volkstümlichem Stile gehalten, die so recht geeignet ist, für das Selbststillen der Mütter die weitesten Grenzen zu ziehen und wirksam Propaganda zu machen. Aber auch ärztlichen Kreisen sei die Schrift warm empfohlen. NEURATH.

Feuilleton.

Syphilis, Schwangerschaft und Vererbung.

Von Dr. Eduard Deutsch, emerit. Assistenten der Abteilung Prof. ED. LANG.

(Schluß.)

Gehen wir nach dieser notwendigen Abschweifung weiter den klinischen Argumenten nach und fragen, woraus die Gesundheit der Mütter hereditär-luetischer Kinder (und damit die spermatische Infektion der Früchte) erschlossen wurde, so lautet die Antwort dahin, daß solche Frauen auch bei jahrelanger Beobachtung keine Krankheitszeichen aufwiesen. MATZENAUER wendet diesen Fällen gegenüber, speziell soweit sie von KASSOWITZ angeführt werden, ein, daß die Untersuchung keinen Anspruch auf Vollwertigkeit machen dürfe, weil sie zugeständenermaßen fast niemals sich auf das Genitale erstrecken konnte und zweitens weil die Beobachtung in der Mehrzahl der Fälle spät einsetzt, im frühesten Falle auch nicht vor Ablauf des 10. Monats nach Eintritt in die Ehe (und damit sicherlich Monate nach der von MATZENAUER supponierten Infektion). Der Einwurf ist zweifellos berechtigt, wenn wir auch entgegenhalten können, daß eine zehnmönatliche oder auch eine etwas ältere Lues immerhin noch als rezent gelten müsse. Aber MATZENAUER sucht auch diesem Einwande Rechnung zu tragen; selbst wenn diese Beobachtung noch früher eingesetzt und ein negatives Resultat ergeben hätte, so wäre das insofern nicht beweisend, als wir nicht gerade selten sowohl bei Männern

als öfter noch bei Frauen in die Lage kommen, trotz konstatierten Initialaffektes keine Allgemeinerscheinungen auftreten zu sehen. Das Fehlen jener Erscheinungen allein, die KASSOWITZ auführt, keine Roseola, kein gruppiertes Syphilid, kein kachektisches Aussehen, kein Defluvium capillorum, berechtige noch lange nicht zur Annahme des Fehlens der Syphilis, da alle diese Erscheinungen auch bei effektiven Luetikern nicht vorhanden sein müssen. Es handle sich eben um außerordentlich benigne Formen von Syphilis, um eine symptomlose Syphilis, die aber doch wieder den Früchten gegenüber sich in einer so furchtbar deletären Form äußert. Den Widerspruch, warum diese symptomlose Syphilis, fast könnte man sagen diese Syphilis ohne Syphilis, immer nur in Beziehung zur Frucht manifest wird, klärt MATZENAUER keineswegs zur Gänze auf. Dagegen scheint es seine Beweisführung sicherlich zu stützen, daß der Prozentsatz der anscheinend gesunden Mütter hereditär syphilitischer Kinder sich nahezu vollständig mit jenen deckt, in welchem bei konstatierten Gummen das Vorausgehen eines Initialaffektes oder sonstiger luetischer Manifestationen nicht zu eruieren ist. Auch das weitere Schicksal dieser Mütter betreffend findet MATZENAUER wieder ein auffallend gleiches Verhältnis in der Häufigkeit der angenommenen paternen Vererbung und der Zahl der später syphilitisch befundenen Mütter (die Akquisition der Lues von den zuzüglichen Autoren noch als Choc en retour aufgefaßt, wie ja FOURNIER auch annimmt, daß alle diese Mütter durch Choc en retour syphilitisch geworden seien), er schließt daraus, daß in fast allen Fällen von angeblich paternem Vererbung bei der Mutter doch Syphiliserscheinungen auftreten und bei sorgfältiger Untersuchung

nachzuweisen sind. Der Satz, in dieser Fassung aufgestellt, schießt über das gesteckte Ziel hinaus, er bedarf einmal der stillschweigenden Voraussetzung, daß man Gelegenheit habe, die betreffenden Individuen Jahrzehnte hindurch zu beobachten, und dann scheint der Autor vergessen zu haben, was er früher von den benignen, symptomlosen Syphilisfällen erwähnte und endlich, daß sich für die Zeit der Latenz ja keine Grenze stecken läßt, wie er selbst ja auch gelegentlich andeutet bzw. bezüglich des Tertiärisimus d'emblée ausführt.

Endlich sind die anscheinend gesunden Mütter hereditär syphilitischer Kinder gegen nachträgliche Syphilisinfection, sei es durch das eigene Kind, sei es auf anderem Wege immun. Die Ausnahmen von dieser als COLLESSches Gesetz bekannten Tatsache bilden die wichtigsten Stützen für die paterne Vererbung. MATZENAUER läßt nun alle diese Fälle Revue passieren; wenn seine Behauptung, keine Syphilis des Kindes ohne Syphilis der Mutter, richtig ist, darf es keine Ausnahme von diesem Gesetze geben, denn eine einzige solche Ausnahme würde seine Annahme hinfällig machen. Es muß nun ohne Vorbehalt zugestanden werden, daß — auch dies sollte man bei der Wichtigkeit des Gegenstandes ja kaum für möglich halten — eine ganze Reihe von Fällen eine so unvollständige Beschreibung darbietet oder auch anderweitig so wenig begründet erscheint, daß das Unternehmen MATZENAUEES bei der Widerlegung derselben auf keine erheblichen Schwierigkeiten stößt; bei einzelnen ergeben sich solche immerhin, insbesondere wenn es sich um Autoren handelt, die sich der Wichtigkeit der vorliegenden Beobachtung wohl bewußt waren. Im allgemeinen ist wohl anzuerkennen, daß sich Zweifel selbst bei den scheinbar begründeten Fällen nach der Darstellung MATZENAUEES einstellen, nichtsdestoweniger klingt doch manches in der Deutung etwas gezwungen. So müssen auch wir den FINGERSchen Standpunkt betonen, daß Alopecia syphilitica unmittelbar mit der ersten Eruption auftreten kann, und daß sie nicht notgedrungen immer auf eine mindest $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ jährige Dauer der Syphilis hinweist; ebenso wenig glücklich ist MATZENAUER mit der Behauptung, daß beim „kranken Kinde Kondylome ad anum vorhanden waren, welche meist auf eine akquirierte Syphilis hindeuten“.

Mit der Immunität der anscheinend gesunden Mütter hereditär syphilitischer Kinder und der gleich noch zu erwähnenden Immunität gesunder Kinder syphilitischer Mütter (Gesetz von PROFETA) haben wir ein Gebiet vor uns, das gerade in den letzten Jahren ein reiches Feld für die Untersuchungen der Bakteriologen abgab. Die unendlich zahlreichen Untersuchungen über Immunisierung lassen sich nun schlechterdings mit den bisnun herrschenden Anschauungen in Bezug auf die Vererbung der Syphilis nicht vereinigen. Es ist daher begreiflich, warum gerade PALTAUF als erster in der Diskussion sich zumindest theoretisch den Anschauungen MATZENAUEES vollinhaltlich anschloß, immer nur in Beschränkung auf die derzeit aus den Immunisierungsversuchen gewonnenen Anschauungen. Denn in diesem Sinne ist die Immunität der Mütter heredosyphilitischer Kinder nur so zu erklären, daß diese Mütter selbst (latent) syphilitisch sind. Denn selbst angenommen, daß diese Mütter gesund und durch Toxine, welche von dem ex patre syphilitischen Fötus auf sie übergehen, immun gegen Syphilis geworden wären, so könnte diese Immunität nur eine passagere sein, weil es sich um eine sogenannte passive Immunität handelt. Genau das Gleiche gilt aber auch umgekehrt für die gesunde Frucht einerluetischen Mutter, auch diese Kinder können, wenn überhaupt, nur passagere Immunität besitzen, und MATZENAUER bringt noch eine ganze Reihe von Fällen aus der Literatur, welche dem PROFETAschen Gesetz, gegen welches wohl längst Stimmen laut wurden, jede Geltung nehmen.

Die noch weiteren Möglichkeiten, beide Eltern oder bloß die Mütter sind zur Zeit der Zeugungluetisch, können nicht näher betrachtet werden, weil sie in die Frage der spermatischen Vererbung kein Licht bringen, da bei einer effektivluetischen Mutter ja doch nicht entschieden werden kann, ob es sich um ovuläre oder plazentare Infection handelt.

Die Forderungen, die sich für MATZENAUER in Bezug auf die Praxis ergeben, gipfeln naturgemäß in erster Linie in einer gründlichen Behandlung der Mütter hereditärluetischer Kinder, auch wenn sie keinerlei Syphilissymptome darbieten, während die Behandlung der Väter für das weitere Schicksal der Nachkommenschaft direkt irrelevant ist. Da aber der Vater der Nachkommenschaft indirekt, auf dem Wege durch die Mutter, gefährlich werden kann, ist es selbstverständlich, daß ihm solange die Ehe nicht zu gestatten ist, als er Zeichen rezenter Lues an sich trägt oder zu gewärtigen hat; solange die Gefahr droht, daß nässende Papeln oder Syphilisprodukte ähnlicher Art auftreten, ist ihm die Ehe zu untersagen, sie ist ihm also erst mehrere Jahre post infectionem und nach mehrmaliger Behandlung zu gestatten.

ROSINSKI, der sich gleichfalls mit der Therapie beschäftigt, plaidiert für die über einen längeren Zeitraum systematisch fortzusetzende Behandlung auch unabhängig von allen Manifestationen (chronisch intermittierende Behandlung FOURNIERS), das letztere hauptsächlich in Rücksicht auf die spermatische Infection; denn die Behandlung hätte den Zweck 1. die direkte Gefahr des Krankheitsprozesses zu beseitigen = Behandlung der Syphilis an sich, 2. aber die Möglichkeit der Übertragung auf die Frucht zu verhüten. Sie erstreckt sich demnach in erster Linie auf die Väter. Aber auch die Merkurialisierung der Mütter scheint ihm außerordentlich wünschenswert, nicht etwa weil sie selbst krank wären, sondern weil die Früchte spermatisch infiziert seien (oder sein könnten), so daß er der Behandlung der Frucht durch die Mutter das Wort redet; selbstverständlich nur in der Schwangerschaft, denn da er sonst diese Mütter für immun (und nicht für syphilitisch) hält, so entbehrt die Behandlung nichtschwangerer Mütter jeder Begründung.

Resümieren wir in Kürze, so hält sich das Buch ROSINSKIS vollkommen an die bisher von der Mehrzahl der Autoren angenommenen Anschauungen, während MATZENAUER bloß die plazentare Übertragung anerkennt, jeden unmittelbaren Einfluß des Vaters auf die Frucht in Bezug auf die Vererbung der Krankheit zurückweist, vielmehr auf Grund der bisnun vorliegenden, nach ihm durchaus nicht stichhaltigen Beweise, auf Grund des Fehlens jeder Analogie im Bereiche der sonstigen Infektionskrankheiten (sowohl die ovuläre als auch) die spermatische Infection als rundwegs unmöglich hinstellt. Alles weitere ist dann nur mehr die natürliche Folge dieser Annahme.

Theoretisch wäre die Annahme einer spermatischen oder ovulären Infection trotz aller Ablehnung MATZENAUEES zweifellos denkbar. Es ist gewiß interessant, daß v. ZEISSL in der Diskussion über diesen Gegenstand folgender Mitteilung Prof. HATSCHKEs gedenkt: „Bei Spongien kommen Algen im Tierkörper symbiotisch vor; dieselben dringen auch in die Eizellen ein und sind infolgedessen auch im sich entwickelnden Embryo vorhanden. Professor HATSCHKE ist der Anschauung, daß bei viel kleineren Organismen, als diese Algen sind, es denkbar ist, daß dieselben in die Spermazelle eindringen.“ Die Möglichkeit dieser Tatsache scheint daher keineswegs so kraß, als die Darstellung MATZENAUEES es vermuten ließe.

So verlockend auch die Ausführungen MATZENAUEES erscheinen, so groß auch ihre Übereinstimmung mit den jetzt geltenden Lehren über Immunität ist, so sehr sie die Lehre von der Vererbung der Syphilis vereinfachen, so können sie doch, selbst abgesehen von der nicht ganz einwandfreien Anfechtung der bisher als feststehend geltenden Beobachtungen, nicht völlig überzeugend wirken, einmal vielleicht deshalb, weil der Negation hier ein so großer Spielraum zufällt, dann aber auch insbesondere darum, weil er oft mehr beweisen will als nötig ist, ein anderes Mal wieder zu wenig begründet, wo es nötig wäre. Da ist einmal der Kampf gegen die Sonderstellung der Syphilis gerade in Bezug auf die Vererbung; bitte nicht mißzuverstehen, denn darum handelt es sich ja. Ist es nicht merkwürdig, daß hier die Vererbung immer wieder zur Beobachtung kommt, während sie bei der doch sicherlich weit verbreiteten Tuberkulose (natürlich ist die Vererbung von Krankheitskeimen, nicht der Disposition gemeint) man kann sagen fast nie konstatiert wird! Die Häufigkeit der Vererbung an sich, ganz

gleichgültig, auf welchem Wege sie erfolgt, vindiziert der Syphilis eine ganz eigentümliche Sonderstellung unter den Infektionskrankheiten.

Das von MATZENAUER gerade bei jungen, sonst gesunden Frauen als Regel hingestellte Vorkommen einer so mitigierten Syphilis, daß sie symptomlos verläuft, erscheint gar nicht motiviert, denn einmal steht das mit seinen eigenen Erfahrungen in Widerspruch, weil er bei solchen Frauen immer Symptome fand, nur andere Autoren nicht, und dann ist auch noch folgendes zu berücksichtigen. Zweifellos beobachtet jeder Syphilidologe Fälle von Syphilis, die sich durch einen besonders milden Verlauf auszeichnen, sei es, daß das ganze Exanthem sich auf einige wenige Flecke beschränkt, sei es, daß es überhaupt zu keiner Prurition kommt, das letztere sicherlich ein sehr seltenes Vorkommnis bei konstatiertem Initialaffekt. Aber alle Autoren betonen, daß dieser leichte Verlauf ähnliche Erwartungen auch für die Zukunft nicht prognostizieren läßt. Diese Warnung ist doch nur so zu verstehen, daß man oft genug in die Lage kommt, in solchen Fällen Späterscheinungen auftreten zu sehen, und gerade bei jenen Frauen, die einer jahrzehntelangen Beobachtung unterzogen blieben, deren Syphilis nie behandelt wurde, sollten diese Spätsymptome immer ausgeblieben oder so unmerklich geblieben sein, daß sie der Beobachtung entgingen? Und doch handelt es sich ja um die gewöhnliche Kontaktsyphilis! Aber diese Kontaktsyphilis muß auf alle Fälle bei der Frau eine rezente Lues darstellen, warum verhält sich diese rezente Lues nicht nur in ihrem symptomlosen Verlaufe, sondern auch in Bezug auf die Nachkommenschaft anders als eine manifeste Lues der Frau? Mit anderen Worten, warum tritt bei solchen rezent, aber latentluetischen Frauen dann, wenn die Syphilis des Mannes schon viele Jahre zurückdatiert, nicht in der Regel gelegentlich der ersten Schwangerschaft Abortus oder Frühgeburt auf, warum bringt eine solche rezent, aber latentluetische Frau schon ein ausgetragenes Kind mit nur schwachen Syphiliserscheinungen zur Welt? Allerdings stellt ja MATZENAUER die von KASSOWITZ zuerst formulierte, solenne Reihe „Abortus, Frühgeburt usw.“ in Abrede, d. h. er gibt wohl zu, daß dieses Vorkommnis sehr häufig beobachtet wird, aber lange keine Gesetzmäßigkeit aufweist. Wir aber sind gewohnt, aus der Häufigkeitszahl eine Regel zu bilden, immer wohl wissend, daß diese Regel Ausnahmen zuläßt, und die KASSOWITZsche Beobachtung ist von Hunderten von Ärzten immer wieder gemacht worden und besteht auch dann zu Recht, wenn man sie nicht gerade als Gesetz bezeichnen kann.

Sei dem wie immer, es gebührt MATZENAUER das Verdienst, neuerlich und in zusammenhängender Form auf die Schwächen, die der herrschenden Vererbungstheorie unbedingt anhaften, hingewiesen und das vorliegende Material in seinem Sinne gesichtet zu haben. Sicherlich wird er damit nicht nur jenen, die in seinem Buche direkte Angriffe erfahren, sondern auch zahlreichen anderen Beobachtern und Arbeitern auf diesem Gebiete Anlaß gegeben haben, sei es die alten Beobachtungen durch Abwehr der Angriffe zu stützen, sei es neue Beobachtungen zu sammeln, die der kommenden Zeit die Bausteine abgeben sollen, auf welchen sich die künftige Lehre von der Vererbung der Syphilis, wohl fundiert, erheben soll.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

Syphilitische Erkrankungen des Zirkulationsapparates.

V. DÜHRING (Kiel), Ref.: Spezifische Gefäßerkrankungen kommen in allen Stadien der Syphilis vor. Zu trennen sind die primären von den Gefäßen ausgehenden Affektionen von den sekundär vom peripherischen Gewebe auf die Gefäße übergehenden. Die von HEUBNER beschriebene Endarteriitis obliterans, besonders der Hirngefäße ist an sich keine notwendig mit Syphilis in Verbindung zu bringende Affektion,

kommt aber nur bei der Lues vor, so daß eine Endarteriitis luetica obliterans anzunehmen ist. Bei derselben enthält die Wucherung der Intima neben kernhaltigen Bindegewebszellen und neugebildeten elastischen Fasern Riesenzellen. Die Neubildung des elastischen Gewebes erfolgt aus den Zellen der gewucherten Intima. Die Genese der Riesenzellen ist unbekannt; die Vaskularisation des obliterierenden Gewebes ist für die spezifische Endarteriitis typisch. Die zuerst von DÖHLE beschriebene syphilitische Aortitis (besonders häufig an der Aorta thoracica) ist die häufigste Ursache der Aneurysmenbildung. Die Aortitis besteht in entzündlicher Veränderung der Adventitia und Media, es kann der entzündliche Prozeß auf die Vasa vasorum übergehen, diffus oder herdweise auftreten und zu Nekrosen Veranlassung geben, die auf Obliteration einer Anzahl von Vasa vasorum zurückgeführt werden müssen. Die erkrankten Partien werden teilweise durch bindegewebiges Narbengewebe ersetzt, wodurch eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Wand gegenüber dem ausbuchtenden Blutdruck bedingt wird. Eine Endarteriitis fehlt in den reinen Fällen, ist aber bei älteren Individuen als Ausdruck der „Arteriosklerose“ vorhanden. Bei der Aortitis luetica finden sich natürlich frische endarteriitische interstitielle neben älteren narbigen Prozessen. Die Venenerkrankungen sind häufiger, als man früher annahm, es handelt sich um analoge Prozesse, wie an den Arterien, insbesondere um Endophlebitis syphilitica obliterans. Die spezifische Therapie kann nur die Resorption der Infiltrate, bzw. ihre Umwandlung in Narbengewebe, anregen und weitere Zerstörungen verhindern, nicht aber die Folgen der verloren gegangenen Elastizität der Gefäße verhüten oder ein ausgebildetes Aneurysma zur Heilung bringen.

V. HANSEMANN (Berlin): Die Schwierigkeit, syphilitische von arteriosklerotischen Affektionen zu unterscheiden, hat die Anerkennung der Bedeutung der syphilitischen Gefäßerkrankungen lange Zeit erschwert, zumal da auch VIRCHOW sich anfangs ablehnend verhielt. Syphilitische Herzerkrankungen in Form großer Gummibildungen seit lange bekannt, wurden als große Raritäten betrachtet. Öfter werden große grobe schwierige Infiltrate gesehen. Die häufigste Veränderung ist nur mikroskopisch nachweisbar; perivaskuläre Wucherungen führen zu kleinen Narben, die durch ihre große Zahl die Herzmuskulatur so beeinträchtigen, daß bei großen Anforderungen an das Herz, insbesondere bei interkurrenten fieberhaften Erkrankungen, Herzschwäche eintritt. Auch das Endokard kann syphilitisch erkranken; durch Narbenbildung auf den Klappen und konsekutive Retraktion kann ein typischer Herzfehler sich ausbilden. Bei der syphilitischen Gefäßerkrankung ist die diffuse Verbreitung der Prozesse im Gegensatz zu der auf einzelne Flecke lokalisierten der Arteriosklerose bemerkenswert; die syphilitischen Herde „liegen wie in einem Nebel“ eingestreut. Das Aneurysma ist oft, aber durchaus nicht immer durch Syphilis bedingt; es ist durch spezifische Therapie nicht zu heilen, weil eine Regeneration des elastischen Gewebes unmöglich ist. Angebliche Heilungen sind so zu erklären, daß syphilitische, auf der Aorta liegende, ein Aneurysma vortäuschende Schwielen zum Schwinden gebracht wurden.

Bei der kongenitalen Lues finden sich dieselben Gefäßeränderungen wie bei der erworbenen. Bei der Pneumonia alba, bei den Erkrankungen der Leber, der Milz, des Pankreas, kommen obliterierende Prozesse vor; auf ihnen beruht auch wohl der syphilitische Abort. Den syphilitischen Veränderungen der Nierengefäße ist in letzter Zeit von CASSEL große Aufmerksamkeit geschenkt worden.

Mikroskopisch ist eine dichte Zellwucherung, die Neigung zur Erweichung, Verkäsung, Verfettung zeigt, festzustellen. Kompliziert wird der Prozeß durch Blutungen, Mischinfektion, kollaterale Wucherung von Gefäßen. Der Beginn der Erkrankung ist aber in allen Stadien der Lues bei allen Gefäßerkrankungen perivaskulär, weil eben die Krankheit ihren Ausgang von den Endothelien der Lymphbahnen und Lymphspalten nimmt. Von hier aus geht sie auf die Lymphgefäße der Vasa vasorum, von diesen auf die der Gefäße über. Die Syphilis ist eigentlich eine Lymphangitis plastica. Dieselben Prozesse sind in der Sklerose wie im Gummi festzustellen.

Schließlich macht H. auf einen wichtigen Unterschied zwischen syphilitischen und arteriosklerotischen Gefäßen aufmerksam; in letzteren kommt es zur Neubildung elastischer Fasern, in ersteren nicht.

RENVERS (Berlin), Korref.: Die Zahl der auf Syphilis zu beziehenden Herzerkrankungen wird von den einzelnen Klinikern verschieden angegeben. Wie bei jeder Infektionskrankheit werden vor allem im sekundären Stadium der Lues Toxine erzeugt, die eine chemische, nicht anatomische Beeinflussung des Herzmuskels bewirken. Es kann dadurch zur Tachykardie oder zur Bradykardie kommen, es kann sich aber auch ein „schwaches Herz“ entwickeln, das seine relative Insuffizienz erst bei funktioneller Prüfung zeigt. Bei jeder größeren Muskelanstrengung zeigt sich Arrhythmie. Im tertiären Stadium

der Lues sind bisher etwa 80 Fälle von gummöser Herzsyphilis beschrieben, die sich aber der klinischen Diagnose entziehen. Die Herzsymptome der Spätsyphilis sind die der Herzmuskelerkrankung; die Krankheit tritt ganz langsam ein, wenn die Reservekräfte des Herzens verbraucht sind. Es kommt auch zur Dilatation und Hypertrophie. Einigermaßen charakteristisch ist der starke Herzstoß und kleine Puls. Ein Teil (durchaus nicht alle) Fälle von Aneurysma und Angina pectoris beruhen auf Lues; diagnostisch wichtig ist das relativ jugendliche Alter der Kranken und die Abwesenheit arteriosklerotischer Veränderungen. Zweifellos beruht die Angina pectoris auf einer spezifischen Erkrankung der Koronargefäße. Treten die ersten Symptome, plötzlich intensives, aber bald vorübergehendes Schmerzgefühl, intensive Atemnot auf, so kann spezifische Behandlung noch Heilung bringen.

Thomson-Walker (London) kommt auf Grund anatomischer Untersuchungen zu dem Resultat, daß die syphilitischen Gefäßveränderungen an der Adventitia beginnen. Die Prozesse an der Intima können bei sehr ausgesprochenen Fällen fehlen; sind sie vorhanden, sind sie nicht charakteristisch. An einer Stelle der Art. basilaris schien die Krankheit mit einer Wucherung der zu den Vasa vasorum gehörenden Kapillaren zu beginnen. Auch in einem obliterierten Gefäß kann sich die Zirkulation wieder herstellen.

C. Benda (Berlin) hat seit längerer Zeit die Nichtspezifität der Endarteritis betont und den Nachdruck auf die Erkrankung der Adventitia gelegt. Immer mehr wird die Aortitis syphilitica anerkannt; diese Affektion kann in Form miliärer Herde oder als grob makroskopische Läsion auftreten; es handelt sich aber stets um verschiedene Stadien desselben Prozesses. Die miliären Herde sind entzündliche Prozesse, keine Infarkte; sie heilen unter Hinterlassung miliärer Narben. Letztere sind durch Ausfüllung des Defektes durch Bindegewebe, nicht jedoch durch Retraktion des umgebenden Gewebes entstanden. Im allgemeinen werden auch die grob anatomischen Veränderungen des Herzens um so häufiger, je mehr die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt wird. B. demonstriert sehr instruktive Präparate aller Formen der Herzsyphilis, insbesondere auch einen Fall von Obliteration der Koronararterie.

Barthélemy (Paris) legt eine ausführliche Studie über die Syphilis der Zirkulationsorgane vor. Er unterscheidet die vorzeitig auftretenden (15 bis 25 Monate nach dem Schanker) Herzauffektionen (Herzpulsationen, Arrhythmie, Tachykardie usw.; Therapie: viel Hg, wenig JK) von den Spätformen (vgl. *Reynolds* Darstellung). B. fand bei 40% der sekundär syphilitischen Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit vorgeschäufte mit vasomotorischen Störungen der Pupillen, der Reflexe der Haut. B. bespricht die syphilitische Aortitis, Aneurysmenbildung und Gehirngefäßerkrankung und kommt auch zu dem Resultat, daß der Ausgang der Erkrankung das Kapillarsystem ist. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf die im tertiären Syphilitadium vorkommende Erkrankung der peripherischen Arterien; auf sie führt er die Claudication intermitten und die Gangraena senilis in einzelnen Fällen zurück. Auch manche Fälle sogenannter diabetischer Gangrän finden so ihre Erklärung. Die Arterien zeigen häufiger als bekannt syphilitische Veränderungen. Manche Symptome der Heredesyphilis sind auf spezifische Venenerkrankungen zurückzuführen. B. weist auf die alte Erfahrung der speziellen Infektiosität des Blutes, Syphilitischer hin, glaubt auf diesem Wege auch die konzeptionelle Übertragung erklären zu können. Auf den Gefäßerkrankungen scheinen bei der hereditären Syphilis nicht nur Erkrankungen innerer Organe, nicht nur Affektionen der Plazenta (*Placenta marginata*) und des Nabelstranges, sondern auch Zahndeformitäten und die mangelhafte Ausbildung der großen Gefäße, insbesondere der Aorta zu beruhen.

E. Hoffmann (Berlin) berichtet über 33 Fälle von syphilitischer Erkrankung der peripherischen Venen. 36mal handelte es sich um subkutane Venen, 3mal war die Vena poplitea erkrankt (einzelne Kranke hatten mehrfache Venenaffektionen). Es erkrankten 30 Männer. 26mal handelte es sich um die Vena saphena. Wahrscheinlich entsteht durch das Virus eine Reizung der Venenwand, die an einzelnen Stellen besonders stark ist und zur Ansiedlung der Mikroorganismen führt. Starke Reizung, Blutstromverlangsamung, stärkere Wirkung der Mikroorganismen bilden einen Circulus vitiosus. Die syphilitische Phlebitis ist eine Krankheit der Frühperiode. Mikroskopisch fand sich hochgradige Entzündung der Intima und Media; die primäre Erkrankung ist die Entzündung; erst sekundär kommt es zur Thrombenbildung. In den Gefäßwandungen finden sich zahlreiche Riesenzellen. Auffallend ist die ungleichmäßige Verteilung der Veränderungen in der erkrankten Gefäßwand. Zur histologischen Diagnose reichen die bisherigen Befunde nicht aus.

Renault (Paris) spricht über die wissenschaftliche Leitung der Syphilisbehandlung in der sekundären Periode. Als Prüfstein für die Wirkung des Quecksilbers wählte R. eine genaue Untersuchung der korpuskulären Blutelemente und des Hämoglobingehaltes des Blutes. Er fand, daß entsprechend der Stärke des Quecksilberpräparates eine „Erneuerung“ des Blutes eintrat. Es wirkten also in abnehmender Stärke Kalomel, Oleum cinereum, Hydrargyrum benzoatum in Form von Injektionen, und endlich im weiten Abstände Hydr. protojodurt. in Pillenform. Übertriebene Hg-Anwendung soll die spezifischen Erscheinungen wieder herbeiführen, andererseits soll die höchste zulässige Unterbrechungszeit einer Hg-Kur einen Monat betragen.

Asahi (Tokio) berichtet über anatomische Untersuchungen über das Aortenaneurysma.

Manino (Palermo) macht auf ein bisher wohl bei chronischer Malaria und chronischem Alkoholismus, nicht aber bei der Syphilis beobachtetes klinisches Symptom aufmerksam. Der Synchronismus zwischen Herzschlag und Pulsschlag hört auf, zwischen beiden Aktionen bleibt eine deutlich feststellbare, verschieden lange Pause, deren Größe von der Größe der Arterienver-

änderung abhängt. Das Symptom ist vor allem bei jüngeren Individuen diagnostisch verwertbar.

Gaucher (Paris) hält das Aneurysma wie die Tabes für ein Symptom der quaternären Syphilis.

Ehrmann (Wien) demonstriert Präparate, welche die Bedeutung der Lymphgefäßerkrankung, speziell bei der Sklerose, darlegen. Er konnte durch Injektion der feinsten Lymphbahnen den Primäraffekt darstellen, ihre Sprossenbildung erkennen und die häufige Bildung kleinster Bubonen nachweisen.

Petrini di Galatz (Bukarest) glaubt, daß schwere Gefäßsyphilis besonders häufig bei nicht oder bei nicht ausreichend mit Quecksilber behandelten Kranken ist. Injektionen sind nicht ausreichend, energische Einspritzungen werden vielleicht das Eintreten der Gefäßerkrankungen häufiger verhindern. Besteht erst Gefäßerkrankung, so ist die beste Methode die intravenöse Sublimatinjektion. P. führt Beobachtungen für diese Auffassung an. Ein allen anderen Methoden Widerstand leistender Fall von tubero-serpiginösem Syphilid heilte nach 20 intravenösen Sublimatinjektionen von 5 cgm.

Bruhns (Berlin) zeigt Präparate eines Falles von Gummibildung der Aorta eines hereditär-syphilitischen Neugeborenen. Das Gummi stellte sich als ein umschriebener Zellinfiltrationsherd dar.

Werther (Dresden) bringt Beiträge zur Kasuistik der syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationsorgans: 1. Myokarditis nach schwerer diphtheroïder, syphilitischer Angina; 2. Venensyphilis 8 Wochen nach der Infektion in einer tiefen Vene der Leistenbeuge bei Ausräumung von Bubonen gefunden und anatomisch verifiziert; 3. Venensyphilis des Plexus pampiniformis, eine Funikulitis vortäuschend; 4. drei Jahre nach der Infektion Apoplexie, Hemiplegie, Aphasie, epileptiforme Anfälle, gewaltige, die ganze eine Rückenhälfte einnehmende, hämorrhagische, tuberosöse Bildungen und Ulzerationen der Haut, auf Erkrankungen der Hautvenen beruhend.

Freund (Wien) empfiehlt zur Unterscheidung der syphilitischen von den arteriosklerotischen Gefäßveränderungen Röntgenaufnahmen, welche die verkalkten Teile deutlich zeigen.

Fritz Lesser (Berlin) hat unter 96 Sektionen von pathologisch-anatomisch festgestellter Lues 18mal = 18.2% Aneurysmen gefunden, von den letzten 6 Tabesfällen zeigten 3 Aneurysmen. Tabes und Aneurysma sind parasymphilitische Symptome, die für Hg und JK unangreifbar sind. Anatomisch ist die Retraktion der Gewebe für die abgelaufenen syphilitischen Prozesse charakteristisch.

Nobl (Wien) erblickt auch nach Untersuchung an 30 Lymphinjektionspräparaten von der Sklerose den Beginn der syphilitischen Erkrankung in einer Affektion der Lymphbahnen, im Gegensatz zu *Jullien*, der die initiale Erkrankung in die Blutgefäße verlegt.

O. Rosenthal (Berlin) weist auf seine Arbeiten über Herzsyphilis hin. Chronische intermittierende Behandlung ist das beste prophylaktische Mittel. Die Furcht vor dem Quecksilber ist zu bekämpfen.

v. Hansemann betont gegenüber *Fritz Lesser*, daß die syphilitische Narbe absolut nichts Charakteristisches habe. Die Retraktion einer Narbe hängt von ihrer Dicke und von der Befestigung des vernarbenden Gewebes in der Umgebung ab.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 27. Oktober 1904.

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

H. NOTHNAGEL stellt einen Fall von Sarkom des Dünndarmes vor. Pat., ein 39jähr. Fabrikarbeiter, erkrankte vor 1½ Jahren unter Erbrechen und Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, welche nach hinten ausstrahlten und erst vor 3 Monaten aufhörten; letzteres war auch mit dem Erbrechen der Fall. Der Kranke magerte ab und wurde blaß. Die Untersuchung ergab exzessive Oligochromämie (15% nach *FLEISCHL*), Zahl der roten Blutkörperchen 2,880.000, der weißen 10.660, von den letzteren waren 67.2% polynukleäre und 32.8% mononukleäre Leukozyten, keine Vermehrung der mononukleären Zellen. Es besteht Fieber mit remittierendem, resp. intermittierendem Typus, zweimal trat Schüttelfrost auf. An den inneren Organen und im Harn läßt sich nichts Abnormes finden, dagegen ist im linken unteren Bauchquadranten ein ziemlich großer, derber, kleinhöckeriger, passiv gut verschieblicher Tumor zu tasten, von welchem sich per exclusionem nachweisen läßt, daß er dem Dünndarm angehört. Die Abmagerung und Blässe sprechen für eine Neubildung; in dieser Beziehung würden Sarkom und Karzinom in Betracht kommen. Für ersteres sprechen: Das schnelle Eintreten der Blässe und Abmagerung, das vollständige Fehlen von Stenosenerscheinungen. Während letztere beim Darmkarzinom zu den typischen Erscheinungen gehören, machen die Darmsarkome, selbst wenn sie weite Strecken des Darmes infiltrieren, sehr selten Stenosenerscheinungen; wenn solche vorkommen, sind sie meist durch Knickungen des Darmes und peritoneale Adhäsionen bedingt.

A. SCHWARZ demonstriert mikroskopische Präparate, welche die einzelnen Stadien der Emigration von einkernigen Leukozyten aus den Gefäßen bei der Entzündung zeigen. Der Vorgang bei der Emigration ist folgender: Der Leukozyt sendet einen Fortsatz

zu der Gefäßwand, dann zwingt sich die Zelle durch eine Lücke der Endothelwand, so daß sie eine zwerchsackförmige Gestalt erhält, dann rückt der Kern nach. Auf diese Weise zieht sich der ganze Leib des Leukozyten durch eine Lücke der Gefäßwand, bis er vollständig außerhalb des Gefäßes steht. Diese Bilder liefern auch den Beweis, daß die einkernigen Leukozyten, welche sich in entzündlichen Herden finden, aus dem Blute stammen.

M. GERSTEL demonstriert einen großen Gallenstein, welcher bei einem Pat. per anum abgegangen ist. Pat. litt seit der Kindheit an Magenschmerzen, hatte dann wiederholte Koliken und Ikterus. Nach einer solchen Attacke ging der demonstrierte Stein ab. Es ist wegen seiner Größe anzunehmen, daß er durch Perforation in den Darm gelangte, wofür der Umstand spricht, daß Pat. durch 4 Wochen an peritonitischen Erscheinungen litt.

Herrn. Schlesinger berichtet über einen Fall von Gallensteinileus, bei welchem nach der Laparotomie im untersten Ileum ein sehr großer Gallenstein gefunden wurde. Meteorismus hatte stets gefehlt.

K. Berdach bemerkt, daß das Fehlen des Meteorismus für den Gallensteinileus charakteristisch sei.

J. Schnitzler hat 8 Fälle von Gallensteinileus mit 5 Todesfällen operiert. Die hohe Mortalität bei dieser Operation ist dadurch zu erklären, daß es sich um ältere Leute handelt und daß im Darne durch den Stein rasch Dekubitusgeschwüre entstehen. Die Art des Darmverschlusses beim Gallensteinileus ist durch verschiedene Theorien zu erklären versucht worden, am wahrscheinlichsten ist es, daß es sich um eine Konstriktion des Darmes um den ihn reizenden rauhen Stein handelt. Diagnostisch wichtig ist für diesen Ileus, daß die Kranken sich während der Pausen zwischen dem Kotbrechen wohl befinden, wodurch sich Viele von der Operation abhalten lassen. Man muß als Regel festhalten, daß ein Pat., welcher tiefen Dünndarminhalt erbricht, operiert werden soll.

W. TÜRK stellt einen 38jährigen Arzt mit symmetrischer Adipositas dolorosa vor. Derselbe infizierte sich bei der Operation einer Phlegmone, nach einigen Monaten bekam er Pneumonie nach Influenza. Während der Rekoneszenz begannen angeblich die Drüsen anzuschwellen, zuerst im Jugulum, dann im Nacken und dann absteigend am Körper, außerdem traten auch diffuse Infiltrate des Unterhautzellgewebes auf. Die Schwellungen waren schmerzhaft, Pat. wurde allmählich sehr schwach. Nach 1½ Jahren seit Beginn der Schwellungen wurden Injektionen von Liq. kali arsenicosi, dann von Natr. kakodylicum und schließlich wurden Einreibungen mit Ung. Crédé gemacht. Unter Einfluß dieser Therapie, namentlich der Einreibungen, verschwanden allmählich die Schwellungen und Pat. wurde wieder kräftig. Eine neuerliche Untersuchung ergab, daß die vermeintlichen Drüsengeschwülste und Infiltrate schmerzhaft Lipome waren. Bemerkenswert ist der günstige Erfolg der Einreibungen mit Ung. Crédé bei der Adipositas dolorosa, welche sich bisher gegen jede Therapie ziemlich refraktär verhalten hat.

S. JELINEK demonstriert einen 21jährigen Mann mit einem Tumor in der linken Bauchseite. Pat. wurde in fast sterbendem Zustande mit Ascites und geschwellenen Extremitäten ins Krankenhaus eingeliefert. Durch Punktion entfernte man aus dem Abdomen 6 l hämorrhagischer Flüssigkeit. In der nächsten Zeit mußten noch 5 weitere Punktionen ausgeführt werden, wobei ca. 32 l gleicher Flüssigkeit abgelassen wurden. Die Untersuchung des Pat. ergibt fibröse Phthise beider Lungen und einen großen, bis in die Nabelhöhe reichenden Tumor im linken Hypochondrium, welcher passiv und respiratorisch verschieblich ist, glatte Oberfläche und eine weich-elastische Konsistenz besitzt. Da die Erscheinungen nach einem Hornstoß ins Abdomen eingesetzt haben und an Stelle der Leber die entsprechende Dämpfung fehlt, möchte Votr. den Tumor in Betracht seiner Gestalt für die traumatisch dislozierte Leber ansprechen.

Em. Schwarz und **Nothnagel** bemerken, daß der Tumor fluktuierte und daß es sich daher wahrscheinlich um eine Cyste handle, doch sei es schwer, ohne genauere Untersuchung zu sagen, welchem Organ dieselbe angehöre.

Notizen.

Wien, 29. Oktober 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Doz. NOBL ein Kind mit Urticaria xanthelasmaïdeä, einer Affektion, welche den ganzen Körper mit verschiedenen großen, bräunlichen Effloreszenzen überzieht, im frühesten Lebensalter einsetzt und sodann bis ins dritte Lebensdezennium stationär bleibt. Die ätiologisch noch nicht völlig aufgeklärte Hautkrankheit ist für das Leben des Individuums ohne Bedeutung. In der Diskussion bemerkte Prof. EHRMANN, daß in ursächlicher Beziehung neben einer neurotischen Grundlage wohl

auch noch irgendwelche Reizmomente in Frage kommen. — Hierauf stellte Primarius EWALD einen operativ geheilten Fall von Kombinationsileus (tuberkulöse Dünndarmstrikturen) vor und diskutierte die Differentialdiagnose der Multiplizität solcher Strikturen. — Dr. RUDOLF führte aus der Abteilung des Primarius SCHNITZLER einen Fall von hartem traumatischem Ödem des Handrücken nach wiederholter Kontusion der betreffenden Extremität vor und erwähnte die in Aussicht genommene Therapie, bei der hauptsächlich die Kombination von Thiosinaminjektionen und Heißluftapplikation (GRÜNBAUM) in Betracht kommt. — Dozent FREUND demonstrierte an einer Reihe von Patienten den therapeutischen Effekt der Röntgenbestrahlung bei Knochenkarie und Epitheliom. — Schließlich hielt Dr. L. TELEKY den angekündigten Vortrag: „Über neuere Vorkehrungen zur Bekämpfung der Tuberkulose“, in welchem er die Bedeutung unserer Hilfsmittel im Kampfe gegen die Tuberkulose besprach, darauf hinwies, daß dieser Kampf heute in wahren Sinne international geworden sei, und zur Nachahmung der bereits in Belgien, Frankreich und Deutschland bestehenden „Hilfsstellen“ aufforderte. Eine solche Hilfsstelle, sagte Votr., habe auch schon in Wien der „Hilfsverein für Lungenkranke in den österreichischen Königreichen und Ländern“ in sein Programm aufgenommen und die erste Hilfsstelle in größerem Umfange werde bereits im Januar 1905 im 16. Bezirk eröffnet werden. Mit dem Hinweise auf die anderen Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose, vor allem die Erholungsstätten, schloß T. seine Ausführungen. Zu denselben bemerkte Prof. ESCHERICH, daß eines der wirksamsten Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose die diesbezügliche Prophylaxe bei Kindern sei, da sich hier der Infektionsweg sicherer ermitteln und die Unterbringung der Erkrankten in einer geeigneteren Umgebung leichter durchführen lasse als beim Erwachsenen.

(Personalien.) Hofrat Prof. Dr. A. POLITZER hat das Offizierskreuz der französischen Ehrenlegion erhalten. — Die Oberstabsärzte I. Kl. Dr. GUSTAV STEIGER und Dr. BRUNO GINER sind in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse durch Verleihung des Ordens der eisernen Krone III. Kl. ausgezeichnet, dem Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOHANN POPP ist bei dem gleichen Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden. — Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. GEORG WEBER ist zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Graz, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. FRIEDRICH MAUER zum Garnisons-Chefarzte in Krönstadt ernannt worden. — Dr. THEODOR BALLABAN in Lemberg hat den Titel eines kaiserl. Rates erhalten.

(Die Kammerpflichtigkeit der Professoren der theoretischen Fächer.) Der Verwaltungsgerichtshof hat vor wenigen Tagen eine Beschwerde der Ärztekammer in Innsbruck gegen eine Entscheidung des Ministeriums des Innern abgewiesen. Es hatte sich in einem konkreten Falle darum gehandelt, ob ein Professor eines theoretischen Faches kammerpflichtig sei oder nicht. Die Ärztekammer hatte sich naturgemäß für die Kammerpflichtigkeit ausgesprochen. Dieser Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes gegenüber weist das „Österreichische Ärztekammerblatt“ auf ein dem Votum der genannten Kammer gleichlautendes Gutachten des obersten Sanitätsrates aus dem Jahre 1901 hin.

(Statistik der Gemeindeärzte Nieder-Österreichs.) Soeben ist im Selbstverlage des Verfassers, des Gemeindearztes Dr. JANECEK in Herrenbaumgarten, eine originelle Statistik der Ärzte Niederösterreichs erschienen, originell, weil nicht auf amtlichen Daten fußend, sondern durch Ausfüllung von Fragebogen bewerkstelligt. Die gesamte Enquete war in 5 Wochen vollendet; von 447 ausgeschickten Fragebogen sind 445 beantwortet worden. Und was geht aus dem ganzen hervor? Daß in dem Kronlande Niederösterreich eine bedauerliche Überproduktion an Ärzten bestand und noch besteht, daß die ärztlichen Erwerbsverhältnisse als unbeschreiblich schlecht zu bezeichnen sind und daß es endlich an der Zeit wäre, sich zu gemeinsamer Tat, zur Organisation, aufzuraffen. — Wir empfehlen die verdienstvolle Schrift der Aufmerksamkeit unserer Leser.

(Ärztekammer für das Königreich Böhmen.) Am 13. d. M. hat die konstituierende Versammlung der neugewählten gemeinsamen Ärztekammer für Böhmen stattgefunden. Zum Präsi-

dentent ist Reg.-Rat Prof. Dr. PETRINA, zum Vizepräsidenten Dozent Dr. HEVEROCH gewählt worden.

(Spezialistentitel.) Der Vorstand der deutsch-tirolischen Ärztekammer hat den Beschluß gefaßt, folgenden Ärzten den Spezialistentitel zuzuerkennen: Den Professoren und Primärärzten, den Privatdozenten, den Assistenten und Sekundärärzten, welche zwei Jahre an derselben Abteilung oder Klinik gearbeitet haben. Ferner kann der Nachweis zur Berechtigung der Führung des Spezialistentitels erbracht werden durch eine anerkannte wissenschaftliche Arbeit auf dem betreffenden Spezialgebiete oder durch eine entsprechende Prüfung. Der Kammer steht es zu, in speziellen Fällen die Zuerkennung des Spezialistentitels ohne Erfüllung einer der obgenannten Bedingungen zu beantragen. Falls der betreffende Arzt mehrere Titel führen will, dürfen diese sich nur auf verwandte Gebiete beziehen.

(BILROTH-Denkmal.) Anlässlich des Balneologenkongresses in Abbazia hat eine Gruppe von Ärzten den Beschluß gefaßt, dem großen Chirurgen, der sich um Abbazia so viele Verdienste erworben, daselbst ein Denkmal zu errichten.

(Aus der kassenärztlichen Praxis.) Die Betriebskrankenkasse in K. hatte einem Arzte, der 15 Jahre für sie tätig war, angeblich aus Sparsamkeitsrücksichten, gekündigt. Die Kündigung wurde zurückgezogen, weil kein anderer Arzt die vakante Stelle annahm, doch sollen die Kassenmitglieder aufgefordert worden sein, behufs Kontrolle der Ärzteliquidationen die Besuche des Arztes bei einer Krankheit zu notieren und nach Ablauf der Krankheit das Verzeichnis über die Besuche und Konsultationen der Kasse vorzulegen. Die Ärzte der Kasse haben diese Verfügung begreiflicherweise als Beleidigung ihrer Ehre empfunden und die Zurücknahme derselben verlangt. Eine diesbezügliche Entscheidung ist noch ausständig.

(Statistik.) Vom 16. bis inklusive 22. Oktober 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7217 Personen behandelt. Hiervon wurden 1541 entlassen, 129 sind gestorben (7,72% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 94, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 51, Scharlach 38, Masern 60, Keuchhusten 3, Rotlauf 37, Wochenbettfieber 5, Röteln —, Mumps 7, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 484 Personen gestorben (— 31 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der ehemalige Kurarzt von Baden Dr. SALOMON TAUB im Alter von 71 Jahren; in Prag Dr. JULIUS FANTL, 56 Jahre alt; in Berlin der Geheime San.-Rat Dr. BARTELS im 60. Lebensjahre; in Karlsruhe der angesehene Ophthalmologe Geh. Hofrat Dr. EMIL MAIER im Alter von 69 Jahren; in Paris der Präsident der Akademie der Medizin Prof. Dr. PAUL TILLAUX, ein bekannter Chirurg, 70 Jahre alt; in Lyon der Dermatologe Prof. Dr. GUILLETON.

Prof. Dr. L. Königstein wohnt vom 1. November an I., Biberstraße 11 (Stubenring).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- E. Pietrzikowski, Die Begutachtung der Unfallverletzungen. Allgemeiner Teil. Berlin 1904, H. Kornfeld. — M. 4.50.
 Brackebusch, Baderschwindel, Raubtierdiät und Patentmedizin. Rostock 1905, C. J. E. Volkmann. — M. 1.—.
 O. Schwarz, Augenärztliche Winke. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.
 Sitzung Donnerstag den 3. November 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Vornahme der Wahlen. — II. Demonstrationen (angemeldet: Dozent Dr. ZAPPERT, Dr. TH. HELLER). — III. Prof. Dr. TH. ESCHERICH: Pädiatrische Reiseeindrücke.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Mittwoch, den 2. November 1904, 7 Uhr abends, Voll-Versammlung im Hörsaal des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Tagesordnung: Bericht über den I. Internationalen Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg; erstattet vom Ausschußmitgliede: Ministerialrat Dr. FERDINAND ILLING.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt über „Perbydrol“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Kronendorfer

natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k. u. k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolinergasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltangasse 10.

Orthopädische Anstalt

Dr. Max Haudek, WIEN,
I., Bauernmarkt 10. Telefon 12.956.

Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.
Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.
Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen.
Eigene Pension für auswärtige Patienten.

<p>Maretin</p> <p>Helmitol</p> <p>Duotal</p> <p>Creosotal</p> <p>Heroin. hydrochlor.</p>	<h2>Mesotan</h2> <p>äußerlich.</p> <p>Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 5mal täglich aufzuspinneln.</p> <hr/> <h2>Veronal</h2> <p>Mittlere Dosis 0.5—0.75—1 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen (geruchlos, fast ohne Geschmack).</p>	<h2>Salizylpräparate</h2> <p>zur Behandlung rheumatischer Affektionen.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Aspirin</p> <p>innerlich.</p> <p>Bester Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 0.5—1 g 3—5mal tägl. zu nehmen.</p> <hr/> <p>Tsopral</p> <p>Dos.: 0.5—1.0 g bei einfachen Agrypnien; 1.0—2.0—3.0 g bei Erregungszuständen, entweder in Lösung oder in Form von Tabletten. (In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.)</p>	<p>Citarin</p> <p>Salophen</p> <p>Protargol</p> <p>Hedonal</p> <p>Theocin- Natr. acetic.</p>
<p>Vorzügliche Hypnotika durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet; frei von schädigenden Nebenwirkungen.</p> <p>Vertreter für Österreich-Ungarn: FRIEDE. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.</p>				

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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 spaltige Nonparelle-Zeile oder deren Baum 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem St. Lazarus-Spitale in Krakau. Intra-peritonealer Schnitt und Schnürrnaht bei Operationen an der Harnblase. Von Dr. JOSEF BOGDANIK, Primarius der chirurgischen Abteilung. — Über die therapeutische Bedeutung der Seebäder an den Küsten der Adria. Von Prof. Dr. JULIUS GLAX in Abbazia. — Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. WAGNER v. JAUREGGE) in Wien. Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit. Von Dr. ALFRED FUCHS, Assistenten, und Dr. ROBERT ROSENTHAL, Sekundararzt der Klinik. — Referate. E. BENDIX (Göttingen): Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit. — S. BETTMANN (Heidelberg): Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe. — FOVEAU DE COURMELLES (Paris): Die neuen therapeutischen Resultate mit Radium und radioaktiven Stoffen. — MADRLUNG (Straßburg): Über postoperative Pflropfung von Echinokokkenzysten. — M. S. SCHIRMUNSKI (Petersburg): Beitrag zur Kasuistik der Otolithiasis. — SKÁLA (Schüttenhofen): Über Tabes juvenilis. — THOMAS (Marseille): Speichel- und Tonsillensteine. — G. SEEGALL (Berlin): Hydrargyrum hermophenylicum. — STEINTHAL (Stuttgart): Über plastische Wanderlappen. — MLADJEVSKÝ (Prag): Die Gicht und ihre Nebensymptome. — WILLIAMSON (Manchester): Die Behandlung der Chorea minor mit Aspirin. — SERGENT (Paris): Levure de bière et suppuration. — Kleine Mitteilungen. Verwendung von Säuren in der Magentherapie. — Ekzembehandlung. — Heilwirkung des Neutuberkulins. — Veronal am Krankenbette. — Methode der Schmerzbetäubung. — Wasserstoffsuperoxyd. — Therapie der Nierenentzündungen. — Protylin Roche. — Alte und neue beckenerweiternde Operationen. — Literarische Anzeigen. Erfahrungen aus einer 40jährigen neurologischen Praxis. Von Dr. V. v. HOLST, Riga. — Über den Einfluß der Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) auf den Stoffwechsel des Menschen. Von Dr. KARL DAPPER. Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie von Prof. Dr. C. v. NOORDEN. — Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger (1457—1476). Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. Von Dr. LUDWIG UNGER, Dozent an der Wiener Universität. — Feuilleton. Die Gesundheitslehre in den öffentlichen Volksschulen in England. Von W. NARRON-BANON. — Verhandlungen Ärztlicher Vereine, Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.) VI. — V. Internationaler Dermatologenkongress. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse.) VI. — Notizen. Das November-Avancement der Militärärzte. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 dem St. Lazarus-Spitale in Krakau.

Intra-peritonealer Schnitt und Schnürrnaht bei Operationen an der Harnblase.

Von Dr. Josef Bogdanik, Primarius der chirurgischen Abteilung.

Beim hohen Blasenschnitte hütete man sich bisher, das Peritoneum zu berühren und drang in die Blase zwischen der Symphyse und der Bauchfellfalte ein. Ungeachtet exakt ausgeführter Naht ließ das Zubeilen der Blasenwunde viel zu wüthen übrig. Herr Hofrat RYDYGIER hat nun vor Jahren den Vorschlag gemacht, bei Harnblasenoperationen die Bauchhöhle zu eröffnen und die Harnblase von der mit Peritoneum überzogenen Fläche aus zu spalten. Diese Schnittführung, so gewagt sie ist, gefiel mir sehr, denn ich habe gefunden, daß die Furcht vor dem Verletzen des Peritoneums nicht gerechtfertigt ist; das Peritoneum ist vielmehr bei entsprechender Behandlung der beste Freund des Chirurgen. Ihm haben wir es bei gut ausgeführter Naht zu verdanken, daß sich die Wundränder rasch verkleben und auf diese Weise die Vernarbung beschleunigen. Eine Vorbedingung ist aber in der Antisepsis resp. Asepsis einerseits und in der peinlichsten Durchführung der Naht andererseits, nämlich daß Serosa die Serosa berührt, gelegen. Nichtsdestoweniger beklagt sich RYDYGIER, daß seine Methode keinen Nachahmer gefunden habe. Ich muß gestehen, daß ich selbst seine Methode am Kranken früher nicht geübt hatte, aber nur aus dem Grunde, weil ich in der Zeit im Spitale zu Biala kein entsprechendes Material hatte. Da ich nun in Krakau Gelegenheit hatte, an einem Kranken diese

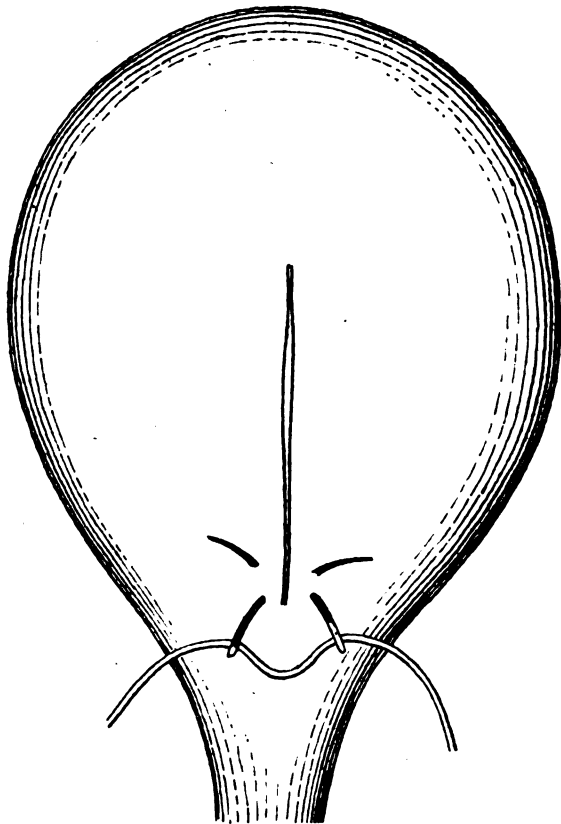
Methode anzuwenden, veröffentliche ich diesen Fall um so mehr, als sich die Methode vorzüglich bewährt hatte.

Am 4. Juli 1904 habe ich auf meine Abteilung Herrn M. K., 49 Jahre alt, mit der Diagnose Papillomata vesicae urinae aufgenommen, welche Diagnose einige Wochen vorher auch Professor RYDYGIER stellte. Am 5. Juli habe ich den Kranken nach der üblichen Vorbereitung operiert. Ich eröffnete die Bauchhöhle in der Linea alba unterhalb des Nabels und spaltete darauf die vorher ausgespülte und mit Borwasser gefüllte Blase an der hinteren, vom Peritoneum bedeckten Fläche. Nachdem die Wucherungen mit dem Paquelin ausgebrannt waren, vernähte ich die Blasenwunde auf die bekannte Weise, nämlich so, daß die serösen Häute sorgfältig aneinander angelegt wurden und die fortlaufende Naht etwas oberhalb der Wunde begann und erst unterhalb der Wunde geknotet wurde. Beim Anlegen der fortlaufenden Naht erlaubte ich mir nur folgende empfehlenswerte Modifikation. Der Catgutfaden wurde an beiden Enden mit je einer Nadel armiert und etwas oberhalb der Wunde zu beiden Seiten derselben schräg durch die Blasenwand durchgezogen, ohne die Schleimhaut zu berühren. In der Blasenwand kreuzten sich die Nadeln und wurden wieder beiderseits hervorgezogen. Das Ein- und Ausstechen der Nadeln wurde so lange wiederholt, bis der Faden unterhalb der Wunde geknotet werden konnte. Diese Schnürrnaht vereinigt die Wundränder exakt und verhütet das Durchdringen von Flüssigkeit selbst beim Anfüllen der Blase. Die sich berührenden peritonealen Flächen der Blasenwand vereinigen sich sehr rasch, so daß die Wunde in wenigen Tagen verwachsen ist. Nachdem die Wunde in der Blase auf diese Weise geschlossen war, habe ich ein Drainagerohr in die Bauchhöhle eingeführt und die Bauchwunde mittelst Etagen-naht geschlossen. In die Blase wurde ein Verweilkatheter eingeführt. Der Wundverlauf blieb vollkommen ohne jede Reaktion. Am 6. Tage wurde der Verweilkatheter beseitigt, das Drainagerohr

am 8. Tage, die Hautnaht (Fil de Florence) am 12. Tage entfernt. Der anfangs blutig gefärbte Harn wurde immer klarer und nach der Beseitigung des Katheters spontan ohne irgendwelche Beschwerden entleert. Am 23. Juli 1904, d. i. 18 Tage nach der Operation, wurde der Kranke gesund entlassen.

Fast zu gleicher Zeit wurde im Spital ein anderer Kranker auf extraperitonealem Wege operiert, weshalb ich seine Krankengeschichte in kurzem Auszuge wiedergebe.

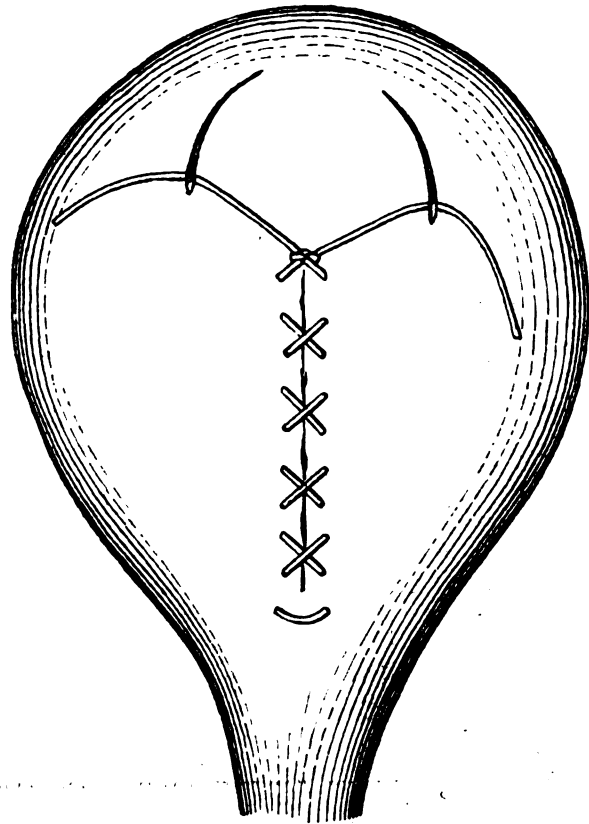
P. B. K., 31 Jahre alt, wurde am 16. Juli 1904 mit der Diagnose Papillomata vesicae urinariae aufgenommen und sofort operiert. Querschnitt oberhalb der Symphyse, wobei die Ansätze der Musculi recti getrennt wurden, und eine Längsspaltung in der Tiefe durch die Linea alba hinzugefügt. Das subseröse Fett wurde nun mit dem Finger nach oben geschoben und nachdem die Blasenwand zum Vorschein kam, wurde am untersten Punkte derselben durch die ganze Dicke der Muskularis ein Faden durchgezogen, eine zweite Fadenschlinge durch die Muskularis des Blasenscheitels an der Umschlagstelle des Peritoneums. Zwischen diesen zwei angespannten Fadenschlingen wurde nun die vordere Blasenwand in vertikaler Richtung durchtrennt, worauf sich das vor der Operation in die Blase eingespritzte Borwasser entleerte. Die auf der Schleimhaut der Blase befindlichen Granulationen wurden mit dem Paquelin ausgebrannt und die Wunden vernäht. In der Blase wurde ein NÉLATONscher Verweilkatheter belassen. Wegen ziemlich starker parenchymatöser Blutung wurden vor der Naht in die Blase einige Tropfen Adrenalin eingeträufelt. Der Kranke befand sich nach der Operation ganz wohl, der anfangs stark bluthaltige Harn wurde immer blässer. Der Verweilkatheter wurde am 8. Tage entfernt und von da an der Harn spontan entleert. Das Vernarben der Bauchwunde nahm jedoch etwas mehr Zeit in Anspruch. Der Kranke wurde am 23. August, d. i. 38 Tage nach der Operation, mit noch granulierender Wunde entlassen. Hinzufügen muß ich



noch, daß in beiden Fällen Helmitol 3·00 pro die verabreicht wurde. Die Operation wurde von Herrn Prof. KADER ausgeführt.

Diese zwei so ziemlich analogen, nach verschiedenen Methoden operierten Fälle lassen einen Vergleich anstellen. Im ersten Falle wurde die intraperitoneale Methode nach RYDGIER, im zweiten die extraperitoneale mit dem von KOCHER empfohlenen Querschnitte oberhalb der Symphyse angewendet. Die Heilung der Blasenwunden war in beiden

Fällen glatt, das Allgemeinbefinden gleich gut. Etwas mehr Zeit beanspruchte nur das Vernarben der Wunde in den Bauchdecken im zweiten Falle. Das Arbeiten nach der intraperitonealen Methode gestaltet sich jedenfalls schwieriger, weil der Zutritt zur rückwärtigen Blasenwand minder bequem ist. Die Gefahr der Verunreinigung des Peritoneums ist



auch da. Die Furcht vor dem Eröffnen des Peritoneums jedoch ist nicht so sehr gerechtfertigt, wenn der Blaseninhalt nicht septisch ist und durch Ausspülungen gut desinfiziert werden kann. Ein großes Gewicht ist auf eine exakte Naht zu legen. Nicht resorbierbares Material ist nicht zu empfehlen, da es in der Blase Anlaß zur Steinbildung gibt. Ich verwende so wie viele andere Chirurgen nur Catgut. Die Knopfnäht verwerfe ich mit anderen Autoren, weil beim Anfüllen der Blase die Abstände zwischen den einzelnen Knopfnähten größer werden und die Flüssigkeit dazwischen vortreten kann. Es ist daher die Kürschnernaht (fortlaufende Naht) vorzuziehen, noch besser ist die von mir angewendete und oben beschriebene Schnürnaht, welche an den Figuren ersichtlich ist. Die Naht muß jedoch oberhalb der Wunde beginnen und der Faden unterhalb der Wunde geknotet werden. Ich bin der Ansicht, daß die Schnürnaht allein hinreicht, um ein tadelloses Verwachsen der Wundränder zu ermöglichen; es könnten ebenfalls die Fäden beim Kreuzen über der Serosa geknüpft werden.

In beiden angeführten Fällen war der Wundverlauf ganz glatt, die Blasennähte hielten gut, so daß nach 6 Tagen schon der Verweilkatheter entfernt werden konnte; Harn kam zwischen den Nähten nicht durch. Die Wunde verheilte jedoch bei dem auf intraperitonealem Wege operierten Kranken rascher, obwohl er bedeutend älter war. Meiner Ansicht nach bleibt es also so ziemlich gleich, welche der beiden Methoden angewendet wird, wenn nur für das Desinfizieren und exakte Nähen der Wunde Sorge getragen wurde. Als Schulmethode wird jedenfalls der extraperitoneale Schnitt gelten, weil diese Operation leichter auszuführen ist. Für geübtere Operateure ist die intraperitoneale Methode zur Nachprüfung zu empfehlen, um auf Grund eines entsprechend großen Materials ein endgültiges Urteil fällen zu können.

Über die therapeutische Bedeutung der Seebäder an den Küsten der Adria.

Von **Professor Dr. Julius Glax** in Abbazia. *)

M. H.! Wenn ich mir zu diesem Vortrage das Wort erbeten habe, so geschah dies nicht so sehr in der Überzeugung, daß ich Ihnen Unbekanntes würde mitteilen können, als vielmehr in der Absicht, die Gleichwertigkeit unseres Seebades mit anderen Meerbädern darzutun. Das Publikum im allgemeinen, aber auch viele Ärzte, sind der Ansicht, daß eigentlich nur die Nordseebäder und allenfalls die Bäder am Atlantischen Ozean den Anspruch auf den Titel „Seebad“ voll und ganz erheben können, während die Bäder an der Ostsee, an den Gestaden des Mittelmeeres und der Adria als etwas Minderwertiges zu betrachten sind. Diese Ansicht ist aber falsch. Betrachten wir die Heilpotenzen des Seebades, so finden wir, daß dieselben in der Seeluft, dem Bade und der Belichtung bestehen. Bezüglich der Seeluft kann kein Zweifel bestehen, daß dieselbe ein Optimum auf offener See oder doch auf den dem Festlande möglichst ferne gelegenen Inseln erreicht. Diesem Ideal entsprechen allerdings nur die Nordsee-Inselbäder. Fragen wir aber, ob alle Kranken die starke Luftbewegung auf den Inseln oder selbst an den Küsten der Nordsee ertragen können, so müssen wir die Frage mit „Nein“ beantworten. Nur kräftigere, nicht zu erregbare und nicht zu blutarme Menschen fühlen sich an der Nordsee wohl, und wenn auch, wie WEBER jüngst hervorgehoben hat, die Indikationen der Nordsee für Nervenranke bedeutend weiter ausgedehnt werden können, als dies bisher geschehen, so bleibt doch noch eine sehr erhebliche Zahl von Leidenden übrig, welche eine so energische Wärmeentziehung, wie sie die stets bewegte Luft an der Nordsee hervorruft, als einen unerträglichen Nervenreiz empfindet und deren Gefäßreaktion nicht ausreicht, einen so gewaltigen Eingriff abzuwehren. Der Gebrauch des Bades ist aber solchen Kranken völlig verwehrt, da weder die niedere Wassertemperatur, noch der kräftige Wellenschlag ertragen werden. Nicht viel besser ergeht es manchen Kranken an der Ostsee, denn fallen hier auch der mächtige Einfluß der bewegten Luft und die erregende Wirkung eines kräftigen Wellenschlages weg, so ist doch die Wassertemperatur der Ostsee so gering, daß dieselbe in vielen Fällen eine Gegenanzeige bildet und dies um so mehr, als nicht nur der Hautreiz des Wellenschlages fehlt, sondern auch der niedere Salzgehalt der Ostsee das Bad zu einem minderwertigen macht. Die Ostseebäder sind und bleiben vortreffliche Sommerfrischen, zu welchen sie sich schon durch ihre herrlichen Wälder eignen, aber sie können trotz der gegenteiligen Behauptung KRANERS weder klimatisch noch als Bad den Nordseebädern gleichgestellt werden.

Anders liegen die Verhältnisse bei den Bädern an der Küste des Mittelmeeres und der Adria. Hier stehen der sehr hohe Salzgehalt der See und die hohe Temperatur des Wassers im Vordergrund, welche diesen Bädern ganz besondere Indikationen verleihen.

Ich sehe hier von den Bädern des Mittelmeeres ab, weil die Sommertemperaturen an den Küsten der französischen und italienischen Riviera für den größten Teil der aus nördlichen Gegenden kommenden Patienten schwer zu ertragen sind, weil die genannten Küsten nur wenig bewaldet und sehr staubreich sind, endlich weil die ganze Riviera di Ponente bei nahezu konstanten Landwinden mehr den Charakter des kontinentalen als des Seeklimas hat.

An der Adria hingegen erreicht die Sommertemperatur keine so hohen Werte, die Orte sind bedeutend staubfreier, was sich zum Teil durch ihre insulare Lage wie beim Lido und bei Cigale auf Lussin erklärt, zum Teil durch die ziemlich reichliche Bewaldung und die auf den Klippen geführten Strandwege, wie in Abbazia und Lovrana, wo der Kranke

an heißen Tagen im Schatten der Bäume Erfrischung findet. Zudem erfreuen sich die Kurorte der Adria häufiger Seewinde, welche nicht nur Kühlung, sondern auch reine, staubfreie und vielfach mit Salzteilen geschwängerte Luft dem Lande zuführen. Ich überlasse es dem Herrn Kollegen TRIPOLD, Ihnen später über das Sommerklima Abbazias genauer zu berichten, und wende mich ausschließlich der Besprechung des Seebades zu.

Nicht unerwähnt darf es aber bleiben, daß speziell Abbazia den Kranken die Möglichkeit bietet, den ganzen Tag reine Seeluft zu atmen, da hier der Schiffsverkehrsverkehr äußerst lebhaft ist. Die täglich zwölfmal zwischen Abbazia und Fiume sowie zwischen Abbazia und Lovrana verkehrenden Dampfer, die regelmäßigen Schiffsausflüge nach den Inseln, nach Pola und selbst nach Venedig und Ancona ermöglichen es, die Patienten während des ganzen Tages auf das Meer zu schicken. Diese Art täglicher kleiner Seereisen bietet gegenüber längeren Einschiffungen noch den Vorteil, daß die Kranken bei Nacht in ihren großen luftigen Zimmern und nicht in beengten Kajüten schlafen können.

Die Wassertemperaturen erreichen in Abbazia im Monate Mai durchschnittlich 14,5—15° R, steigen im Juni bis zu 18,5° R und erreichen ihr Maximum mit 20—22° R in den Monaten Juli und August. Im September beträgt die mittlere Temperatur noch über 16° R und selbst im Oktober ist kräftigeren Individuen das Baden bei 15—13° R noch ermöglicht. Am Lido und in Cirkvenica erreichen infolge des flachen sandigen Ufers die Temperaturen noch höhere Werte. Zu diesen hohen Wassertemperaturen tritt noch der bedeutende Salzgehalt von 37—39 g im Liter als ein weiteres therapeutisches Agens hinzu. Wir haben es sonach mit einem nahezu 4%igen Solbade zu tun, dessen Temperatur es vielen Kranken ermöglicht, $\frac{1}{3}$ Stunde und selbst länger im Wasser zu bleiben.

Die verhältnismäßig ruhige See gestattet aber auch das Schwimmen in ausgiebigem Maße, und möchte ich hier auf die erst jüngst von GÄRTNER hervorgehobene hohe Bedeutung der beim Schwimmen geleisteten Muskelarbeit hinweisen, welche zu gesteigerter Wärmeproduktion und erhöhter Blutzirkulation in der Haut führt.

Zu den Vorteilen, welche das Baden auf den Inseln und an den Küsten des Adriatischen Meeres gewährt, muß auch noch der mächtige Einfluß des intensiven Sonnenlichtes in den Sommermonaten gezählt werden. Nach HANN absorbiert das Meer die roten und ultraroten Strahlen am stärksten und reflektiert zum großen Teile die gelben, blauen und violetten Strahlen. Sind auch die Untersuchungen über diese Lichtwirkungen noch lange nicht abgeschlossen, so lehrt doch die Erfahrung allein, wie wohltätig der Einfluß der intensiven Belichtung auf den tierischen und pflanzlichen Organismus ist. Aber nicht nur die chemisch wirkenden, hautreizenden Strahlen, sondern auch die Wärmestrahlen kommen hier in Betracht, denn sie ermöglichen uns, eines der wertvollsten hydriatischen Verfahren, die wechselwarmen Prozeduren, anzuwenden, indem wir die Kranken abwechselnd dem kalten Bade und den heißen Sonnenstrahlen aussetzen.

Aus dem eben Gesagten ergeben sich die Indikationen des Seebades in der Adria von selbst. Obenan stehen jene Erkrankungen, bei welchen wir durch prolongierte Bäder in dem lauen und salzreichen Wasser pathologische Produkte zur Aufsaugung und durch das Schwimmen eine Anregung des Stoffwechsels und eine Kräftigung des Organismus herbeiführen wollen. Skrofulöse und rachitische Kinder, und zwar namentlich die erethische Form der Skrofulose gehören in erster Linie hierher. Nicht minder günstige Erfolge lassen sich bei der lymphatischen Konstitution im allgemeinen und bei gewissen, mit erhöhtem Wassergehalte der Gewebe einhergehenden Formen der Anämie erzielen. Hier spielt neben dem Wasserbade auch das Luft- und Sonnenbad eine wichtige Rolle.

Exsudate in der Bauchhöhle, seien sie Überbleibsel nach einer vorausgegangenen Erkrankung der Verdauungsorgane

*) Vortrag, gehalten am IV. österr. Balneologenkongresse zu Abbazia.

oder im Zusammenhange mit chronischen Entzündungen der weiblichen Sexualorgane, werden entschieden durch das Bad günstig beeinflusst.

Die zweite große Krankheitsgruppe, welche zu den Hauptindikationen des südlichen Seebades in der Adria zählt, umfaßt die funktionellen Nervenstörungen, namentlich die Neurasthenie und Hysterie. Es unterliegt keinem Zweifel, daß viele dieser Patienten großen Vorteil aus dem Aufenthalte an der Nordsee ziehen, aber für die meisten eignet sich dort nur das Luftbad, da die niederen Temperaturen der nördlichen Meere und der Einfluß des Wellenschlages zu erregend wirken. Namentlich gilt dies für erethische, anämische und herabgekommene Neurastheniker. Der günstige Einfluß, welchen laue Salzbäder auf solche Kranke ausüben, ist längst bekannt und wurde besonders von LÖWENFELD, ARNDT, BINSWANGER und MÖBIUS hervorgehoben. Nicht minder bekannt ist die wohltätige Wirkung des lauen Halbbades auf den Verlauf der Neurasthenie, und so erklärt sich leicht der Erfolg unserer Seebäder bei den funktionellen Neurosen. Nur muß bemerkt werden, daß für diese Kranken das Bad zumeist nur ein kurzdauerndes sein darf, und daß mehrmaliges Baden an einem Tage wenigstens nach meiner Erfahrung zu urteilen unbedingt schädlich wirkt.

WEBER hat im verfloßenen Jahre die Mitteilung gemacht, daß er in einer ganzen Reihe von diffusen und Systemerkrankungen des Rückenmarks gute Erfolge in Norderney erzielte, und daß zwei im Anfangsstadium begriffene, mit robuster Natur ausgestattete Tabiker sogar kalte Seebäder ausgezeichnet vertrugen. Ich habe keinen Grund, an der Richtigkeit dieser Beobachtung zu zweifeln, möchte aber doch darauf verweisen, daß mehr oder weniger alle hervorragenden Nervenpathologen in der Ansicht übereinstimmen, daß bei der Tabes die Anwendung extremer Temperaturen zu vermeiden ist. Ich habe bei Ataxie und chronischer Myelitis von den Seebädern in der Adria überraschend günstige Erfolge gesehen, habe aber die Vorsicht gebraucht, die Kranken bei Wassertemperaturen unter 18° R und bei bewegter See nicht baden zu lassen.

Als Abhärtungsmittel können die Seebäder in der Adria natürlich mit den nördlichen Bädern nicht konkurrieren, doch bieten sie den Vorteil, daß sehr empfindliche Individuen, für welche das Nordseebad überhaupt ausgeschlossen ist, bei höheren Wassertemperaturen mit den Bädern beginnen und das Baden im Herbst bei allmählich sinkender Temperatur fortsetzen können, wodurch es gelingt, selbst bei sehr verwöhnten Menschen gradatim eine Abhärtung herbeizuführen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch erwähnen, daß die Altersgrenzen, bei welchen das Seebad noch erlaubt ist, für die Bäder in der Adria viel weitere sind als für die nördlichen Seebäder.

Sie sehen somit, meine Herren, daß die Seebäder an den Küsten der Adria ihre bestimmten Indikationen haben, und daß es ungerechtfertigt ist, denselben gegenüber anderen Seebädern eine inferiore Stellung anweisen zu wollen.

Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. Wagner v. Jauregg) in Wien.

Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit.

Von **Dr. Alfred Fuchs**, Assistenten,
und **Dr. Robert Rosenthal**, Sekundararzt der Klinik.

(Fortsetzung.)

II.

Physikalisch chemische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis wurden bereits mehrfach vorgenommen. Sie führten die verschiedenen Untersucher zu Ergebnissen, welche

einander teilweise widersprechen. Während von mancher Seite diesen Untersuchungen jede diagnostische und sonstige Bedeutung abgesprochen wird, gelangen andere zu positiven Ergebnissen.

Es mag die Divergenz der Anschauungen zum Teile darin begründet sein, daß den betreffenden Autoren keine größeren Untersuchungsreihen zur Verfügung standen. Jedenfalls erscheint es notwendig, bevor wir auf die Analyse unserer Befunde eingehen, einen Überblick über die bisher auf diesem Gebiete angestellten Untersuchungen zu geben, soweit wir dieselben ausfindig machen konnten.

Wir können hierbei als Ausgangspunkt für die Übersicht der einschlägigen Literatur das Jahr 1900 benutzen, nämlich den Zeitpunkt, wo KOEPPPE⁶⁴⁾ in seiner bekannten Abhandlung einen Überblick über die Verwendbarkeit der physikalischen Chemie und ihre Verwertung in der Medizin bot. KOEPPPE gebührt jedenfalls das große Verdienst, durch dieses Werk die Prinzipien der VAN'T HOFF'schen Theorie der Lösungen, sowie die Arbeiten von ARRHENIUS dem allgemeinen Verständnis näher gebracht und Ausblicke für die Nutzanwendung dieser Lehren in der Medizin eröffnet zu haben.

Die bis zu KOEPPPE'S zusammenfassender Darstellung vorgelegene Literatur ist bei diesem Autor registriert.

Wir beginnen den Überblick über die seitherigen Arbeiten mit den Untersuchungen von WIDAL, SICARD und RAVAUT.⁷¹⁾

Diese Autoren fanden den Gefrierpunkt des Liquor cerebrospinalis (Δ) zwischen -0.60° und -0.65° , einmal

— 0.56° (bei Hydrozephalus),

— 0.57° (bei Herzfehler mit allgemeinen Ödemen),

— 0.59° (bei Paraplegie).

Dreimalige Untersuchung in einem Falle von Malum Potii ergab -0.60° , -0.58° , -0.65° .

Bei tuberkulöser Meningitis fanden sie die osmotische Spannung verringert, meist zwischen -0.48° und -0.55° , einmal -0.56° , -0.58° , -0.62° .

Sie sind auf Grund ihrer Befunde der Ansicht, daß die Kryoskopie des Liquor cerebrospinalis zur Diagnose der tuberkulösen Meningitis dienen kann, nachdem sie achtmal in zehn Fällen ein verwertbares Resultat ergab.

Eine andere kryoskopische Zahl bei tuberkulöser Meningitis fanden wiederum WIDAL und SICARD, diesmal jedoch im Vereine mit MONOD⁷⁰⁾ anlässlich ihrer Untersuchungen über die Permeabilität der Meningen für Jodkalium bei tuberkulöser Meningitis, nämlich $\Delta = -0.47$ bis -0.50 .

Im selben Jahre nahm anlässlich gleicher Untersuchungen J. CASTAIGUE⁷³⁾ Gefrierpunktsbestimmungen des Liquor vor und fand bei Urämie Hypotonie des Liquor im Vergleiche mit dem Blutserum. Derselbe Autor fand im selben Jahre im Vereine mit GILBERT²⁹⁾ Hypotonie gegenüber dem Serum bei Cholämie.

DIRCKSEN MAURICE²⁸⁾ (1901) vergleicht den Liquor mit der amniotischen Flüssigkeit, dem Schweiß und der Lymphe, und findet Δ im Durchschnitte = -0.55° ; gelangt also zu einer anderen Ansicht als die Untersucher vor ihm (WIDAL, SICARD und RAVAUT). Er findet den Gefrierpunkt erhöht bei Hydrozephalus, erniedrigt bei Asystolie, Urämie und infektiösen Krankheiten.

Aus dem Jahre 1901 stammen ferner mehrere Arbeiten von BARD.⁵⁻⁸⁾

In den ersten dieser Untersuchungen fand BARD ebenfalls in 5 Fällen von Meningitis die Tonizität herabgesetzt; ebenso in einem Falle von Paraplegie (ohne Zahlen anzugeben). In den anderen befaßt sich BARD jedoch nur mit den hämolytischen Eigenschaften und der Färbung hämorrhagischer Liquores.

Aus demselben Jahre stammen zahlreiche, zum Teile sehr bemerkenswerte, chemische und zytologische Untersuchungen [so von CAVAZZANI über die Alkaleszenz und über ein die Oxydation beförderndes Enzym, welches CAVAZZANI¹⁵⁾

Zerebrospinalflüssigkeit benannt]; ferner über den Einfluß lymphogener Stoffe auf die Bildung von Liquor cerebrospinalis.

Eine der ersten Untersuchungen, welche auf die Bedeutung der elektrochemischen Untersuchungen gleichsam als Ergänzung der Kryoskopie hinweist, ist die Arbeit von VIOLA. Dieselbe beschäftigt sich jedoch nicht mit der Zerebrospinalflüssigkeit, sondern mit Untersuchungen des Blutes Gesunder und Kranker nach dieser Richtung, sowie mit Aszitesflüssigkeit und pleuritischen Exsudaten. Der Verfasser gelangt zum Schlusse, daß beide Untersuchungsmethoden für die Erkennung physikalisch-chemischer Gesetze von höchster Bedeutung sind.

ENGELMANN²⁰⁾ hat (1903) Paralleluntersuchungen mit Kryoskopie und Leitvermögen am Blutsrum, Harn und Galle vorgenommen und glaubt in der Leitfähigkeitsbestimmung eine brauchbare Methode für die Funktionsprüfung der Nieren erblicken zu können, für welche Untersuchungen BICKEL⁹⁾ unter Anführung mehrerer auf diesem Gebiete unternommener Arbeiten mit Recht die Priorität für sich in Anspruch nimmt.

CECONI¹⁸⁾ (1901) hat eine Reihe von Untersuchungen an verschiedenen Organflüssigkeiten, darunter auch dem Liquor cerebrospinalis durchgeführt. Aus dieser uns leider nur im Referate von COLASANTI zugänglichen Arbeit ist nur zu entnehmen, daß der Autor verschiedene Zahlen für die Leitfähigkeit des Blutsrum bei Nephritis fand, unabhängig vom Werte Δ . CECONI mißt der Verbindung beider Untersuchungsmethoden große Bedeutung für die Ermittlung der Konstitution der Flüssigkeiten bei. Dem Referate sind die Ergebnisse der Liquoruntersuchung nicht zu entnehmen.

LÉRI²⁸⁾ fand den Gefrierpunkt der Zerebrospinalflüssigkeit beim normalen Menschen $\Delta = -0.59^\circ$. In 4 Fällen von tuberkulöser Meningitis war er -0.56° , -0.55° , -0.55° , -0.50° . In einem Falle von Zerebrospinalmeningitis mit unbekanntem Ausgang war er -0.53° , in einem anderen Falle mit tödlichem Ausgang bei dreimaliger Untersuchung -0.59° , -0.55° , -0.53° . In einem weiteren (geheilten) Falle erst -0.47° , dann -0.51° .

LÉRI legt für die differentielle Diagnose verschiedener Meningitisformen sowohl als für die Diagnose Wert auf die im Laufe der Krankheit zu wiederholenden kryoskopischen Untersuchungen und ihren Vergleich mit dem jeweiligen zytologischen Befunde. Im Gegensatz hierzu konnte SCHÖNBORN weder in der Gefrierpunktniedrigung noch in der Feststellung des elektrischen Leitvermögens ein differentialdiagnostisch brauchbares Moment erblicken.

Unsere eigenen physikalisch-chemischen Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit betrafen die Bestimmung:

1. des Erstarrungspunktes (Δ),
2. der elektrischen Leitfähigkeit (λ),
3. die Bestimmung des spezifischen Gewichtes mittelst Densimetrie und
4. im Anschlusse an diese letztere Untersuchung noch einen Versuch der Bestimmung der inneren Reibung, des relativen Zähigkeitskoeffizienten.

Das Hauptgewicht legten wir hierbei darauf, mit einer und derselben Flüssigkeit möglichst viele verschiedene Bestimmungen vorzunehmen. Einzelbestimmungen des Gefrierpunktes sowohl als der elektrischen Leitfähigkeit, ferner, wenn auch viel seltener, solche des spezifischen Gewichtes sind, wie zum Teile aus der angefügten Literaturübersicht hervorgeht, bereits vorgenommen worden. Jedenfalls sind dieselben ausreichend für die Statuierung konstanter Werte für den Liquor cerebrospinalis des Gesunden. An genügend großen Untersuchungsreihen des Liquor cerebrospinalis bei einzelnen Krankheitsformen ist jedoch kein Überfluß. Die Ergebnisse bei Meningitis z. B. zeigen, daß hier noch das Auffinden neuer Gesichtspunkte mit Recht zu erwarten steht.

Der Gedanke, welcher uns bei unseren Untersuchungen leitete, war vornehmlich der, festzustellen, ob bei gleichzeitiger Anwendung verschiedener physikalisch-

chemischer Untersuchungsmethoden unter pathologischen Bedingungen Divergenzen der gewonnenen Zahlen in den einzelnen Fällen aufzufinden sind. Derartige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit liegen in größerem Maßstabe bisher keine vor; wohl aber auf anderen Gebieten, wenn auch vereinzelt. In einer Übersicht über den heutigen Stand der funktionellen Nierendiagnostik spricht sich z. B. KAPSAMMER über die Aussichten gleichzeitiger kryoskopischer und Leitfähigkeitsuntersuchung des Harnes für den genannten Zweck skeptisch aus. Wenn das Ergebnis solcher Untersuchungen in diesem Falle auch ein negatives ist, so ist dieses Verhalten aus naheliegenden Gründen nicht auf die Zerebrospinalflüssigkeit übertragbar.

In unseren Untersuchungen glauben wir einzelne positive Ergebnisse nachweisen zu können. Bevor wir an die Darstellung derselben schreiten, sei die Methodik unserer Arbeiten kurz erwähnt.

Unsere Untersuchungen nahmen wir durchwegs im chemischen Laboratorium des Herrn Hofrates LIEBEN vor unter ständiger fachmännischer Kontrolle, um uns bei diesen Arbeiten, wo nur peinlich genaue Durchführung einen Wert haben kann, vor Versuchsfehlern so weit als möglich zu schützen.

Die kryoskopischen Untersuchungen wurden mittelst des von FRIEDENTHAL modifizierten BECKMANNschen Instrumentes vorgenommen und das (zwar amtlich geeichte) Thermometer nach je 7—8 Untersuchungen immer wieder frisch geprüft (siehe P. F. RICHTER⁵⁵⁾).

Die Untersuchung der elektrischen Leitfähigkeit geschah mittelst des von KOHLRAUSCH auf dem Grundprinzipie der WHEATSTONESchen Brücke konstruierten Instrumentes (siehe KOEPPE).

Für die Arbeit mit diesem Instrumente war es notwendig, ein eigenes Gefäß für unsere Flüssigkeiten mit einem Fassungsraume von 6 cm³ anzufertigen. Die Elektroden derselben wurden im Verlaufe der Untersuchungen wiederholt frisch platinirt und immer aufs neue die Kapazitätskonstante des Apparates unter Berücksichtigung der Temperatur und Einschaltung wechselnder Widerstände bestimmt. Als Beleg für unsere Genauigkeit hierbei mögen beispielsweise die bei drei Konstantenbestimmungen, welche jedesmal 4 Tage auseinanderlagen, gewonnenen Zahlen angeführt sein:

1. Bestimmung 30. April (a = Ablesezahl an der Brücke): a = 378, T = 18° C, W (= Widerstand) = 60 Ohm;
2. Bestimmung 4. Mai: a = 500, W = 40 Ohm, T 21°;
3. Bestimmung 8. Mai: a = 400, W = 60 Ohm, T 21°.

Erst nach so gewonnener Überzeugung der Korrektheit unseres Apparates gingen wir an die jeweilige Untersuchung.

Die Bestimmung des spezifischen Gewichtes wurde mittelst des Densimeters (unter jedesmaligem Bezuge auf Temperatur und spezifisches Gewicht destillierten Wassers bei 4° C) und unter allen sonstigen erforderlichen Kautelen vorgenommen.

Schwieriger gestaltete sich die Ermittlung des Zähigkeitskoeffizienten.

Bei Körperflüssigkeiten hat diese Methode noch wenig Beachtung gefunden, beim Liquor cerebrospinalis wurde sie unseres Wissens noch niemals versucht. Es gelang uns nur, eine einschlägige größere Arbeit von HIRSCH und BECK³⁰⁾ über die innere Reibung des Blutes ausfindig zu machen.

Die sinnreiche Methode der Autoren konnten wir wegen der konstruktiven Schwierigkeiten nicht anwenden. Somit



hielten wir uns an die von OSTWALD und LUTHER gegebenen Weisungen und benutzten die auf Spalte 2138 abgebildete Kapillare, wobei der Durchtritt der Flüssigkeit, wie dies OSTWALD und LUTHER (l. c.) angeben, stets mittelst einer Rennuhr markiert wurde.

Diese Untersuchungsmethode bietet beim Liquor cerebrospinalis ziemlich große Schwierigkeiten, u. zw. hauptsächlich dadurch, daß sich in dieser Flüssigkeit einerseits unter pathologischen Verhältnissen Gerinnsel bilden, durch welche die Kapillare verstopft werden kann, in welchen Fällen dann eine besonders genaue Filtration notwendig wird, dann aber auch deshalb, weil der Liquor als Eiweißlösung überaus leicht schäumt und die entstandenen Luftblasen, welche sofort das Ergebnis der Untersuchung illusorisch machen würden, nur schwer zu vermeiden resp. zu entfernen sind.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

E. BENDIX (Göttingen): **Über Wechselbeziehungen zwischen Haut- und Nierentätigkeit.**

Es gelingt bei Niereninsuffizienz öfters, durch energische Anregung der Schweißbildung den Blutgefrierpunkt der Norm zu nähern, es gelingt jedoch nicht, den normalen Blutgefrierpunkt durch gleiche Einwirkungen zu beeinflussen. Es scheint dabei gleichgültig zu sein, um welche anatomische Art der Nierenentzündung es sich handelt. Der Tierversuch ist zur Demonstration dieser Verhältnisse ungeeignet („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 7).

B. hat auch noch die Ausscheidung heterogener Stoffe, die im allgemeinen nur in den Urin übergehen, vornehmlich des Jod, durch die Haut verfolgt. Er konnte sich ohne Mühe davon überzeugen, daß das Jod (als Jodkali und Jodeisensirup gereicht) meistens leicht in den Schweiß übergeht. Doch bestanden in den einzelnen Fällen sehr große Unterschiede bei Nierengesunden wie auch bei den Nierenkranken. Es muß dahingestellt bleiben, ob es gelingen wird, an der Hand der Ausscheidung solcher heterogener Stoffe mit dem Schweiß eine Funktionsprüfung der Haut zu erhalten. Immerhin hatte er in verschiedenen Fällen, in denen Schwitzprozeduren zu einer Beseitigung pathologischer Blutgefrierpunktdepressionen führten, den Eindruck, daß hier auffallend reichliche Jodausscheidung mit dem Schweiß erfolgte. Da es jedoch nicht möglich ist, diese Ausscheidungen quantitativ zu verfolgen, sondern nur schätzungsweise an dem stärkeren oder schwächeren Ausfall von qualitativen Reaktionen, so läßt sich etwas Endgültiges darüber einstweilen nicht aussagen. Die mitgeteilten Beobachtungen scheinen dazu angetan, die Berechtigung und Wirksamkeit der diaphoretischen Therapie bei der Niereninsuffizienz zu illustrieren. B.

S. BETTMANN (Heidelberg): **Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhöe.**

Man hat gegen die Möglichkeit des Erfolges der Abortivkuren der Gonorrhöe eingewendet, daß die Gonokokken so rasch in die Tiefe der Schleimhaut eindringen, daß ein antibakterielles Mittel sie auch sehr wenige Tage nach der Infektion nicht mehr zur Genüge erreichen könne. Demgegenüber ist zu betonen, daß bei der akuten frischen Gonorrhöe in den ersten Tagen die Gonokokken doch noch wesentlich intraepithelial zu finden sind und daß zudem gerade das Protargol und ähnliche Mittel den Vorzug besitzen, wenigstens in eine gewisse Tiefe zu wirken, ohne das Gewebe zu koagulieren. („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 28.) Man hat sich bei den Abortivkuren von solchen Mitteln besondere Wirkung versprochen, die also etwa imstande wären, eine stärkere seröse Transsudation anzuregen, die also etwa durch die Heftigkeit der Reaktion schon tiefer eingedrungene Keime wieder an die Oberfläche schaffen könnten. Es ist daher bei einem Mittel,

das für solche Zwecke dienen soll, abgesehen von der antibakteriellen Wirksamkeit, der lähmenden Einwirkung auf das Gewebe, dem Sitze der Gonokokken, vor allem die Tiefenwirkung und die Ausschwemmungsfähigkeit in Betracht zu ziehen. Diesem Gesichtspunkte folgend hat Verf. hochprozentige Protargollösungen in der Gonorrhöeprophylaxe versucht. Die Applikation einer 20%igen Auflösung von Protargol in Glycerinwasser, wie sie zur Verhinderung einer gonorrhöischen Infektion empfohlen wurde, hat sich nicht nur als recht zuverlässig für diesen Zweck erwiesen, sondern sie wird auch in der Regel auffallend reaktionslos vertragen. Von der richtigen Zubereitung der Protargollösung hängt ein guter Teil des Erfolges ab. Eine völlige Auflösung von Protargol in Glycerin im Verhältnis von 1:5 ohne Wasserzusatz gelingt nicht, wäre auch nicht wünschenswert. Je nach der individuellen Empfindlichkeit der zu behandelnden Urethra ließe sich das Verhältnis zwischen Glycerin und Wasser abstimmen; empfehlenswert erscheint für die meisten Fälle eine Lösung, die etwa gleiche Teile Wasser und Glycerin enthält. 10 g Protargol werden auf 45 g kaltes Wasser in einer ganz flachen Porzellanschale aufgeschichtet. Stehenlassen bis zur völligen Lösung unter Vermeidung jeder Berührung und jedes Schüttelns! Dann Zusatz von Glycerin ad 100:0. Derartige Lösungen hat B. anfangs in die Harnröhre injiziert, ist aber bald dazu übergegangen, Auspinselungen der Urethra vorzunehmen. Er verwendet Haar-Federkielpinsel, bei denen der obere Teil des Kiels durch eine Gummikappe gedeckt ist, damit jede Läsion der Harnröhre durch den harten Rand des Kiels vermieden bleibt. Die Pinsel vertragen ganz gut die einmalige Sterilisierung durch Auskochen; sie werden nach einmaliger Verwendung weggeworfen. Zur Verlängerung des Pinsels dient ein einfacher auskochbarer Metalltubus, auf den der Kielpinsel so aufgesetzt wird, daß ein Abgleiten oder Steckenbleiben in der Harnröhre ausgeschlossen ist. Das Instrumentchen wird unkaschiert in die Urethra eingeführt. Solche Pinselungen werden in der Weise durchgeführt, daß mehrere Tage hintereinander, manchmal auch mit Überspringen eines Tages, täglich einmal eine sehr gründliche Auspinselung des vorderen Harnröhrenabschnittes auf eine Strecke von etwa 6, 7 bis 8 cm vorgenommen wurde. Das Maximum der Applikationen betrug 6, die Dauer der ganzen Behandlung erstreckte sich auf höchstens 8 Tage. Irgendwelche andere lokale Behandlung fand während dieser Zeit nicht statt. Einem Teil der Kranken verordnete er innerlich Balsamika. Die Resultate B.s sind als überraschend günstig zu betrachten.

Der Verlauf ist in den günstigen Fällen der folgende: Die erste Auspinselung pflegt eine ziemlich intensive dünnflüssige Sekretion anzuregen, ohne daß die Kranken besondere Schmerzen verspüren. Das erste, wohl auch das zweite Urinieren verursacht noch mehr oder minder lebhaftes Brennen. Aber am zweiten Tage schon ist die Sekretion bei den meisten Patienten auffallend gering; die Auspinselungen der folgenden Tage verursachen kaum mehr subjektive Beschwerden und regen kaum noch eine erhöhte Sekretion an. In einem Teil der Fälle entwickelt sich überhaupt kein rein eitriges Sekret. L.

FOVEAU DE COURMELLES (Paris): **Die neuen therapeutischen Resultate mit Radium und radioaktiven Stoffen.**

Die Versuche von HENRI und MAYOR stellten fest, daß das Radium Oxyhämoglobin des Frosches oder Hundes in Methämoglobin verwandelt. Verschiedene Fermente, wie z. B. Trypsin, verlieren durch die Bestrahlung mit Radium ihre Wirksamkeit („Le progrès médical“, 1904, Nr. 22). DARIER hat mit Radium bei Konvulsionen, neurasthenischer Pseudoataxie und frischen Fazialislähmungen gute Erfolge gesehen. Auch bei Schmerzen infolge von Neuralgien oder karzinomatösen Prozessen wurden schöne Effekte erzielt.

Ähnliche Heilwirkungen beobachtete man auch bei anderen radioaktiven Stoffen, wie z. B. beim Thorium. Dieses wohlfeile Ersatzmittel des Radiums wirkt z. B., in Form einer Pasta angewendet, ungemein schmerzstillend selbst bei veralteten Neuralgien.

In Form von Umschlägen ist Thorium auch bei der Behandlung des Lupus erythematodes sehr wertvoll. In Form von Inhala-

tionen will ein englischer Arzt namens SHARP das Thorium bei hypertrophischer Pharyngolaryngitis sehr erfolgreich verwendet haben.
J. St.

MADELUNG (Straßburg): Über postoperative Pfropfung von Echinokokkenzysten.

Bei einem Pat., der 2 Jahre zuvor wegen eines Leberechinokokkus operiert worden, hat Verf. in der Bauchwandnarbe zwei Knoten beobachtet, die sich als Echinokokkenzysten erwiesen. Die Tumoren wurden samt der sie bedeckenden Haut exzidiert. Die Infektion erfolgte nach Ansicht des Verf.s während der Operation, indem lebensfähige Keime sich über die Wunde ergossen und sich hier fixiert haben.

Um eine solche Pfropfung zu verhindern, rät Verf. („Mitteil. a. d. Grenz. f. Med. u. Chir.“, Bd. 13, H. 1), nach dem Vorschlage DÉVÉS der Entleerung des Sackes Maßnahmen vorzuschicken, welche die Abtötung der Parasiten bewirken. Die Zyste soll bei eröffneter Bauchhöhle punktiert und ein Teil der Flüssigkeit entleert werden. An Stelle der entleerten Flüssigkeit soll die gleiche Menge einer Formollösung 1:100 oder einer Sublimatlösung 1:1000 eingespritzt und während 5 Minuten in der Zyste belassen werden. Diese kurze Zeit genügt zur Abtötung der Keime. Dann wird die Flüssigkeit entleert und die Operation in der üblichen Weise zu Ende geführt.
ERDHEIM.

M. S. SCHIRMUNSKI (Petersburg): Beitrag zur Kasuistik der Otolithiasis.

Ein 12jähriges Mädchen klagte über Eiterfluß aus der linken Trommelfelhöhle, der seit der frühesten Kindheit der Patientin bestand. Die Besichtigung ergab („Praktischeski Wratsch“, 1904, Nr. 17), daß der Gehörgang mit Eiter und verhärteten Epidermissmassen gefüllt war, die selbst durch energischste Ausspritzung nicht entfernt werden konnten. Bei der Untersuchung mittelst Sonde fühlte man einen harten, steinernen Körper, der im Gehörgang eingeklemmt war. Nach mehreren vergeblichen Versuchen, den Fremdkörper mittelst Ohrenpinzette zu entfernen, wurde derselbe mit der Drahtschlinge gefaßt und mittelst langsamer unterbrochener Bewegungen in toto aus dem Gehörgang entfernt; der Entfernung des Fremdkörpers folgte eine ziemlich starke Blutung. Der entfernte Fremdkörper war seiner Form und Konsistenz nach voll und ganz einem Sequester ähnlich. Jedoch ergab die Sondenuntersuchung weder eine Kontinuitätstrennung der Wandungen des Gehörganges noch derjenigen der Trommelfelhöhle. Das Trommelfell war vollständig zerstört. Die Schleimhaut des Promontoriums war etwas verdickt. An der unteren Wand der Trommelfelhöhle befanden sich einige Granulationen. Letztere wurden entfernt, worauf die Nachbehandlung in Ausspülung mit Borsäurelösung und Bestreuung mit pulverisierter Borsäure bestand. Nach 3 Wochen hörte der Ausfluß vollständig auf und die Trommelfelhöhle begann zu vernarben. Der entfernte Stein war ungefähr $1\frac{1}{2}$ cm lang, 1 cm breit und $\frac{1}{2}$ cm dick. Die chemische Untersuchung ergab, daß der Stein hauptsächlich aus phosphorsaurem Kalk mit unbedeutender Beimengung von kohlenstoffsaurem Kalk und Spuren von organischen Substanzen bestand.
L—y.

SKÁLA (Schüttenhofen): Über Tabes juvenilis.

Eine sorgfältige literarische Übersicht der ganzen Frage. Mitteilung eines Falles von Tabes juvenilis bei einem 27jährigen Gärtner („Revue v. neurol., psych., fys. a. diet. ther.“, Bd. 1, H. 5 und 6). Keine hereditären Einflüsse. Lues weder vererbt, noch akquiriert nachweisbar. Der Pat. hat keine ansteckenden Kinderkrankheiten durchgemacht und war, außer öfteren Kopfschmerzen, immer gesund. Seit 4 Jahren nahmen die Kopfschmerzen an Intensität zu und der Pat. beobachtete in derselben Zeit eine gewisse Unsicherheit beim Gehen, besonders in der Dunkelheit. 2 Jahre später leichte Ataxie in den oberen Extremitäten. Die Reaktion der rechten Pupille erniedrigt. Analgetische Stelle unter der rechten Brustwarze. Die Ataxie der oberen und unteren Extremitäten

sehr stark. Das ROMBERGSche und WESTPHALSche Symptom stark ausgeprägt. — Verf. bespricht schließlich das klinische Bild der juvenilen Tabes und findet, daß dasselbe dem Bilde der Tabes adultorum sehr nahe komme.
STOCK.

THOMAS (Marseille): Speichel- und Tonsillensteine.

TH. entfernte bei einem 35jährigen Patienten zwei Speichelsteine aus der rechten Glandula submaxillaris („La médecine moderne“, 1904, Nr. 33). Die Steine waren halbkugelig, die Oberfläche auffallend rauh, bei dem kleineren mit vier Höckerchen versehen. Die Rauhhigkeit der Oberfläche verursachte wohl auch die Retention der Steine in der Drüse, indem sie deren Wanderung wesentlich erschwerte. — Der Tonsillenstein entstammte dem oberen Anteil der linken Tonsille einer 54jährigen Patientin. Er verursachte Schmerzen beim Schlucken. Die Patientin fürchtete, an einem Krebs zu leiden. Die Untersuchung mit der Sonde ergab jedoch, daß es sich um einen Stein handle, der leicht entfernt werden konnte. Das Gebilde war schwärzlich und wies viele Buchten auf. Die Länge betrug 1 cm, die Breite 6—7 mm. KAYSER hat im Jahre 1901 in der deutschen otologischen Gesellschaft einen außerordentlich großen Stein, aus der Tonsille eines 12jährigen Knaben stammend, demonstriert. Die Länge dieses Steines betrug 35, die Breite 28 und die Dicke 16 mm.
J. S.

G. SEEGALL (Berlin): Hydrargyrum hermophenylionum.

Das Hermophenyl, eine Auflösung von Quecksilberoxyd in Natrium carbolicum bisulfurosum, wurde von französischer Seite als ein neues Quecksilberpräparat empfohlen, dem nur die Vorteile der schwer löslichen Präparate zukämen, während es von den Nachteilen derselben frei wäre.

Die Nachprüfung durch den Autor („Berliner klin. Wochenschrift“, 1904, Nr. 42) konnte die guten Eigenschaften des neuen Präparates keineswegs bestätigen. Die in Frankreich verwendete $\frac{1}{2}\%$ ige wässrige Lösung schien zu schwach, auch die anzuwendenden Mengen, jeden 2. Tag 4 cm³, zu groß, da die an den oberen Extremitäten vorgenommenen subkutanen Injektionen ziemlich schmerzhaft waren. Deshalb ging der Autor bald auf stärkere (1—2 $\%$ ige) Lösungen über, injizierte hiervon täglich bloß 1—2 cm³, und zwar wegen der erwähnten Schmerzhaftigkeit intramuskulär. Unter 35 so behandelten Kranken wiesen 9 Intoxikationserscheinungen auf, ein Fall Gingivitis, zwei merkurielles Exanthem, 6 Diarrhöe, Kopfschmerzen und Temperatursteigerung. Sind wir sonst geneigt, anzunehmen, daß gerade toxisch wirkende Präparate auch die Krankheit günstig beeinflussen, so entspricht dies keinesfalls den Erfahrungen des Autors. In einzelnen Fällen waren die Einwirkungen allerdings außerordentlich günstig, in anderen wieder ließ das Präparat fast völlig im Stich; das hervorstechendste Charakteristikum des neuen Präparates ist nach S. die Unzuverlässigkeit und Ungleichmäßigkeit in der Wirkung, so daß es nach seiner Meinung wohl bald wieder verschwinden wird.

Versuchsweise wegen seiner bakteriziden Eigenschaften gegen Gonorrhöe verwendet (1:1000·0—300·0), hatte es auch hier keine Erfolge aufzuweisen.
DEUTSCH.

STEINTHAL (Stuttgart): Über plastische Wanderlappen.

Bei der Entnahme eines gestielten Hautlappens kann es vorkommen, daß man den Lappen nicht sofort an den Bestimmungsort bringen kann, weil derselbe entweder zu weit entfernt oder nicht entsprechend gelagert ist. In diesen Fällen ist es notwendig, den Lappen an einer, seinem definitiven Platze näher liegenden Stelle anzuhellen und in einem zweiten Akte von dort auf den definitiven Platz zu verpflanzen. So hat Verf., als er eine Rhinoplastik aus der Brusthaut machte, den Brustlappen an dem unteren Ende des Vorderarmes angeheilt, in einem zweiten Akte wurde der Bruststiel durchtrennt und in einem dritten Akte erst der Brustlappen an der Nase befestigt.

Ähnliche gute Dienste leistete diese Methode in einem zweiten Falle („Zentralblatt für Chirurgie“, 1904, Nr. 25): Im Anschluß an eine Verbrennung trat bei einem fünfjährigen Kinde ein großer Substanzverlust auf, der die ganze Kniekehle betraf und der sich weit auf den Unterschenkel fortsetzte. Eine Plastik nach THIERSCHE versprach nicht Ausheilung mit guter Funktion des Kniegelenkes; für eine Lappenplastik war in der Nähe des Defektes kein genügendes Material vorhanden, daher entschloß sich der Verf., den Lappen als Wanderlappen von der linksseitigen Rumpfhälfte zu entnehmen, denselben zuerst auf das linke gesunde Bein und von hier auf das kranke Bein anzuhellen. Nach einem fehlgeschlagenen Versuch heilte der 9×6 cm große Lappen an und ist hier, wie eine Nachuntersuchung nach 4 Jahren zeigte, mit dem Beine weiter gewachsen. Das Kniegelenk blieb vollständig gestreckt.

ERDRIM.

MLADEJOVSKÝ (Prag): Die Gicht und ihre Nebensymptome.

Verf. teilt einen Fall von echten und typischen gichtischen Kopfschmerzen mit. Er pflichtet nicht der Meinung MINKOWSKIS bei, der in den echten gichtischen Kopfschmerzen eine chronische, latente Urämie ohne Albuminurie, atheromatöse Gehirnläsionen oder Intoxikationen intestinalen Ursprungs vermutet. Die echte, gichtische Zephalgie ist selten. In 86 Fällen, in welchen die Harnazidität erhöht war, fand sie Verf. einmal. Im Gegensatz hierzu fand Verf. öfters bei der Gicht die Achill- oder Talalgie, die früh aufzutreten pflegt, das Gehen manchmal unmöglich macht und öfters die Szene der Gicht eröffnet („Revue v. neur., psych., fys. a diaet. ther.“, Bd. 1, H. 1). Sie ist manchmal das erste Gichtsymptom und hat demzufolge einen diagnostischen Wert. Antigichtische Therapie ist hier sehr wirksam.

STOCK.

WILLIAMSON (Manchester): Die Behandlung der Chorea minor mit Aspirin.

W. behandelte nach seiner Methode 35 Fälle („The Lancet“, August 1903). Er verzichtete dabei auf die Bettruhe. In den acht schweren Fällen, deren Krankengeschichten er anführt, trat schon nach einer Woche durchschnittlich wesentliche Besserung auf. Die tägliche Dosis betrug 2½—4 g. Kinder unter 7 Jahren bekamen geringere Gaben. Gastrische Störungen waren selten und geringfügig. W. bezeichnet Aspirin geradezu als Spezifikum in der Therapie der Chorea minor.

J. ST.

SERGENT (Paris): Levure de bière et suppuration.

Die therapeutische Verwendung der Hefe gegen verschiedene Hauterkrankungen hat in Frankreich in der letzten Zeit sehr an Verbreitung gewonnen; insbesondere bei Furunkeln, wenn auch nicht bei allen Personen, hat diese Therapie gute Resultate ergeben. Verf. studierte nun die Wirkung der Hefe im Tierversuch („Annales de l'institut Pasteur“, Bd. 17, pag. 631) und erzielte auch hier günstige Ergebnisse. Von Wichtigkeit ist es aber, daß genau die gleichen Resultate wie mit lebender Hefe auch mit Extrakten aus den Hefezellen erreicht wurden. Es wurden auch bereits mehrere Personen, die an Furunkeln litten, mit diesem Extrakt behandelt; der Erfolg war hier gleichfalls derselbe wie bei Behandlung mit lebender Hefe. Der Wert der Verwendung steriler Hefeextrakte liegt nach Ansicht des Verf.s in deren absoluter Unschädlichkeit, während lebende Hefen, einigen in der Literatur vorliegenden Angaben zufolge, möglicherweise doch für den Menschen schädlich sein könnten, namentlich wenn sie in so großer Menge eingeführt werden, wie es bei dieser Therapie der Fall ist.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— In Bezug auf die Verwendung von Säuren in der Magentherapie stellt MARTINET fest („Presse méd.“, 1904, Nr. 59), daß als Träger dieser Wirkung die Salzsäure zu betrachten ist, welche auch die Bedingungen für die Pepsinwirkung schafft. In neuester Zeit ist ferner die wichtige Tatsache nachgewiesen worden, daß

der saure Magensaft ein mächtiges Stimulans für die Sekretion der Leber, des Pankreas und der Darmdrüsen darstellt. Es geht daraus hervor, daß die verminderte Azidität des Magensaftes den Verdauungsvorgang und die Ernährung zu beeinträchtigen vermag und daß in Fällen von Hypazidität des Magensaftes die Verordnung von Säuren trotz des Widerspruches einzelner Autoren gerechtfertigt erscheint. Verfasser bespricht alle in Betracht kommenden organischen und unorganischen Säuren und gelangt zu dem Ergebnis, daß für therapeutische Zwecke Phosphorsäure und Salzsäure geeignet sind, wobei die Phosphorsäure entschieden den Vorzug verdient. Dieselbe übt keine hemmende Wirkung auf die Salzsäuresekretion des Magensaftes, wird im Darm in phosphorsaures Natrium umgewandelt, welches ein normaler Blutbestandteil ist, wird im Harn als saures phosphorsaures Natrium, welches ein normaler Harnbestandteil ist, ausgeschieden, wirkt hier als Harnantiseptikum und auf das Nervensystem als Tonikum. M. empfiehlt eine Lösung von Phosphorsäure 10·0, saur. phosphors. Natrium 20·0, Aq. destill. 200·0, davon mittags und abends 1—4 Kaffeelöffel in Wasser etc. während der Mahlzeiten zu nehmen. Die Salzsäure wird am besten in Form einer 1—2%igen Lösung, davon je ein kleines Weinglas während und nach der Mahlzeit, verabreicht.

— In seiner Arbeit über die Ekzembehandlung mit neueren und neuesten Mitteln empfiehlt MAYER („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 30) auch das Empyroform. Es ist für die Anwendung folgender, rasch eintrocknender Schüttelmixtur:

Rp. Empyroformi 15·0
Talc. venet.,
Glycerini aa. 10·0
Aq. dest. 20·0

und bemerkt im Anschluß hieran das Folgende: „Das Präparat, dem infolge seines Formalingehaltes stark antiparasitäre Eigenschaften innewohnen, reizt in keiner Weise, beseitigt den letzten Rest von Juckreiz sehr prompt und befähigt die empfindlichere Haut, weil selbst eine Teerkombination, behufs Nachbehandlung zur Ertragung der stärksten Teerkonzentrationen. Die in der Wäsche verursachten Flecken sind leicht zu entfernen. In leichteren Fällen ersetzt es den Teer vollkommen, was in Anbetracht des lästigen Geruches des letzteren bei ambulanter Behandlung ins Gewicht fallen dürfte.“

— Über die Heilwirkung des Neutuberkulins hat BANDELIER Versuche angestellt („Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.“, Bd. 43). Er zieht aus denselben folgende Schlüsse: Durch die Tuberkulinbehandlung gelingt es, das Agglutinationsvermögen in fast allen Fällen zu steigern, Je günstiger die Aussichten für eine Besserung bzw. Heilung sind, um so schneller und höher steigt im allgemeinen das Agglutinationsvermögen und um so länger bleibt es erhalten. Je ungünstiger die Aussichten sind, um so schwerer gelingt es, das Agglutinationsvermögen zu steigern, und um so schneller geht dasselbe verloren. Ein Stehenbleiben auf sehr niedriger Agglutinationsstufe spricht im allgemeinen für ein Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses. So wertvoll und interessant die Agglutinationsuntersuchungen auch sind, als ein integrierender Faktor zur Tuberkulinbehandlung sind sie nicht aufzufassen. Verfasser berichtet dann über 37 völlig abgeschlossene Fälle, von denen 3 dem ersten, 26 dem zweiten, 8 dem dritten Stadium nach TURBAN angehörten. Es wurden deshalb so wenig Fälle des ersten Stadiums behandelt, weil man hier auch mit anderen Methoden die besten Erfolge erzielen kann. In diesen drei Fällen wurde jedenfalls die Beseitigung jeglicher Krankheitserscheinungen und ein Verschwinden des sehr hartnäckigen Fiebers erzielt. Sehr beweisend sind die 26 Fälle des zweiten Stadiums, in denen ein ganz vorzüglicher Heileffekt erzielt wurde, wie er ohne die Kombination der Anstalts- mit der Tuberkulinbehandlung nicht erzielt werden kann. In sämtlichen Fällen wurden die Tuberkelbazillen und bis auf einen Fall auch das Sputum vollständig beseitigt. Auch bei den acht Patienten des dritten Stadiums wurde eine zum Teil erhebliche Gewichtszunahme, eine Rückbildung des tuberkulösen Prozesses, Abnahme des Sputums, ohne daß allerdings die Tuberkelbazillen völlig verschwanden, und eine Hebung der Gesamtkonstitution bis zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes erzielt.

Immerhin waren es doch meist nur Teilerfolge. Die Behandlung wird sich für das zweite Stadium auf durchschnittlich sechs Monate belaufen, im dritten Stadium wird sie länger werden müssen. Es scheint also, daß allmählich das Tuberkulin mehr und mehr seine wohlverdiente Anerkennung finden wird.

— Aus der überaus fleißigen Arbeit von KÖHLER („Inaug.-Diss.“, Halle a. d. S. 1904) über **Veronal am Krankenbette** ergibt sich, daß wir in dem genannten Präparate ein Mittel besitzen, das gute hypnotische Kraft einerseits und günstige somatische und diuretische Wirkung andererseits in sich vereinigt. Es besitzt außerdem noch den Vorzug, daß es, selbst in größeren Dosen genommen, relativ unschädlich ist. Im allgemeinen wird man gut tun, die Dosis von 1.0 g Veronal nicht zu überschreiten, falls es sich nicht um maniakalische oder andere Erregungszustände bei Geisteskranken handelt. Insbesondere ist zu empfehlen, speziell bei Frauen und schwächlichen Individuen, zuerst die Dosis von 0.3—0.6 g Veronal zu reichen, keinesfalls aber die Dosis von 1.0 g zu überschreiten, da dieselben außerordentlich leicht auf das Mittel reagieren. Eine Gewöhnung an das Mittel hält K. nicht für ausgeschlossen, er hat aber in dieser Beziehung keine sicheren Erfahrungen. In ähnlicher Weise äußert sich auch HÖNIGSCHMIED („Ärztliche Zentralzeitung“, 1904, Nr. 9), sowie HALD („Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“, Bd. 27, Nr. 173), der speziell betont, daß selbst nach großen Dosen — bis zu 9 g — keine bedrohlichen Symptome beobachtet werden. Allerdings wird man kaum in die Lage kommen, größere als die oben bezeichneten Gaben zu verwenden.

— Die **Methode der Schmerzbetäubung** diskutiert v. MIKULICZ („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 62). Unter 100.000 Fällen von Kokainanästhesie kamen 36 Todesfälle vor, die BIERSCHE Lumbalanästhesie war in 38 von 61 Fällen erfolgreich; am besten bewährte sich das Tropakokain. Die lokale Anästhesie eignet sich hauptsächlich für kleinere Eingriffe; wo eine Erschlaffung des Muskelapparates benötigt wird, versagt sie. Auch bei der Entfernung von malignen Tumoren ist sie nicht verwendbar, weil man niemals die Größe des operativen Eingriffes im voraus bestimmen kann und es daher leicht bei protrahierter Kokaineinwirkung zu einer Vergiftung kommt. Bei Lungen- und Herzkrankheiten ist ihre Anwendung indiziert, ebenso bei einigen Operationen am Magen und Darm. Betreffs der Allgemeinnarkose empfiehlt Verf., behufs Verringerung der Gefahren — seine Statistik weist eine Sterbeziffer von 1:1669 auf — die tiefen Narkosen möglichst einzuschränken und auf die Kontraindikationen mehr Rücksicht zu nehmen. Zu letzteren zählt er einen gut kompensierten Herzfehler nicht mit, dagegen akute oder chronisch septische Zustände. Er befürwortet die häufigere Anwendung des Äthers in indifferenten Fällen, besonders in Form der Tropfmethode nach HOFMANN, kombiniert mit Morphium. Versagt dieselbe, dann ist die JULLIARDSche Maske in Verwendung zu ziehen, allerdings nur so lange, bis tiefe Narkose erzielt ist. Bei Frauen und Kindern empfiehlt Verf. das Operieren in Halbnarkose oder erstem Ätherrausch; bei ganz kurzen Narkosen leistet das Bromäthyl, tropfenweise aufgeträufelt, gute Dienste.

— Das reine MERCKSCHE **Wasserstoffsperoxyd** nennt VERLUYSEN („Anvers méd.“, 1904, Nr. 3) ein rasch wirkendes, niemals irritierendes Präparat, das er in der stomatologischen Praxis vielfach mit Erfolg zur Anwendung gebracht hat. Es übt auf infektiöse Wurzelentzündungen ohne Frage eine vorzügliche Wirkung aus, desodorisiert ausgezeichnet und dringt in alle Buchten und Winkel der Schleimhaut ein, überall die pathogenen Stoffe angreifend und vernichtend. Verf. hat sogar in einem Falle von Alveolarpyorrhöe, nachdem viele Mittel erfolglos zur Anwendung gelangt waren, mit Wasserstoffsperoxyd eklatante Wirkungen erzielen können.

— Die **Therapie der Nierenentzündungen** erörtern G. KÖVESI und W. SCHULZ („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 26). Ihre Hauptaufgabe besteht darin, die Retention der Harnbestandteile im Körper hintanzuhalten. Wahrscheinlich spielt die Retention des N bei der Entstehung der Urämie eine wichtige Rolle, während die Retention der Salze und des Wassers die Ursache — nicht eine

Folge — der Entstehung und der weiteren Ausbreitung der Wassersucht darstellt. Hinsichtlich der Diät erheben die Verfasser die durch ihre mitgeteilten, sehr instruktiven und zahlreichen Stoffwechseluntersuchungen bei Nierenkranken gestützte Forderung, nicht ohne weiteres eine wesentliche Beschränkung der Eiweißzufuhr bei allen Nierenkranken durchführen zu wollen, sondern in jedem einzelnen Falle die Niere auf ihr Vermögen, N auszuschcheiden, zu prüfen. Dieses Vermögen ist bei den einzelnen Fällen eben sehr verschieden. Retention von Kochsalz ist eine ständige Begleiterin der zunehmenden Wassersucht. Dadurch, daß Kochsalz sich im Körper anhäuft, wird sein Vermögen, durch die Haut und Atmung Wasser abzugeben, in beträchtlichem Grade vermindert. Denn die Körpersäfte halten das Wasser um so mehr zurück, je mehr sie kochsalzhaltig sind. Bei wassersüchtigen Nierenkranken ist daher die Kochsalzzufuhr einer genauen Kontrolle zu unterwerfen und man soll den Kranken höchstens soviel mal 0.5 g Kochsalz geben, als sie je 100 cm³ Harn ausscheiden. Eine übermäßige Flüssigkeitszufuhr kann die Ausscheidung der gelösten Harnbestandteile nicht fördern, die Retention derselben nicht hintanhaltend, dagegen eine Zunahme der Hydrämie bewirken. Bei allen Nierenkranken, welche die Fähigkeit, einen verdünnten Harn zu liefern, verloren haben, ist die Wasserzufuhr zu kontrollieren, und zwar soll bei wassersüchtigen einer Diurese von je 1000 cm³ Harn eine Flüssigkeitszufuhr von 1500 cm³ entsprechen. Regulierung der Diät ist notwendig. Bei Retention kommen Diaphoresis und Diurese in Betracht, welche letztere vorwiegend die Ausscheidung der gelösten Substanzen, weniger des Harnwassers, bewirkt.

— Das **Protlylin Roche** ist nach den Erfahrungen von BÜRGER („Therap. Monatshefte“, 1904, Nr. 6) ein Nähr- und Heilmittel, insbesondere bei rachitischen Zuständen im Kindesalter. B. verabreichte das Mittel in Dosen von 1—2 g 3mal täglich nach den Mahlzeiten oder als Zusatz zu den Zuspisen. Namentlich bei Kindern kann es als Zusatz zu Suppen oder mit Eiern verrührt genommen werden. In mehreren Fällen von allgemeinen Schwächeständen bei Erschöpfung nach langwierigen Krankheiten, wie Typhus, Scharlach, Vereiterungsprozessen, oder nach eingreifenden Operationen erwies sich das Protlylin als ein ausgezeichnetes Nährmittel, welches den Appetit der Kranken anregte. Ganz besonders günstig waren die Resultate bei Rachitis bei Kindern im Alter von 7 Monaten bis 2 Jahren. Hier kommt der bekannten Wirkung des Phosphors die unterstützende Kraft der Eiweißnährstoffe zu Hilfe. Die ausgezeichnete Wirkung des Protylins als Heilmittel bei Rachitis veranlaßte den Verf., dasselbe auch als Prophylaktikum gegen diese Krankheit im Säuglingsalter zu empfehlen. In 2 Fällen von Osteomalazie wurden mit Protlylingaben von 4—5mal täglich je 4 g vortreffliche Resultate erzielt. Auch in einer Reihe anderer pathologischer Zustände, wie Krebskachexie, Magengeschwür und atonischen Magen-Darmprozessen, bei senilem Marasmus, schließlich bei Anämie infolge Darmparasiten, erwies sich das Protlylin als sehr gutes Nähr- und Kräftigungsmittel.

— Über **alte und neue beckenerweiternde Operationen** berichtet DÖDERLEIN („Arch. f. Gyn.“, Bd. 72). Er hat 5mal die Symphyseotomie mit günstigem Erfolge ausgeführt. Trotzdem macht er diese Operation wegen der großen Weichteilswunden, der Gefahr der Blasen- und Harnröhrenverletzung nur ungern. Statt derselben hat er in letzter Zeit die Tubiotomie mit Hilfe der GIGLISchen Drahtsäge in 5 Fällen mit Erfolg ausgeführt. Die Technik hat er so gestaltet, daß er von einem kleinen Hautschnitt über dem Os pubis aus subkutan bis zum unteren Rand desselben vordringt, auf diesem Wege eine DÉCHAMPSCHE Nadel durch die Haut der großen Labie durchsticht und die Säge mit derselben zurückführt. Die Haut an der Vorderseite des Os pubis wird also nicht gespalten, womit die Gefahr einer Infektion sich sehr vermindert, ohne daß die Erweiterungsfähigkeit des Beckens behindert wird. Die kleinen Wunden werden genäht. Sollten die weiteren Fälle gleich günstig verlaufen, so wird die Tubio- oder Hebotomie die Symphyseotomie verdrängen und der Kaiserschnitt bei Beckenverengungen II. Grades hinter der Hebotomie zurückstehen müssen.

Literarische Anzeigen.

Erfahrungen aus einer 40jährigen neurologischen Praxis. Von Dr. V. v. Holst, Riga. Stuttgart 1903, Ferd. Enke. 67 S.

I. „Allgemeines über die eigentliche Aufgabe des praktischen Arztes.“ Der Arzt soll dem Kranken helfen, nicht aber eine Krankheit heilen wollen, das könne er nicht, er könne bloß physiologische Funktionen unterstützen. Verf. sieht darin keine Wortklauberei, keinen Widerspruch mit den Zielen der medizinischen Wissenschaft. Großen Wert legt er auf die Berücksichtigung der natürlichen Instinkte, z. B. bei der Auswahl der Speisen. — II. „Über Heilanstalten für Nervenranke.“ Bei aller Anerkennung für die Beschäftigungstherapie empfiehlt er in Anstalten Ruhkuren, u. zw. bei Erschöpfungs- und Aufregungszuständen; für Bemittelte die bestehenden „Heilanstalten“, für Unbemittelte die zu schaffenden „Heilstätten.“ — III. „Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Hysterie.“ Die hysterischen Symptome sind psychogener Natur, doch ist die Hysterie durchaus keine Psychose. Die hysterische nervöse Anlage ist nicht gleichbedeutend mit psychopathischer Minderwertigkeit oder Degeneration, die Hysterie ist mit diesen beiden aber oft kombiniert; einen hysterischen Charakter gibt es nicht. In der Mehrzahl der Fälle ist die Disposition zu schweren Nervenkrankheiten vor dem Ausbruch der Hysterie zu erkennen; die Prophylaxe ist wichtiger als die Therapie. Das einzig Erfolg Versprechende ist die Allgemeinbehandlung; eine Lokalbehandlung soll in der Regel nicht vorgenommen werden, Methode der zweckmäßigen Vernachlässigung, doch darf sich der Kranke nicht im allgemeinen in seinem Kranksein vernachlässigt fühlen; dadurch kann eine Ausnahme von jener Regel geschaffen werden. Eine Form der zweckmäßigen Vernachlässigung ist die energische Ablenkung der Aufmerksamkeit auf einen andern Körperteil. Besonders wirksam ist Vernachlässigung bei hysterischer Blasenlähmung, im allgemeinen bei monosymptomatischer Hysterie, z. B. Gelenkneurosen. Nicht zu vergessen, daß Hysterische auch nichthysterische Symptome haben können; z. B. Neuralgien. Schablonenmäßige Regeln in der Therapie sind nirgends weniger am Platze als im Kampfe gegen die allgemeinen funktionellen Neurosen und namentlich gegen die Hysterie. — IV. „Über die Hysterie der Gebildeten und Ungebildeten.“ Nach dem psychogenen Vorgang bei der Entstehung der Hysterie unterscheidet Verf. 4 Typen: I. Das psychische Trauma ruft das rein somatische Krankheitsbild hervor. II. Es ruft ebenso unmittelbar eine Störung in den psychischen Funktionen (Gefühlen, Stimmungen, Trieben) hervor.

III. Die körperlichen Folgen unmittelbar, gewisse Störungen der psychischen Funktionen (hysterischer Charakter, Egoismus, Neigung, Aufsehen zu erregen und zu übertreiben) bilden sich bei den hysterisch gewordenen Individuen erst allmählich heraus. IV. Das psychische Trauma, meist nicht plötzlich und intensiv, sondern allmählich und anhaltend wirkend, hat unmittelbar gar keine Folgen, hinterläßt aber einen allmählich verderblich wirkenden Seelenzustand (schwerer innerer Konflikt). I ist für Ungebildete (öffentliches Krankenhaus), IV für Gebildete (Privatklientel) charakteristisch, II und III kommen beiden zu. Je mehr die körperlichen Störungen hervortreten, desto eher sind die Kranken im öffentlichen Krankenhaus zu suchen. INFELD.

Über den Einfluß der Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) auf den Stoffwechsel des Menschen.

Von Dr. Karl Dapper. Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie von Prof. Dr. C. v. NOORDEN. Berlin 1904, A. Hirschwald.

Der Gebrauch von Kochsalzwässern hat in zahlreichen Fällen von Magenstörungen, insbesondere beim Magenkatarrh, eine nachhaltige Steigerung der Salzsäureproduktion zur Folge. Bei nervösen Dyspepsien bewirkt ihr mäßiger Gebrauch Verminderung der Beschwerden. Eine „kurgemäße“ Diät ist dabei nicht notwendig. Fett, Obst, Salat, Essig etc. sind in geeigneten Fällen gestattet. Große Mengen von Kochsalzwässern schädigen die Resorption von Nahrungsmitteln nicht; der Eiweißumsatz wird nicht gesteigert, die Harnsäureausscheidung in hinreichendem Maße vermehrt. BR.

Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger (1457

bis 1476). Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. Von Dr. Ludwig Unger, Dozent an der Wiener Universität. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Es bietet ein eigenartiges Interesse, in diesem von UNGER uns zugänglich gemachten ersten Lehrbuch der Kinderheilkunde zu blättern. Man freut sich über frühe Erkenntnis auch heute anerkannter Tatsachen, man fühlt sich zurückversetzt in die Zeiten, da Balsam, Kräuter und Blüten das Um und Auf der therapeutischen Mittel und naive Vorstellungen die Diagnostik bedeuteten. Kein überlegenes Lächeln über die für unsere heutigen Ansichten kindischen Anschauungen, nur ein ehrfürchtiges Staunen über den Kampf um die Wahrheit kommt über den Leser.

Wir verdanken UNGER einen interessanten, für die Geschichte der Pädiatrie wichtigen historischen Fund. NEURATH.

Feuilleton.**Die Gesundheitslehre in den öffentlichen Volksschulen in England.**

Von W. Naylor-Barlow.

Fast jeder Sanitätsbeamte beklagt in seinem Jahresbericht Jahr für Jahr die massenhaften Opfer an Kinderleben und erörtert die hierzu beitragenden Ursachen. Es ist erwiesen worden, daß, während ein Teil dieses Tatbestandes der Vernachlässigung und Gleichgültigkeit zuzuschreiben ist, der weit größere Teil durch Unwissenheit verschuldet wird. Hunderte von Leben gehen jährlich infolge der Unkenntnis der richtigen Ernährung der Kinder verloren. Hunderte von Menschenleben werden jährlich der Unkenntnis der einfachsten Gesetze der Gesundheit geopfert. Ein Mann, der einen wertvollen Hund besitzt, wird sich die größte Mühe geben, in Erfahrung zu bringen, wie er das Tier ernähren und gesund erhalten solle, aber er wird sich gar keine sonderliche Mühe geben, sein Kind in der richtigen Weise ernährt und gekleidet zu sehen, oder zu erfahren, wie er sich selbst gesund zu erhalten hat.

Viele Hunderte von Kinderleben gehen dadurch zugrunde, daß am alten Aberglauben hinsichtlich der Masern und des Keuchhustens festgehalten wird. Diese Krankheiten werden immer als leichte und unbedeutende Krankheiten betrachtet, trotz der oft

wiederholten Versicherungen, daß sie mehr töten als alle anderen „gefährlich und ansteckend“ genannten Krankheiten zusammen.

Es ist ein in Liverpool allgemein verbreiteter Aberglaube, daß, wenn ein vom Keuchhusten befallenes Kind in der Zeit der Ebbe durch den Fluß gezogen werde, die Krankheit mit der Ebbe davongehe. Der Erfolg ist aber häufig der, daß sich dann Bronchitis einstellt und das Leben des Kindes gleichzeitig mit der Ebbe entflieht.

Es ist viel Mühe darauf verwendet worden, durch die Verbreitung von allgemein verständlichen Flugblättern, welche die Ernährung und Pflege des Kindes behandeln, und durch Vorlesungen den Mantel der Unwissenheit zu lüften; aber es bleibt Tatsache, daß unter den armen Volksklassen die meisten Mütter nicht belehrt werden können und der Rest nicht belehrt werden will. Der beste Weg, hier Änderung zu schaffen, besteht wohl darin, durch Flugschriften und Vorlesungen über häusliche Hygiene, Ernährung des Kindes, persönliche Gesundheitspflege u. a. m. die heranwachsende Generation, insbesondere die weibliche, in den Schulen zu belehren. Gegenwärtig sagen viele pädagogische Autoritäten, indem sie den Rat, Hygiene in den öffentlichen Volksschulen zu lehren, mehr oder minder günstig betrachten: „Wie können wir aber diesen Gegenstand einfügen? Unser Lehrstoffmaß ist schon zum Überfließen voll und es gibt bereits viele weit wichtigere Gegenstände, die gelehrt werden sollen und für die wir keinen Raum haben.“ Andere sagen: „Wir lehren dies ja bereits in dem Gegen-

stande, der Wirtschaftslehre genannt wird. Hinsichtlich der ersten Bemerkung kann ich nichts Besseres tun, als einige Auszüge aus HERBERT SPENCERS „Abhandlung über Erziehung“, einem höchst wertvollen Buche, zu zitieren, welches ich allen jenen anempfehlen würde, die es noch nicht gelesen haben.

SPENCER beklagt den Umstand, daß das Nützliche in der Erziehung dem Schönen aufgeopfert wird, besonders in Betreff der weiblichen Erziehung. Er sagt: „In der Behandlung des Geistes sowohl wie des Körpers hat das auf äußere Ausschmückung hienzielende Element insbesondere bei der Frau bedeutendes Übergewicht.“ Und weiter sagt er: „Wenn es eines weiteren Beweises des rohen, unentwickelten Charakters unserer Erziehungsmethode bedarf, so haben wir ihn in der Tatsache, daß der vergleichende Wert der verschiedenen Arten der Kenntnisse bis jetzt kaum einmal in Erwägung gezogen, wieviel weniger erst in methodischer Weise mit bestimmten Ergebnissen erörtert worden ist.“ Zur vollständigen Erfüllung des Lebens ist es nicht nur notwendig, daß eine plötzliche Vernichtung desselben abgewehrt werde, sondern daß auch der vielfachen Unfähigkeit und dem langsamen Dahinschwinden, das unvernünftige Gewohnheiten herbeiführen und vererben, vorgebeugt werde. Da ohne Gesundheit und Tatkraft die erforderlichen elterlichen und gesellschaftlichen Leistungen mehr oder weniger unmöglich werden, ist es klar, daß diese zweite Art des direkten Selbstschutzes nicht weniger wichtig ist als die erste uranfängliche Art desselben, und daß die Kenntnisse, die sich auf die Sicherung der Gesundheit beziehen, sehr weit reichen sollten. Man betrachte nur, wie sehr eine schlechte Gesundheit die Erfüllung aller Pflichten hindert, die Berufsgeschäfte oft unmöglich, immer aber schwerer macht und eine Reizbarkeit erzeugt, welche die richtige Behandlung der Kinder so unheilvoll beeinflusst.“

„Eine kräftige Gesundheit und die sie begleitende frohe Gemütsstimmung sind wesentlichere Grundbestandteile des Glückes, als alle anderen Dinge, welcher Art sie auch seien; die Lehre, wie jene zu erhalten sind, ist ein Vortragsstoff, der schon heute keinem anderen mehr nachsteht!“

Und schließlich: „Ist es nicht eine erstaunliche Tatsache, daß, obgleich von der Behandlung der kleinen Sprößlinge deren Leben oder Tod, deren moralische Wohlfahrt oder ihr Verderben abhängt, dennoch nicht ein Wort der Belehrung über die Behandlung des Kindes denjenigen an die Hand gegeben wird, welche mit der Zeit selbst Eltern werden sollen? Ist es nicht ungeheuerlich, daß das Geschick neuer Generationen unvernünftigen Gewohnheiten der Eingebung, der Phantasie, verbunden mit den Ansichten unwissender Ammen und den nachteiligen Ratschlägen der Großmütter, überlassen wird? Zu Zehntausenden, die getötet werden, zähle man Hunderte von Tausenden, welche mit schwacher Körperbeschaffenheit am Leben bleiben, und Millionen, die nicht so kräftig aufgewachsen, wie sie es sein sollten, und man wird einen ungefähren Begriff von dem Fluche haben, der auf das Kind von Eltern geladen wird, die von den Gesetzen des Lebens nichts wissen.“

Kann man gegenüber diesen Worten aus dem Munde eines Mannes wie HERB. SPENCER behaupten, daß es im Schulplane keinen Raum gebe für die Lehre der Gesundheit und ihrer Gesetze, oder daß der Gegenstand nicht von hinreichender Wichtigkeit sei?

Hinsichtlich der zweiten Einwendung habe ich viele der Bücher durchgesehen, die zu der Lehre von der Wirtschaft benutzt werden, und habe gefunden, daß, wiewohl es wahr ist, daß darin eine große Menge von nützlichen Dingen enthalten ist, immer diese nützlichen Tatsachen und solche Dinge, die meiner Überzeugung nach unnütz sind, durcheinandergemengt auftreten, und in 99 von 100 Fällen der Lehrer oder die Lehrerin selbst nicht die nötige Erfahrung erlangt hat, um daraus die Belehrung, die von Wichtigkeit ist, herauszufinden. So z. B. fand ich in den Büchern, deren Durchsicht ich mich unterzog, viele Seiten der Frage gewidmet: „Wie ist eine Wasserversorgung für eine Stadt einzurichten?“; viele andere (Seiten) beschreiben Wasserrinnenverschlüsse und das System der Trockenlegung im Hause; wieder andere „Wie die Lage für ein Haus zu wählen sei?“ Nun sind alle diese Dinge sehr interessant und dies besonders für den Lehrer, aber ein jeder muß doch nicht ein Sanitätsinspektor werden, und obgleich dies

in das Fach der Gesundheitslehre gehört, ist es doch nicht der Teil der Gesundheitslehre, der wichtig ist, wenn man von dem Gesichtspunkte ausgeht, jene Dinge zu lehren, welche später den Kindern von Nutzen sein werden.

Vor kurzer Zeit habe ich empfohlen, daß die Grundzüge der Gesundheitslehre einen der Gegenstände bilden sollten, die in den öffentlichen Volksschulen gelehrt werden. Mein Vorschlag wurde vom Erziehungsausschuß gutgeheißen, und um einen Anfang zu machen, hielt ich den Lehrern der höheren Klassen der Mädchenschulen zwei Vorlesungen und schenkte jedem derselben eine mit der Schreibmaschine angefertigte Abschrift der Vorlesungen, damit sie die darin enthaltene Unterweisung den Mädchen, die sie unterrichten, beibringen. Der Hauptstoff der Vorlesungen war äußerst elementar, aber er enthielt das, was ich als die wesentlichsten Dinge betrachtete, und zwar in folgenden Kapiteln:

1. Reinlichkeit des Hauses und der Person;
2. Lüftung;
3. die Ernährung der kleinen Kinder;
4. allgemeine Bemerkungen über die Gesundheit.

Wenn nur einige dieser in der Schule gelehrteten Tatsachen im Gedächtnisse bleiben, so wird zweifellos viel Nutzen für den allgemeinen Gesundheitszustand daraus erwachsen. Zu einer Zeit nun, wo die Notwendigkeit einer Gesundheitslehre in den Schulen immer dringender wird, scheint es mir, daß die Zeit günstig ist, um einem Branch ein Ende zu machen, der ohne Zweifel der unselige Förderer der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten ist. Ich beziehe mich auf den herrschenden Gebrauch, Kinder unter 5 Jahren zum Besuche der Kleinkinderabteilungen der öffentlichen Volksschulen anzueifern.

Ich habe sorgfältige Untersuchungen darüber angestellt, welches die Vorteile des Schulbesuches von Kindern eines so zarten Alters wie vom 3.—5. Lebensjahre sein könnten, fand aber keine.

Es wird mir von Lehrern berichtet, daß Kinder, welche die Schule nach dem 5. Lebensjahre beginnen, ausnahmslos jene, die früher begonnen hatten, überholen, und nach dem Durchgehen eines Elementarbuches des Lehrstoffes, der in der Kleinkinderabteilung der öffentlichen Volksschulen zu Brotle behandelt wird, gestehe ich, daß darin kein Gegenstand von so dringender Wichtigkeit enthalten ist, der es notwendig machte, daß Kinder von 2, 3 und 4 Jahren das Studium dieser Gegenstände so zeitlich beginnen sollten. Ein angeführter Vorteil dieser Erziehungsmethode ist der, daß die Mütter ihre Kinder für ungefähr 5 Stunden des Tages los sind, aber ich glaube, daß dies nicht einen Augenblick lang in Erwägung gezogen werden sollte, wenn die Nachteile so groß und die Ergebnisse so unheilvoll sind.

Masern und Keuchhusten töten jedes Jahr mehr als alle anderen ansteckenden Krankheiten zusammengenommen, wie ich dies schon vorher erwähnt habe. Diese Todesfälle kommen fast alle unter dem Alter von 5 Jahren vor. In den letzten 3 Jahren finde ich in meiner eigenen Stadt, daß 75% aller verzeichneten Fälle von Scharlach im Lebensalter von 3—5 Jahren aufgetreten und daß 25% aller verzeichneten Fälle von Diphtheritis in denselben Altersklassen vorgekommen sind, also in den Altersstufen der Kinder, welche die Kleinkinderabteilung der Schulen besuchen. Der Prozentsatz der Todesfälle dieser Krankheit zwischen den Altersstufen von 3 und 5 Jahren zu den gesamten Todesfällen war folgender: Scharlach 69%, Keuchhusten 40%, Masern 73%, Diphtheritis 70%.

Es ist Tatsache, daß die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber diesen infektiösen Fieberkrankheiten desto größer ist, je später sie von denselben befallen werden; je älter ein Kind ist, desto geringer ist die Gefahr des tödlichen Ausgangs der Krankheit.

Es ist daher auch überaus wichtig, daß die Kinder in ihren frühesten Jahren von der Gefahr so fern als möglich gehalten werden. Das massenhafte Beisammensein von Kindern aller Arten und aller Stände, in Altersstufen, die am meisten für die Ansteckung mit solchen Krankheiten, eventuell in schlecht beleuchteten und mangelhaft gelüfteten Zimmern statt in reiner und frischer Luft, führt also eine Menge übler Folgen mit sich.

Die Lehre von den Grundzügen der persönlichen und häuslichen Gesundheitspflege sollte daher in öffentlichen Volksschulen vorgetragen werden und gleichzeitig jedwede amtliche Aufforderung unterbleiben, daß Kinder unter 5 Jahren Schulen besuchen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

Abteilung für Kinderheilkunde.

ERNST BUCHHOLZ (Hamburg): **Über Lichtbehandlung der Rachitis und anderer Kinderkrankheiten.** (Mit Demonstration eines Babylichtbades.)

Ausgehend von günstigen Erfahrungen mit allgemeinen Glühlichtbädern bei Erwachsenen hat Vortragender diese Methode auch bei Kindern angewandt, die ihm wegen gewisser Umstände (leichtere Durchdringbarkeit der kindlichen Gewebe für Licht, größere Hautoberfläche im Verhältnis zum Volumen als beim Erwachsenen, Möglichkeit, den Einfluß äußerer Faktoren auf die Entwicklung zu untersuchen) besonders geeignet zum Studium der Lichtbadeinwirkung auf den Organismus erscheint.

Das vom Vortragenden konstruierte Kinderlichtbad unterscheidet sich von den bisher üblichen Glühlichtbädern namentlich in zwei Punkten: 1. die Wand des Bades ist perforiert, daher Luftaustausch zwischen dem Innenraume und der Außenluft, 2. die Lampenhüllen sind mit Glashüllen bedeckt, wodurch zum Teil die Wärmestrahlen absorbiert werden.

Beide Veränderungen bewirken eine bedeutende Herabsetzung der Erwärmung der Hautoberfläche, so daß von einem Schwitzbad nicht die Rede ist. Von April bis Ende August 1904 wurden 25 Kinder behandelt, darunter 16 an Rachitis leidende. Sie wurden meist alle 2 Tage 15 Minuten lang der Bestrahlung ausgesetzt; von jeder anderen Behandlung wurde abgesehen. Nach etwa vierwöchentlicher Anwendung des Lichtbades zeigte sich deutliche Besserung des Befindens, die sich besonders in der Hebung oder Erlangung des Gehvermögens geltend machte. Günstig wirkte das Lichtbad auch bei Komplikationen der Rachitis: bei Laryngospasmus und besonders auffallend bei chronischer Obstipation, sowie ferner bei Pädatrophy. Vortragender glaubt für Rachitis, sowie für die letztgenannten Erkrankungen das Lichtbad empfehlen zu können.

Was seine theoretischen Anschauungen betrifft, so neigt er zu der Annahme einer „spezifischen Lichtwirkung“ der Glühlichtbäder, da bei der Anordnung seines Bades die Wärmewirkung stark herabgesetzt sei.

Czerny (Breslau) glaubt, daß eine Heilmethode, die gleichzeitig Obstipation, Laryngospasmus, Atrophie und Rachitis heilt, wissenschaftlich nicht diskutabel ist.

Thiemich teilt einen Fall von Eklampsie mit, der, sobald das Kind in Schweiß geriet, gefährliche Anfälle hervorrief. Das Schwitzbad ist hier also nicht zu empfehlen.

Hochsinger fragt, ob denn die Kinder nicht immer geschwitzt haben. Die Temperaturerhöhung, der sie in dem Apparat sicher ausgesetzt waren, ist nicht ungefährlich.

Schloßmann (Dresden) meint, daß er bereits vor mehreren Jahren ein besseres derartiges Modell angegeben habe, der Betrieb sei sehr teuer und das Geld könnte besser für die Ernährung der Kinder benutzt werden.

Swoboda glaubt, daß eine günstige Einwirkung auf die Rachitis auch einfach durch eine gute hygienische Pflege ohne einen solchen Apparat erzielt werden könne.

Selter (Solingen) vermißt in den Darlegungen des Vortragenden doch die genügenden exakten wissenschaftlichen Grundlagen.

Buchholz sucht in seinem Schlußwort die gemachten Einwände zu widerlegen.

THIEMICH (Breslau) demonstriert eine tragbare Säuglingswage, die er den bisherigen Modellen vorzieht, weil sie bedeutend genauere Ablesungen ermöglicht, bis zu 10 g, bei einer Belastung bis zu 10 kg. Die Wage wiegt etwa 4 kg und kostet 50 M. Sie wird von Rick & Berger geliefert

Selter hat eine ähnliche Wage für 25 M. konstruiert, bei der der Transportkasten als Unterlage für das Kind dient.

Kommel hält die Wage für einen wesentlichen Fortschritt.

Thiemich glaubt, daß das Netz, das bei seiner Wage als Unterlage dient, doch bedeutend reinlicher sei als ein Holzkasten.

RÖDER zeigt neue Moulagen von Säuglingsstühlen und teilt mit, daß es mit Hilfe der neuen Methoden der Photographie in natürlichen Farben gelungen sei, diese Moulagen vorzüglich abzubilden, so daß eine gute plastische Wiedergabe möglich ist. Das Lehmittel wird dadurch sehr erheblich verbilligt und kann weitere Verbreitung finden als die immerhin teure Moulage.

KARSTENS demonstriert eine neue Methode der Fettbestimmung, Sinazidbutyrometer, und zeigt eine dazu gehörige Zentrifuge. Der Apparat wird von Sichler & Richter in Leipzig geliefert.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Diskussion über die Vorträge der Herren FREUND, DÖDERLEIN, MACKENRODT.

Küstner ist, nachdem er schon seit 1894 sich bemüht hat, durch Verbesserung der Methode die Dauerresultate bei Karzinom zu verbessern, und nachdem er seit dieser Zeit zu der Überzeugung gekommen ist, daß die FREUNDSCHE Operation und ihre Verbesserungen vielleicht die Methode der Zukunft sein werden, durch eine nach seiner Ansicht zu hohe Mortalität von diesem Wege abgelenkt worden. Das war kurz vor dem Gießener Kongreß. Als bald aber hat er nach Bekanntgabe der MACKENRODTSCHEM und WERTHEIMSCHEM Verbesserungen der Methode sich wieder dem abdominalen Verfahren zugewendet. Sind die Ureteren in die Karzinommassen eingemauert, so sind sie zu resezierem, nicht aus dem Karzinom herauszupräparieren. So möchte K. den von OLSHAUSEN gemachten Vorschlag, daß man von oben operieren soll, wenn der Ureter herauspräpariert werden muß, modifiziert wissen. Das abdominale Verfahren ist dem Karzinom gegenüber leistungsfähiger als das vaginale. Es brauchen nicht erst Statistiken abgewartet zu werden. Es kommt alles darauf an, die postoperative Mortalität zu bessern. Da man Infektionen von der Haut und den Bauchdecken aus wohl mit Sicherheit vermeiden kann, Sepsisfälle aber immer noch vorkommen, so ist sicher, daß die veranlassenden Mikroben sich im Karzinom selbst und seiner unmittelbaren Umgebung befinden. Gute Vorbereitung des Primäraffektes, gute Technik bei der Operation, darauf kommt es in Zukunft hauptsächlich an.

Veit betont, daß wir bei unseren Laparotomien Todesfälle am häufigsten bei den abdominal operierten Karzinomfällen erleben. Die Ursache ist der Keimgehalt der Karzinome selbst. Nicht nur im Karzinom selbst, sondern auch in den Lymphdrüsen sind Streptokokken von Dr. FROMME-HALLE a. S. nachgewiesen. Es kommt daher vor allem auf eine gründliche Vorbereitung der Karzinome an. Vaginal vorbereitete Karzinome werden vaginal unmittelbar nach der Desinfektion angegriffen; abdominal vergeht eine gewisse Zeit, während der Keime wieder an die Oberfläche gelangen. Mit der Statistik ist nicht viel anzufangen, da das Material zu ungleich ist. Die Technik des neuen MACKENRODTSCHEM Verfahrens nähert sich durchaus den alten einfachen Laparotomien. Die primäre Operabilität muß geringer werden, das ist der springende Punkt.

Pankow teilt die Statistik der KROHNSCHEM Klinik mit. Bei den nach MACKENRODT operierten Fällen war eine hohe Mortalität, vor allem allerdings, weil die schwersten Fälle so operiert wurden, unter 34 Fällen mußte allein 10mal ein Teil des Ureters reseziert werden. Drüsen wurden 21mal entfernt. Eine größere Anzahl von Kranken wurde nach dem WERTHEIMSCHEM Verfahren operiert. P. weist darauf hin, daß wiederholt bei Fällen, in denen klinisch die Parametrien frei erschienen, sich bei der Operation Infiltration in denselben fand. Die Wundheilung bei dem WERTHEIMSCHEM Verfahren ist eine durchaus gute, bei dem MACKENRODTSCHEM Verfahren ist die Wundversorgung eine sehr schwere, schwere Jauchung sowohl wie Cystitiden wurden in diesen Fällen beobachtet.

Wertheim: Die Zugänglichkeit für die Gegend der regionären Drüsen und für den Ureter ist bei dem abdominalen Verfahren eine wesentlich bessere; hieraus erklären sich die weiteren Indikationen für diese Operation. WERTHEIM verfügt über eine Reihe von Fällen, die vor 5, resp. 4 Jahren nach seinem Verfahren operiert sind. Die absoluten Leistungen, auf 4 Jahre berechnet, betragen in der Wiener Klinik 18,8% Heilung bei abdominalem Verfahren, nach 3 Jahren 27,5%; es sind dies wesentlich bessere Resultate als bei dem vaginalen Verfahren. Es ist aber zu hoffen, daß die Leistungsfähigkeit der abdominalen Operation sich verbessern wird, namentlich die primäre Mortalität, die auch bei WERTHEIM immer noch 17—18% beträgt. Ein Vergleich beider Methoden nach längerer Zeit wird erst ein Urteil gestalten.

v. Franqué betont die Schwierigkeit, die Blutungen, namentlich die venösen, bei Ausschälung des Beckenbindegewebes zu beherrschen. v. FRANQUÉ sah so einen Fall von Nachblutung aus dem retrovaginalem Bindegewebe, die eine sekundäre Laparotomie notwendig machte. Allein nach der Operabilitätsziffer den Wert für die Leistungsfähigkeit des Verfahrens zu berechnen, ist nicht möglich, da in den verschiedenen Provinzen das Material, das sich zur Operation entschließt, ein zu verschiedenes ist. v. FRANQUÉ hat bei seinen vaginalen Operationen eine primäre Mortalität von 5%, bei den abdominalen von 15%, allerdings sind für letzteres Verfahren nur die schwersten Fälle ausgewählt worden.

Martin: Der abdominalen Methode scheint sich das allgemeine Interesse zuzuwenden, nur auf dem Wege der größten Freilegung werden wir zu günstigen Resultaten kommen. Die Technik ist sehr wichtig. Mit dem Hufeisenschnitt,

den **MACKENRODT** anwendet, hat M. schlechte Erfahrungen gemacht, eine möglichst ausgiebige Spaltung in der Medianlinie ist vorzuziehen. Auch bei dieser läßt sich der Ureter vollkommen freilegen, das Beckenperitoneum entfernen. Die mittelbaren Resultate, die wenig befriedigend bei dem abdominalen Verfahren sind, sind durch die Infektiosität des Neoplasma selbst bedingt. Die Zeit der bisher beobachteten Fälle ist jedoch viel zu kurz. Wenn man auch den ganzen Drüsenapparat an der Wirbelsäule entfernen kann, so zeigen doch Obduktionen häufig, daß auch hoch bis an die Nierengefäße karzinomatöse Drüsen sich finden, die nicht zu entfernen sind. Es sind daher die Dauerresultate bis jetzt keineswegs einwandfrei, auch hier können noch Drüsenrezidive eintreten. Kokain-Adrenalininjektionen vermindern, da sie die Zeit der allgemeinen Narkose verkürzen, die Gefahren der abdominalen Laparotomie.

H. W. Freund: Die abdominalen Operationen sind zwar häufig sehr schwierig, aber bei den beginnenden Karzinomen sind dieselben leichte, die sehr zufriedenstellende Übersichtlichkeit ergeben. **H. W. Freund** sah unter 15 Fällen 2 primäre Todesfälle. Mit dem Medianschnitt und der alten Methode kommt man nicht so weit wie mit dem Hufeisenschnitt.

Hofmeier: Nur die praktische Erfahrung kann in der Frage, ob eine vaginale oder abdominale Operation vorzuziehen sei, entscheiden. Wenn auch die Zahl von 5 Jahren eine durchaus willkürliche ist, da auch nach dieser Zeit Rezidive auftraten, so müssen wir doch beherzigen, daß die meisten Rezidive in den ersten 2 Jahren eintreten. Die Korpuskarzinome dürfen nicht in die Statistik mit aufgenommen werden, da dieselben so ungleich gutartigere sind. Bei Myomoperationen blieb uns kein anderer Weg als der abdominale, bei den Karzinomen stehen uns aber zwei Wege zur Verfügung, von denen jedenfalls der vaginale wesentlich weniger gefährlich ist. — Ob auf die Dauer bei abdominalem Verfahren die Resultate günstiger sein werden, bleibt abzuwarten. Über die Entfernung der karzinomatösen Drüsen sei von den Rednern wenig gesagt; wenn **WERTHEIM** sagt, daß dieselbe häufig keinen Wert habe, so fällt ein großer Vorzug des abdominalen Verfahrens fort. Hieranfiin wurde ursprünglich das Verfahren inauguriert, jetzt erweist es sich ergebnislos bei Ergriffensein der Drüsen. **HOFMEIER** hat einen Fall von Karzinom in Behandlung, bei dem nach 20 Jahren nach einer supravaginalen Amputation, obwohl das Karzinom auf ein Parametrium übergegriffen hatte, Rezidivfreiheit besteht. Die Karzinome sind also ungleich in ihrem Verlaufe.

Döderlein weist auf den Widerspruch hin zwischen den Angaben in der **GELLMORNSCHEN** Arbeit aus der **MACKENRODT'SCHEN** Klinik und **MACKENRODT'S** jetzigen Angaben. In der **GELLMORNSCHEN** Arbeit finden sich keine Dauerresultate von 44% bei vaginaler Operation verzeichnet. Die Drüsen aufzusuchen, dürfen wir keineswegs angeben, aber man soll dieses im Beginn der Operation, sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle machen; die Härte der Drüsen spricht für die karzinomatöse Beschaffenheit derselben; gehen die Drüsen hoch hinauf bis zum Zwerchfell, so hat natürlich eine Radikaloperation keinen Wert. D. operiert nach **WERTHEIM**, vernäht aber nach Schluß der Operation das Peritoneum vollständig. Das Offenlassen, das man allerdings nicht immer vermeiden kann, gibt ungünstige Resultate. Durch Anlegen einer queren Klemme um die freipräparierte Scheide kann man die Infektion am besten vermeiden. Die Blutungen an der Beckenwand lassen sich allerdings bei zu weiter Ausdehnung nicht vermeiden; man darf daher wohl in das Parametrium weit vordringen, aber nicht in die Tiefe des kleinen Beckens, da wir sonst sehr üble Erfahrungen machen werden.

BAISCH: Indikationen und Resultate der Sekundäroperationen.

BAISCH spricht an der Hand 7jähriger Erfahrungen, die in Tübingen bei 1200 Laparotomien und 850 vaginalen Operationen gesammelt wurden, über Indikationen und Resultate von Sekundäroperationen bei infektiösen Prozessen und bei Ileus. Für die zirkumskripte Pelveoperitonitis ist die Colpotomia post. indiziert, die auch als Probe-kolpotomie in allen diagnostisch zweifelhaften Fällen von fieberhaften Komplikationen im Heilungsverlauf ausgedehnteste Anwendung verdient. Sie wurde 17mal vorgenommen, 16mal mit vollem Erfolge. Die Resultate der Relaparotomie bei allgemeiner Peritonitis mit oder ohne Ileus-erscheinungen sind sehr schlecht, sämtliche 12 Fälle sind gestorben, darunter 3 Fälle mit freiem eitrigen Erguß. Wesentlich günstiger ist das Ergebnis der Relaparotomie bei mechanischem Ileus: von 13 Fällen sind 10 geheilt. Differentialdiagnostisch ist gegenüber dem septisch-paralytischen Ileus vor allem die Beachtung des Pulses wertvoll, ferner das zeitliche Auftreten der Hautsymptome: Bei septischem Ileus schon am 4. Tage Höhepunkt derselben, bei mechanischem nicht vor Ende der 1. oder Anfang der 2. Woche, einzelne leicht erkennbare Fälle (Darmnaht etc.) ausgenommen. Ätiologisch spielen alte bei der ersten Operation schon vorhandene Adhäsionen die größte Rolle, sie waren in 85% der Fälle vorhanden.

Der Ileus nach vaginalen Operationen ist häufig durch Lösung der Verwachsungen auf vaginalem Wege zu beseitigen: 4 erfolgreiche Fälle. Für den Erfolg der Relaparotomie ist die Entleerung des Darms von Wichtigkeit. Sie geschieht zur Verhütung einer Infektion der Bauchhöhle und Bauchwunde mit einem mittelstarken Troikart.

FROMME: Über mechanische Sterilisation der Gummihandschuhe.

FROMME befürwortet die Anwendung von Gummihandschuhen. Dieselben sollen nach Sterilisation trocken angezogen werden; bei mehreren Operationen dürfen dieselben Handschuhe nach mechanischer

neuer Sterilisation mit Wasser, Sublimat etc. wieder getragen werden. **Fr.** wies nach, daß durch einfaches Abspülen mit heißem Wasser und Abreiben mit Seife und Watte keine genügende Sterilisation erfolgt. Erst eine anschließende, 2 Minuten lange Sublimatwaschung ergab besten Erfolg; man muß also 4 Minuten lang mit fließendem Wasser, Seife und Watte abreiben und mit 2 Minuten langer Sublimatwaschung nachbehandeln. Besonders für den praktischen Arzt, der bei Geburtshilfe nicht imstande ist, in Heißluft den Handschuh zu sterilisieren, sind diese Versuche von Wichtigkeit.

ASCH: Schnittführung und Naht.

Im allgemeinen reicht der mediane Schnitt bei Laparotomien aus, von der Querspaltung der Haut beim suprasymphysären Hautschnitt und dem suprasymphysären Faszienquerschnitt sieht **ASCH** keinen wesentlichen Nutzen. **ASCH** glaubt, daß auch beim Medianschnitt Hernien ebenso gut vermieden werden können, wie bei dem Faszienquerschnitt. Bei primärer Heilung ist die Gefahr einer Hernienbildung sehr gering, unter 80 primär geheilten Fällen sah **ASCH** nach 7 Jahren keine Hernie, unter 11 sekundär geheilten trat 2mal, bei denen die Eiterung unter der Aponeurose ihren Ursprung hatte, eine Hernie ein, während bei 8 Fällen, in denen es sich nur um Hauteiterung handelte, keine Hernie eintrat. Der Schnitt in der Linea alba bringt allerdings gewisse Gefahren mit sich; schneidet man im Muskel, so entgeht man dieser Gefahr, der Muskel braucht nach Trennung der oberen Aponeurose nur zur Seite geschoben zu werden und bildet alsdann die beste Stütze für die Aponeurose. Das Peritoneum wird fortlaufend mit Catgut genäht (von oben durch Knopfnähte geschlossen, und zwar mit Silkworm, das den Vorzug der leichten Sterilisierbarkeit hat; die Enden werden mit dem Paquelin abgebrannt, um ein Stechen durch die Enden zu vermeiden). Bei der **ALEXANDER-ADAMSCHEN** Operation kommt es vor allem auf eine möglichst sorgfältige Naht an, die Nähte müssen das Ligamentum der Länge nach anheften und nicht das Lig. rotundum querfassen. Die Hautnaht darf hierbei die Haut nicht durchdringen, sondern muß nach **POZZI** unter der Oberfläche durchtreten.

Diskussion über die Vorträge der Herren KÜSTNER¹⁾, BAISCH, FROMME und ASCH.

Martin: Die Fortschritte der Gummihandschuhe zeigen sich in der Statistik des Herrn **KÜSTNER** nicht recht. Zu den sekundären Operationen hat sich **MARTIN** seltener entschlossen, manchen Fall von postoperativen Ileus sah er ohne Operation heilen; es sollte entschieden werden, wo darf, wo kann und wo muß bei mechanischem Ileus operiert werden. Für die Vorzüge, die der suprasymphysäre Querschnitt haben soll, fehlen bis jetzt längere Beobachtungen. Die Laparotomien in ihren schönen Resultaten sind nicht der einzige Weg, der zum Ziele führt; es fragt sich immer: wann können wir vaginal operieren? Die Zukunft wird lehren, daß in vielen Fällen die vaginale Operation die günstigsten Resultate gibt, bessere als die abdominale Laparotomie. Denn bei ihnen fallen die sekundären Gefahren der Laparotomie fort.

Gottschalk: Der partielle Meteorismus ist ein sehr wichtiges Symptom für die Diagnose des mechanischen Ileus, ebenso das Sinken der Temperatur bei Steigen des Pulses. Mit dem operativen Eingriff soll man nicht zu lange warten. Die Naht der Aponeurose mit nicht resorbierbarem Material (Zelluloidzwirn) wird auch von **GOTTSCHALK** ausgeführt.

Sticher spricht sich entschieden gegen eine mechanische Desinfektion der Gummihandschuhe aus, da derselbe hierdurch seine Glätte, den Hauptvorzug der Gummihandschuhe, verliert.

Döderlein: Der Entschluß zur Relaparotomie wird allerdings auch ihm stets sehr schwer, erst wird alles, so auch die Eingießungen von Rizinusöl in großen Mengen versucht, versagen aber die inneren Mittel, so bleibt nur der operative Eingriff. Der suprasymphysäre Querschnitt ist durchaus zweckmäßig.

P. Müller, welcher häufig den suprasymphysären Querschnitt ausführte, ist von demselben mehr zurückgekommen, weil er wiederholt Hämatomate nach demselben beobachtete.

ASCH hat Zelluloidzwirn wieder verlassen, die die Sterilisierbarkeit desselben schwerer ist als die des Silkworm. Die Bevorzugung von vaginalen Operationen hält er wie **MARTIN** für vollständig gerechtfertigt.

Küstner hat sehr viel den suprasymphysären Querschnitt verwandt. Hämatomate sah K. selten.

Pankow sah bei suprasymphysären Querschnitt auch einige Male Hämatomate, aber stets oberhalb der Faszie, exakte Blutstillung im Fettgewebe ist notwendig.

NEUGEBAUER demonstriert 2 Hermaphroditen.

1. Fall. Breite Schultern, enges Becken, männliche Erscheinung tiefe Stimme, vollständig männlicher Knochenbau. Ein Hoden außerhalb normal entwickelt, nur klein. Beide Samenstränge zu fühlen. Kleiner Penis, aber unter diesem ein Eingang in einer Scheide. Die Person, welche 44 Jahre alt, ist als Frau erzogen, obwohl sie sicher ein Mann ist.

¹⁾ S. „Wiener Med. Presse“, 1904, Nr. 39.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VI.

Die Epitheliome und ihre Behandlung.

Darier (Paris), Ref., bespricht die Klassifizierung der Epitheliome. In Frankreich versteht man unter Epitheliome der Haut alle Tumoren, die von einer atypischen Wucherung der Epidermis und ihrer Anhangsgebilde abstammen. Die Einteilung beruht, da alle anderen Prinzipien versagen, auf der Anatomie. D. stellt folgendes Schema auf:

I. Epitheliomata spino-cellularia (Keratinisierung).

- a) E. papillaria cornea (oberflächliche Bildungen).
- b) E. cancroidea (tiefe Bildungen).

II. Epitheliomata baso-cellularia (keine Keratinisierung).

- a) Ulcera rodentia.
- b) E. adenoidea.
 - a) E. hidradenoidea.
 - β) E. steatadenoidea.
- c) E. cylindromiformea.

III. Epitheliomata naevo-cellularia.

- a) E. naevocellularia benigna.
- b) E. naevocellularia maligna.
- c) E. metastatica.

UNNA (Hamburg), Korref., hat eine Ausstellung der Präparate einer Anzahl von Autoren zusammengebracht, welche über Krebsparasiten gearbeitet haben. U. erörtert den Stand der Frage und schildert die Befunde von **PLIMMER**, **FOA**, **BOSSE**, **BOOREL**. **PLIMMER** spricht sich über die Natur der von ihm gefundenen Körper nicht aus. U. schildert nun eine von ihm gefundene neue Zellart, die X-Zellen, die besonders reichlich beim spitzen Kondylom, regelmäßig aber auch beim Epitheliom vorkommen. Die X-Zellen, in toto degenerierte Stachelzellen, sind scharf von den Hyalinbildungen des Karzinoms zu trennen; Hyalin konserviert die Epithelfasern, die X-Zellen verlieren sie dagegen, X-Zellen haben stets Kerne, Hyalinbildungen sind meist kernlos; findet sich in Hyalinbildungen ein Kern, so ist er normal. Der Kern der X-Zelle besteht nie aus Chromatin und Kernsaft, sondern stets allein aus Kernkörperchensubstanz (Plastin). Radiäre Streifung der Zellsubstanz, die bei den Krebsparasiten beschrieben wurde, kommt regelmäßig in den Hyalinperlen vor, sie wird von den Epithelfasern erzeugt. Bei der hyalinen Degeneration schwillt das Außenplasma zu glasharten Schalen an und erzeugt eine Abplattung der benachbarten Stachelzellen. U. kommt bei Prüfung der **FEINBERG**schen Lehre, daß die Protozoenkerne (Kernpunkte) sich durch den konstanten Mangel an Plastin von den Krebszellkernen unterscheiden, bei Anwendung der modifizierten **PAPPENHEIM**schen Färbung zu dem Schluß, daß bei der Mitose eine gesetzmäßige Ortsveränderung des Plastins und Zerstreuung desselben im Protoplasma stattfindet. Diese Plastintropfen, zuweilen von einem hellen Hof umgeben, sind mit den **PLIMMER**schen Körpern nicht zu verwechseln. Dagegen zeigt sich (bei Färbung mit polych. Methylenblau-Pappenheim) in den Krebszellen (Brustdrüsenkrebs) eine Kerndegeneration, bei der das Chromatin schwindet, das Plastin sich auf einzelne Tropfen zurückzieht, worauf der Kern derart eingekerbt und gelappt wird, das er schließlich in mehrere runde oder ovale Abteilungen zerfällt, deren Zentrum je ein Plastintropfen darstellt. Diese vom Kern losgelösten Teile mit Plastinpunkt im Zentrum ähneln außerordentlich den **PLIMMER**schen Körperchen. Es kommen auch viele solche Gebilde mit zwei Plastintropfen vor (Diplokokkenform) und mit mehreren (Rosenkranzform). Wo die Plastinzentren noch nicht völlig Tropfenform angenommen haben, besitzen sie spitze Ausläufer (Komma-, Sichelform).

Petersen (Petersburg) weist auf die zahlreichen Fälle hin, die vor allem auf dem Lande chirurgische Therapie zurückweisen und Finsentherapie nicht anwenden können. Er hat bei kleinen Epitheliomen überraschend günstige Resultate von Umschlägen von 5%iger Sodalösung mit nächtlicher Anwendung von Borvaseline gesehen.

v. Bergmann (Berlin) hält vor allem einen Vergleich der mit den neuen Lichtmethoden erzielten Resultate mit den chirurgischen Erfolgen für nötig. Er hat die Resultate seiner Klinik zusammenstellen lassen.

Schlesinger (Berlin) berichtet über 171 in der **BERGMANN**schen Klinik an Epitheliomen des Gesichts operierte Fälle, von denen Nachricht eingezogen werden konnte. 106 lebten 3 Jahre nach der Operation rezidivfrei. 18 waren 3 Jahre nach der Operation rezidivfrei, an anderen Krankheiten gestorben, d. h. 71% waren geheilt. An Rezidiven gestorben waren 25, mit Rezidiven lebten 3, d. h. 15% Rezidive. Die Resultate sind um so ermutigender, als die kosmetischen Erfolge, wie die Vorstellung von 40 Kranken beweist, sehr gute sind. Die Technik der Plastik ist so ausgebildet, daß ohne jede Rücksicht auf den kosmetischen Erfolg operiert werden kann. Die Wirkung der Strahlen

schwächt sich nach der Tiefe zu ab, aber gerade nach der Tiefe wächst das Karzinom. Ganz machtlos ist die Strahlentherapie gegen die Drüsenmetastasen. Die Fälle scheinen sich jetzt zu mehren, die unter Lichttherapie so ver schlechert werden, daß als Ultimum refugium zum Messer gegriffen werden muß.

Petri-di-Galatz (Bukarest) tritt gleichfalls für die chirurgische Behandlung der Epitheliome ein. Gleichzeitig injiziert er kakodylsaures Natrium. Einige Projektionsbilder erläutern seine Heilungsergebnisse.

Róna (Budapest) stellt die klinisch und histologisch gutartigen Epitheliome zusammen: 1. Hydradenomes eruptiva, 2. Multiple Geschwülste der behaarten Kopfhaut (Endotheliome), 3. Endothelioma adenoides cysticum, 4. Adenoepitheliome, 5. Ulcus rodens. 1—3 sind sicher Epitheliome, keine Endotheliome, sind eine kongenitale Difformität, also Naevi, deren Tumorelemente epithelialen Ursprungs sind. Sie neigen zur hornigen, cystischen usw. Degeneration. Ihre Zellen gleichen den basalen Zellen. Die Adenome (der Talg- und Schweißdrüsen) sind histologisch scharf getrennt, beruhen aber auch auf einer kongenitalen Anlage. Den Übergang in Epitheliome vermitteln die Adeno-Epitheliome. Das Ulcus rodens gehört zu den Epitheliomen, weil es aus den Epithelien des „Systeme pulo-sebacé“ hervorgeht. Ätiologisch und klinisch nimmt es eine Sonderstellung ein. Die weitere Forschung muß vor allem die Gründe für die relative Bösartigkeit der Basalzellentumoren und Kankroide feststellen.

Dubreuille (Bordeaux) empfiehlt zur Behandlung des Ulcus rodens eine Paste aus: Talc. Venet. 10'0, Gumm. arab. 1'0, Acid. arsenicum 1'0, Aq. q. s. ut f. past. mollis. Diese Arsenikpaste wird auf das spontane oder nach Anwendung des Thermokauters künstlich exulzerierte Epitheliom aufgelegt. Es folgt eine unter heftigen Schmerzen verlaufende Entzündung; nach 2 bis 3 Tagen fällt die Kruste mit der nekrotisch gewordenen Neubildung ab. Die zuweilen auffallende Tiefe des zerstörten Gewebes erklärt sich durch die Tiefenentwicklung des Epithelioms. Der kosmetische Erfolg ist ein guter, da die Narben ganz glatt werden. Die Arsenikpaste ist bei der Knotenform und bei den gewöhnlichen langsam verlaufenden benignen Formen des Ulcus rodens indiziert; bei den sehr ausgebreiteten progressiven Fällen wirkt sie wenigstens palliativ. Auch bei den zur Atrophie der Haut Veranlassung gebenden Formen des Ulcus rodens der Stirn gibt die Arsenikpastenbehandlung bessere Resultate als die Operation.

Marschalko (Koložsvár) demonstriert den Heileffekt einer in wenigen Sitzungen innerhalb 14 Tagen durchgeführten Röntgentherapie an einem sehr ausgedehnten Fall von Kankroid, wo die chirurgische Behandlung wegen der Lokalisation an den Augen nicht angebracht schien.

Lesser (Berlin) präzisiert seine Erfahrungen dahin, daß die oberflächlichen, erfahrungsgemäß nicht zu Metastasen führenden Epitheliome, ebenso wie die nicht mehr operablen das Feld der Röntgentherapien seien, alle übrigen sind chirurgisch zu behandeln.

Boorel (Paris) hat den Mäusekrebs genauer studiert und wiederholt Epidemien von Mäusekrebs festgestellt. Das Zusammenwohnen in den Käfigen gibt gute Bedingungen zur Entwicklung der Tumoren, aber die inneren Ursachen der Übertragung sind noch nicht bekannt. — Das Adenokarzinom der Mäuse ist ebenso wie der Tumor **JENSEN**s übertragbar, man muß aber Teile der Geschwulst und lebende Zellen übertragen. Stark zerriebenes oder durch Papier filtriertes Gewebe ist nicht mehr virulent. Mikroskopisch sind virulente Elemente nicht festzustellen.

Darier und **Roussy** (Paris) fanden wiederholt bei Frauen multiple Tumoren, die histologisch den kutanen Sarkoiden **BORCZ**s, dem Erythema induratum **BAZIN**s, den tuberkulösen Tumoren im allgemeinen gleichen. Obwohl Tuberkelbazillen nicht in den Geschwülsten gefunden wurden, reagierten die Kranken doch lokal und allgemein auf Alt-Tuberkulin. Um die Annahme, daß die Tumoren nicht durch Tuberkelbazillen, wohl aber durch die Stoffwechselprodukte der Tuberkelbazillen hervorgerufen werden, zu begründen, wurden weißen Ratten abgetötete Tuberkelbazillen injiziert. Es entstanden aber nur käsige Abszesse. Dagegen gelang es durch Injektion des Chloroformauszuges der abgetöteten Tuberkelbazillen Tumoren zu erzeugen, die völlig den Sarkoiden gleichen.

Werther (Dresden) betont, daß die Radiographie nicht für alle Fälle ausreicht.

Hahn (Bremen) hält, wie **SCHLESINGER**, die chirurgische Entfernung für die Methode der Wahl.

Freund (Wien) macht darauf aufmerksam, daß bei Röntgenbestrahlung tiefe Tumoren schneller wuchern als unbestrahlte.

Herxheimer (Frankfurt a. M.) hat von 21 mit Röntgen behandelten echten Hautkarzinomen 3 geheilt entlassen. Ein Kranker ist ein Jahr lang geheilt geblieben. Dagegen wurde bei einem auf den Knochen übergreifenden Karzinom der Stirnhaut zwar Heilung der Hautaffektion durch X-Strahlen erzielt, die 1/2 Jahre später vorgenommene Sektion aber Karzinomatose der Meningen und des Gehirns. In einem Fall von Karzinom der Oberlippe, das auf den Oberkiefer übergriff, folgte einer anfänglichen Besserung sehr bald eine beträchtliche Verschlimmerung. Ähnlich entstand bei einem Karzinom der Haut der linken Leiste nach der anscheinend gut vertragenen Röntgentherapie Karzinomatose der Lymphbahnen und Übergang der Erkrankung auf Oberschenkel und Bauchhaut.

v. Hansemann (Berlin) hält den von **KROMPECHER** geschaffenen Begriff des Basalzellenkrebses für nicht haltbar. Alle Epithelien stammen schließlich von der Basalschicht ab. Auch die Abstammung der Naevi von der Epidermis kann v. H. nicht zugeben, obwohl die Dermatologie allgemein die neue Lehre angenommen hat. Die aus Naevus hervorgegangenen Geschwülste sind demnach auch gar keine Epitheliome, sondern Sarkome.

Delbanco (Hamburg) hält gegenüber v. **HANSEMANN** die epitheliale Natur der Naevi, sowie die Eigenart des Basalzellenkrebses aufrecht. Wenn auch

der Name unglücklich gewählt sei, so sei doch an der Besonderheit der durch ihre Gutartigkeit ausgezeichneten Epitheliome nicht zu zweifeln. Für die Frage der Dauerheilung ist bei jeder Therapie die Beteiligung der Drüsen maßgebend; fehlt die letztere, so erzielt man auf allen Wegen, auch auf dem chirurgischen, Erfolge. Die Röntgentherapie muß gegenüber der Tatsache der Umwandlung einer Röntgndermatitis in Kankroid mit großer Vorsicht geübt werden.

Notizen.

Wien, 5. November 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung hielt zunächst Dr. M. SILBERMARK den angekündigten Vortrag: „Über Lumbalanästhesie.“ Auf Grund der Erfahrung, welche über diese Methode an der Abteilung v. MOSETIGS an 232 Fällen gesammelt worden sind, gelangte Vortr. unter anderem zu dem Schlusse, daß die Spinalanästhesie nicht gefährlicher als die Inhalationsnarkose sei und daß sie die Infiltrationsanästhesie an Bedeutung insofern überrage, als die anatomischen Verhältnisse durch sie unverändert erhalten bleiben. Die Altersgrenze für ihre Anwendung bilde das 16. Lebensjahr; sie eigne sich für alle unterhalb der Nabelhöhe auszuführenden Operationen. — Hierauf folgte der Vortrag von Dr. KARL GLAESSNER: „Experimentelles über Obstipation.“ Vortr. hat durch Erzeugung von chronischer Obstipation an Hunden die Frage der durch Stuhlverhaltung bedingten Autointoxikation zu lösen gesucht. Er ging hierbei in der Weise vor, daß er ein Darmstück des Versuchstieres gegenschnittete, d. h. ausschnitt und verkehrt wieder einnähte. Die Folge davon war eine chronische Obstipation mit folgenden Teilerscheinungen: In den Fäzes Abnahme der Trockensubstanz und des Gehaltes an Stickstoff, welcher in Spaltungsprodukten des Eiweißes enthalten war, und Überwiegen basischer Stickstoffverbindungen; im Harn: Ansteigen des Stickstoff- und Ammoniakgehaltes bis zur nächsten Defäkation und allmähliche Abnahme der Harnmenge. Als Resultat seiner Untersuchungen legte G. den Gedanken nahe, daß die Autointoxikation bei der chronischen Obstipation möglicherweise als Säurevergiftung aufzufassen sei.

(Universitäts-Nachrichten.) An der Berliner Universität werden im laufenden Wintersemester besondere praktische Anatomiekurse für weibliche Studierende abgehalten. Entspricht eine derartige Separation den Bestrebungen der weiblichen Studentenschaft? — Der kürzlich verstorbene Chemiker Prof. HUPPERT hat der Prager Universität den Betrag von 30.000 K. zu Stiftungen für Mediziner dieser Hochschule hinterlassen.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. GEORG WEBER ist zum Garnisonschefarzte in Graz, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. FRIEDRICH MAURER zum Garnisonschefarzte in Kronstadt, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. ARTUR TSCHUDI zum Sanitätschef des 7. Korps und Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. WILHELM HELTNER zum Kommandanten des Garnisonsspitals in Nagyszeben (Hermannstadt) ernannt worden. — Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. KARL FALNIGL ist in den Ruhestand versetzt und ihm der Ausdruck der kaiserlichen Zufriedenheit bekannt gegeben worden; ebenso wurde der Ausdruck der kaiserlichen Zufriedenheit bekannt gegeben dem Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. BRONISLAUS MAJEVSKI in Anerkennung der mit eigener Lebensgefahr bewirkten Rettung eines Arbeiters vom Tode des Ersticken. — St.-A. Dr. WENZEL ŠEBESTA ist zum Garnisonsspital Nr. 11 in Prag, St.-A. Dr. EDUARD MAZEL zur Militär-Oberrealschule und St.-A. Dr. JOHANN STEINER zum Reichs-Kriegsministerium transferiert, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOHANN SCHÖFER ist zum Sanitätschef des Militärkommandos in Zara, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. ISIDOR KAST zum Garnisonschefarzte in Reichenberg, Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. ALBIN BENATZKY zum Garnisonschefarzte in Klagenfurt und St.-A. Dr. JULIUS ROTTENBERG zum Garnisonschefarzte in Raab ernannt worden.

(Personalien.) Geh. Rat EHRICH in Frankfurt a. M. ist zum auswärtigen Mitgliede in der math.-phys. Klasse der königl. Gesellschaft der Wissenschaften in Göttingen, Geh. Rat SENATOR zum Ehrenmitgliede des ärztlichen Vereines München ernannt worden.

(Die Lupus-Heilstätte) in Wien, ein Filialinstitut des k. k. Allgemeinen Krankenhauses, ist am 29. v. M. in ihrem provisorischen Heim in der Czermakgasse (Währing) eröffnet worden.

(Publizistisches.) In der diesjährigen Generalversammlung der Deutschen medizinischen Fachpresse ist als Hauptthema die Frage der medizinischen Orthographie erörtert worden. Der Referent KOSSMANN trat dafür ein, daß alle aus den klassischen Sprachen stammenden Termini technici nach den Regeln der lateinischen Orthographie zu drucken seien. Nach längerer Diskussion wurde folgende Resolution angenommen: „Die freie Vereinigung der Deutschen medizinischen Fachpresse nimmt das Referat KOSSMANNs mit Dank und Anerkennung zur Kenntnis, beschließt jedoch vorläufig in betreff der Schreibweise medizinischer Kunstausdrücke nichts Bindendes, sondern ersucht den Vorsitzenden, mit der deutschen chemischen Gesellschaft und der deutschen anatomischen Gesellschaft vorerst Fühlung zu nehmen, um eventuell ein gemeinsames Regulativ auszuarbeiten.“ — Es handelt sich lediglich um die Orthographie der eigentlichen Kunstausdrücke, z. B. um die Frage, ob wir Colon oder Kolon, Cystitis oder Zystitis, Cervix oder Zervix schreiben sollen. — Über die Publikation polemischer Artikel und Prioritätsreklamationen wurde beschlossen, daß es das Recht der Redaktion sei, solche aufzunehmen, vorausgesetzt, daß dieselben keine direkten Beleidigungen enthalten und dem Angegriffenen zur sofortigen Erwiderung vor dem Abdruck zugänglich gemacht werden. Die Erwiderung erscheint in derselben Schrift wie der Angriff und darf jenen an Länge nicht übertreffen. Die Verantwortung trägt der Autor, nicht der Redakteur. — Die nächstjährige Versammlung wird in Wien stattfinden.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Ein Arzt in J. wurde in Abwesenheit des zugehörigen Kassenarztes zu einer Entbindung in der Familie eines Kassenmitgliedes gerufen und erledigte die Geburt bis auf die Nachgeburt, welche der inzwischen gekommene Arzt entfernte. Der letztere richtete nun an die zuständige Ärztekammer die Anfrage, ob sein Kollege berechtigt sei, ein Honorar zu beanspruchen und in welchem Ausmaße. Die Antwort der betreffenden — es war die mährische — Ärztekammer lautete, der Arzt sei berechtigt, ein Honorar nach dem Ausmaße von 60% der Ansätze des kundgemachten Ortsminimaltarifes zu beanspruchen.

(Literarisches.) Die Herren M. KLOPSTOCK und A. KOWARSKY in Berlin, welche das von uns in Nr. 43 d. J. besprochene „Praktikum der klinischen, chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden“ verfaßt haben, teilen uns, um Irrtümern zu begegnen, mit, daß die in dem Buche enthaltenen Illustrationen keine Originalabbildungen darstellen, sondern zum großen Teile früheren Arbeiten der Autoren selbst, sowie Werken entnommen sind, welche im gleichen Verlage wie das genannte Praktikum (Urban & Schwarzenberg) erschienen sind; so entstammen 29 dieser Abbildungen der „Diagnostik der inneren Krankheiten“ von v. JAKSCH. Durch ein bedauerliches Versehen sei in einem Teil der Auflage die Quellenangabe unterblieben.

(Die freie Arztwahl in Berlin.) Vom 1. Januar 1905 ab verbleiben, wie wir der „Med. Ref.“ entnehmen, bei der freien Arztwahl in Berlin zirka 80.000 Versicherte, es gehen ab zirka 134.000. Der Abfall von der freien Arztwahl wird nach außen damit begründet, daß dieses Arztsystem den Kassen zu große Kosten auferlege. Aus dem Berichte des statistischen Amtes der Stadt Berlin über die Arbeiterkrankenversicherung im Jahre 1903 geht hingegen deutlich hervor, daß dieses Berichtsjahr zumindest eine Unterwertigkeit des Systems der freien Arztwahl gegenüber dem der beschränkten Arztwahl in keiner Weise dartut; eher das Gegenteil. Der Bericht führt zu dem zwingenden Schluß, daß das Arztsystem an der Verschlechterung des Budgets der Kassen am allerwenigsten die Schuld tragen könne.

(MERCKs Jahresbericht.) Der diesjährige (17.) Jahrgang dieser von E. MERCK in Darmstadt herausgegebenen Jahresberichte über die Nova des Jahres 1903 ist uns soeben zugegangen. Diese Berichte, deren Übersichtlichkeit und musterartige Anordnung allgemeine Anerkennung gefunden haben, sind nachgerade Ärzten und Pharmazeuten unentbehrlich geworden, da sie ein alljährlich er-

scheinendes gutes Nachschlagebuch über die neuesten Präparate, deren physiologische Wirkung, Anzeigen und Verschreibweise darstellen.

(Statistik.) Vom 23. bis inklusive 29. Oktober 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7298 Personen behandelt. Hiervon wurden 1545 entlassen, 131 sind gestorben (7·81% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 100, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 77, Scharlach 50, Masern 100, Keuchhusten 6, Rotlauf 45, Wochenbettfieber 8, Röteln —, Mumps 4, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 529 Personen gestorben (+ 45 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Wien ist am 1. November der Stabsarzt Dr. ALFRED ZIMMERMANN, Vorstand der chirurgischen Abteilung des Garnisonsspitals Nr. 1, im 40. Lebensjahre gestorben. Ein tragisches Geschick, eine septische Infektion nach Insektenstich, hat den ausgezeichneten Chirurgen und Operateur, einen Schüler GUSSENBAUERS, den hingebenden Arzt und Kameraden, den braven, integren Menschen, seinem Berufe, seiner Familie und den zahlreichen Freunden geraubt, die er sich im Leben erworben. — Gestorben sind ferner: In Freiburg der Med.-Rat Dr. FRITSCHI, Ehren doktor der dortigen Universität, 63 Jahre alt; in Berlin der Oberstabsarzt Dr. VOIGTER, und San.-Rat Dr. SAMTER im 69. Lebensjahre; in Florenz der Privatdozent für interne Pathologie Dr. U. FLORA.

Das November-Avancement der Militärärzte.

I. Im militärärztlichen Offizierskorps.

Ernannt wurden:

Zum Generalstabsarzt: der OstA. I. Kl.: Dr. J. Kepes;
zu Oberstabsärzten I. Klasse: die OstA. II. Kl.: DDr. B. Smatla, J. Polašek, E. Neuber, A. Thurnwald, M. Boček, Ph. Peck, J. Pal-kovics, R. Büsch v. Tessenborn, W. Reinel und W. Zeisberger;
zu Oberstabsärzten II. Klasse: die StA. DDr. J. Majorkovits, A. Drach, L. Klein, A. Segel, J. Unger, O. Pelzl, L. Herz, A. Pick, R. Ritter v. Töply, K. Gömöry, A. Schücking, S. Dynes;
zu Stabsärzten: die RÄ. I. Kl.: DDr. N. Feldmann, E. György v. Ikland, I. Tritsch, J. Halphen, F. Steiner, A. Buraczynski, E. Roth, S. Zeilendorf, F. Welzenberg, S. Ritt. v. Karas, A. Švanda, E. Stehlik und F. Zhuber v. Okróg;
zu Regimentsärzten I. Klasse: die RÄ. II. Kl.: DDr. A. Ströszner, K. Rozwadowski, L. Neuhoff, G. Gellner, A. Bakowski, F. Brecht v. Brechtendberg, E. Habrich, B. Grauer, J. Henning, R. Doerr, R. Trenkler, A. Kottas, I. Masny, E. Pap, E. Wurdack, A. Lazarus, H. Kilian, K. Krenn, O. Lazarus, A. Stauch, E. Lebenhart;
zu Regimentsärzten II. Klasse: die OÄ.: DDr. R. Kiffe, O. Kohlfürst, L. Baumbach, O. Heinz, J. König, G. Zuber, J. Mikulecz, M. Rieder, A. Kostka, K. Lonauer, K. Gansl, J. Schida, M. Jüttner, F. Popu, P. Pietruszewicz, E. Michálek, A. Lukáš, L. Orlowski, L. Kovács, J. Přibil, J. Sura, W. Michl, W. Michl I, F. Hynek, T. Kasprzycki, W. Zeman, J. Hackel, F. Reuter, W. Bobek, K. Schwing, J. Świątkowski und A. Plischke.

II. Im marineärztlichen Offizierskorps.

Ernannt wurden:

Zum Marinestabsarzt: der Linienschiffsarzt Dr. J. Klimesch;
zu Linienschiffsärzten: die Fregattenärzte: DDr. A. Kurka und J. Hüchel;
zu Fregattenärzten: die Korvettenärzte: DDr. J. Vana und G. Nespor.

III. Im landwehrärztlichen Offizierskorps.

Ernannt wurden:

Zu Oberstabsärzten II. Klasse: die StÄ.: DDr. A. Perlsee, L. Stefan und A. Fischer;
zum Stabsarzt: der RÄ. I. Kl. Dr. I. Max;
zu Regimentsärzten II. Klasse: die OÄ.: DDr. M. Tschapka, R. Baudisch, J. Gstettenhofer, F. Leger, P. Schweighofer und S. Šeat.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- W. Guttmann, Elektrizitätslehre für Mediziner. Leipzig 1904, G. Thieme. — M. 4·80.
W. Pransnitz, Grundzüge der Hygiene. 7. Aufl. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 8.—
A. Hoffa, Atlas und Grundriß der Verbandslehre. 3. Aufl. München 1904, J. F. Lehmann. — M. 8.—
E. Neusser, Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik. 2. Heft. Angina pectoris. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller. — K 1·20.

- L. Hermann, Lehrbuch der Physiologie. 13. Aufl. Berlin 1905, A. Hirschwald.
H. Neumann, Die öffentl.-rechtl. Stellung der Ärzte. Berlin 1904, Strüppe & Winckler. — M. 3.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 7. November 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums I., Rotentarmstraße 19.

Prof. Dr. K. A. HERZFELD: Behandlung der Form- und Lageanomalien des Uterus.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag den 8. November 1904, um 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaal der Allgem. Poliklinik, IX., Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Mitteilungen des Vorsitzenden. 2. Wahl neuer Mitglieder. 3. Krankendemonstrationen. 4. Demonstration der Herstellung von Székelys Säuglingsmilch durch den königl. Chemiker Herrn SZÉKELY in Budapest. 5. Vortrag des Dr. EDUARD KRAUS: Über die Erfolge der Ernährung der Säuglinge mit SZÉKELYs Säuglingsmilch.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag den 10. November 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen (angem.: Dr. ZAK, Doz. SCHMIDT, Dr. S. JELLINEK). — II. Doz. Dr. A. BOM: Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Oxaphor“ und der Fabrik med. und pharm. Präparate Goedecke & Co. in Leipzig über „Pilulae probilinae“. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Bei Frauenkrankheiten

**Bäder und
Irrigationen**

mit Zusatz von

Mattonis Moorsalz.

Unübertroffener Erfolg.
Badedauer, Temperatur und Menge des Zusatzes
bestimmt der Arzt.

Mattonis Moorsalz ist in allen Apotheken, Drogerien und Mineralwasserhandlungen erhältlich.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titrinten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1899 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 3-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herztätigkeit, — mildern
ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar, — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERZTONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verwenden Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON,
Preis der Académie de Médecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“
Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3, Boulevard Saint-Martin.
VERTRETUNG F. OSTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & R. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1, Kärntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 30 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 30 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 Anlande 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originallen und klinische Vorlesungen. Aus der k. k. Universitäts-Ohrenklinik des Herrn Hofrates Prof. Dr. ADAM POLITZER in Wien. Eine antiseptische Behandlung der Mittelohreiterungen. Von Dr. HEINRICH NEUMANN, Assistenten der Klinik. — Der Einfluß des Seeklimas auf die Ausheilung tuberkulöser Gelenk- und Knochenaffektionen im Kindesalter. Von Dr. MAX HAUDREK, Spezialarzt für Orthopädie in Wien. — Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. WAGNER v. JAUREGG) in Wien. Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit. Von Dr. ALFRED FUCHS, Assistenten, und Dr. ROBERT ROSENTHAL, Sekundararzt der Klinik. — **Referate.** P. ZWEIFEL (Leipzig): Über die Gefahren intrauteriner Injektionen. — E. FINKELSTEIN (St. Petersburg): Über Pneumonie der Säuglinge. — Aus der Univ.-Poliklinik für Hautkrankheiten in Königsberg i. P. (Direktor: Professor CASPARY). W. SCHOLTZ: Über die Verwendung des 30%igen Wasserstoffsuperoxyds von MERCK in der Dermatologie und Urologie. — CHAJES (Berlin): Refraktometrische Eiweißbestimmungen zur Kontrolle therapeutischer Maßnahmen. — W. D. BRANDT (St. Petersburg): Ein Beitrag zur Frage der Entstehung der Ovarialabszesse. — W. PRASKUDA (Greifswald): Untersuchungen über das „Binden der Glieder“ (ausgedehnte Bierische Stauung) und die sogenannte Autotransfusion. — KRÜTZNER (Prag): Über motorische Störungen bei Syringomyelie, besonders über spontane Bewegungen und fibrillären Tremor. — HÄLA (Königsgrätz): Über traumatische Angenrose. — RIMLINGER (Paris): Le passage du virus rabique à travers les filtres. — VAILLARD et DOPTER (Paris): La dysenterie épidémique. — **Kleine Mitteilungen.** Schildkrüsentherapie. — Phosphorgehalt der Nahrungsmittel. — Technik der Nephropexie. — Isopral. — Behandlung von katarrhalischen Affektionen. — Neuronal. — Behandlung des Erysipels. — Stypticin. — **Literarische Anzeigen.** Ohruntersuchungen in der Dorfschule. Ein Beitrag zur Schulartzfrage. Von Dr. KÖNIG, Kreisarzt in Konitz in Westpreußen. — Geschlecht und Kopfgröße. Von Dr. P. J. MÖBIUS (Beitrag zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden). — Gesundheitspflege im Kindesalter. II. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter. Von Dr. JOSEF TAUMPF. — **Feuilleton.** Die Krankenpflege im modernen Staate. Von Med. Dr. WILHELM HAHN, em. klinischen Operateur in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. *Internationaler Dermatologen-Kongreß.* Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.* (Original-Bericht.) — **Notizen.** Das November-Avancement der Militärärzte. — ALBERT E. v. REDER †. — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 k. k. Universitäts-Ohrenklinik des Herrn Hofrates Prof. Dr. Adam Politzer in Wien.

Eine antiseptische Behandlung der Mittelohreiterungen.

Von Dr. Heinrich Neumann, Assistenten der Klinik. *)

Der komplizierte anatomische Bau des Mittelohres mit seinen unregelmäßigen Ausbuchtungen und weithin im Schläfenbein sich erstreckenden Hohlräumen bildet ein großes Hindernis für eine gründliche Desinfektion des Mittelohres bei chronischen Mittelohreiterungen. Es war daher für den Spezialisten nicht überraschend, daß die Einführung der Antiseptika in die otiatrische Praxis nicht ganz jenen Erwartungen entsprach, welche man von vornherein an sie geknüpft hatte. Wenn wir als Beweis hierfür die geringe sekretionsvermindernde Wirkung der Sublimatlösungen anführen, so soll damit keineswegs der Wert der Antiseptika bei Mittelohreiterungen zu gering angeschlagen werden. Wir müssen im Gegenteil die Einführung der antiseptischen Behandlung in der Ohrenheilkunde als einen eminenten Fortschritt gegenüber den früheren Behandlungsmethoden bezeichnen.

Da die in die Trommelhöhle eingeführten flüssigen Arzneimittelnicht in die mit Sekret gefüllten Zellräume des Mittelohres gelangen können, so war man bestrebt, ein Mittel in Anwendung zu bringen, welches außer seinen desinfizierenden Eigenschaften noch die Eigenschaft besitzt, mechanisch

die in den Seitenbuchten der Trommelhöhle lagernden Sekrete an die Oberfläche zu befördern. Dieser Eigenschaft verdankt das Wasserstoffhyperoxyd seine Verbreitung in der otiatrischen Praxis.

Das Wasserstoffhyperoxyd wurde von THENARD im Jahre 1818 entdeckt und von B. W. RICHARDSON im Jahre 1855 in die Medizin eingeführt. Eine zeitlang in ausgedehntem Maße angewendet, geriet es später in Vergessenheit, um dann wieder durch COFFIN und besonders von W. A. HARLAN in den Arzneischatz aufgenommen zu werden.

Bei Ohrerkrankungen wurde es zuerst von PRINZE und LE REY WALKER vorgeschlagen.

Bezüglich seiner antiseptischen Wirkung wird es nur von Quecksilberjodid und Silberjodid übertroffen, während alle anderen Antiseptika, darunter auch das Sublimat etc., ihm an Wirksamkeit nachstehen. Außerdem muß auch seine klinisch wie experimentell (TOUCHARD) festgestellte, auf energischer Vaso-konstriktion beruhende anästhesierende und hämostatische Wirkung hervorgehoben werden.

Über die desinfizierende Eigenschaft des Hydrogenhyperoxyd. liegen bereits zahlreiche experimentelle und bakteriologische Untersuchungen vor.

So konnte ALTENHOFER nachweisen, daß 1 g Wasserstoffsuperoxyd (10 Volumprozent) im Verhältnis 1:10 die Entwicklung der Milzbrandsporen hemmt.

Ein 40—50 Minuten dauernder Kontakt bei 32° C genügt, um Milzbrandsporen, Staphylokokken, Typhus- und Cholerabazillen zu töten.

Ebenso fanden CHAMBERLAND und FERNBACH bei ihren im PASTEURSchen Institute angestellten Untersuchungen, daß das Wasserstoffsuperoxyd in 15—20 Minuten selbst bei der niedri-

*) Nach einem in der Österreichischen Otologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

gen Temperatur von 15° C Milzbrandbazillen und andere Mikroorganismen zu vernichten imstande ist.

In Berücksichtigung aller dieser Vorzüge hat BETTMANN in einem in der Chicago-Society of Ophthm. and Otolog. im September 1884 gehaltenen Vortrage und nach ihm B. BULL und POLITZER das Wasserstoffhyperoxyd bei Mittelohreiterungen besonders warm empfohlen.

Bei Behandlung chronischer Mittelohreiterungen, bei denen es sich stets um Stagnation zersetzter, septischer Sekrete in den Mittelohrräumen handelt, beobachtet man im Beginne der Behandlung ein rascheres und reichlicheres Aufschäumen des in den Gehörgang eingegossenen Wasserstoffhyperoxyds, während in den späteren Stadien der Behandlung die Schaumbildung geringer wird. Es beweist dies, daß septisches, zersetztes Sekret eine stärkere katalytische Wirkung auf das Wasserstoffhyperoxyd übt als nicht septische, zellreiche Sekrete (BRUNS).

BETTMANN war es auch, welcher der Frage nach der Wirkungsweise des Wasserstoffhyperoxyds bei Mittelohreiterungen zuerst näher trat, indem er die Wirkung desselben auf Eiter studierte. Er fand, daß die Eiterkörperchen nach und nach ihre rundliche Form verlieren, schrumpfen und endlich in Detritus zerfallen. Denselben Zerfall erleiden die Bakterien, doch konnte BETTMANN nicht entscheiden, ob sie vollständig zerstört werden.

HARLAN glaubt, daß „durch Einwirkung des Wasserstoffhyperoxyds auf die Gewebe aus dem in ihnen enthaltenen Schwefel Schwefelsäure entsteht, durch welche eine leichte Ätzwirkung auf die eiterige Oberfläche ausgeübt wird. Gleichzeitig treiben die entwickelten Gasblasen das vorhandene flüssige Sekret aus der Wundhöhle heraus“.

Die Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds geschieht nach dem Vorschlage BETTMANNs. Nachdem das Ohr mit absolut reinem Wasser ausgespült und mit reinen Tupfern ausgetrocknet wurde, werden 8—12 Tropfen der 6—12%igen Lösung des Mittels ins Ohr geträufelt und einige Minuten im Ohr belassen. Meist wird von den Patienten ein Gefühl von Sieden und Wärme im Ohr angegeben. Je länger das Mittel angewendet wird, desto geringer wird die Schaumbildung, was als günstiges Zeichen, als Abnahme der Sepsis anzusehen ist. In manchen Fällen ruft die Applikation des Mittels erst im Stadium der nahenden Heilung lebhaftere Schmerzen hervor.

Bringt man Wasserstoffhyperoxyd in 3%iger Verdünnung auf eine Wunde, so wird dasselbe sofort unter mächtiger Schaumentwicklung zersetzt. Untersucht man den aus Sauerstoffbläschen und Wundsekret bestehenden Schaum, so findet man, daß Blutklümpchen und Eiterflecken von der Wundfläche emporgerissen wurden. Es erfolgt in gründlicher und schonender Weise Reinigung der Wunde ohne irgendwelche mechanische Reizung bei gleichzeitigem Schwinden des üblen Geruches.

Schlecht aussehende, mit Jauche oder nekrotischen Gewebsetzen belegte Wundflächen erlangen unter dem feuchten Wasserstoffhyperoxydverbande viel früher ein frisches, gesundes Aussehen und bedecken sich rascher mit kräftigen, körnigen Granulationen als unter dem Einflusse anderer Desinfizientien.

Der bei Anwendung des Hydrogen. hyperoxyd. zur Entwicklung kommende Sauerstoff wirkt wohl auf die bei vernachlässigten Mittelohreiterungen vorkommenden anaeroben Mikroorganismen vernichtend, keineswegs aber auf aërobe Keime, die sich ja gegen Sublimatlösung und essigsäure Tonerde widerstandsfähig erweisen.

Diese allgemein bekannten Tatsachen waren es, welche mich veranlaßten, durch Kombination des Wasserstoffhyperoxyds mit Kalium hypermanganicum die Wirkung des ersteren teils zu erhöhen, teils überhaupt zu ermöglichen.

Unter den alkalischen Substanzen nimmt das hypermangansaure Kali als guter Ozonüberträger einen hervor-

ragenden Platz ein (AUCHE, TRIBONDOU). Bei gleichzeitiger Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds und des hypermangansauren Kali kommt, wie die chemische Formel zeigt, nicht nur die katalytische Wirkung des letzteren, sondern auch seine leicht koagulierende und oxydierende Wirkung in Betracht.

Formel: $2 \text{KMnO}_4 + \text{H}_2\text{O}_2 = 2 \text{MnO}_2 + 2 \text{KOH} + 4 \text{O}$. Hiermit ist der chemische Prozeß noch nicht beendet, denn schon eine Spur von MnO_2 genügt, um immense Quantitäten von H_2O_2 zu zersetzen, und daher ist die Menge des so gebildeten Sauerstoffs nicht so leicht ziffermäßig auszudrücken.

Aus dieser Formel ist aber auch ersichtlich, daß das Wasserstoffhyperoxyd gleichzeitig eine zersetzende Wirkung auf das hypermangansaure Kali übt.

Infolge dieser Wechselwirkung tritt auch der im hypermangansauren Kali enthaltene Sauerstoff als Desinfiziens in Wirksamkeit. Es wird nämlich das hypermangansaure Kali bei Gegenwart von Wasserstoffhyperoxyd zu Mangandioxyd und Manganprotooxyd reduziert, wobei die durch die Reduktion frei werdenden Sauerstoffmoleküle ihre desinfizierende Wirkung entfalten können.

Von nicht zu unterschätzendem Werte bei der kombinierten Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds und des Kali hypermanganicum ist meiner Ansicht nach das allmählich fortschreitende Freiwerden des Sauerstoffes, weil die explosive Zersetzung, wie früher erwähnt, auf aerobe Mikroorganismen keine Wirkung ausübt.

Bei der kombinierten Anwendung der genannten Mittel wird auch die leicht koagulierende Eigenschaft des hypermangansauren Kali zugunsten der mechanischen Wirkung des freiwerdenden Sauerstoffes ausgenutzt, und zwar auf die Weise, daß die durch das stark verdünnte hypermangansaure Kali (1 : 1000) koagulierten Sekrete durch die bei der nachfolgenden Applikation des Wasserstoffhyperoxyds freiwerdenden Sauerstoffbläschen auch aus den seitlichen Zellräumen des Mittelohres an die Oberfläche gerissen werden.

Um die Wirkung der von mir vorgeschlagenen kombinierten Behandlung mit Wasserstoffhyperoxyd und hypermangansaurem Kali auf Eiter zu studieren, habe ich den früher erwähnten Vorgang BETTMANNs in folgender Weise modifiziert:

Zuerst wurde unter dem Mikroskope Eiter mit hypermangansaurem Kali und dann mit Wasserstoffhyperoxyd behandelt. Es ergab sich hierbei: Der Eiter wird durch schwache hypermangansaure Kalilösung (1 : 1000) leicht koaguliert. Übergießt man nun den koagulierten Eiter mit Wasserstoffhyperoxyd, so entstehen in den einzelnen Eiterkörperchen Bläschen, welche sich allmählich vergrößern, bis die Eiterkörperchen in Gestalt von Flöckchen durch die sich entwickelnden Gasbläschen gegen die Oberfläche getrieben werden.

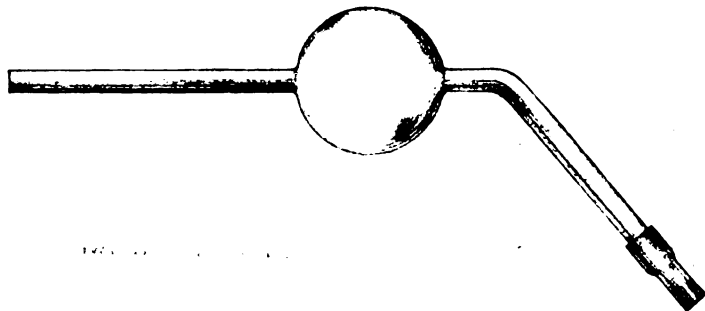
Um die mechanische Wirkung dieser kombinierten Methode zu erproben, habe ich an Gehörorganen frischer Leichen das Tegmen tympani et atri entfernt und die Buchten der Mittelohrräume mit einem aus abgeschabter Epidermis hergestellten festen Brei ausgefüllt. Nach Verschuß der Knochenöffnung mittelst Paraffin wurde das Trommelfell mit dem galvanokaustischen Spitzbrenner zerstört, hierauf die beiden Flüssigkeiten in der früher angegebenen Weise durch den Gehörgang in die Trommelhöhle eingebracht, worauf sehr bald die die Buchten ausfüllenden Epidermismassen unter lebhafter Schaumentwicklung aus der Trommelhöhle in den äußeren Gehörgang befördert wurden. Ein frontal geführter Sägeschnitt durch das Schläfebein, welcher die Schuppe von der Pyramide trennte, ergab, daß fast sämtliche in das Mittelohr eingebrachte Epidermismassen aus demselben herausbefördert waren.

Dieses Experiment beweist zur Genüge, daß die Kombination von Wasserstoffhyperoxyd mit Kalium hypermanga-

nicum nicht nur desinfizierend wirkt, sondern daß sie auch eine mechanische Komponente besitzt, welche bei der Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen von besonderer Bedeutung ist.

Die Resultate dieser kombinierten Behandlungsmethode waren besonders günstig bei ausgedehnten Trommelfellücken, weil hier die in der Tiefe lagernden Exsudat- und Eiterflocken viel leichter an die Oberfläche befördert werden als bei kleinen Trommelfellperforationen. Immerhin waren aber auch hier die Erfolge günstiger als bei der einfachen Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds. Wo die Öffnung im Trommelfell nicht über 1 mm betrug, z. B. bei Perforation der Membrana flaccida, dort wurde das hypermangansaure Kali mittelst der HARTMANNschen Kanüle oder der elastischen Röhren POLITZERS in die Trommelhöhle injiziert und hierauf das Wasserstoffhyperoxyd in der üblichen Weise in den Gehörgang gegossen. Auch dort, wo die Durchspülung der Trommelhöhle mittelst des Katheters von der Tube aus indiziert ist, habe ich als Spülflüssigkeit übermangansaures Kali in obiger Verdünnung angewendet und bei nachheriger Applikation des Wasserstoffhyperoxyds gleich günstige Resultate erhalten.

Bei Cholesteatom im Mittelohre habe ich behufs Lösung des Cholesteatoms statt wässriger, ätherische und alkoholische



Lösungen von übermangansaurem Kali mit gleich günstigem Erfolge angewendet.

Bei größeren Perforationen und bei Totaldefekt des Trommelfells ist die Anwendungsweise folgende: Nach gründlicher Reinigung des Ohres mittelst antiseptischer Ausspülungen wird der Gehörgang bei seitlich geneigtem Kopfe mit etwas erwärmter 1%iger Lösung von hypermangansaurem Kali gefüllt und die Lösung durch einige Minuten im Ohre belassen. Sodann wird die Flüssigkeit wieder aus dem Ohre entfernt, der Rest mit Watte leicht ausgetupft und der Gehörgang mit einer 3%igen Lösung von Wasserstoffhyperoxyd (MERCK) gefüllt, welches man 6 bis 8 Minuten einwirken läßt.

Das letztgenannte Präparat hat gegenüber dem bisher gebräuchlichen Wasserstoffhyperoxyd den Vorzug, daß es

1. frei von jeder chemischen Beimischung ist,
2. daß es von bestimmter Konzentration ist, daher genau dosiert werden kann.

Um die Flüssigkeit möglichst bis in die Seitenbuchten der Trommelhöhle einwirken zu lassen, werden bei seitlicher Kopfneigung wiederholte Druckbewegungen auf den Tragus (POLITZER) oder eine Lufttreibung durch die Ohrtrompete nach POLITZER ausgeführt.

Wo man sich zum abwechselnden Eingießen und Ausaugen der Flüssigkeit im Mittelohre des mit dem Ballon armierten Gummischlauches bedient, ist es zweckmäßig, ein mit einem kleinen Glaskolben versehenes Glasrohr in den Schlauch einzufügen (FREY). Dadurch wird die Aspiration der Flüssigkeit bis in den Ballon verhindert und ist man durch die in den Glaskolben aspirierte Flüssigkeit in der Lage, dieselbe bakteriologisch und mikroskopisch zu untersuchen.

Der Rest der in der Trommelhöhle zurückgebliebenen Flüssigkeit wird durch eine kräftige Lufteinblasung in den Gehörgang mittelst eines größeren Ballons entfernt.

Mit Rücksicht auf den mir in diesem Blatte zugewiesenen Raum muß ich es unterlassen, in eine detaillierte Schilderung der nach der geschilderten Methode behandelten Fälle hier näher einzugehen. Es genügt hier festzustellen, daß die Zahl der seit zwei Jahren nach dieser Methode mit Erfolg behandelten Fälle eine sehr große ist und daß unter diesen eine beträchtliche Anzahl von Kranken verzeichnet wurde, die vorher mit anderen antiseptischen Methoden ohne Erfolg behandelt wurden. Die geschilderte Methode kommt somit der Anforderung, die Entfernung stagnierender Sekrete mit gleichzeitiger Antisepsis in einfacher und zweckentsprechender Weise zu bewirken, nach.

Literatur: 1. ALTENHOFER, „Zentralbl. f. Bakteriologie“, 1890. — 2. BAROUX, L'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche (Paris 1900, Maloine). — 3. v. BRUNS, Über die Behandlung infizierter Wunden mit Wasserstoffhyperoxyd („Berliner klinische Wochenschr.“, 1900, Nr. 19). — 4. CHAMBERLAND und FERNBACH, La désinfection des locaux („Annales de l'Institut Pasteur“, 1893, Nr. 6). — 5. COCHART, L'eau oxygénée contre les pyodermes chez les enfants (Thèse de Paris, 1900). — 6. GALLOIS et BONNEL, L'eau oxygénée dans le traitement des vomissements de la grossesse et de la tuberculose („Bull. gén. de thérap.“, 1898, pag. 419). — 7. GELLÉ, „Arch. internat. de laryng. et d'otologie“, September 1896. — 8. L. HESSE, Wasserstoffhyperoxyd und seine Anwendung („Apotheker-Zeitung“, 1900, Nr. 77). — 9. HONSELL, Beitrag zur klinischen Therapie, Bl. 27, H. 1. — 10. LUCAS-CHAMPONNIÈRE, Valeur antiseptique de l'eau oxygénée („Journ. de méd. et de chir.“, 1898, pag. 929). — 11. MENDEL, Administration de l'oxygénée par injection trachéale d'eau oxygénée (Acad. de méd., 30. Januar 1900). — 12. O. MÜLLER, Die Verwendung des Wasserstoffhyperoxyds in der Wundbehandlung („Deutsche med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 46). — 13. PLATON, De l'eau oxygénée dans les hémorragies utérines („Marseille méd.“, 1. Januar 1900). — 14. M. RIFAUX, De la valeur thérapeutique de l'eau oxygénée („Lyon méd.“, 1900, Nr. 44). — 15. AUCHER und TRIBONDOUT (Referat „Wiener klinische Wochenschr.“). — 16. ROGER, Traitement du coryza purulent de la scarlatine par les lavages à l'eau oxygénée („Sem. méd.“, 1899). — 17. THIRIAR, De l'eau oxygénée et du gaz oxygénée en chirurgie („Bull. méd.“ 1900, Nr. 8). — 18. THASOR, De l'eau oxygénée en chirurgie („Annales de méd. navale“, 1899, Nr. 7). — 19. F. TOUCHARD, L'eau oxygénée dans la thérapeutique médico-chirurgicale et dans les maladies de la bouche et des dents („Bull. gén. de thérap.“, 1899, Nr. 6, 8, 10, 11). — 20. VACHER, Congrès française d'ophtalmologie, Mai 1897).

Der Einfluß des Seeklimas auf die Ausheilung tuberkulöser Gelenk- und Knochenaffektionen im Kindesalter.

Von Dr. **Max Haudek**, Spezialarzt für Orthopädie in Wien. *)

Unter den chirurgisch-orthopädischen Erkrankungen des Kindesalters kommen die tuberkulösen Affektionen der Gelenke und Knochen wohl am häufigsten zur Beobachtung. Desto häufiger, unter je ungünstigeren hygienischen Verhältnissen die Bevölkerungsschichten leben, aus denen sich das Krankmaterial rekrutiert. So überwiegen denn auch die genannten Erkrankungsformen besonders in den Spitälern, während sich in den wohlhabenderen Kreisen die Zahl bedeutend vermindert.

Die Behandlung dieser Kranken ist heute dank den Fortschritten der Chirurgie und Orthopädie ein dankbares Feld unserer Arbeit; die Erfolge unserer Therapie sind desto bessere, je günstiger die hygienischen Verhältnisse sind, unter denen unsere Patienten leben oder unter denen sie die Ausheilung ihrer Krankheit abwarten können.

Unsere Therapie ist heute vorwiegend eine konservative, da diese bessere Resultate ergibt als die rein operative. Sie soll bei den ersten Erscheinungen einsetzen und wird durch eine sachgemäße Anwendung aller uns zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, insbesondere der orthopädischen Chirurgie, recht gute Erfolge erzielen.

*) Vortrag, gehalten auf dem IV. Balneologenkongreß in Abbazia am 14. Oktober 1904.

Das Hauptprinzip bei der konservativen Behandlung ist die Ruhigstellung des betreffenden Gliedabschnittes; besonders wichtig ist dies bei den tuberkulösen Gelenkerkrankungen. An der oberen Extremität genügt die Fixation allein, um die affizierten Gelenke außer Funktion zu setzen, während an den unteren Extremitäten, da diese ja die Last des Körpers zu tragen haben, noch die Entlastung, eventuell Extension hinzukommen muß. Durch diese Maßnahmen werden die betreffenden Gelenke funktionell ausgeschaltet und so die erkrankten Teile vor jedem weiteren, durch die Bewegung gesetzten schmerzauslösenden Reize geschützt und zugleich für die Ausheilung die günstigsten Bedingungen gegeben.

Dieser Teil unserer Behandlung wird in der Weise durchgeführt, daß wir fixierende Verbände oder Apparate anlegen, die an den unteren Extremitäten auch noch der geforderten Entlastung und Extension Rechnung tragen müssen. Das einfachste Hilfsmittel ist der fixierende und entlastende Gipsverband, dem im allgemeinen der Vorzug vor den die Kranken ganz ans Bett fesselnden Extensionsverbänden zu geben ist. An die Stelle des unabnehmbaren Gipsverbandes wird, wo es die Verhältnisse erlauben, ein aus leichterem Material (Azetonzelluloid, Wasserglas etc.) gefertigter abnehmbarer Verband oder ein Apparat treter, da mit Hilfe dieser die Behandlung in gleicher Weise durchgeführt werden kann, während die Abnehmbarkeit dieser Vorrichtungen die so wichtige Pflege des Körpers doch in ausgedehnterem Maße gestattet als der inamovible Gipsverband. Die Apparatbehandlung in ihrer heutigen Vervollkommnung hat für uns auch noch den nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß wir mit ihrer Hilfe Korrekturen von fehlerhaften Stellungen und Verkrümmungen ohne besondere Schmerzen und Gefahr für die Patienten vornehmen können an Stelle von operativen Eingriffen, die zwar die Korrektur rascher besorgen, aber mit gewissen Gefahren verbunden sind; ich will an dieser Stelle nur der nicht gar so seltenen Fettembolie, des Wiedererwachens oder der Generalisierung tuberkulöser Prozesse beim Brisement forcé gedenken.

Wo es die Verhältnisse erlauben, verwende ich bei der Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen die HESSING'schen Schienenhülsenapparate. Mit Hilfe der nach genauem Gips- oder Holzmodell gefertigten Apparate, die aus gewalkten und mittelst Stahlschienen miteinander verbundenen Lederhülsen bestehen, wird die Forderung nach Fixation, Entlastung und Extension zur Durchführung gebracht. Die den einzelnen Gliedabschnitten entsprechenden Apparateile sind gelenkig miteinander verbunden und gestatten mittelst entsprechender Vorrichtungen einesteils die exakte Fixation, andererseits aber auch die langsame Korrektur von Kontrakturen und fehlerhaften Stellungen.

Mit Hilfe dieser Apparate, aber auch mittelst des entlastenden Gipsverbandes führen wir die sogenannte ambulante Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen der unteren Extremitäten durch, die den Patienten die Möglichkeit bietet, sich selbständig fortzubewegen und sich so viel als möglich in freier Luft aufzuhalten.

Das Prinzip der Fixation und Entlastung der erkrankten Teile kommt auch bei der Behandlung der Spondylitis zur Durchführung. Bei jüngeren Kindern und im entzündlichen Stadium auch bei größeren Kindern, wenn dieselben über sehr große Schmerzen klagen, wende ich das Gipsbett je nach dem Sitze des Krankheitsherdes als Entlastungs- oder Extensionsgipsbett an. Andernfalls gewähre ich auch hier den Patienten so viel als möglich den Genuß der freien Bewegung, indem ich die erkrankte Wirbelsäule durch ein exakt sitzendes Korsett (aus Gips, Holz, Zelluloid, Leder, am besten jedoch durch das HESSING'sche Stützkorsett) fixiere und stütze; beim Sitze der Erkrankung im oberen Teil der Brust-

wirbelsäule oder im Halsteile muß noch eine Vorrichtung hinzukommen, die die kranken Teile vom Gewichte des Kopfes entlastet.

Die genannten konservativen Maßnahmen werden in geeigneten Fällen noch durch Injektionen von Jodoformöl oder -Glyzerin in die erkrankten Gelenke oder durch die Anwendung der venösen Stauung unterstützt.

Im allgemeinen kommt man bei der kindlichen Lokaltuberkulose durch die konservative Therapie, zu der ich auch noch die Injektionsbehandlung der Abszesse rechne, zum Ziele. Das Bestehen von Fisteln ist keine Kontraindikation gegen die konservative Behandlung, da auch solche Fälle oft noch auf diesem Wege heilen.

Die operative Behandlung der tuberkulösen Gelenkprozesse wird nur in schweren und sich lange hinziehenden Fällen zur Anwendung kommen; das Für und Wider wird in jedem einzelnen Falle gewissenhaft erwogen werden müssen. Am häufigsten kommt es noch zur Eröffnung von großen, dem Durchbruche nahen Abszessen, zur Auskratzung kariöser Gelenkenden, zur Entfernung von Sequestern, zur partiellen oder totalen Gelenkresektion. Nach Ausheilung des Gelenkprozesses sieht man sich auch öfter genötigt, zur Korrektur von Ankylosen in ungünstiger Stellung Osteotomien oder andere Knochenoperationen vorzunehmen.

Häufiger als bei der Gelenktuberkulose sehen wir uns bei tuberkulösen Prozessen in der Kontinuität der Knochen zu operativem Eingreifen veranlaßt. Es wird auch hier oft genug das konservative Verfahren zur Heilung führen, doch macht hier vielfach der Krankheitsprozeß raschere Fortschritte und führt meist zum Durchbruch nach außen und langdauernden Eiterungen. In diesen Fällen, bei denen es sich meist um Sequesterbildungen handelt, sind dann operative Eingriffe geboten, die infolge der einfacheren anatomischen Verhältnisse viel bessere Bedingungen finden und in radikalerer Weise auf den lokalen tuberkulösen Prozeß wirken können als am komplizierten Gelenkapparat oder an den schwer zugänglichen Wirbelkörpern.

Das wichtigste Moment unserer Therapie, sowohl der konservativen als der operativen, bildet die Allgemeinbehandlung, die Einwirkung auf den Gesamtorganismus durch entsprechende Ernährung, durch den Genuß frischer Luft bei Aufenthalt und womöglich bei Bewegung im Freien. Dieser Forderung trägt die schon genannte ambulante Behandlung Rechnung, indem sie durch die Anlegung entsprechender Verbände oder Apparate die kleinen Patienten in den Stand setzt, sich unbeschadet ihres schweren Leidens und ohne Schmerzen zu bewegen.

Einen besonders günstigen Einfluß auf die Kräftigung des Organismus und damit auf die Ausheilung der tuberkulösen Prozesse üben die Kuren in die Solbadeanstalten und der Aufenthalt an der See. Der Gebrauch der ersten kommt insofern in Betracht, als die Kinder überhaupt einer Badekur unterzogen werden können, deren einzelne Applikationen bei dem starken Reiz, der durch das Solbad ausgeübt wird, den kleinen Patienten nur für kurze Zeit und in gewissen Zeiträumen zuteil werden können. Ähnlich wie das Solbad wirkt das Seebad, doch kommt dabei ein Heilfaktor mit in Betracht, der beim Solbad fehlt, das ist die Einwirkung des Seeklimas, des Aufenthaltes an der See selbst.

Das wichtigste heilkräftige Agens ist hier nicht das Wasser, sondern die wirksamen Faktoren sind Luft und Licht, die gerade an der See in ausgedehntestem Maße zur Einwirkung kommen. Die chemische Reinheit der Luft, ihr Gehalt an Ozon, Salz- und Wasserteilchen, die ziemlich gleichmäßige Temperatur, der erhöhte Luftdruck sind Eigenschaften, die einen besonders günstigen Einfluß auf den gesamten Stoffwechsel ausüben. Die Folge des lebhafteren Stoffwechsels ist eine stärkere Reaktion der den Krank-

heitsherd umgebenden gesunden Teile, wodurch sich der Organismus selbst vor dem Weiterschreiten des Krankheitsprozesses schützt.

Die Ausnutzung der Heilfaktoren, die uns das Seeklima bietet, hat zur Errichtung von Heilstätten an der See, sowohl an den Küsten als auf den Inseln geführt; es sind dies die Seesanatorien oder Seehospize, die hauptsächlich für die Behandlung der Skrofulose und Knochentuberkulose in Betracht kommen. Das erste derartige Sanatorium wurde bereits 1796 in Margate an der Nordseeküste Englands errichtet und sind im Laufe des vorigen Jahrhunderts die meisten europäischen Staaten dem Beispiele Englands gefolgt; in Amerika existieren jetzt auch schwimmende Seehospize, die unter Umständen recht gute Dienste leisten. Das größte und bekannteste Seehospiz ist jenes von Berck-sur-Mer, das im Jahre 1861 errichtet wurde und jetzt bereits aus einem ganzen Komplex von Gebäuden besteht. In Österreich besitzen wir erst seit 1873 derartige Anstalten. Die erste wurde in Grado errichtet, außerdem kleinere in Triest, Cerkvenica und Abbazia und im Jahre 1888 das große und vortrefflich eingerichtete und geleitete Seehospiz in San Pelagio, das unter der Leitung Prof. MONTIS und der dortigen Ärzte Vortreffliches leistet.

Sollen diese Anstalten für die Behandlung der kindlichen Gelenk- und Knochentuberkulose Ersprößliches wirken, so müssen sie nicht nur Pflege, sondern auch Heilstätten sein, d. h. mit allen für eine sachgemäße chirurgische und insbesondere orthopädische Behandlung notwendigen Einrichtungen versehen sein und unter entsprechender ärztlicher Leitung stehen. Diese Forderungen sind aber nur in einer geringen Anzahl von den errichteten Heilanstalten erfüllt. In Österreich ist das Seehospiz in San Pelagio am vollständigsten eingerichtet und zeigen die Berichte dieses Instituts die Wichtigkeit der oben gestellten Forderung. Aber noch eine zweite sehr wichtige Forderung muß gestellt und erfüllt werden, wenn der Aufenthalt an der See auch wirklich Ersprößliches leisten soll. Das ist die Forderung nach einem unbeschränkten, d. h. bis zur definitiven Ausheilung des Krankheitsprozesses und das ganze Jahr hindurch dauernden Aufenthalt an der See, für den ja dank der südlichen Lage unsere Küstenländer besonders geeignet sind.

Dieser Forderung tragen leider nur die wenigsten der bestehenden Seesanatorien Rechnung und hat die Erkenntnis von der Wichtigkeit gerade dieses Umstandes auch in Ärztekreisen noch viel zu wenig Eingang gefunden. Meist begnügt man sich mit einem mehrwöchentlichen Aufenthalte der betreffenden Patienten an der See, von dem eine Zahl mit geringfügigen Leiden behafteter Kinder allerdings geheilt oder wesentlich gebessert zurückkehrt. Vielen aber bringt dieser kurze Aufenthalt gar keinen Nutzen, so manchem schadet er sogar, da ja die Zeit ausgenutzt und möglichst viele Bäder genommen werden müssen, die aber nicht immer zuträglich sind. Beobachtungen in Seehospizen, die ihren Patienten unbeschränkten Aufenthalt gewähren, so in den Hospizen von Berck-sur-Mer und San Pelagio, haben gezeigt, daß unter diesen Bedingungen die Zahl der Heilungen eine relativ große ist und die Dauer des Krankheitsprozesses abgekürzt wird, während in den Statistiken der anderen Anstalten hauptsächlich Besserungen aufgewiesen werden, die nach der Erfahrung aber noch vielfach zur abermaligen Verschlechterung führen.

Soll also der Aufenthalt an der See zu einem Heilerfolge bei der Knochen- und Gelenktuberkulose führen, so müssen die betreffenden Kinder in einem für diese Zwecke nach dem Muster von San Pelagio eingerichteten Seehospize untergebracht werden, das selbstverständlich in bezug auf seine Lage als auch in sanitärer Beziehung alle Forderungen,

die an eine solche Anstalt zu stellen sind, erfüllen muß. Da der Aufenthalt der kleinen Patienten ja sehr lange Zeit betragen soll, so müßten diese Hospize auch darauf Rücksicht nehmen, daß die Kosten eines derartigen Aufenthaltes nicht allzu große werden.

Wer Gelegenheit hat, in den chirurgischen und orthopädischen Ambulatorien der Kinderspitäler die große Zahl von Kindern zu sehen, die an diesen Erkrankungen leiden, wird schon im Interesse des allgemeinen Wohles eine energischere Hilfsaktion auf diesem Gebiete fordern müssen. Viele dieser armen Geschöpfe gehen elend zugrunde, bei den meisten führen diese Erkrankungen zu schwerer Verkrüppelung.

Sind die tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen schon in den unter günstigeren hygienischen Verhältnissen lebenden Kreisen kein allzu seltenes Vorkommnis, so wird in der armen Bevölkerung besonders der großen Städte durch das vielfach daselbst herrschende Elend, durch die zahlreichen sanitären Übelstände der Boden für alle jene Erkrankungen vorbereitet, die bei verminderter Widerstandsfähigkeit des Organismus zum Ausbruche kommen; hierher gehören insbesondere die Rachitis, Skrofulose und die Lokaltuberkulose.

Daß die Hilfsaktion vor allem in einer entsprechenden Prophylaxe durch Besserung der sanitären Verhältnisse zu bestehen hat, ist ja selbstredend. An dieser Stelle haben wir uns aber mit dem Kampfe gegen das schon vorhandene Übel zu beschäftigen und wir müssen vor allem verlangen, daß sich sowohl die Gesellschaft als insbesondere der Staat dieser bisher ziemlich vernachlässigten Kranken energischer annehme. Die Vermehrung der Kinderspitäler in erster Linie, die Gründung von zahlreichen Stätten, an denen die rachitischen, skrofulösen und tuberkulösen Kinder entsprechende Behandlung und Pflege finden, muß in zweiter Linie gefordert werden. Gerade für diese Kranken ist das Seeklima ein besonders heilkräftiges Agens und ist hiermit auch der Hinweis gegeben, wo solche Heilstätten am zweckmäßigsten ihren Platz finden können. Sind wir auch leider noch weit von jenem Zeitpunkte entfernt, in dem die hier ausgesprochenen Wünsche ihre volle Erfüllung finden werden, so wollen wir doch hoffen, daß sie nicht ganz ungehört verhallen und wieder Anstoß dazu geben, daß das Beispiel, das durch die Errichtung des Hospizes von San Pelagio gegeben und durch glänzende Erfolge belohnt wurde, auch weiterhin noch Nachahmung finden möge.

Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. Wagner v. Jauregg) in Wien.

Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit.

Von **Dr. Alfred Fuchs**, Assistenten,
und **Dr. Robert Rosenthal**, Sekundararzt der Klinik.

(Fortsetzung.)

Wir gelangen nunmehr zu der tabellarischen Übersicht unserer Fälle, und zwar zunächst derjenigen, wo kryoskopische und Leitfähigkeitsbestimmungen ausgeführt wurden.

Es sind dies:

11	Fälle	von	Meningitis,
9	"	"	progr. Paralyse,
4	"	"	Alkoholismus,
2	"	"	Epilepsie.

Von den Meningitiden betrafen: 7 Fälle von tuberkulöser, 3 Fälle von nichttuberkulöser Meningitis, 1 Fall blieb unsicher.

Nummer der Untersuchung	Name, Alter und klinische Diagnose	Datum der Lumbalpunktion	Datum der Untersuchung	Δ	λ	Menge, Farbe und Klarheit der Flüssigkeit, zytologischer Befund	Sonstige in diesem Falle vorgenommene Untersuchungen	Anmerkungen, insbesondere das Wichtigste aus der klinischen Krankengeschichte
I. Meningitis (11 Fälle).								
6	Köhler J., 29 J. Meningitis tuberculosa	12./III.	12./III.	— 0·47	0·0097	6 cm ³ , grünlich, klar; starke Lymphozytose	—	† 19./IV. Miliartuberkulose mit besonderer Knötchenbildung in der Sylvischen Furche und sulzig fibrinöser Beschaffenheit der weichen Hirnhäute. Hydrocephalus int. Lungentuberkulose.
14	Fürbacher Marie, 22 J. Meningitis tuberculosa	29./IV.	30./IV.	— 0·45	0·0140	10 cm ³ , gelblich, leicht diffus getrübt; nach 24 Stunden keine Gerinnungsbildung, 262 kleine und mittlere Lymphozyten, 44 polynukleäre, keine Tuberkelbazillen	—	† 30./IV. Frische Meningitis tuberculosa mit Bildung feinsten Knötchen an der Basis und im Bereiche der Fossa Silvii. Leichte Trübung der Leptomeningen. Ödem des Gehirns mit Abplattung der Hirnwindungen. Hydrocephalus int. acutus. Lungentuberkulose. Die Zerebrospinalflüssigkeit spritzte im Strahle aus; nach der Punktion waren die vorher nicht auslösbaren Patellarsehnenreflexe vorhanden 1 > r.
20	Kind von mehreren Monaten. Meningitis tuberculosa	8./V.	9./V.	— 0·50	0·0158	6 cm ³ , klar, ungetrübt. Im Sediment 81 Zellen, größtenteils Lymphozyten	ESSBACH 2 ¹ / ₂ ‰	Meningitis tuberculosa (Obduktionsdiagnose unbekannt). Nach Kniegelenkaffektion.
22	Wolf Franz, 39 J. Meningitis tuberculosa	17./V.	17./V.	— 0·47	0·0225	10 cm ³ , leicht diffus getrübt, im mm ³ 952 Zellen, 60% polynukleäre, 40% Lymphozyten	ESSBACH 2‰ Keine Bakterien, Kultur steril	Die Lumbalpunktion wurde am 20./V. wiederholt. Δ und λ identisch wie das erstemal, ebenso der zytologische Befund. Obduktion 22./V. Meningitis tuberculosa mit reichlichem basalen Exsudat und Leptomeningitis tuberculosa rechts am Schläfelappen gegen die Insula Reilii hin sich erstreckend. Encephalitis tuberculosa. Lungentuberkulose.
29	Tilman (W.), 18 J. Meningitis putrida	27./V.	28./V.	— 0·48	0·0135	15 cm ³ , grünlich, diffus getrübt	ESSBACH 2 ¹ / ₄ ‰ Deckglaspräparat: Streptokokken	Nach Nasenoperation; Lumbalpunktion an der Klinik v. EISELSBERG. Obduktion: Meningitis putrida.
33	A. P., 2 ¹ / ₂ J. Meningitis	3./VI.	4./VI.	— 0·48	0·0144	6 cm ³ , wasserklar, mit einem leichten Stich ins grünliche, keine Trübungen	—	Lumbalpunktion an der Abteilung des Herrn Primarius KNÖPFELMACHER.*)
36	Kroupa Rich., 30 J. Meningitis (tuberc.?)	9./VI.	9./VI.	— 0·40	0·0133	8 cm ³ , leicht diffus getrübt, Stich ins grünliche, 240 Zellen, 50% Lymphozyten, Rest Übergangsformen und polynukleäre	—	Obduktion 11./VI. Subakute und chronische tuberkulöse Leptomeningitis und enkephalitische Herde über beiden großen Hemisphären. Vereinzelte größere (bis erbsengroße) Tuberkel an den Gefäßen der Basis. Lungentuberkulose.
37	Böhm Adolf, 25 J. Meningitis tuberculosa	10./VI.	10./VI.	— 0·40	0·0100	6 cm ³ , wasserklar, dunkelgelb, nach circa 3 Stunden Gerinnungsbildung, 60 Zellen, fast durchwegs Lymphozyten	Urobilinreaktion	Die Obduktion bestätigte die klinische Diagnose tuberkulöser Meningitis. Dieselbe entwickelte sich im Anschlusse an ein Trauma der Wirbelsäule, welches von Erscheinungen einer Meningomyelitis des unteren Brustmarkes gefolgt war. Die eigentümliche Färbung der Flüssigkeit gab Anlaß zum Nachweise des Urobilins. Die an der Leiche nochmals versuchte Lumbalpunktion ergab kein Resultat. Die mittelst Aspiration aus den Ventrikeln gewonnene Zerebrospinalflüssigkeit war klar, gab keine Urobilinreaktion.
38	Kindermann, 44 J. Meningitis	11./VI.	12./VI.	— 0·40	0·0124	8 cm ³ , leicht diffus getrübt, ein Gerinnsel.	—	Abteilung Prim. KNÖPFELMACHER.
39	Tamaschef Helena, 3 Jahre. Meningitis	14./VI.	14./VI.	— 0·46	0·0147	10 cm ³ , klar	—	—
42	Döbrösty Stephan, 37 J. Meningitis tuberculosa	27./VI.	27./VI.	— 0·49	0·0134	8 cm ³ , klar, gelblich	Zähigkeitskoeffizient (s. unten). Urobilinreaktion negativ	Obduktionsdiagnose: Meningitis tuberc. chron. Lungentuberkulose. Tuberkel des Kleinhirns. Hydroceph. intern. chron. Ependymgranulationen.

*) Herrn Primarius Doz. Dr. KNÖPFELMACHER sind wir für die uns zur Verfügung gestellten Flüssigkeiten zu großem Danke verpflichtet.

Nummer der Untersuchungreihe	Name, Alter und klinische Diagnose	Datum der Lumbalpunktion	Datum der Untersuchung	Δ	λ	Menge, Farbe und Klarheit der Flüssigkeit, zytologischer Befund	Sonstige in diesem Falle vorgenommene Untersuchungen	Anmerkungen, insbesondere das Wichtigste aus der klinischen Krankengeschichte
II. Paralysis progressiva (9 Fälle).								
4	Ladislav Barbara, 40 J. Progr. Paral.	5./IV.	5./IV.	-0.54	0.0159	7 cm ³ , klar. Druck erhöht (Ausspritzen)	Densimetrische Bestimmung des spez. Gew. = 1.0070. Kulturversuch steril. 4 cm ³ einem 600 g schweren Kaninchen subdural injiziert	Lues 1894. Tabische Symptome: Pupillen entrundet, Patellarsehnenreflexe different $r > l$.
9	Gutkas Eduard, 50 J. Progr. Paral. Tabes dors.	15./IV.	15./IV.	-0.55	0.0158	7 cm ³ , leicht diffus getrübt (Spur von Blutbeimengung?). Nach Zentrifugieren klar. 37 Lymphozyten im mm ³	ESSBACH 2 1/2 ‰. 3 cm ³ einem 100 g schweren Meerschweinchen injiziert	Lues zugegeben. 2. Punktion 14./V.: 15 Lymphozyten im Kubikmillimeter. $\Delta = -0.515$. $\lambda = 0.0158$.
11	Mandl Wilhelm, 38 J. Paral. progr.	21./IV.	22./IV.	-0.54	0.0155	9 cm ³ , klar, geringer Druck. 35 Lymphozyten im mm ³ . 55% große, 45% kleine	Mit FEHLINGScher Lösung deutliche Reduktion. Densimetrische Bestimmung des spez. Gew. 6 cm ³ einem 500 g schweren Kaninchen subdural injiziert	Lues vor 12 J. ARGYLL-ROBERTSON.
17	Schönthaler Franz. Paral. progr.	3./V.	4./V.	-0.53	0.0156	31 Lymphozyten im mm ³	ESSBACH 1 1/2 ‰	ARGYLL-ROBERTSON.
26	Riparek Karl, 38 J. Paral. progr.	25./V.	26./V.	-0.53	0.0157	10 cm ³ , klare Flüssigkeit. Lymphozyten (2malige Zählung): 1. 23 kleine, 3 große; 2. 24 " 2 "	ESSBACH 1 ‰	—
32	Schmidt, 59 J. Paral. progr.	3./VI.	4./VI.	-0.54	0.0153	10 cm ³ , 1. Portion wasserklar, 2. Portion Spur getrübt, Druck merklich erhöht. 1. Zählung: 20 Lymphozyten, 3 polynukleäre, 2 Endothelzellen. 2. Zählung: 21 Lymphozyten, 2 polynukleäre, 3 Endothelzellen	ESSBACH 1 ‰	—
34	Kriebaum Anton, 41 J. Progr. Paral.	5./VI.	6./VI.	-0.53	0.0150	10 cm ³ , klare wasserhelle Flüssigkeit. 184 Lymphozyten größer wie gewöhnlich, 12 große Lymphozyten, gar keine roten Blutkörperchen	ESSBACH 1 ‰	—
35	Nowak Wilhelm, 34 J. Paral. progr. (?)	6./VI.	8./VI.	-0.55	0.0155	7 cm ³ , wasserklare Flüssigkeit. 1. Zählung: 12 Lymphozyten; 2. Zählung: 13 Lymphozyten	ESSBACH 1 ‰	—
43	Petritz. Paral. progr.	—	—	-0.54	0.0157	Zählung: 120 Lymphozyten, 2 polynukleäre	Zähigkeitskoeffizient (s. unten)	—
III. Alkoholismus (4 Fälle).								
10	Morbs Jos., 39 J. Del. trem. Pneumonie	21./IV.	22./IV.	-0.44	0.0140	7 cm ³ , klare Flüssigkeit, geringer Druck, 245 Zellen, größtenteils Lymphozyten	Kulturversuch steril, 5 cm ³ einem 500 g schweren Kaninchen subdural injiziert	Lues 1892. Obduktionsdiagnose: Hyperämie und Ödem des Gehirnes, chron. Tuberc. pulm. Meningitis tuberculosa. Die meningitischen Symptome intra vitam waren zweifelhaft. Nur die geringe Depression $\Delta = -0.44$ sprach für Meningitis, ebenso der zytologische Befund.
18	Brachinger Vinzenz, 40 J. Alcoh. chron. (Par. progr. ?)	7./V.	8./V.	—	0.0140	5 cm ³ , wasserklar. 1. 3 Lymphozyten; 2. 1 Lymphozyt	—	1895 Lues.

Nummer der Untersuchungsreihe	Name, Alter und klinische Diagnose	Datum der Lumbalpunktion	Datum der Untersuchung	Δ	λ	Menge, Farbe und Klarheit der Flüssigkeit, zytologischer Befund	Sonstige in diesem Falle vorgenommene Untersuchungen	Anmerkungen, insbesondere das Wichtigste aus der klinischen Krankengeschichte
25	Klimek Franz, 46 J. Del. tremens	23./V.	24./V.	—0.54	0.0138	4 cm ³ , wasserklare Flüssigkeit. Zählkammer: 1. 1 Lymphozyt; 2. mehrere sehr gut violett gefärbte rote Blutkörperchen, keine weißen Zellen	ESSBACH 1‰	Vor 25 J. Ulc. molle.
31	Patschka Leopold, 43 J. Del. tremens	2./VI.	3./VI.	—0.54	0.0138	7 cm ³ , leicht gelblich diffus und fein getrübt. 1. Portion gleich der 2. Zählung: 1. 3 Zellen (2 Endothelzellen); 2. 2 Zellen (1 Endothelzelle), rote Blutkörperchen zahlreich	—	Fractura baseos?
IV. Epilepsie (2 Fälle).								
5	Kovarik Adalbert, 41 J. Karies des Kreuzbeines, Epilepsie	12./IV.	14./IV.	—0.52	0.0161	9 cm ³ in 2 Portionen; davon die erste stark hämorrhagisch, die zweite opaleszierend, diffus fein getrübt mit leichtem Stich ins gelbliche	Mit essigsaur. Ferrozynkalium nur geringe Trübung. Kulturversuch steril. 5 cm ³ einem 120 g schweren Meerschweinchen injiziert	Obduktionsdiagnose: Chronische Lungentuberkulose. Karies der Lendenwirbelsäule. Chronisches Hirnödem mit Verdickung der Leptomeningen. Keine Lues in der Anamnese.
21	Knižek Josef, 23 J. Epileptische Geistesstörung	10./V.	11./V.	—0.52	0.0159	6 cm ³ klar	ESSBACH 1‰. 3 cm ³ einem 100 g schweren Meerschweinchen injiziert	—
V. Verschiedene Erkrankungen, in welchen Δ und λ bestimmt wurden.								
8	Deibal Marie, 61 J. Traumat. Erweichungen, Psychose	14./IV.	15./IV.	—0.54	0.0159	10 cm ³ , Druck 300. Klar, ohne jede Trübung, leichter Stich ins grünliche. 5 Lymphozyten im mm ³	Kulturversuch steril. Densim. Bestimmung des spez. Gew.	—
13	Zapletal Robert, 13 J.	28./IV.	29./IV.	—0.50	0.0146	10 cm ³ , wasserklare Flüssigkeit. Druck 140 mm Wasser. 1 Lymphozyt.	FEHLING stark reduziert. ESSBACH 2.5‰	Obduktionsdiagnose: Tuberkel des Pons, Hydroc. chron. internus. Tuberc. pulm.
15	Oruna Frz., 16 Monate. Ak. Hydrocephalus	3./V.	4./V.	—0.52	0.0157	8 cm ³ , wasserklar. 1. 43 kleine, 13 große, 20 polynukleäre; 2. 32, 19, 11.	ESSBACH 1‰	—
28	Struhaec Anton, 53 J. Alc. chron. Hemipl.	27./V.	27./V.	—0.54	0.0159	6 cm ³ , klar, Druck erhöht. 1. 3 Lymphozyten (viele rote); 2. 2 Lymphozyten	ESSBACH 1/2‰	—
30	Kutilek Joh., 41 J. Aphasie, apopl. Insult.	31./V.	31./V.	—0.50	0.0146	6 cm ³ , wasserklar. Keine Lymphozyten	Eigentümliche, nicht näher aufzulösende Kristalle. ESSBACH 1‰	—
40	Hydroceph. chronicus	20./VI.	21./VI.	—0.49	0.0144	—	Zähigkeitskoeffizient (s. unten)	Abteilung Prim. KNÖPFELMACHER.

(Schluß folgt.)

Referate.

P. ZWEIFEL (Leipzig): Über die Gefahren intrauteriner Injektionen.

Die intrauterinen Ausspülungen, welche in den siebziger und achtziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts zu den täglichen Eingriffen in der Geburtshilfe und Gynäkologie gehörten, veranlaßten nicht selten erschreckende Zufälle. Der Grund hierfür ist einmal in der Giftresorption des zu den Spülungen verwendeten Desinfektionsmittels, ferner, wie OLSHAUSEN nachwies, im Eintritt von Luft in die Venen, oft aber auch in einer allgemeinen septischen Infektion zu suchen. Mit Luftintritt, Giftresorption und pyogener Infektion sind aber manche Erscheinungen, wie Bluthusten, Hämoglobinurie, rasche Temperatursteigerung etc. noch nicht vollkommen erklärt. Diese sind nur durch die Annahme zu deuten, daß das in den Uterus fließende Wasser Blut aufgelöst und daß dieses dann zu Gerinnungen, zu einem Lungeninfarkt und zur Hämoglobinurie führe. Es müßte dementsprechend nicht allein abgekochtes Wasser, sondern abgekochte physiologische Kochsalzlösung zu Uterusspülungen verwendet werden. Ferner handelt es sich darum, nur ganz wenig Flüssigkeit einzubringen, damit höchstens eine flächenhafte Benetzung der Gebärmutterinnenwand entsteht, ein Überfließen aber unmöglich gemacht wird. Dies ist nur auszuführen mit genau graduierten Spitzen und mit einer minimalen Flüssigkeitsmenge von nur 1—2 Tropfen, genau gemessen. Das war die Dosis, die BRAUN seinerzeit angab und die streng zu beobachten ist („Deutsche med. Wschr.“, 1904, Nr. 17). Außer dieser Vorsicht ist die Auswahl der Arzneimittel wichtig, die intrauterin angewendet werden sollen. Es sind: 2—5% Lösung von Argent. nitr., 5—20% Lösung von Protargol, 5—10% Lösung von Alumol, 20—30% Lösung von Formalin (mit 25% HCHO-Gehalt). Jodtinktur in allen Graden der Verdünnung bis zur reinen offiziellen, 5—20% Lösung von Zinc. chlorat., Liq. ferri sesquichlorati, mehr oder weniger verdünnt oder sogar officinell. Von allen ist die Chloreisenlösung das gefährlichste Mittel, das weitaus die meisten der Unglücksfälle verschuldet hat und bei dem darum die größte Vorsicht geboten ist. Es ist demnach zu raten, die milden Arzneimittel zu bevorzugen. Empfehlenswerter, weil weniger gefährlich, sind jedenfalls die Bepinselungen. Daß man alle intrauterinen Eingriffe nur unternehmen darf, wenn keine Entzündung der Gebärmutter oder deren Umgebung vorliegt, ist selbstverständlich.

L.

E. FINKELSTEIN (St. Petersburg): Über Pneumonie der Säuglinge.

Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt F. („Diss. a. d. Kais. Militär-Med.-Akad.“ zu St. Petersburg, 1904) zu folgenden Schlüssen:

Sämtliche untersuchten Fälle von Pneumonie gehören nach der Beschaffenheit des Exsudats zu der katarrhalischen Pneumonie.

Ihrer Entstehung nach müssen 13 Fälle in Anbetracht der vorgefundenen hochgradigen Alterationen der Bronchien als solche betrachtet werden, die sich aus einer Bronchitis entwickelt haben; in 5 Fällen konnte man eher an Pneumonien denken, die sich aus dem Blut oder den Lymphgefäßen heraus entwickelt haben.

Die hauptsächlichsten Eigentümlichkeiten der Pneumonie des Kindesalters sind:

- a) die Häufigkeit der lobären Formen (61%);
- b) der hämorrhagische Charakter des Exsudats und die Neigung desselben zur Bildung von amorphen, körnigen Massen.

Was den Ausgang der infantilen Pneumonie betrifft, so kommt es in 39% der Fälle zur Eiterung. Fibrinfäden und -Netze kommen in einzelnen Alveolen nicht selten zur Beobachtung; sie zeigen aber keine große Ausdehnung und sind auf 4—5 benachbarte Alveolen beschränkt. Bakteriologisch wurden in den meisten Fällen mehrere Mikrobenarten isoliert, wobei der Diplokokkus 16mal, der Staphylokokkus 14mal, der Streptokokkus 5mal, das Bact. coli 2mal und der Bacillus Friedlaenderi 2mal konstatiert wurde. Das häufige Vorhandensein des Diplokokkus übt auf den Charakter des Exsudats

keinen besonders merkbaren Einfluß aus; der eitrige Charakter des Exsudats wird augenscheinlich durch Mischinfektion bedingt.

G.

Aus der Univ.-Poliklinik für Hautkranke in Königsberg i. P. (Direktor: Professor Casparj).

W. SCHOLTZ: Über die Verwendung des 30%igen Wasserstoffsperoxyds von MERCK in der Dermatologie und Urologie.

In der Dermatologie hat SCH. das MERCKsche Wasserstoffsperoxyd vor allem bei folgenden Affektionen gute Dienste geleistet („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. 71).

I. Bei der Behandlung ulzeröser und speziell gangränöser Prozesse der Haut. Die Anwendung geschieht in den erwähnten Fällen am besten in der Art, daß man mit der reinen oder schwach verdünnten Lösung (1:2—1:3) die geschwürigen und gangränösen Flächen bpinselt resp. auswischt. Es entwickelt sich dabei ein starker Schaum, den man abspült oder abtupft, um die Pinselung eventuell noch ein- bis zweimal zu wiederholen. In dieser Weise werden die Flächen täglich einmal behandelt. An Stelle der Pinselungen kann man die Geschwüre eventuell auch mit stark verdünnten Lösungen des Mittels, etwa 1:50—1:100 verbinden. Das Pinseln und Auswischen mit der reinen Lösung hat aber speziell den Vorzug, daß das Präparat bequem an solchen Stellen Anwendung finden kann, wo wir desinfizierende Umschläge und Verbände nicht oder nur schwer applizieren können. Dies ist z. B. in der Mundhöhle, in der Nase, an den Genitalien und dem Anus der Fall.

II. Bei Stomatitis mercurialis, besonders bei Formen, bei denen der Zahnfleischrand eitrig belegt ist, Ulzerationen bestehen, oder nur Foetor ex ore darauf hinweist, daß Zersetzungsprozesse vorhanden sind. In solchen Fällen läßt Verf. die Patienten mit der stark verdünnten Lösung (etwa 2—3:100) spülen und den Zahnfleischrand, resp. die Ulzerationen einmal täglich mit der reinen Lösung pinseln. Zur Pinselung verwendet man ein einfaches Wattestäbchen.

III. Bei torpiden vereiternden Bubonen sowie bei gangränösen oder serpigindösen Formen von Ulcera molliä.

IV. Bei Leukoplakia oris. Hier wurden die Pinselungen mit dem reinen Präparat allein oder gemischt mit Argentum nitricum angewandt und bei zwei leichten Fällen Heilung, in einem äußerst hochgradigen Falle eine entschiedene Besserung erzielt.

V. Bei Komedonen, Akne, Epheliden und Pigmentationen anderer Art hat SCH. zwar einige Male ganz gute Wirkungen gesehen, immerhin hat es bei diesen Affektionen nicht die Hoffnungen erfüllt, die man anfangs auf das Mittel gesetzt hatte.

In der Urologie glaubt SCH. das Wasserstoffsperoxyd bei folgenden Affektionen empfehlen zu können:

1. Bei manchen Formen chronischer Zystitiden, vor allem solchen Fällen, bei denen eine genügende Reinigung der Blasen-schleimhaut von dem anhaftenden Schleim und Eiter durch einfache Spülung offenbar schwer zu erzielen ist.

2. Im Terminalstadium der Gonorrhöe, bei chronischer Gonorrhöe und vor allem bei chronischen postgonorrhöischen Urethritiden. Das Wasserstoffsperoxyd wird bekanntlich in Flaschen, welche 50 und 200 g der Lösung enthalten, abgegeben; die Flaschen sind mit Ceresit ausgegossen, da aus dem Wasserstoffsperoxyd schon bei der Berührung mit Glas allmählich etwas Sauerstoff frei wird. Kleine Mengen und dünnere Lösungen kann man jedoch auch in gut gereinigten, dunklen Flaschen an kühlem Ort einige Wochen aufheben, ohne daß Zersetzung und Entwicklung von Sauerstoff eintritt.

L.

CHAJES (Berlin): Refraktometrische Eiweißbestimmungen zur Kontrolle therapeutischer Maßnahmen.

Um den Einfluß der eiweißreichen Nahrung auf den Eiweißgehalt des Blutes zu studieren, hat Verf. an der III. medizinischen Klinik der Charité (Geheimrat Prof. Dr. SENATOR) Versuche

angestellt, indem er Patienten, die an den verschiedenartigsten Affektionen litten, mehrere Wochen lang neben der gewöhnlichen Nahrung täglich 40—50 g Sanatogen gab. Es wurden Kranke mit solchen Affektionen ausgesucht, bei denen voraussichtlich keine Veränderung der Blutbeschaffenheit durch die Krankheit selbst bedingt war und die wenigstens 3 Wochen in der Klinik verblieben. Ausgenommen wurden Fälle, bei denen durch das Vorhandensein von Zucker, Eiweiß oder von größeren Mengen von Retentionsstickstoff Beeinflussungen der Refraktionsexponenten des Blutes hervorgerufen sein konnten. Mittelst des ABBESchen Refraktometers wurde festgestellt, daß durch die Zufuhr von Sanatogen der Eiweißgehalt des Blutes erhöht wurde. Die Steigerungen schwankten in den einzelnen Fällen von 18—200 mg auf 100 cm³ umgerechnet. Selbst wenn 3 Fälle, bei denen die geringe Erhöhung des Eiweißgehaltes auf die normalen Schwankungen bezogen werden kann, ausscheiden, so bleiben doch noch 6 Fälle übrig, bei denen eine deutliche Erhöhung des Eiweißgehaltes des Blutes durch Sanatogenverabreichung zu konstatieren war. Bemerkenswert ist, daß es sich in dem einen Fall mit negativem Ausgang um einen gesunden Menschen handelte, bei dem eine Erhöhung des Eiweißgehaltes des Blutes schwerer zu erreichen ist, als bei einem geschwächten Organismus. G.

W. D. BRANDT (St. Petersburg): Ein Beitrag zur Frage der Entstehung der Ovarialabszesse.

B. bestätigt auf Grund der von ihm untersuchten klinischen Fälle die Ansicht der Mehrzahl der neueren Autoren, daß der Ausgangspunkt der Ovarialabszesse das Corpus luteum ist. Um den Weg festzustellen, den der Infektionsstoff nimmt, um nach dem Ovarium zu gelangen, hat B. eine Anzahl von Experimenten an Tieren ausgeführt („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 34), denen er in die Genitalorgane reine und gemischte Kulturen von Streptokokken, Staphylokokken und Bacterium coli commune einführte. Seine Schlußfolgerungen sind: Bei der Injektion von mitigierten Kulturen entwickeln sich verschiedene Veränderungen und Abszesse in den Ovarien, während die Injektion von hochvirulenten Kulturen eine allgemeine Infektion hervorruft. Der Ort der Entwicklung der Abszesse und der stärker ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen in den Ovarien überhaupt sind die Rindenschicht, hauptsächlich die Follikel und die Corpora lutea. Aus einigen Experimenten schien hervorzugehen, daß der Infektionsstoff unter Meidung der Tuben nach dem Ovarium durch das breite Mutterband gelange. L—y.

W. PLASKUDA (Greifswald): Untersuchungen über das „Binden der Glieder“ (ausgedehnte BIERsche Stauung) und die sogenannte Autotransfusion.

Durch Abbindung und Einwicklung der Extremitäten mittelst Gummibinden lassen sich dem Kreislauf des Rumpfes und Kopfes ziemlich erhebliche Blutmengen entziehen, resp. zuführen. Sie betragen bei Einbeziehung aller Extremitäten $\frac{3}{4}$ — $\frac{5}{4}$ l („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 5 u. 6).

Starke Stauung an 3 Extremitäten (mehr wohl noch an 4) setzt den Blutdruck um zirka 20 mm Hg (= zirka 14%) herab. Bei „nervösen“ Personen ist diese Wirkung unsicher. Gelegentlich kommt es aber auch unter plötzlichem, noch weit stärkerem Druckabfall zu kollapsartigen Zuständen. Dieselben gehen nach Lösung der Binden allerdings rasch vorüber. Bei künstlicher Blutleere mehrerer Extremitäten kommt es zu Blutdrucksteigerungen, die indessen mehr auf nervösen als mechanischen Einflüssen zu beruhen scheinen. Bb.

KRÜTZNER (Prag): Über motorische Störungen bei Syringomyelie, besonders über spontane Bewegungen und fibrillären Tremor.

Verf. beobachtete auf der Klinik des Prof. MAIXNER in einer Zahl von Syringomyelieerkrankungen an den Extremitäten mit Muskelatrophien fibrilläre Kontraktionen und außerdem klonische Erschütterungen in verschiedenen Muskelgruppen. Auf Grund dieser

Beobachtung studierte Verf. die Anamnese der früheren Kranken an derselben Klinik und fand, daß diese Phänomene bei der Syringomyelie sehr häufig sind. Die fibrillären Kontraktionen und die heftigeren Erschütterungen sind entweder vereinzelt oder sie kommen gleichzeitig vor. Fibrilläre Kontraktionen werden immer in der später mit Atrophie behafteten Muskulatur beobachtet. Es scheint, daß diese beiden Bewegungsphänomene bei der Syringomyelie skapulo-humeralen Typus häufiger sind, als bei der gewöhnlichen Form (Vorderarm und Hand). („Sbornik klinický“, Bd. 5, Heft 5). STOCK.

HÁLA (Königgrätz): Über traumatische Augenneurose.

Mitteilung eines Falles traumatischer Augenneurose bei einem 49jährigen Schmiede. Der Pat. hatte keine Ansprüche auf eine Entschädigung und er konsultierte den Arzt nur seiner Gesundheit wegen. Die Neurose entwickelte sich 11 Jahre nach dem Unfall. Bei der differenziellen Diagnostik konnte Verf. das Glaukom im ersten Stadium, die Migräne, Epilepsie und Hysterie ausschließen. Verf. behandelt den Fall vom praktischen Standpunkte. („Revue v. neurol. psych., fys. a diaet. ther.“, Bd. 1, H. 3.) STOCK.

REMLINGER (Paris): Le passage du virus rabique à travers les filtres.

Der Erreger der Lyssa ist uns zur Zeit noch unbekannt; wohl wurden Bazillen und Protozoen der verschiedensten Art wiederholt als Erreger beschrieben, doch sind die Meinungen über die Bedeutung, ja auch die Deutung dieser Gebilde sehr geteilt, die Mehrzahl der Autoren hält trotz aller gegenteiligen und untereinander sehr verschiedenen Angaben an der Überzeugung fest, daß der Erreger der Lyssa noch nicht gefunden wurde. Übereinstimmend wird aber angenommen, daß das Lyssavirus durch Filter nicht durchgeht. Verf. zeigt nun in vorliegender Arbeit („Annales de l'institut Pasteur“, Bd. 17, pag. 834) das Gegenteil; das Lyssavirus passiert bestimmte Filter (BERKEFELD V), wenn sie neu sind, bei rascher Filtration. Es zeigte sich weiter, daß das Filtrat imstande ist, Kaninchen bei subkutaner Injektion gegen intrazerebrale Infektion mit Virus fix zu schützen. Verf. zieht sodann aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß der Erreger der Lyssa zu den ultramikroskopischen Mikroorganismen gehört, bezüglich deren Erkenntnis vielleicht von dem neuen Ultramikroskop von SIEDENTOPF und ZSIGMONDY weitere Aufschlüsse zu erhoffen seien. Dr. S.

VAILLARD et DOPTER (Paris): La dysenterie épidémique.

Nach den Untersuchungen der Verf. („Annales de l'institut Pasteur“, Bd. 17, pag. 463) wird die epidemische Dysenterie in Frankreich durch einen Bazillus hervorgerufen, der mit dem SHIGASchen Bazillus vollständig identisch ist. Durch subkutane Einimpfung desselben oder seines Toxins kann man bei Tieren die Symptome und namentlich auch die charakteristischen Läsionen der Dysenterie erzeugen. Im Vergleich mit den Untersuchungen anderer Autoren ergibt sich, daß die alte Anschauung von der Einheitlichkeit der Dysenterie unrichtig ist; es gibt nicht eine, sondern mehrere Dysenterien. Sichergestellt ist die durch Amöben hervorgerufene Dysenterie ebenso wie die bazilläre Form, die häufiger ist als erstere, auch in den warmen Ländern; in unseren Gegenden scheint sie ausschließlich vorzukommen. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Eine Reihe von an angeborenem Myxödem leidenden Kindern hat ALT („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 28) einer systematischen Schilddrüsentherapie unterzogen. Die Erfolge waren ausgezeichnet, sowohl in Bezug auf das Verschwinden der somatischen Symptome des Myxödems wie auch hinsichtlich der Beseitigung der myxödematösen Idiotie. Verf. führt zwei Beispiele an, in denen es in relativ kurzer Zeit gelang, auch die geistigen Kräfte der völlig verwahrlosten Kinder soweit zu heben, daß sie

Schulunterricht bekommen konnten und demselben folgen können. Die Kinder werden zunächst einer vorbereitenden diätetisch-physikalischen Behandlung unterworfen, die meist vorliegende hartnäckige Stuhlverstopfung wird bekämpft und der allgemeine Ernährungszustand gebessert. Alsdann wird im Hinblick auf etwaigen luetischen Ursprung des Leidens eine Zeit hindurch Jod innerlich verabreicht, das zuweilen schon ganz merkliche Besserung bewirkt. Darauf wird unter sorgfältigster Regelung der Ernährung zur Behandlung mit Schilddrüsensubstanz übergegangen. A. gibt MERCKSCHE Tabletten à 0.1 g. Anfänglich wird nur alle 2 Tage eine gegeben, dann täglich eine, falls nicht Störung der Herzstätigkeit eintritt. Das Körpergewicht wird täglich gewogen und bei etwaiger Abnahme sofort Thyreoidin ausgesetzt. Wegen der unter dieser Ernährung erheblich zunehmenden Stickstoffausfuhr wird der Nahrung im Bedarfsfall ein gut ausnutzbares Eiweißpräparat, wie etwa Tropon, zugesetzt, um einer Eiweißunterernährung vorzubeugen. Unter Beobachtung dieser Vorsichtsmaßregeln kann die Schilddrüsenbehandlung Jahre hindurch fortgesetzt werden.

— Über den **Phosphorgehalt der Nahrungsmittel** und über die Bedeutung desselben für den Organismus berichtet OTOTZKAJA („Wratsch. Gazetta“, 1904, Nr. 10—11) Folgendes: Der in den Nahrungsmitteln enthaltene Phosphor hat eine wichtige physiologische Bedeutung für den Organismus und muß als notwendiger Bestandteil der Nahrung betrachtet werden. Der unzureichende Gehalt unserer alltäglichen, zufällig gewählten Nahrung an Phosphaten und der dadurch entstehende Phosphorhunger liegen vielen Erkrankungen, namentlich vielen Nervenerkrankungen zu Grunde. Die Nahrung muß so gewählt sein, daß das Verhältnis zwischen der Phosphorsäure der Nahrung und ihrem Stickstoff 1 : 5 ausmacht. Die pflanzliche Nahrung besitzt in dieser Richtung einen Vorzug vor der animalischen; besonders günstige Eigenschaften kommen der Milch zu. Der Grad des Phosphorhungers kann und soll durch Harnanalyse, namentlich durch Messung des Grades der Harnazidität festgestellt werden. Phosphorpräparate müssen dem Organismus nicht als Medikament, sondern als Zutaten zur Nahrung einverleibt werden. Die Phosphorsäure ist in dieser Beziehung das zweckmäßigste Präparat.

— Zur **Technik der Nephropexie** berichtet HOFMANN („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 42). Das Verfahren an der KUTNERSchen Klinik besteht in Folgendem: Lumbaler Längsschnitt von der 11. Rippe nach abwärts entlang dem Musc. sacro-lumbal. bis fast zum Darmbeinkamm, Spaltung der Fettkapsel der dislozierten Niere in der Längsrichtung, Bloßlegung der 12. Rippe und ihres unteren Randes in größerer Ausdehnung, sodann Zurückschieben der Niere in ihre normale Lage, so daß nur der untere Pol die 12. Rippe überragt. Entsprechend der Stelle, an der die fibröse Nierenkapsel unmittelbar vor die 12. Rippe zu liegen kommt, wird an der wieder in den Bereich der Lendenwunde gebrachten Niere ein Türflügelschnitt der dorsalen fibrösen Kapsel gemacht, der an Höhe ca. $1\frac{1}{2}$ cm die Höhe der 12. Rippe übertrifft; in diesem Bereich wird die fibröse Kapsel abgelöst und aufgerollt und die hierdurch gebildete Rolle durch je eine obere und untere (das Nierenparenchym nicht mitfassende) Naht in ihrer Lage fixiert und durch die ganze Dicke dieser Kapselrolle dann mittelst Troikartnadel in der Weise genäht, daß mit starker Seide mehrmals ein- und ausgestochen wird und das obere Ende jedes der beiden Fäden dann unmittelbar über der 12. Rippe durch den letzten Interkostalraum von vorn nach hinten hindurchgestochen und dann mit dem unteren Ende des Fadens hinter der 12. Rippe geknüpft wird. Die Niere ist dann der 12. Rippe angedrängt und kann mit ihr verwachsen. Sodann wird die Fettkapsel genäht, Muskel und Haut nach Einlegung einer gegen die 12. Rippe geführten Drainage (für 48 Stunden) vernäht und ein Kompressionsverband mit Wattebausch auf die vordere Bruchfläche als Pelotte angelegt. Nach 3 Wochen darf Pat. das Bett verlassen.

— Klinische Beobachtungen über das neue Hypnotikum **Isopral** publiziert TROFILO MONTAGNINI („Allg. med. Zentralzeitung“, 1904, Nr. 35): Das Isopral ist eine kristallinische, stark aromatisch schmeckende Substanz von kampferähnlichem Geruche, in Wasser, Alkohol und Äther löslich. Seiner großen Flüchtigkeit wegen, die

schon bei gewöhnlicher Temperatur erfolgt, empfiehlt die Firma Bayer die Tablettenform und bringt solche zu 0.25 und 0.50 g in gut verschlossenen Glasröhren in Originalpackung in den Handel. Das Isopral kann jedoch auch in Lösung, speziell mit Pfefferminzwasser, vorteilhaft verabreicht werden, da es in Wasser bis zu reichlich 3% löslich ist. Aus den in der Prager Universitätsklinik von Dr. MENDEL, in der psychiatrischen Universitätsklinik zu Heidelberg von Dr. URSTEIN, in der Heil- und Pflegeanstalt in Hoerdt von Dr. RANSOHOFF, in der Kreis-Pflegeanstalt Sinshelm von Dr. ESCHLE, in der k. k. psychiatrischen und Nervenklinik von Dr. REIMANN und aus klinischen Untersuchungen anderer Autoren geht bereits die Brauchbarkeit dieses Produktes als Hypnotikum hervor. Die Untersuchungen M.s im Irrenhause für Weiber in Venedig erstrecken sich auf 100 Versuche an 46 Kranken. Im ganzen verbrauchte er ca. 90 g des neuen Hypnotikums, in Dosen, die zwischen 0.25 und 2 g schwankten. Die Wirkung des Isoprals kommt im allgemeinen prompt zur Geltung; sie tritt gewöhnlich schon nach einer Viertelstunde ein. Die Schlafdauer schwankte je nach der Größe der Dosis zwischen 4 und 10 Stunden. Der Schlaf ist ruhig, regelmäßig, nicht sehr tief; er nähert sich dem natürlichen Schlafe, dem ein Aufwachen in normalem Zustande folgt. Unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung.

— Zur **Behandlung von katarrhalischen Affektionen** sind folgende Vorschriften empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Therap.“ 1904, Nr. X):

1. Rp. Liq. ammon. acet. 20.0
Saccharini 0.1
Aq. cinnamomi ad 150.0
DS. Während des Tages eßlöffelweise zu verbrauchen.
2. Rp. Flor. sambuci 15.0
Magn. carbon. 5.0
Misce et infunde aq. fervida ad colatur. 150.0
Liq. ammon. acet.,
Syrup. simpl. aa. 25.0
MDS. Zweistündlich ein Eßlöffel voll zu nehmen.
3. Rp. Chinin hydrobrom. 0.1
Ammon. brom.,
Ammon. chlorat. aa. 0.2
Pulv. rad. rhei 0.15
Natr. benzoic. 0.30
Coffein. natrio-benzoic. 0.05
M. f. p. Dtr. tal. dos. ad capsul. amyl. Nr. XII.
S. Zweistündlich ein Pulver.
4. Rp. Extr. pisc. erythr. fluid.,
Extr. inul. helen. fluid.,
Extr. scutell. lateriflor. fluid. aa. 10.0
Codein. mur. 0.2
Saccharini 0.05
MDS. Dreimal täglich 2) Tropfen zu nehmen.

— Das **Neuronal** ist nach den Erfahrungen von SIEBERT („Psych.-neurolog. Wochenschr.“, 1904, Nr. 10) ein in Gaben von 0.5—1.0 g bei leichter, von 1.5—2.0 g bei schwerer Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen Geisteskranker verschiedener Art, besonders auch der Epileptiker, gut wirkendes Schlafmittel, das dem Trional am nächsten kommt, ohne daß es dessen kumulative Eigenschaft zu besitzen scheint. Eindeutige Nebenwirkungen bedenklicher Natur wurden bis jetzt nicht beobachtet. Mit dem Neuronal sind wir somit um ein schätzenswertes Hypnotikum reicher geworden.

— Die **Behandlung des Erysipels** mit antidiphtheritischem Serum bespricht BABES („Spitalul“, 1904, Nr. 5). Er hat vier Erysipelfälle mit antidiphtheritischem Serum in subkutanen Einspritzungen behandelt und ist zu folgenden Schlüssen gelangt: Das betreffende Serum hat eine gute therapeutische Wirkung, indem es in wohlthuender Weise den Allgemeinzustand des Patienten beeinflusst und namentlich die nervösen Symptome bessert. Es kann also in dieser Beziehung als ein Analgetikum betrachtet werden. Außerdem sinkt die Temperatur um 1—2° und ist dieser Abfall ein fast unmittelbarer, lange dauernder, wie man ihn nicht mit andern antithermischen Mitteln erzielen kann. Auch auf den lokalen Befund übt das Serum eine augenfällige Wirkung aus, indem die erysipelätösen Plaques abschwellen und ihre Färbung eine viel weniger intensive wird. Wenn auch nicht immer durch diese Behandlung

das Fortschreiten des krankhaften Prozesses verhindert werden kann, so ist doch die Evolution desselben eine viel leichtere. Die Größe der angewendeten Dosen hängt von dem mehr oder minder raschen Temperaturabfalle und von der Konstitution der Kranken ab. Die Wirkung des antidiphtheritischen Serums ist deutlicher, wo die Nieren intakt sind, während das Vorhandensein von Eiweiß die Prognose trübt. B. nimmt an, daß das Serum die pathogenen Keime des Erysipels in ihrer Entwicklung hemmt und ihre Virulenz vermindert, daß es also nicht notwendig ist, spezifische Sera zur Heilung infektiöser Krankheiten zu besitzen.

— Das **Stypticin** ist in folgenden Fällen wirksam (FREUND, „Therap. Monatsb.“, 1904, Nr. 6): 1. Bei klimakterischen Blutungen, 2. bei Blutungen infolge schlechter Rückbildung der Gebärmutter nach Abort und Geburt, ohne daß Eireste oder Plazentaresten an dieser Subinvolutio schuld sind, 3. bei reflektorischen (sekundären) Blutungen, d. h. Blutungen, welche durch Erkrankungen der Adnexe oder des Parametrium ausgelöst werden, ohne daß der Uterus selbst mit erkrankt ist, 4. bei kongestiven Blutungen junger Mädchen, ohne pathologisch-anatomisches Substrat, 5. bei Myomen, 6. bei Blutungen in der Schwangerschaft. Ferner hat sich das Stypticin bewährt bei Lungenblutungen, bei Darm- und Blasenblutungen. Die gewöhnliche wirksame Einzelgabe beträgt 2 Tabletten à 0.05 g, und zwar 4—5mal täglich. Das Mittel ist, wie durch eine fast 10jährige Erfahrung erwiesen ist, selbst in großen Gaben vollkommen frei von Nebenwirkungen.

Literarische Anzeigen.

Ohruntersuchungen in der Dorfschule. Ein Beitrag zur Schularztfrage. Von Dr. König, Kreisarzt in Konitz in Westpreußen. Halle a. S. 1903, Karl Marhold (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten. In Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte begründet von Dr. Maximilian Bresgen, herausgegeben von Dr. Gustav Heermann, Privatdozenten in Kiel. Bd. 7, Heft 3).

Von den Schlußfolgerungen, zu welchen der Autor auf Grund seiner interessanten und lehrreichen Untersuchungen gelangt, wollen wir die sechste wörtlich hierher setzen, weil sie einen klaren Einblick in die Verhältnisse gewährt. Sie lautet: „Von den Untersuchten

hatten nur zirka $\frac{2}{5}$ beiderseits normale Hörschärfe; die Schwerhörigkeit war in zirka 9% der Fälle durch Eiterungen, in zirka 17% durch vergrößerte Rachenmandel, in zirka 14% durch vergrößerte Halsmandeln, in zirka 60% durch katarrhalische Leiden der Ohrtrumpete oder des Mittelohres bedingt. Zirka 15% der untersuchten Knaben werden wegen Ohrenleiden nicht im stehenden Heere dienen können.“

Wir denken, diese Zahlen sprechen eine so beredete Sprache, daß sie einer weiteren Erläuterung ruhig entraten können.

ETTELBERG.

Geschlecht und Kopfgröße. Von Dr. P. J. Möbius. (Beitrag zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden.) H. 5, 47 S. Halle a. S. 1903, Karl Marhold.

An die Spitze seiner Ausführungen setzt MÖBIUS die Behauptung: „Der Umfang des annähernd normal geformten Kopfes wächst im allgemeinen mit den geistigen Kräften.“ Das ist so zu verstehen, daß der Umfang des Kopfes in gewöhnlichen Fällen ungefähr seiner Größe entspricht und daß diese von den geistigen Kräften des Individuums (in seiner Blütezeit) abhängt. M. bringt eine große Menge männlicher Maße bei, die ihm zu einem großen Teil von einem Hutgeschäft zur Verfügung gestellt und mit dem Meßapparate der Hutmacher, dem Konformateur, gewonnen sind. Außerdem hat er eine Reihe seiner weiblichen Patienten gemessen. Hier sind die Maße kleiner, „das weitere ergibt sich von selbst“. INFELD.

Gesundheitspflege im Kindesalter. II. Teil: Körper- und Geistespflege im schulpflichtigen Alter. Von Dr. Josef Trumpp. Bibliothek der Gesundheitspflege. Stuttgart, Ernst Heinrich Morile.

Das kleine Buch bringt in gedrängter Form, doch anregend geschrieben, den Umriss aller Fragen, die dem angeführten Titel zu subsumieren wären. Die Wichtigkeit des behandelten Thema, das den Schulmann, den Arzt und die Eltern in gleichem Maße interessiert, läßt nur ein vollkommen gutes Buch empfehlenswert erscheinen. Einwandfrei in dem Gebrachten, handlich in der Form, von billigem Preis, ist das Werkchen wie geschaffen, um vielen willkommen zu sein. Autor und Verlag verdienen uneingeschränkte Anerkennung. NEURATH.

Feuilleton.

Die Krankenpflege im modernen Staate.

Von Med. Dr. Wilhelm Hahn, em. klinischen Operateur in Wien.

Die Klage über den Mangel an einer genügenden Anzahl tüchtig ausgebildeter und verlässlicher Krankenpflegerinnen ist allgemein und dennoch hat sich bis zu diesem Werke noch niemand die Mühe genommen, den Ursachen dieses Übelstandes nachzugehen und einmal den Stand der geschulten Krankenpflegerinnen ziffermäßig festzustellen. War man aber einmal dabei, so lag es nahe, die Morbidität und Mortalität der Pflegepersonen, über die schon so viel diskutiert worden ist, zu erforschen. Hatte man diese, so zog man auch die Ärzte in die Untersuchung hinein usf. Und so entstand das vorliegende klassische Werk v. LINDHEIMS.¹⁾

Es fehlt uns hier leider der Raum, auf alle Einzelheiten des umfangreichen Buches einzugehen. Deshalb wollen wir nur das Wichtigste und Allgemeininteressante aus jedem Kapitel herausnehmen.

Das erste Kapitel behandelt den Umfang der Krankenfürsorge und Krankenpflege in Österreich und Deutschland im Vergleich mit anderen Kulturländern. Trotz vollständigster Objektivität konnte es sich LINDHEIM hier nicht versagen, darüber Klage zu führen, daß Österreich in Bezug auf die Zahl der Heilanstalten wie Pflege-

personen sowohl Deutschland als auch anderen Ländern, wie England, Frankreich, Italien etc. nachstehe. Es gibt nach den genauen Zählungen LINDHEIMS in Österreich zirka 15.000 Pflegepersonen, eine Ziffer, die zweifellos noch zu hoch gegriffen ist. Die Zahl der Betten ist gegen Preußen um 200—300% zu klein. Der Grund all dieser Übelstände liegt, wie LINDHEIM sehr richtig bemerkt, einzig und allein in dem Mangel an einem einheitlichen Reichsgesetz, welches bestimmte Faktoren zum Baue und zur Erhaltung der öffentlichen Krankenhäuser verpflichtet. Den Lesern dieser Wochenschrift braucht wohl nicht erst erklärt zu werden, daß die Wiener k. k. Spitäler nicht Staatsanstalten im eigentlichen Sinne, sondern Anstalten des von der n.-ö. Statthalterei verwalteten Krankenhaushausfonds sind. In welchem Zustande sich dieser Fonds befindet, braucht nach den letzten Sparerlässen der Statthalterei auch nicht erst gesagt zu werden. Es wird eben doch nichts anderes übrig bleiben, als die Spitäler zu verstaatlichen. Denn die Erhaltung der Spitäler ist in jedem modernen Staate eine Staatsnotwendigkeit. Für Orte mit einer geschlossenen Wohnbevölkerung von mindestens 10.000 Einwohnern muß je ein Krankentbett auf 200 Einwohner und für das flache Land je eines für 400 Einwohner zur Verfügung stehen. In ländlichen Distrikten soll eine geeignete Distrikts- und Privatkrankenpflege organisiert werden. Ferner fordert LINDHEIM ein Sanitätsministerium, eine Forderung, die seit langem die Ärztekammern, aber ohne Erfolg, gestellt haben. Sehr interessante Daten bringt das Werk über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der Krankenpflegepersonen und der Ärzte, über die bis jetzt so gut wie nichts bekannt war. Es stellte sich die keineswegs von vornherein zu erwartende Tatsache heraus, daß der ärztliche Beruf, dank der modernen Prophylaxe, in Bezug

¹⁾ Saluti aegrorum. Aufgabe und Bedeutung der Krankenpflege im modernen Staat. Eine sozial-statistische Untersuchung von ALFRED v. LINDHEIM, Landtagsabgeordneter. Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1905.

auf Infektion, namentlich aber in Bezug auf die Tuberkulose, günstiger gestellt ist als fast alle übrigen Lebensberufe. Diese Tatsache spricht demnach am besten dagegen, daß die Tuberkulose so immens ansteckend sei, und daß man sich vor ihr so wenig schützen könne. Andererseits wird der Ärztestand infolge der mit ihm verbundenen Aufregungen und nicht zum kleinsten Teile durch die gegenwärtigen mißlichen materiellen Verhältnisse in erster Linie von den Erkrankungen des Herzens und der Nerven betroffen.

Die eigentlichen Krankenpflegepersonen sind in Morbidität und Mortalität zwar weniger günstig als die Ärzte gestellt, doch sind sie in Bezug auf die Infektion und namentlich die Tuberkulose nicht größerer Gefahr ausgesetzt als die gesamte Bevölkerung in der gleichen Altersepoche. Eine ungünstige Ausnahme bilden nur einige konfessionelle Genossenschaften, namentlich die Barmherzigen Schwestern römisch-katholischen Bekenntnisses, aber nicht aus Gründen, die auf Ansteckung beruhen. Die schlechten hygienischen Verhältnisse in diesem Orden, das oft zu jugendliche Alter der Neuaufgenommenen, die geringe Bewegung in frischer Luft etc. tragen die Schuld, daß die Mortalität unter den Barmherzigen Schwestern eine so hohe ist.

Sehr wertvoll sind die genauen statistischen Untersuchungen über den Einfluß der Lungenheilstätten auf die Gesundheit der Bevölkerung der Umgebung. Es hat sich gezeigt, daß eine Ansteckung der Pflegepersonen in Lungenheilstätten in allen beobachteten Fällen auszuschließen war, daß ferner durch die prophylaktischen Einrichtungen die einheimische Bevölkerung solcher Orte, die Lungenheilstätten beherbergen, weniger an Tuberkulose zu leiden hatte als vor der Gründung der betreffenden Kurorte und Sanatorien.

Endlich macht LINDHEIM noch sehr bemerkenswerte Reformvorschläge in der Krankenpflege, von denen die Einführung einer Diplomprüfung der Krankenpfleger und Pflegerinnen zur Erlangung eines Staatsdiploms der wichtigste ist. Das Buch, das die Verlagsbuchhandlung sehr nett ausgestattet hat, sei Ärzten wie Laien wärmstens zur Lektüre empfohlen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

DUBREUILH (Bordeaux): Über Blastomykose.

Bisher sind in Amerika 50, in Deutschland 2, in England und Italien je ein Fall von Blastomykose beschrieben worden. Die durch den Saccharomyces nahestehende Hefepilze erzeugte Krankheit ist entweder auf der Haut generalisiert und führt unter der Tuberkulose gleichenden Symptomen zum Tode oder ist auf einzelne chronisch verlaufende Hautsymptome beschränkt. Zu dieser Gruppe gehört der erste von D. beobachtete französische Fall. Ein 60jähriger Mann hatte auf dem Rücken der rechten Hand eine 5 Frankstück große, klinisch Tuberculosis cutis verrucosa gleichende Affektion, die innerhalb 6 Jahren entstanden, schmerzlos, jedoch ohne Heilungstendenz verlief. Der Exstirpation und Deckung des Defektes durch einen vom Oberschenkel entnommenen Lappen folgte Heilung. Histologisch ergab sich Granulationsgewebe, das eine Unzahl von Riesenzellen, epitheloiden Zellen und miliaren Abszessen enthielt. In den drei letztgenannten Gewebeelementen fanden sich die Blastomyzeten als runde, 10—12 μ große, eine deutlich doppelt konturierte Membran zeigende Körper. Ihre Oberfläche ist uneben, ihr Zentrum granuliert. Fortpflanzung scheint durch Teilung zu erfolgen. Laugen und Säuren haben keine Wirkung auf den Körper. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden.

Unna (Hamburg) macht auf die Ähnlichkeit der Degeneration von Elastin mit Blastomyzetenformen aufmerksam.

Oppenheim (Wien) berichtet kurz über vier auf FINGERS Klinik beobachtete, klinisch Karzinom und Lupus gleichende Blastomykosefälle, in denen Jodkali therapeutisch sich sehr bewährte. Die mikroskopisch sicher von allen Zelldegenerationsformen unterschiedenen Blastomyzeten fanden sich besonders reichlich in kleinen, Milien gleichenden Abszessen.

Unna betont, daß die Blastomyzeten große Ähnlichkeit mit den von ihm beschriebenen Flaschenbazillen haben.

Buschke (Berlin) mahnt zur Vorsicht bei der Deutung von „Blastomyzeten“-Befunden. Die Parasiten liegen nie in der Gegend des Epithels, sondern tief in der Haut, sie färben sich nur mit Anilinfarben, nicht mit Hämatoxylin. Eine Beziehung zu den Flaschenbazillen will B. nicht annehmen. Man hat zu unterscheiden 1. Saccharomykosen, deren Vorkommen experimentell festgestellt ist, 2. Oidiomykosen, die in einigen der Kritik standhaltenden Fällen vorgekommen sind, 3. Hefezellenaffectationen, bei denen jedoch die Hefen nur Verunreinigungen darstellen. Die ganze Frage ist noch sehr im Fluß, da nach Ansicht hervorragender Botaniker die Hefezellen nur eine Art Übergang zu höheren Schimmelpilzen darstellen. Impfungen einiger Oidien auf Affen sprachen gegen die Konstanz der speziellen Pilzformen.

Neuberger (Nürnberg) hat einen lange Zeit als Lupus angesprochenen Fall als Blastomykose erkannt. Es gelang ihm, im Aknesekret dieses Kranken typische Blastomyzes nachzuweisen.

Schamberg (Prag) berichtet über eine Geschwürbildung, die 6 Jahre lang an der Nasenspitze lokalisiert blieb. Klinisch und histologisch konnte Lues, Lupus, Karzinom ausgeschlossen werden. Einzelne Gebilde wurden auch von Botanikern als Hefepilze anerkannt. Da aber Sporen nicht gefunden wurden, ist der Fall als Pseudoblastomykose zu bezeichnen.

Dubreuilh (Bordeaux) betont die Anilinfarbenfärbbarkeit der in seinem Fall gefundenen Gebilde.

HEIDINGSFELD (Cincinnati) bespricht einen Fall von Porokeratosis Mibelli. Bei einem 18jährigen Manne entwickelte sich konzentrisch wachsend in 2 Jahren eine 10 cm im Umfang messende, aus stecknadelkopfgroßen, flachen, runden, bläßen Papeln bestehende, von der Therapie unbeeinflusste Affektion, deren histologisches Bild für Porokeratosis sprach. H. hat aber in dem pathologischen Befunde keine Differenzen gegenüber der Pityriasis rubra, Dermatitis herpetiformis, Prurigo, chronischem Ekzem gefunden und bezweifelt, zumal auch die Klinik kein absolut charakteristisches Bild entwerfen kann, die Spezifität der Erkrankung.

ECKSTEIN (Berlin) bespricht unter Demonstration von Präparaten, Instrumenten und Kranken die Technik der Paraffinplastik bei Gesichtsdeformitäten und Gaumendefekten. Er verordnet nur Hartparaffin vom Schmelzpunkte 50—58° und eine von ihm angegebene, von einem mit heißem Wasser gefüllten Gummimantel umgebene Spritze. Bei 200° Einspritzungen hat er schädliche Nebenwirkungen nicht gesehen. Die Technik ist in jedem Fall verschieden; vor allem muß bei jeder Einspritzung berücksichtigt werden, daß nachträgliche Verbesserungen sehr schwer sind. Die Resultate bei Sattelnase, Nasenanomalien, Ozaena sind sehr gute, in manchen nicht operablen Fällen von Gaumenspalte geradezu erstaunliche. Wie mannigfaltig die Anwendung des Hartparaffins ist, zeigt der Umstand, daß E. mit Erfolg eine Scheibe Paraffin vom Schmelzpunkte 75° subkutan als Ersatz des Nasenbeins verwenden konnte.

ROCA (Barcelona) empfiehlt das Chaulmoograöl bei der Lepra in großen Dosen (bis 300 Tropfen täglich).

Tomatoulos-Bey hebt die Schwierigkeit der innern Medikation des Chaulmoograöls hervor, da die Kranken sehr bald unüberwindliche Abneigung bekommen. Er hat das Medikament in Einspritzungen gegeben.

Hallopeau (Paris) hat keine Erfolge von Chaulmoogra gesehen.

CARLE (Lyon) spricht über die Entstehung der spontanen Harnröhreneinflüsse. Alle spontanen, auf Verletzungen, Zweiradfahrern, geschlechtliche Überreizung, allgemeine Krankheiten zurückgeführten Harnröhrenaussflüsse sind, sobald gonorrhöische Neuinfektion ausgeschlossen ist, der Ausdruck einer wiedererwachten entzündlichen Prostatitis, welche ihrerseits von einer früheren gonorrhöischen Infektion bedingt ist.

Motz führt an, daß einige kleine, unmittelbar vor der Prostata liegende Urethraldrüsen von großer Bedeutung für diese Rekrudeszenz der Krankheit sind.

HELLER (Charlottenburg) bespricht unter Hinweis auf seine große in der Ausstellung aufgestellte Sammlung von makroskopischen Präparaten und Mikrophotographien die Bedeutung der vergleichenden Pathologie der Haut. Eine große Zahl von Tierhautkrankheiten ist auf den Menschen übertragbar. Interessant ist die Feststellung aller Krankheitstypen, die überhaupt bei den Tieren vorkommen; wenn auch die meisten menschlichen Dermatosen Analoga im Tierreiche haben, so fehlen doch z. B. Lupus erythematodes, Lichen ruber, die Hautsyphilide ganz. Dagegen sieht man Pemphigus, Acanthosis nigricans, spitze Kondylome, Pityriasis rosea n. nigr. Andererseits kommen bei einzelnen Tierarten bestimmte Typen der Dermatosen nicht vor, die sich bei anderen finden. Die Exsudation ist bei einzelnen Tierarten auf entzündliche Reize mehr serös, bei anderen fibrinös. Für experimentelle Untersuchungen ist diese Tatsache wichtig. Wenn die tierischen Dermatosen besser bekannt sind, werden sicher Irrwege der experimentellen Dermatopathologie vermieden werden. H. hat in seiner Sammlung ein Stück Schweinehaut ausgestellt, das das genaue Bild einer makulösen Syphilis gibt. Das Schwein hat wahrscheinlich eine Verdauungsstörung gehabt. Große Anregung erfährt die Patho-

genese der Dermatosen durch die vergleichende Untersuchung. Die Lehre von der Autointoxikation ist ein großes Kapitel der Veterinärmedizin, die Frage der Alopezie, das plötzliche Ergrauen der Haare, die Entwicklung von Hauterkrankungen nach Nervenverletzungen, ja eigentlich jedes Kapitel der Dermatologie wird durch die Tiermedizin bereichert. Bemerkenswert sind die Ergebnisse der vergleichenden Histopathologie.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 3. November 1904.

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

SPILLER demonstriert einen dreijährigen Knaben mit Osteoarthropathie. Das Kind hat vom 11.—16. Lebensmonat an Krämpfen gelitten, zu dieser Zeit begann auch die jetzige Erkrankung des Knochen-systems. Die Untersuchung ergibt eine Verdickung der Ober- und Unterschenkel, sowie der Vorderarme, Schwellung der Sprung-, Knie- und Handgelenke, Offenstehen sämtlicher Fontanellen, Klaffen der Schädelnähte. In der Lambdanaht ist eine weit klaffende Lücke. Die Auftreibungen der Röhrenknochen sind druckschmerzhaft und, wie die Röntgenuntersuchung lehrt, durch schalenförmige Periostauflagerungen bedingt. Die Affektion beruht vielleicht aufluetischer Basis, wofür die einzuleitende antiluetische Therapie näheren Aufschluß geben wird.

Ferner demonstriert derselbe ein Mädchen mit Bindehautxerose, welche auf den Lidspaltenbereich der Conjunctiva bulbi beschränkt ist und vielleicht mit einer abgelaufenen Diphtherie zusammenhängt. Die Affektion kommt auch bei ganz gesunden Kindern vor.

R. Neurath stellt ein 7jähriges Mädchen mit chronischer Polyarthritiden vor. Das Kind, welches Masern und Pneumonie überstanden hat, erkrankte vor 2 Jahren unter schmerzhafter Schwellung der Knie- und Sprunggelenke, dann wurden zahlreiche andere Gelenke in gleicher Weise ergriffen, so daß Pat. jetzt nicht mehr stehen und gehen kann; auch die Beweglichkeit der Arme und Hände hat infolge der Gelenkaffektionen sehr gelitten, der Kopf ist schwer beweglich, was auf eine Erkrankung des Gelenkes zwischen dem 5. und 6. Halswirbel beruhen dürfte, wo eine Vortreibung zu tasten ist. Der Verlauf der Krankheit, gegen welche Bäder, Massage und antiluetische Therapie erfolglos angewendet wurden, ist chronisch rezidivierend. Das Röntgenbild ergibt eine Hypoplasie der Knochen und eine Beschleunigung der Ossifikation.

K. Hochsinger bemerkt, daß gegen die Annahme einerluetischen Arthropathie die Multiplizität des Gelenkprozesses spricht.

LEINER demonstriert ein 2½jähriges Kind mit universellen, seit einem Jahre bestehenden Hauttuberkuliden. Der ganze Körper ist mit hirsekorngroßen Infiltraten bedeckt, welche in der Mitte eine Delle tragen und mit Schüppchen überzogen sind; einige zeigen Rückbildungsvorgänge. An einzelnen Stellen finden sich Lichen scrophulosorum und Tuberculosis verrucosa cutis. Daneben besteht Tuberkulose der rechten Lunge.

Th. Escherich: Pädiatrische Reiseeindrücke.

Vortr. schildert in anziehender Weise die Eindrücke, welche er anlässlich seines Besuches des Internationalen mediz. Kongresses in St. Louis gewonnen hat. Die Entwicklung der Pädiatrie datiert in Amerika seit dem Bürgerkriege und ist auf europäische Einwanderer zurückzuführen. Viele Kinderärzte haben ihre Erziehung in Deutschland und in Wien genossen; sie bilden zahlreiche pädiatrische Gesellschaften, von denen die statutenmäßig nur 50 Mitglieder zählende American pediatric Society die vornehmste ist. Eigentliche Kinderspitäler existieren in Amerika nur zwei, in Albany und New-York, dagegen haben die meisten Spitäler eine eigene Kinderabteilung. Im Staatsexamen, welches die Ärzte vor dem Eintreten in die Praxis ablegen müssen, ist die Kinderheilkunde kein Prüfungsgegenstand, und es gibt wenig Ärzte, welche sich speziell nur der Kinderheilkunde widmen. Die meisten epidemischen Krankheiten treten in den Vereinigten Staaten anscheinend in leichter Form auf, so daß Isolierspitäler erst in allerletzter Zeit angelegt werden; dagegen finden sich ziemlich oft Meningitis cerebrospinalis epidemica, Skorbut und gonorrhische Allgemeinerkrankungen. Eine sehr verbreitete, ätiologisch nicht erforschte Krankheit ist dort das periodische Erbrechen der Kinder, welches Kinder in voller Gesundheit befällt, 2—3 Tage anhält und dann in Genesung übergeht. Bei den Negern ist im Norden die Rachitis häufig, im Süden selten. Die Säuglingssterblichkeit an Sommerdiarrhöe ist sehr groß; zwecks Behandlung werden die Kinder in luftigen Baracken untergebracht und

daselbst kräftig ernährt. Die künstliche Ernährung der Kinder ist weit verbreitet, Ammen sind in Amerika fast ganz unbekannt. Gute Säuglingsmilch wird armen Müttern zu äußerst billigem Preise in den Dispensaries von Strauß geliefert, der reichen Klientel dienen spezielle Milchlaboratorien, welche die Milch nach ärztlicher Verschreibung in beliebiger prozentischer Zusammensetzung liefern. Die zwei bestehenden selbständigen Säuglingsspitäler haben eine sehr geringe Mortalität, was hauptsächlich auf die ausgezeichnete Pflege zurückzuführen ist, für welche vorzüglich geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht, da dasselbe eine sehr lange Lehrzeit durchmachen muß.

Notizen.

Wien, 12. November 1904.

Das November-Avancement der Militärärzte.

Im Angesichte des frischen Grabhügels, der in der Hauptstadt der grünen Steiermark die Gebeine eines unserer Edelsten umschließt, den ein tragisches Geschick jäh dahingerafft, ist man nicht in der Gemütsverfassung, um das November-Avancement streng kritisierend zu zergliedern. Daß schon seit Jahr und Tag kein Generalstabsarzt vom Heere ernannt wurde — der soeben ernannte stammt aus dem k. u. honvedärztlichen Offizierskorps —, daß zur Schaffung der zehn Aperturen bei Oberstabsärzten I. Klasse manch gelinde Zwangsmittel einwirken mußten, dies und manches andere sind Symptome, die durchaus nicht auf gesunde Verhältnisse in dem Organismus der militärärztlichen Hierarchie hindeuten. Allein in der trostlosen Zerfahrenheit unserer öffentlichen Zustände überhaupt, in dem Zeitalter des Fortwurstelns und Mißregierens werden solche Detailübelstände mit einer gewissen Resignation hingenommen und man tröstet sich gar leicht mit dem Gedanken, daß es noch schlimmer hätte kommen können. Unter anderen Verhältnissen, wenn planmäßige Initiative und kraftvolles Handeln an der Tagesordnung wären, dürfte man es gewiß nicht ruhig hingehen lassen, daß die tüchtigsten Kräfte eines akademisch gebildeten Korps zumeist mit der VI. Rangklasse ihre Laufbahn abschließen müssen, während ihre in keiner Hinsicht besseren, tüchtigeren, genialeren Alterskollegen in anderen Korps und Branchen im Zivil und Militär mit einer gewissen Leichtigkeit in die V., IV. und noch höhere Rangklasse emporklimmen. Die sattsam bekannte Misere des zivilärztlichen Berufes hat es bewirkt, daß die Zahl der Jünger Askulaps von Jahr zu Jahr abnimmt. Von dieser Zahl wendet sich noch immer ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz der militärärztlichen Laufbahn zu, angelockt durch die unleugbare Sicherheit der nackten Existenz, die hier selbst dem minder Tüchtigen winkt. Wer jedoch mehr als das bloße tägliche Brot in dieser Laufbahn gesucht hat, wer auf eine ehrenvolle, angesehene Stellung, auf Anerkennung und entsprechendes Fortkommen rechnen zu dürfen glaubte, der findet sich gar bald bitter enttäuscht und wendet sich entweder, rasch entschlossen, einem anderen Wirkungskreise zu oder verfällt allmählich in eine dumpfe Resignation und verbitterte Gemütsstimmung, die zwar eine korrekte Dienstführung nicht ausschließt, aber die wahre Dienstesfreudigkeit, die Hingabe an den Beruf nicht aufkommen läßt. Diese Imponderabilien haben aber gerade für den militärärztlichen Dienst eine große Bedeutung, denn dieser Dienst kann nur dann, wenn er mit einer gewissen Freudigkeit und Vorliebe ausgeübt, nicht nur formell korrekt erledigt wird, die zum Wohle der Armee erforderliche ersprießliche Wirkung entfalten. Es wäre daher Pflicht einer vorausschauenden Sanitätsleitung, den Imponderabilien im militärärztlichen Offizierskorps eine ernstere Berücksichtigung angedeihen zu lassen.

Albert R. v. Reder †.
1826—1904.

Unserer Bravsten und Besten Einer ist in das Grab gesunken. Hofrat Dr. ALBERT REDER R. v. SCHELLMANN, der greise Präsident des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums, ist am 8. November

gestorben. Noch vor wenigen Tagen sahen wir ihn in den Räumen des Kollegiums, wo er zu arbeiten versuchte, obgleich schweres Siechtum seinen Stempel den edlen Zügen des nunmehr Verblichenen aufgeprägt; hörten seine milde Stimme, welche die Beschwerden des Greisenalters beklagte. Mit ihm entschwindet eine überaus sympathische, allgemein beliebte und geachtete Persönlichkeit aus den führenden ärztlichen Kreisen unserer Stadt, die ihm zur Heimat geworden. In allen Stellungen, als Privatdozent der Chirurgie an der Josefs-Akademie (1854—1859), als Dozent der Dermatologie an der Wiener Universität (1859—1864), als außerordentlicher Professor, als Stabsarzt und Leiter der dermatologischen Abteilung des Garnisonspitales Nr. 1, als Vizepräsident und Präsident des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums, als Vorsitzender des wissenschaftlichen Ausschusses dieser Korporation, als praktischer Arzt, gewann er Aller Herzen durch seine Pflichttreue, Hingebung, Korrektheit und die Lauterkeit seines Charakters. Er hatte keinen Feind. Dagegen trauert an der Bahre REDERS, dem ein grausames Schicksal zwei hoffnungsvolle Söhne im frühen Mannesalter geraubt, neben der treuen Genossin seines schlichten Lebens die unabsehbare Menge derjenigen, denen er Gutes erwiesen, seine Freunde und Kollegen, seine dankbaren Patienten. Sie alle werden sein Andenken hochhalten immerdar.

(LEO REDTENBACHER †.) Am 7. d. M. ist in Wien der von allen seinen Kollegen hochgeschätzte, von den Ärzten, die unter ihm gedient, überaus verehrte Primararzt im Wiener allgemeinen Krankenhaus Dr. LEO REDTENBACHER im 59. Lebensjahre gestorben. Ein Sohn des berühmten Chemikers JOSEF REDTENBACHER, schlug er zunächst die chirurgische Laufbahn ein, um im Jahre 1886 die Leitung einer internen Abteilung zu übernehmen. Seit März 1888 war REDTENBACHER Primararzt im allgemeinen Krankenhaus. Mit ihm ist das Muster eines pflichtgetreuen Arztes, ein Freund der Armen und Kranken, ein ausgezeichnete Kollege, ein trefflicher Mensch dahingegangen.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. ESCHERICH zwei Kinder mit Angina ulcerosa, sowie mikroskopische Präparate aus den Belägen, in welchen Spirochäten und ein spindelförmiger Bazillus nachgewiesen werden konnten, ferner einen Fall von BARLOWscher Krankheit bei einem seit der Geburt mit BIEBERTSchem Rahmgemenge ernährten, achtmonatlichen Kinde. Primarius KNÖPFELMACHER wies auf das Vorkommen des M. Barlow bei mit Milchkonserven ernährten Kindern hin. — Hierauf zeigte Doktor WECHSBERG eine durch Operation gewonnene kopfgroße Ovarialzyste, deren Oberfläche durch ihren sehnartigen Überzug an das Aussehen einer Zuckergußleber erinnert. — Dr. F. KAUDERS demonstrierte ein Präparat von Darmgegenschaltung, die er im Jahre 1893 bei einer Katze ausführte; die Operation hat zu einer spindelartigen Erweiterung des Darmes oberhalb der Darmschaltung geführt. Hofrat v. EISELSBERG bemerkte dazu, er sei bei gleichen Versuchen zu dem nämlichen Resultate gelangt. — Dr. SCHICK erstattete eine vorläufige Mitteilung von gemeinsam mit Dr. ROSSIVAL ausgeführten Versuchen über die Erreger der Scharlachangina; dieselben ergaben, daß die bei dieser Affektion gefundenen Streptokokken verschiedenen Gruppen angehören. — Schließlich hielt Doz. HALBAN den angekündigten Vortrag: „Die Schwangerschaftshypertrophie fötaler Organe und ihre puerperale Involution.“ Auf Grund zahlreicher Untersuchungen kommt Vortr. zu dem Schlusse, daß den bei der Mutter in der Schwangerschaft auftretenden Veränderungen analoge Vorgänge beim Fötus parallel gehen, und zwar beim weiblichen Vergrößerung des Uterus mit menstrueller Veränderung seiner Schleimhaut bis zu wirklicher Menstruation, beim männlichen Vergrößerung der Prostata, ferner bei beiden die Milchsekretion vorbereitende Veränderungen, eventuell Produktion von Kolostrum, Leukozytose und Fibrinvermehrung im Blute, Wasserreichtum der Haut als Analogon zu den Ödemen der Schwangeren und Nierenveränderungen. Alle diese Abweichungen von der Norm verschwinden allmählich in den ersten Wochen nach der Geburt. Vortr. führt dieselben auf toxische Stoffe zurück, welche von der

Plazenta gebildet werden und im Blute kreisen; die Trennung von der Plazenta führe bei Mutter und Kind zu Involutionvorgängen. An der dem Vortrage folgenden, sehr lebhaften Diskussion beteiligten sich die Herren DDr. O. FRANKL, Prim. KNÖPFELMACHER, HOFBAUER, FELLNER, Prof. TANDLER, Doz. MANDL und Dozent ZAPPERT, welche zum Teil Argumente zur Stütze der vom Vortr. aufgestellten Theorie beibrachten, zum geringeren Teil die letztere bekämpften.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 5. November d. J. gelangten nachstehende Referate zur Beratung und Beschlußfassung: 1. Gutachten über die sanitäre Zulässigkeit der Verwendung von mit Salizylsäure versetztem Kaffee-Extrakt. 2. Gutachten in Angelegenheit der projektierten Herstellung einer neuen Filteranlage bei einer Wasserleitung. Nach der Sitzung trat das Spezialkomitee zur Beratung über die geeigneten Maßnahmen zur Verhütung des Auftretens von Typhuserkrankungen in der Landeshauptstadt Prag zur Fortsetzung seiner Beratungen zusammen.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdozent für Physiologie in Bonn Dr. ROSEMANN ist zum a. o. Professor, die a. o. Professoren Dr. SALOMONI (chirurgische Pathologie) in Messina, Dr. ANGELUCCI (Augenheilkunde), Dr. SENISE (interne Pathologie) in Neapel, Dr. BACHELOR (Chirurgie) in Louisiana, Dr. MARACCI (Physiologie) in Pavia sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden. — Geh.-Med.-Rat Prof. GUSTAV FRITSCH hat eine Forschungsreise um die Welt angetreten und wird infolgedessen seine Lehrtätigkeit an der Berliner Universität bis auf weiteres nicht ausüben.

(Sanitäres.) Der mährische Landtag hat die Errichtung einer Irrenanstalt in Kremsier beschlossen; mit dem Bau, dessen Kosten sich auf beinahe 5 Millionen Kronen belaufen, soll schon im nächsten Jahre begonnen werden. — Eine neue Sanitätsstation, bestehend aus Desinfektionsanstalt, Infektionswagen, Stallungen etc., ist im 17. Bezirke in Wien eröffnet worden. — Die Kommission zur Bekämpfung der Pellagra im südlichen Tirol hat sich im Oktober zum ersten Male zu einer Beratung versammelt, um alle jene gesetzgeberischen Aktionen zu beraten, welche für die Sanierung Italienisch-Tirols zunächst in Betracht kommen. Es ist die Errichtung von Pellagra-Heilanstalten — Pellagrosari —, von öffentlichen Speisehäusern — locande sanitarie —, die Überwachung des Maishandels und der Bäckereien, schließlich die Belehrung der Bevölkerung in Aussicht genommen. Eine Reihe von Aktionen ist der Hebung des Volkswohlstandes in Südtirol gewidmet; so sollen Produktionsprämien zur Ausschreibung gelangen, Straßen und Eisenbahnen gebaut, die Gemeindefinanzen saniert werden etc. Die erforderlichen namhaften Mittel sollen einem zu gründenden Pellagrafonds entnommen werden, den vorwiegend Beiträge des Staates und des Landes zu bilden und zu erhalten haben.

(Aus den ärztlichen Vereinen.) Der ärztliche Verein des I. Bezirkes in Wien hat in seiner dieswöchentlichen Vollversammlung Prof. Dr. LEOPOLD KÖNIGSTEIN zum Obmann gewählt. — Im ärztlichen Verein des III. Bezirkes ist Reg.-R. Dr. W. SVETLIN zum Obmann wieder- und einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt worden.

(Die internationale chirurgische Gesellschaft) hält ihren ersten Kongreß im September 1905 unter dem Vorsitze von KOCHER (Bern) in Brüssel ab. Diskussionsgegenstände sind: 1. „Über den Wert der Blutuntersuchungen für die Chirurgie“: W. KEEN (Philadelphia), SONNENBURG (Berlin), ORTIZ DE LA TORRE (Madrid), DEPAGE (Brüssel). 2. „Behandlung der Prostatahypertrophie“: R. HARRISON (London), ROVSING (Kopenhagen), v. RYDYGIER (Lemberg). 3. „Chirurgische Interventionen in den nichtkarzinomatösen Magenaffektionen“: MAYO ROBSON (London), v. EISELSBERG (Wien), MATTOLI (Ascoli Piceno), MONTPROSIT (Angers), ROTGANS (Amsterdam), JONNESCO (Bukarest). 4. „Behandlung der Gelenktuberkulose“: BIER (Bonn), BROCA (Paris), BRADFORD (Boston), CODIVILLA (Bologna), WILLEMS (Gent). 5. „Behandlung der Peritonitis“: LENNANDER (Upsala), FRIEDRICH (Leipzig), LEJARS (Paris), MC. COSH (New-York), KROGIUS (Helsingfors), DE ISLA (Madrid), 6. „Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten“: ALBARRAN (Paris), KÜMMELL (Hamburg), GIORDANO (Venedig), LAMBOTTE (Brüssel).

(Das hygienische Institut der Stadt München) hat — wie uns von dort berichtet wird — mit der Abteilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereines München ein Übereinkommen getroffen, demzufolge das Institut sich, zunächst probe-weise, bereit erklärt, mikrobiologische Untersuchungen zu diagnosti-schen Zwecken von Blut, Sekreten und Exkreten von solchen gegen Krankheiten Versicherten, deren Kassen mit der Abteilung für freie Arztwahl im Vertragsverhältnis stehen, auszuführen, ohne daß dem einzelnen Kranken oder Ärzte daraus Kosten erwachsen, insofern die betreffenden Untersuchungsobjekte dem Institute von einem Kassenarzte übermittelt werden. Auch andere Ärzte als Kassenärzte können von der beschriebenen Einrichtung Gebrauch machen. Jedoch ist in allen Fällen, in welchen es sich nicht um versicherte Kranke handelt, dem hygienischen Institute die Untersuchungs-gebühr nach dem amtlichen Tarife zu erstatten.

(Statistik.) Vom 29. Oktober bis inkl. 5. November 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7340 Personen behandelt. Hiervon wurden 1478 entlassen, 151 sind gestorben (9.2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 118, ägypt. Augenzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysen-terie —, Blattern —, Varizellen 63, Scharlach 30, Masern 121, Keuchhusten 8, Rotlauf 43, Wochenbettfieber —, Röteln 3, Mumps 10, Influenza 2, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 500 Personen ge-storben (— 29 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Lübeck der Vorstand des dortigen ärztlichen Vereines Dr. MARET, 66 Jahre alt; in Kopenhagen Prof. Dr. OERUM, ein in sozialärztlicher Hinsicht sehr tätiger Kollege; in Lyon der Dermatologe Prof. Dr. GAILLETON.

(Warnung vor Imitation.) W. Maagers echter gereinigter Dorschleber-tran wird nunmehr, um den vielen Imitationen desselben entgegenzutreten, bloß in solchen dreieckigen Flaschen versandt, deren äußere Umhüllung mit einem gesetzlich geschützten Verschlussstreifen versehen ist. Flaschen, welche nicht mit dem amtlich protokollierten Streifen (roter und schwarzer Druck auf gelbem Papier) verschlossen sind, deren Inhalt demnach nicht echt ist, wolle man als Imitation entschieden zurückweisen!

Dr. Felix Kauders wohnt vom 12. November ab I., Bartensteingasse 8. Ord. 1/3—1/4. Telephon 17.645.

Prof. Dr. Leopold Königstein wohnt jetzt I., Stubenring, Bibergergasse 11.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- A. Kühner, Scharfeinnige Diagnosen. Leipzig 1904, Krüger & Ko. — M. 1.—.
- W. Hübner, Entstehung und Heilung der epidemischen Krankheiten. Dresden 1904, Hans Schultze.
- L. Krehl, Pathologische Physiologie. 3. Aufl. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. — M. 15.—.
- H. v. Tappeiner, Lehrbuch der Arzneimittellehre. 5. Auflage. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. — M. 7.—.
- G. Hoffmann, Die Kunst, aus dem Gesicht Krankheiten zu erkennen. Leipzig 1904, Krüger & Ko. — M. 1.80.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium. Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 14. November 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. J. LAMBERGER: Über Heißstufbehandlung.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag den 17. November 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen (angem.: Doz. Dr. UNGER, Assist. Dr. HAMBURGER). — II. Doz. Dr. ZAPPERT: Über nächtliche Kopfbewegungen bei Kindern.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Kronendorfer

natürlicher

alkalischer SAUERBRUNN

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunner-Unternehmung, Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltangasse 10.

Guber Quelle

Wirksamstes

Arsen-Eisen- Wasser

gegen Blutarmuth, Frauenkrank-
heiten, Nerven- und Hautkrank-
heiten etc.

HEINRICH MATTONI, WIEN, I., Tuchlauben 14—16,
10 I., Maximilianstr. 5.
K. u. k. österr. Hof- und Kammerlieferant.

Orthopädische Anstalt

Dr. Max Haudek, WIEN,

I., Bauernmarkt 10. Telephon 12.956.

Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.
Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.
Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen.
Eigene Pension für auswärtige Patienten.

Dr. Dresdner

(bisher München) Bad Reichenhall

San Remo, Via Vittorio Emanuele 27.

Maretin

Neues Antipyretikum

bei Fieber aller Art, insbesondere bei Fieber der Phthisiker I. und II. Periode.
Allmählicher Temperaturabfall.
Keine Beeinflussung des Appetits.
Dos.: 0.25—0.5 g 1—2mal täglich z. n.



Citarin

harnsäurelösendes Formaldehydderivat.
Neues Mittel gegen Gicht,
prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack.
Dos.: 2.0 g in kaltem Wasser gelöst, 3—4mal täglich (am ersten Tage 5mal) z. n.

Mesotan

Creosotal

Duotal

Trional

Eisen-Somatose

Theocin-Natr. acetic.

Mächtiges Diuretikum bei den meisten hydro-pischen Erscheinungen.
Prompt wirkend, leicht löslich.
Dos.: 0.3—0.5 g 3—4mal täglich gelöst nach den Mahlzeiten z. n.
(Beim Nachlassen der Diurese im Wechsel mit Agurin, Dos.: 1 g 3—4mal täglich.)

Aspirin

Cannigen

Protargol

Aristol

Aristochin

Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Seeklima und Tuberkulose. Von Dr. DESIDER KUTHY, Privatdozenten der Hydrotherapie und Klimatologie, Direktor der Königin Elisabeth-Heilstätte bei Budapest. — Über den inneren Gebrauch des Meerwassers. Von Dozent Dr. G. FODOR in Abbazia. — Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. WAGNER v. JAUREGG) in Wien. Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit. Von Dr. ALFRED FUCHS, Assistenten, und Dr. ROBERT ROSENTHAL, Sekundararzt der Klinik. — **Referate.** FELIX OFFER (Berlin): Über einen Fall puerperaler Infektion, geheilt unter Anwendung des ARONSCHEN Antistreptokokkenserums. — MARCHIS (Rom): Die physiologische und therapeutische Wirkung des Theocin. — H. VÖRNER (Leipzig): Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach RIEHL. — LAMERIS (Utrecht): Beitrag zur Kenntnis des angeborenen Schulterblatthochstandes. — VOSWINKEL (Berlin): Weitere Erfahrungen über die Behandlung veralteter Empyeme durch ausgedehnte Rippenresektion. — BESREDKA et DOPFER (Paris): Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine. — PETIT (Paris): Action du sérum de cheval chauffé injecté dans le péritoine, son utilisation en chirurgie abdominale. — SITTA (Prag): Alimentäre Lävnlösurie bei organischen Erkrankungen der Leber. — LANDMANN (Darmstadt): Über die Ursache der Darmstädter Bohnenvergiftung. — E. SCHMOLL (Basel): Über die chemische Zusammensetzung von tuberkulösem Käse. — TALBOT (Paris): Selbstmord durch Abbeißen der Zunge in Indo-China. — BRITTOV (Leipzig): Zur Symptomatologie der Aortensklerose. — W. W. SCHIBKOW (St. Petersburg): Protulin „Roche“ bei Chlorose. — B. S. GREYDENBERG (St. Petersburg): Infusion von physiologischer Kochsalzlösung in der Therapie der Geisteskrankheiten. — **Kleine Mitteilungen.** Wirkung der gebräuchlichsten physikalischen Heilmethoden auf die Magenfunktionen. — Wert des SAHLISCHEN Reagens auf die Funktionsfähigkeit des Pankreas. — Behandlung der von wütenden Wölfen gebissenen Personen. — Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus. — Nutzen des Tuberkulins bei der Tuberkulose des Auges. — Uterines Hämostatikum. — Behandlung der angeborenen Blasendivertikel. — Citarin. — Mittel gegen Milchdyspepsie. — Verwendung einiger neuerer Arzneimittel in der Augenheilkunde. — **Literarische Anzeigen.** Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Von ALBRECHT BETHE, Privatdozent der Physiologie in Straßburg. — Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. Bd. 21, H. 1. — Sammlung klinischer Vorlesungen, begründet von RICHARD v. VOLKMANN. Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. Von ERNST SCHOTTEN, Kassel. — **Feuilleton.** Zur Kenntnis der älteren medizinischen Literatur in Wien. Von Prof. Dr. MAX NEUBURGER in Wien. — Budapest Briefe. (Orig.-Korresp.) VI. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VIII. — Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VII. — *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.* (Original-Bericht.) — **Notizen.** — Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Seeklima und Tuberkulose.

Von **Dr. Desider Kuthy**, Privatdozenten der Hydrotherapie und Klimatologie, Direktor der Königin Elisabeth-Heilstätte bei Budapest. *)

Unsere Tage sind wohl bezüglich der Phthiseotherapie kaum anders zu bezeichnen, als eine wahre Sturm- und Drangperiode. Die immer mehr auf die gräßliche Verbreitung der Tuberkulose gerichteten Lichtwerfer der sozialen Wissenschaft erwecken den sich noch stets kräftigenden Drang nach Erfindung eines Spezifikums, während andererseits die Heilstättenbewegung mit ihren Erfolgen sich eine immer wachsende Basis erworben hat und mit der Entfaltung ihrer Lehren einen wahren Sturm in der Schwindsuchttherapie hervorrief.

Der sozusagen ubiquitäre Standpunkt der modernen Tuberkulose-Heilbestrebung ist als eine allgemeine Auffassung erst wenige Jahre alt und verdankt seine Verbreitung keinesfalls einem absoluten Nihilismus gegenüber den günstigen klimatischen Effekten, sondern in erster Reihe dem sozialen Zwang, die Tausenden armer, mittelloser Phthisiker ebenfalls durch Luftkur zur Besserung bringen zu müssen.

Reaktive Übertreibungen kamen selbstredend auch hier vor. Leugner von jeglicher Bedeutung der Klimateinflüsse auf den Heilprozeß der Phthise waren schon Mitte des vorigen Jahrhunderts aufzufinden. Einer derselben war z. B. der englische Arzt F. H. BURGESS, dessen Werk „Das Klima von Italien und seine Heilwirkungen bei Lungenschwindsucht“ im Original im Jahre 1852 erschien.

*) Vortrag, gehalten auf dem IV. österreichischen Balneologenkongreß in Abbazia.

Gleich im ersten Kapitel werden besprochen: „Der Irrtum, schwindsüchtige Kranke nach dem Süden zu schicken. — Die Vorteile eines gut gewählten Aufenthaltsortes in der Heimat.“ „Es gibt keine größere und allgemein verbreitetere Täuschung — sagt BURGESS — als den Glauben an eine unerklärbare, spezifische Heilkraft des Klimas von Italien für Lungenschwindsucht“ (erster Satz des Buches pag. 1). „Daß die Lungenschwindsucht . . . unter allen Klimaten und bei allen Nationen die vorherrschende Krankheit ist, kann man als eine jetzt völlig ausgemachte Tatsache ansehen, und diejenigen, welche noch immer ihr ganzes Vertrauen bei Schwindsucht in die Macht der Klimate zu setzen geneigt sind, mögen nur die höchst interessanten und umständlichen statistischen Berichte über die Erkrankungen und Todesfälle der englischen Land- und Seemacht ansehen, um zu finden, daß kein Teil der Erde frei von Lungenschwindsucht ist. In Malta, welches lange Zeit hindurch ein Zufluchtsort für Schwindsüchtige war, zeigt sich nach den Armeenachrichten über die dort stationierten Truppen unter denselben eine große Sterblichkeit an der Schwindsucht“ (pag. 5). „SPENCER WELLS, welcher mehrere Jahre in dem Hospital zu Malta gelebt hat, bestätigt die oben gemachte Bemerkung hinsichtlich der Sterbefälle an der Schwindsucht“ (pag. 7). „Phthisis und Skrofeln kommen beide unter den Eingebornen von Madeira vor“ (pag. 11). „Dr. GOURLAY und Dr. HEINECKEN stimmen beide darin überein, daß keine Krankheit unter den Eingebornen Madeiras gewöhnlicher sei, als gerade die Lungenschwindsucht“ (pag. 17). „Nach CARRIÈRE ist die Sterblichkeit unter den englischen Kolonisten in Nizza ganz bedeutend“ (pag. 61 usw.).

Dann sagt noch BURGESS: „Wir müssen zuletzt dennoch zu dem natürlichen und rationellen Schlußatz kommen, daß die Natur die Konstitution des Menschen dem Lande und dem

Klima seiner Vorfahren angepaßt hat“ (pag. 20). — „Luftveränderung in seinem eigenen Klima . . . ist die natürliche Indikation“ (pag. 21).

HEINRICH MAC CORMAC: „Über die Natur, Behandlung und Verhütung der Lungenschwindsucht etc.“, so lautet der Titel eines anderen Werkchens ähnlicher Richtung, dessen Original im Jahre 1855 erschien. Der am meisten charakteristische Satz desselben lautet folgendermaßen:

„In der Tat, der Allmächtige hat in jedem Klima das geheime Mittel gegen die Krankheit in unsere Hand gegeben.“ Dieses „geheime Mittel“ seien nämlich: fortwährender Genuß von frischer Luft, entsprechende Nahrung, lege artis angemessene Bewegung, absolute Reinlichkeit um den Kranken herum etc. — eine wahre Skizze der von BREHMER ins Leben geführten Heilstättenbehandlung.

Die angeführten Zitate englischer Ärzte sind als gewissermaßen gerechtfertigte Reaktion gegenüber dem zügellosen Hochpreisen von gewissen Klimaten als Panazee der Lungenschwindsucht anzusehen. Denn alles von dem Klima zu erwarten, war wohl ein sehr bequemer, aber auch ein sehr verfehlter Standpunkt gottlob schon vergehender Zeiten, und heute dringt immer mehr die Überzeugung durch, sich von dieser und von jener Übertreibung fernhaltend, die Wahrheit auf dem goldenen Mittelwege zu suchen, und es ist Hoffnung vorhanden, dieselbe dort auch auffinden zu können.

Um kurz zu sein, vermag ich gleich zu bemerken, daß meinen Erfahrungen gemäß auch diejenigen Enthusiasten der Heilstättenbewegung, die vom Klima so gut wie gar nichts hielten und als einzige klimatologischen Bedürfnisse des Lungenkranke reine Luft und relative Windstille hingestellt haben, immer mehr darauf kommen, daß die hygienisch-diätetische Anstaltsbehandlung in dem eigenen Lande — mag der Landstrich noch so ungünstige klimatische Verhältnisse besitzen — für gewisse Kranke nur das Surrogat einer klimatisch-hygienisch-diätetischen Therapie darstellt, zu welchem Surrogat wir im sozialen Kampfe gegen die Tuberkulose zwar mit aller Energie greifen müssen, dem aber in den kontinentalen Gegenden Europas eben ein Faktor, der klimatologisch günstige Faktor, fehlt.

Andrerseits fühlen es gleichzeitig die Ärzte der günstigsten Himmelsstriche, daß sie in der Therapie der Phthise die ausgesprochenen Vorteile der systematischen Anstalts- oder wenigstens anstaltsmäßigen Behandlung nicht entbehren können, und so entwickelt sich nunmehr die wahre, nach der heutigen Sachlage der Tuberkulosetherapie einzig richtige Streben, die heißen möge: Heilstätten für Unbemittelte in der Heimat, Sanatorien für Bemittelte auch in entsprechend günstigen Klimaten!

Es soll dabei eben nicht gedacht werden, daß sämtliche Tuberkulösen besseren Standes aus den Kontinentalgebieten Europas, um eine Anstaltskur richtig durchzumachen, wenn auch nur für eine gewisse Jahresfrist expatriert werden müssen. Da sie bei weitem nicht alle einer Kur in einem besonderen Klima bedürfen, so kann ohne Schädigung der Interessen des Kranken wohl auch der Sozialökonom keinen Einwand gegen den obigen Satz erheben. Es werden eben immer noch viele Phthisiker wohlhabender Klassen sich für Privatheilstätten in der Heimat selbst entschließen können.

Inwiefern nur die günstigen Einflüsse der zwei Hauptklimagruppen, See- und Höhenklima, in der Behandlung der Lungenschwindsucht ausgenutzt werden sollen und für welche Fälle der Krankheit die genannten Klimasorten besondere Vorteile bieten, hierüber einen kurzen Überblick zu gewinnen, ist nun unsere Aufgabe.

Vor allem kommt bei der Lösung der Frage die Jahreszeit in Betracht. Im Sommer, wo auch in der Heimat alles lächelnd grün ist und in das Freie lockt, wo ungünstige klimatische Faktoren, wie raue Luftströmungen, Mangel an Sonnenlicht, nicht ihre Saison haben, gelten gut situierte

heimatliche Anstalten auch für bemittelte Lungenkranke als völlig indiziert. Von Anfang Oktober bis Ende April, mindestens aber in den Monaten November bis März sind die Witterungsverhältnisse hauptsächlich unserer kontinentalen Niederungen nicht für alle Phthisiker passend. Für diese Jahreszeit ist bei manchen unserer Kranken das alpine Klima der milden Mediterrangegegend direkt indiziert.

Prophylaktiker können wir auch in der Heimat sehr gut behandeln, wenn wir dazu entsprechend eingerichtete und geführte Anstalten haben. Gewisse ausgesprochene Fälle von spezifischer Lungenerkrankung erheischen besondere klimatische Vorzüge in der Herbst-, Winter-, Frühlingssaison. Einfache Spitzenkatarrhe ohne Komplikation können nach H. WEBER die Riviera, die Inselklimate oder Davos gleichwohl aufsuchen, woraus folgt, daß für keines dieser Klimate eine absolute Indikation besteht, sondern die Fälle ebenfalls auch in den heimatlichen Anstalten der Kontinentalgegenden überwintern können. Solche hingegen mit auffallender Anämie und neurasthenischen Reizzuständen finden ihre Besserung am ehesten in dem sedativen Seeklima. Solche mit Neigung zu Intestinalkatarrhen und üppiger Schweißsekretion in der trockenen Höhenluft der große Evaporation hervorrufenden alpinen Atmosphäre. Bei Initialfällen mit exsudativ-pleuritischen Residuen, wo die Resorption beschleunigt werden soll, ist aus dem eben angeführten Grunde gleichwohl das Höhenklima am Platze, falls das Individuum genügend Resistenzfähigkeit besitzt, um die tiefen Lufttemperaturen des Schattens im Alpenwinter gut zu ertragen. Wenn nicht, dann überwintere der Patient in der Heimat; falls seine Blutarmut und Verweichlichung zu ausgesprochen sind, kann zweckmäßig das mild abhärtende Klima gewisser Kurorte in Tirol, insbesondere Meran, gewählt werden, jedenfalls ist aber ein mehr exzitierendes Klima angezeigt.

Über einfache indurative Formen der Spitzentuberkulose sagt auch CLAR in seinem schönen Werke über die Winterstationen im alpinen Mittelmeergebiete, daß dieselben indifferent gegenüber den klimatischen Einflüssen sind, so daß sie beide Rivieras und ebensogut das Höhenklima aufsuchen können. Daraus ist wieder ersichtlich, daß dieselben Fälle keine strenge Indikation für das eine oder das andere Klima in sich bergen, und daß sie in gut situierten Anstalten der Heimat, wo entsprechende Hydrotherapie geübt wird, das Alpenklima völlig zu entbehren imstande sind, während sie in den milden Seeklimaten nur subjektiv angenehmer überwintern würden.

Die große, bedeutungsvolle Rolle des milden Winters, welchen die lächelnden Himmelsstriche der Mediterrangegegend bieten, entfaltet sich in der Phthiseotherapie bei den Fällen von aktiver Lungenphthise (H. WEBER) mit beginnender Debilität des Organismus und meiner Ansicht nach insbesondere bei mit tuberkulösen Kehlkopferkrankungen kombinierten Fällen.

Denn wie es feststeht, daß die initialen Fälle mit gehöriger Resistenz in der Heimat überwintern können, manche Stadien der Phthise andererseits die Heimat aber nicht verlassen dürfen — ebenso klar liegt es auf der Hand, daß die Fälle von mehr weniger ausgebreiteter Infiltration, welche längere Zeit fiebern, wo eine beginnende Phthisiskachexie wahrzunehmen ist (allgemeine Muskelatonie, nervöse Erscheinungen, fortschreitende Anämie infolge von Verminderung der korpuskulären Blutelemente und des Hämoglobins), für den Winter eines milden Klimas bedürfen und die Fälle von Larynx-tuberkulose mit ihren Infiltraten und Ulzerationen der Arytänoidalgegend und der Stimmbänder sogar ein „Treibhausklima“ fordern.

Wie wir die Nachteile unseres Kontinentalwinters z. B. in Mittelungarn bei den genannten Gruppen der Tuberkulösen fühlen, kann kaum besser bewiesen werden, als durch die aufgetauchte Intention: bei der bevorstehenden Vergrößerung des Königin Elisabeth-Sanatoriums auf mehr als 200 Betten,

in jedem Flügel einen Bruchteil der Liegehallen für den Winter temperierbar zu gestalten.

Bei den geschilderten Lungentuberkulosefällen findet ihre ernste Indikation die schöne Quarnerogegend mit ihrer von Rom nach der Insel Lussin sich hinaufschwingenden Januar-Isotherme und das von den Alpen gegen Norden geschützte Mittelmeerstrandgebiet mit seinen Gärten, wo Rosen unter dem mit Früchten beladenen Orangenbaum im kältesten Wintermonat blühen, wo das Dejeuner im Freien Mitte Januar an der Sonne ohne Mantel genossen werden kann, wie ich es selbst als Gast des „Etablissement d'hydrothérapie“ in Nizza seinerzeit erfahren habe, wo sogar einem reizenden Winkel der Landschaft, dem des Ufers von Beaulieu, der Name: „Petite Afrique“ gegeben werden konnte.

Während für Kehlkopftuberkulose — in diesem Punkte stimme ich völlig mit den Ansichten CLARÉ überein — sich am meisten das milde Inselklima eignet mit dem hohen, ziemlich gleichmäßigen Feuchtigkeitsgehalt der Luft, mit den in zerstäubter Form beigemengten Salzwasserpartikelchen der Atmosphäre eine wahre, natürliche Inhalation bietend, gibt es wohl auch Plätze der Quarnero- und der Rivieraküste, wo für Kehlkopfranke ebenfalls günstige Faktoren zusammenwirken. Cirkvanica mit seiner verhältnismäßig hohen Luftfeuchtigkeit (75%) und Abbazia mit seinem noch höheren psychrometrischen Werte (78%), welches sehr nahe dem von Ajaccio (80%) kommt, entsprechen für gar manche dieser Fälle. An der italienischen Riviera ist hauptsächlich Nervi in dieser Beziehung hervorzuheben. Unvergessen ist der Eindruck, den ich an dessen reizvoller Strandpromenade seinerzeit erhielt. In geringer Höhe über den romantisch gezackten Felsenformationen des Seeufers führt der Spaziergang, dessen Atmosphäre durch die Brandung mit Milliarden von Wasserstaubkügelchen saturiert wird. An einer Seite dieses ideale Inhalatorium der freien Natur, an der anderen Seite längs der Promenade eine senkrechte Steinwand der terrassenmäßig geformten Landschaft — ein wahrer Reflektor der hereinfallenden Sonnenstrahlen. Das alles in einem Milieu, wo die Zitronenbäume, diese Thermometer der Riviera, sich wieder häufig zeigen, ein wahrhaft anlockendes Bild und höchst günstige Verhältnisse für den Kranken.

Alle Patienten, die wir im südlichen Seeklima Europas überwintern lassen, genießen selbstredend außer den geschilderten Vorteilen die allgemeinen Vorzüge des milden Seewinters. Die schonende Abhärtung des Körpers durch die Luftströmungen, das Fernbleiben von schroffen Temperaturwechseln in der gleichmäßigen Atmosphäre des für den Winter als immenses Wärmereservoir geltenden großen Wassers, die gelinde Erhöhung des Stoffwechsels, die sedative schlaf-erzeugende Macht der Seeluft etc. sollen als bekannte Tatsache hier nur berührt werden.

Diese günstigen Verhältnisse aber sind für eine anstaltliche Winterkur der genannten Krankheitsgruppen nicht nur angenehme Zugaben, sondern resultieren als eine mächtige Beförderung der Liegekur im Freien.

Gerade im vorigen Monate erschien in einer der vornehmsten Zeitschriften für Phthiseotherapie eine Arbeit von Doktor G. ORTENAU, Kurarzt in Nervi-Reichenau, in welcher der Autor sehr gegen die Vernachlässigung der Liegekur in den Riviera-Kurorten das Wort erhebt, gleichzeitig auch gegen die Phthisikerscheu einiger Kurverwaltungen ins Feld tritt. Wir können dem Autor nur völlig beistimmen, obwohl der zweite Punkt, der erwähnt wurde, nur zu leicht verständlich ist in Kurstationen, wo die Phthisiker sich eben frei überlassen werden und sich ohne genügender Separation und Kontrolle zwischen die übrigen Kurgäste vermengen können.

Sanatorien für die milden Winterstationen! rufen wir ad finem noch einmal aus zum Wohle der Kranken und zum glücklichen Weitergedeihen der schönen Winterkurorte des immergrünen Seestrandes.

Über den inneren Gebrauch des Meerwassers.

Von Dozent Dr. G. Fodor, Abbazia. *)

Der Zweck meines Vortrages ist, Ihre Aufmerksamkeit auf eine Anwendungsform des Seewassers zu lenken, welche, seit uralten Zeiten bekannt, in gewissen Gegenden auch heute im Gebrauch ist, eine allgemeine Verbreitung aber bisher nicht finden konnte, nämlich auf den inneren Gebrauch des Meerwassers.

In der Literatur finden wir schon in den ältesten Zeiten Angaben über die innere Anwendung des Meerwassers. PLINIUS schreibt in seiner *Historia naturalis* lib. XXXI: „Inveteratur quod vocatur Thalassomeli, aquis portionibus maris, melis et imbris, ex alto et ad hunc usum advehunt, fictilique vaso et picato condunt. Prodest ad purgationes, maxime sine stomachi vexatione, et sapore grato et odore.“¹⁾

Auch bei AVICENNA finden wir Angaben über Trinkkuren mit Meerwasser. Im Mittelalter wird das Meer als therapeutischer Faktor vernachlässigt, sogar vergessen und erst im XVIII. Jahrhundert wird die allgemeine Aufmerksamkeit für das Meer erweckt durch den Engländer R. RUSSEL, den Schöpfer der Thalassotherapie. Sein Buch „De tabe glandulari, seu de usu aquae marinae“ erschien im Jahre 1750; es ist ein Lobgesang für das Meer. RUSSEL empfiehlt das Meer zum Baden, zum Trinken und rühmt die Wirkung der Seeluft bei skrofulösen Kindern.

Es ist selbstverständlich, daß die Thalassotherapie ihre ersten Anhänger in England, Frankreich, Italien gefunden hat, wo das Meer auch für den Landbewohner leichter erreichbar war und erst in den letzten Jahrzehnten, als durch die gebesserten Verkehrsverhältnisse das Meer auch den ferner Wohnenden erreichbar wurde, allgemeine Würdigung erreicht hat.

Mit der Zeit wurden die Wirkungen des Seebades und der Seeluft auf den Körper vielfach untersucht und erörtert, und zwar hauptsächlich durch die wichtigen Arbeiten BENEKES; der innere Gebrauch des Seewassers konnte aber keine allgemeine Verbreitung erreichen und RABUTEAU hat recht, als er in seinem „Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie“ schreibt: „Les propriétés de cette eau minérale, qui serait mieux appréciée si elle était rare, ont été peu étudiées jusqu'ici.“²⁾

Tatsächlich erwähnen die meisten Werke über Balneotherapie und Thalassotherapie den Gegenstand überhaupt nicht oder nur flüchtig.

FLRECHSIG³⁾ schreibt in seinem Handbuche nur einige Zeilen über den inneren Gebrauch des Seewassers; GLAX⁴⁾ behandelt den Gegenstand in seiner ausgezeichneten Balneotherapie etwas ausführlicher, aber auch nur nebenächlich.

Die Literatur über den inneren Gebrauch des Seewassers ist spärlich und zum Teil bei RABUTEAU⁵⁾ zusammengestellt; die fehlenden habe ich ergänzt.

Den Schriften RUSSELS folgten im Laufe des vergangenen Jahrhunderts die Arbeiten von CARTHEUSER (*De viribus aque marinae*), WHITE (*The use and abuse of sea-water*, 1775), KENTISH (*An essay on sea bathing and the internal use of sea-water*, 1785), ANDERSON (*A practical essay on the good and bad effect of sea-water, and sea-bathing*, 1795), BUCHAN (*Traité sur les bains de mer*, 1801), LEFRANÇOIS (*Coup d'oeil médical sur l'emploi externe et interne de l'eau de mer*, 1812), LALESQUE (*Essais sur les effets de l'eau de mer dans les maladies chroniques*), GREENHOW („*London med. and surgic. Journal*“, 1835), PASQUIER, LE COEUR (*Traité de bains de mer*, 1846), DE VIAET

*) Vortrag, gehalten auf dem IV. österreichischen Balneologenkongreß in Abbazia.

¹⁾ Zit. bei LISLE; s. w. u.

²⁾ IV. éd., Paris 1884.

³⁾ *Balneotherapie*, 1888, pag. 66—67.

⁴⁾ Lehrbuch der Balneotherapie, 1897, Bd. I.

⁵⁾ L. c.

(De l'usage interne de l'eau de mer, 1868 und De l'usage de l'eau de la mer, 1879), RABUTEAU (Des effets de l'eau de mer, et du pain préparé avec cet eau minéral, „Gaz. méd. de Paris“, 1873), ISLE (De l'emploi de l'eau de mer à l'intérieur, des moyens de l'administrer, et de ses indications générales, „Bullet. générales de thérapéut.“, 1885), PIETRA SANTA (Sur l'emploi de l'eau de mer à l'intérieur, „Bullet. générales de thérapéut.“, 1875), LEBERT (La Riviere au point de vue de bains et de l'emploi à l'intérieur de l'eau de mer, „Arch. générales de médecine“, 1879), LABARTH (Les eaux minérales et les bains de mer de la France, 1873), WINCKLER (Die Seebäder und ihre Anwendung, 1892, zit. bei GLAX).

Außer den angeführten Arbeiten sind bei einigen Autoren Zitate und Hinweise auf Autoren zu finden, wie TREYON, ARAN, LIGER, RAYER usw., deren Arbeiten ich leider nicht eruieren konnte.

Ich möchte noch hinzufügen, daß außer den aufgezählten Schriften auch einige Arbeiten über intravenöse Injektionen mit Seewasser erschienen sind, z. B. von RABUTEAU (l. c.), LUBANSKY.⁶⁾ Die intravenösen Injektionen von Mineralwässern sind vollkommen analog der Resorption der Mineralwässer im Magen oder Darm.⁷⁾ MONDOT⁸⁾ wünscht sogar, daß die Wirkungen der verschiedenen Mineralwässer nicht durch Darreichung per os, sondern durch die präzisere Methode der intravenösen Injektion festgestellt werden.

Bei den bisherigen Versuchen wurde entweder das Meerwasser selbst innerlich gegeben oder Präparate, die mit dem Meerwasser hergestellt waren.

RABUTEAU, LUBANSKY, ISLE haben mit Seewasser gebackenes Brot angewendet. RABUTEAU stellte mit seinem Brote an sich Versuche an, die er in der Société de Biologie in Paris vorgetragen hatte. Das Meerwasserbrot bleibt lange in frischem Zustande und hat einen angenehmen Geschmack; das Resultat seiner durch längere Zeit fortgesetzten Versuche war, daß der Appetit gebessert und die Stuhlentleerungen regelmäßig wurden; er erwähnt eine Überfahrt des Seglers „Louisiana“ von Havre nach San Francisco, während der die ganze Besatzung des Schiffes (185 Personen) durch 5 Monate ausschließlich Meerwasserbrot bekamen und während der ganzen Reise kein Krankheitsfall beobachtet wurde.

Außer dem Meerwasserbrot hat ISLE (l. c.) Meerwasser-Latwerge und Meerwasser-Elixir angewendet; er hat auch das von PLINIUS empfohlene Präparat nachgemacht und versuchte den Honig durch Zucker, Sirup, Alkohol, Rum und aromatischen Essenzen zu ersetzen; die Versuche, welche er und mehrere seiner Kollegen mit den Präparaten angestellt haben, führten zu günstigen Resultaten.

PASQUIER (l. c.) hat statt gewöhnlichem Meerwasser mit Kohlensäure gesättigtes Meerwasser gegeben. LEBERT (l. c.) ließ das Meerwasser mit Kohlensäure verdünnt nehmen.

Alle Autoren konstatieren die purgierende Wirkung des Seewassers und der Seewasserpräparate in großen Dosen, und zwar 100—300 cm³ pro Dose genommen; ebenfalls stimmen darin alle überein, daß das Seewasser in kleinen Dosen eine günstige Wirkung auf die Ernährung ausübt.

Bei einigen Autoren finden wir auch einige spezielle Indikationen des Seewassers erwähnt. BUCHAN (l. c.) hat das Seewasser gegen Helminthiasis angewendet und Kindern mit Milch verdünnt gegeben. LALESQUE (l. c.) wendete es mit gutem Erfolge bei Hydropsien an. RABUTEAU empfiehlt (Traité de thérapéutique etc.) den Gebrauch des Seewassers in Gegenden, wo Kropf und Kretinismus einheimisch sind.

Ermuntert durch die bisherigen Erfahrungen, habe ich nun beschlossen, Versuche mit dem Seewasser anzustellen; meine Freunde und Kollegen Dr. SZEGÓ und Dr. KURZ hatten die Güte, das Wasser in ihrer Praxis ebenfalls anzuwenden.

⁶⁾ Quelques mots sur les injections hypodermiques de solutions composées et notamment de la solution saturée de sel marin. „Union médicale“, 1874, Nr. 106.

⁷⁾ VERNEUIL, „Bullet. gén. de thérap.“, 114.

⁸⁾ „Bullet. gén. de thérap.“, 114.

Das Meerwasser ist die wässrige Lösung eines Salzgemisches von sehr verschiedener Konzentration in den verschiedenen Meeren; die Konzentration ist abhängig teils von der Verdunstung, teils von der Quantität des verdünnenden Süßwassers. Das Meerwasser des Quarnero verliert zwar durch Verdunstung wenig von seinem Wassergehalte, die Verdünnung ist aber bei Mangel von Süßwasserzuflüssen eine geringere, somit sein Salzgehalt ein ziemlich großer.

BUCHNER⁹⁾ gibt die Konzentration des Meerwassers im Quarnero mit 3·781% an. Das Salzgemisch besteht aus:

Chlornatrium . . .	2·902 g in %	76·75
Chlormagnesium . . .	0·302 „ „	8·12
schwefels. Magnesium . . .	0·255 „ „	6·74
schwefels. Kalk . . .	0·155 „ „	4·10
Chlorkalium . . .	0·104 „ „	2·75
Bromnatrium . . .	0·052 „ „	1·37
kohlens. Kalk . . .	0·038 „ „	1·00

Summa der Fixa 3·808 g 100·83

Summa der Chloride 3·308 g in % 87·62

Wie aus der Tabelle ersichtlich, bilden die Chloride, in erster Reihe das Chlornatrium, den Hauptbestandteil der Salze; ihm folgt das Chlormagnesium, das schwefelsaure Magnesium und in kleineren Mengen die übrigen Salze.

In Spuren ist in dem Meerwasser ein jedes Element der Erdkruste aufzufinden, was leicht erklärlich ist, wenn wir in Betracht ziehen, woher der Salzgehalt der Meere kommt. Die Quellen bringen aus dem Boden teils in gelöstem, teils in suspendiertem Zustande alles, was sie auf ihren Wegen finden, und führen es dem Meere zu; es ist selbstverständlich, daß unter den gelösten Salzen diese dominieren werden, welche die am leichtesten löslichen und die häufigsten sind; da nun mit allen Metallen unlösliche Verbindungen möglich sind mit Ausnahme des Natriums, ist es leicht begreiflich, daß die Natriumsalze im Meerwasser die anderen Salze überwiegen werden; und da von den Salzen am leichtesten löslich die Chloride sind, so finden wir im Meerwasser die Chloride und abermals das Chlornatrium als überwiegend vor.

Aus der chemischen Zusammensetzung des Meerwassers ist ersichtlich, daß es am nächsten den Kochsalzmineralwässern steht, seine Wirkungen und Indikationen werden also fast dieselben sein wie die der Kochsalzwässer.

Tatsächlich wird das Meerwasser in Schweden und Norwegen, wo die Kochsalzwässer fehlen, statt diesen angewendet; so wird nach SCHÖNBERG (Christiania¹⁰⁾ das Meerwasser in der Kinderpraxis als leichtes Abführmittel gegeben und nach LEVERTIN¹¹⁾ wird das Meerwasser in Varberg zu Trinkkuren angewendet.

Trinkkuren mit Meerwasser sind in allen Fällen berechtigt, in welchen Trinkkuren mit Kochsalzwässern angezeigt sind; bei beiden ist der Hauptbestandteil das Chlornatrium und sowohl bei Trinkkuren mit Kochsalzwässern wie mit dem Meerwasser wird die spezifische Wirkung von dem Chlornatrium verursacht und zum Teil von anderen Chloriden unterstützt.

Es würde zu weit führen, wenn ich an dieser Stelle die Pharmakologie der Chloride, hauptsächlich des Chlornatriums erörtern würde, es sei mir aber erlaubt, wenigstens in großen Zügen die wichtigeren Ergebnisse der Forschungen zu wiederholen.

Wenn wir das Schicksal des per os genommenen Chlornatriums verfolgen wollen, müssen wir zwei Stadien seiner Wirkungen annehmen; im ersten Stadium übt das Chlornatrium die lokale Wirkung auf die Magenschleimhaut aus, im zweiten Stadium treten die Wirkungen des schon resorbierten Chlornatriums in den Vordergrund.

⁹⁾ Zit. nach GLAX, Balneotherapie.

¹⁰⁾ Zit. bei FLECHSIG, Balneotherapie, pag. 66—67.

¹¹⁾

Eine große Reihe der Untersuchungen beschäftigt sich mit der Frage der lokalen Wirkung, und zwar hauptsächlich mit der Wirkung des Chlornatriums und der Kochsalzwässer auf die Magensaftabsonderung; die Resultate der Versuche sind sehr widersprechend; bald sah man eine Steigerung der Magensaftabsonderung, bald eine Verminderung; bei Kranken sah man sowohl bei Anazidität wie bei Hyperazidität ungünstige, in anderen Fällen im Gegenteil günstige Erfolge.

„Es ist nun ein merkwürdiges Resultat,“ sagt DAPPER¹²⁾, „daß eine und dieselbe balneologische Therapie sich bei verschiedenen krankhaften Zuständen des Magens heilsam erweist, welche sich auf den hervorstechendsten Punkt: die Säureproduktion geradezu gegensätzlich verhalten. Wir erfahren hieraus, daß die Heilwirkung der Ordination nicht nach einer einfachen Formel verläuft. Man muß solche Schlagwörter, wie: Kochsalz steigert oder vermindert die Salzsäure des Magens, fallen lassen und sich hüten, nach solchem Schlagwort die Indikationen zu stellen, sonst kommt man in Gefahr, dem Schlagworte zuliebe zahlreiche Krankheitsfälle einer sehr nützlichen Therapie vorzuenthalten.“

Es mag ja sein, daß beim gesunden Menschen der Einfluß der Kochsalzwässer sich mehr in bestimmter Richtung geltend macht, nämlich salzsäurevermindernd, beim kranken Menschen ist aber diese Reaktion nicht so einfach. Es kommen noch offenbar ganz andere Faktoren in Betracht als die unmittelbare Wirkung auf den Vorgang der Salzsäureabscheidung, und diese anderen unbekannteren Faktoren bewirken es, daß als Gesamtergebnis ein vortrefflicher therapeutischer Erfolg sich sowohl bei gewissen Formen der Subazidität wie von Hyperazidität ergibt.“

Sehr interessante Versuche hat in letzter Zeit BÖNNINGER¹³⁾ angestellt und gefunden, daß gewisse Medikamente Einfluß auf die Resorption des Chlornatriums im Magen, beziehungsweise auf die Austreibung salzhaltiger Lösungen aus dem Magen haben. Er hat namentlich gefunden, daß unter dem Einfluß von Opium die Resorption von Chlornatrium lebhafter geschieht, die Austreibung aber nicht beeinflusst wird, während Alkohol die Austreibung salzhaltiger Lösungen aus dem Magen ein wenig verlangsamte.

In sehr großer Menge oder starker Konzentration in den Magen gebrachtes Chlornatrium wird nicht mehr vollständig resorbiert, sondern zum Teil in den Darm weiterbefördert; es erfolgt nun eine Reizung der Darmnerven und eine Beschleunigung der Darmbewegungen, welche die Salzlösung rasch gegen das Ende des Darmkanales weiterbewegt und entleert.

Eine viel bestrittene Frage ist das Verhalten des Eiweißumsatzes bei Kochsalzzufuhr; neue Untersuchungen von KATZ¹⁴⁾ bei Gesunden und die von DAPPER¹⁵⁾ bei Kranken konnten eine Steigerung des Eiweißumsatzes bei Kochsalzzufuhr nicht konstatieren und beide Forscher behaupten mit Sicherheit, daß der Genuß ganz bedeutender Mengen der Kochsalzmineralwässer keinen Einfluß auf den Eiweißumsatz des Körpers ausübt.

Dagegen kann die diuretische Wirkung des Chlornatriums als erwiesen betrachtet werden; bei Nierenentzündungen ist aber bei Anwendung von Kochsalzwässern Vorsicht am Platze; man nahm früher an, daß die erkrankten Nieren für das Kochsalz ohne weiteres durchgängig sind und dasselbe auch unbeeinträchtigt ausscheiden; neuere Erfahrungen weisen dagegen entschieden auf das nicht seltene Vorkommen von Retention der Chloride bei Nierenkrankheiten hin; da aber Nephritiker größtenteils imstande sind, so viel Kochsalz auszuschcheiden, daß die Kochsalzkonzentration des Harnes 0,5% beträgt, können wir in der Mehrzahl der Fälle

der Kochsalzretention vorbeugen, indem wir unseren Kranken mit dem Kochsalzwasser höchstens so viel halbe Gramme Kochsalz verabreichen, wie viel 100 cm³ Harn sie ausscheiden; also entspräche einer Diurese von 1000 cm³ die tägliche Kochsalzzufuhr von 5 g (KÖVESI-ROTH-SCHULZ¹⁶⁾).

Bevor ich nun zu meinen eigenen Versuchen über die innere Anwendung des Meerwassers übergehe, möchte ich nur kurz bemerken, daß außer Chlornatrium die übrigen im Meerwasser gelösten Salze kaum irgendwelche pharmakologische Wirkung im Körper ausüben können, da sie in zu kleinen Mengen darin enthalten sind.

Die nach Chlornatrium meist vertretenen Salze, wie Chlormagnesium und Magnesium sulfuricum, gehören in die Gruppe der schwer resorbierbaren Salze und können höchstens im Darmlumen als Abführmittel wirken, somit die abführende Wirkung des Chlornatriums bei großen Gaben des Meerwassers unterstützen, während sie allein kaum eine Wirkung überhaupt ausüben könnten (RABUTEAU l. c.).

Noch weniger ist es denkbar, daß das in dem Meerwasser enthaltene Jod irgend einen Einfluß auf den Körper ausüben könnte. Es ist bekannt, daß die Küstenbewohner das Meerwasser seit uralten Zeiten als Abführmittel benutzen; aber sie kennen auch die günstige Wirkung der Asche verschiedener Seepflanzen und Schwämme gegen Syphilis und Skrofulose.

Die Erfahrung hat ihnen gezeigt, daß sie den wirksamen Stoff gegen Drüsenleiden nicht in dem Meerwasser zu suchen haben, sondern in den Seepflanzen, welche ihn in größeren Mengen aufspeichern; nun suchten die Chemiker nach diesem Stoffe und fanden, daß die Asche überwiegend aus Soda besteht; es wurde also angenommen, daß der wirksame Stoff gegen Drüsenleiden Soda sei, welche dann weit und breit gegen Syphilis und Skrofulose in Verwendung kam, allmählich aber als unwirksam verlassen werden mußte.¹⁷⁾

Im Jahre 1811 entdeckte der Pariser Sodafabrikant COURTOIS einen neuen Bestandteil der Asche, das Jod, welches später in Frankreich durch COINDET, in Deutschland durch FORMEY als Arznei angewendet wurde¹⁸⁾, und nun stellte sich heraus, daß das Jod ein vorzügliches Mittel gegen Syphilis und Drüsenleiden sei und daß die günstigen Erfahrungen der Küstenbewohner bei Anwendung der Pflanzenasche auf Jodwirkung zurückzuführen sind.

Zweifellos stammt das Jod der Seepflanzen aus dem Meerwasser, aber im Wasser ist das Jod nicht nachweisbar, auch mit der empfindlichsten Stärkeprobe nicht, welche noch den Nachweis des Jod in einer Lösung von 1 zu 300.000 ermöglicht; eine Jodwirkung des Meerwassers gehört also in das Reich des Glaubens; und wenn mit dem Meerwasser Drüsenkrankheiten geheilt oder gebessert werden, ist die günstige Wirkung nicht dem Jod, sondern dem Kochsalz und noch anderen Faktoren der Kur zuzuschreiben.

Die Wasserwirkung bei dem inneren Gebrauch des Meerwassers kann auch vernachlässigt werden, da das Wasser in zu kleinen Dosen gegeben wird, um — abgesehen vielleicht von einer geringen Steigerung der Gefäßspannung — selbstständig eine Wirkung ausüben zu können.

* * *

Zu meinen Versuchen habe ich das Meerwasser durch den Herrn Apotheker Kromirski filtrieren und unter 10–12 Atmosphären Druck mit Kohlensäure imprägnieren lassen; das filtrierte und mit Kohlensäure imprägnierte Seewasser ist in der hiesigen Apotheke unter dem Namen „Marina“ erhältlich.

¹²⁾ Über den Einfluß der Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) auf den Stoffwechsel des Menschen etc. „Zeitschr. f. klin. Medizin“, 30.

¹³⁾ „Arch. f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie“, 1903.

¹⁴⁾ Zit. bei DAPPER; s. u.

¹⁵⁾ „Zeitschr. f. klin. Medizin“, 30.

¹⁶⁾ Die Therapie der Nierenentzündungen. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 24–26.

¹⁷⁾ LIEBREICH, Über künstliche und natürliche Mineralwässer, 1893.

¹⁸⁾ LESSING, Handbuch der spez. praktischen Arzneimittellehre, 1863.

Die Filtration mit „Delphin-Filter“ hatte den Zweck, das Meerwasser, obzwar es weit von der Küste geschöpft und vollkommen klar ist, zu reinigen und zu sterilisieren; zur vollständigen Sterilisation genügt die Filtration auf die Dauer nicht, und darum werde ich künftig versuchen, das Wasser außer der Filtration mittelst Elektrizität durch Ozonisierung zu sterilisieren; diese Methode scheint bisher von allen Wassersterilisationsmethoden die einfachste und zuverlässigste zu sein (FEISTMANTEL¹⁹).

Die Imprägnierung mit Kohlensäure unter hohem Druck wirkt zum Teil keimtötend; wichtiger ist aber die Rolle der Kohlensäure als Geschmackskorrigens. In allerletzter Zeit hat MEINEL²⁰) Versuche mit dem Wiesbadener Kochbrunnen angestellt, wofür zum Zwecke der Geschmackskorrektur mit Kohlensäure imprägniert, zu Trinkkuren angewendet wird, und fand, daß unter dem Gebrauch von heißem Wiesbadener Kochbrunnen der sekretionssteigernde Einfluß der Quelle nicht so augenscheinlich war als bei dem kalten Wasser, namentlich scheint der Zusatz von Kohlensäure den Brunnen zu Trinkkuren geeigneter zu machen.

Nicht zu unterschätzen ist der Wert des durch die Kohlensäure verursachten Aufstoßens, wodurch Gärungsgase mit der Kohlensäure aus dem Magen entfernt werden.

Die „Marina“ wurde von meinen Patienten gern genommen und gut vertragen; bei einigen mußte ich aber die Versuche einstellen, da auch nach ganz kleinen Dosen Durchfälle aufgetreten waren.

Meine Beobachtungen sind nicht beendet und leider konnte ich sie bisher mit Stoffwechseluntersuchungen nicht unterstützen, halte mich aber berechtigt, schon aus den rein klinischen Beobachtungen ein Urteil über die Verwendbarkeit der Marina auszusprechen; ausführlichen Bericht werde ich zu jener Zeit erstatten, wenn ich die klinischen Beobachtungen beendet und mit Stoffwechseluntersuchungen ergänzt haben werde.

Das Beobachtungsmaterial umfaßt mehrere Fälle von chronischem Magendarmkatarrh, einen Fall von Exsudatum pleuriticum, zwei Fälle von Diabetes mellitus und einen Fall von Dyspepsie bei einem Kinde; außerdem habe ich die Marina in mehreren Fällen als Abführmittel versucht. In den Fällen mit chronischem Magendarmkatarrh war ausnahmslos eine Besserung des Appetits und häufig eine Regelung der Stuhlentleerung zu beobachten; in allen diesen Fällen gab ich die Marina vor den Hauptmahlzeiten mit gleichem Quantum Wasser verdünnt; das einmalige Quantum Marina betrug $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Trinkglas.

Als Abführmittel ließ ich ein halbes Trinkglas (eventuell auch mehr) Marina, zur Hälfte mit gewöhnlichem Wasser verdünnt, trinken; hierbei waren große individuelle Unterschiede zu bemerken; bei einigen Patienten mußte ich (wie schon erwähnt) den weiteren Gebrauch einstellen wegen heftigen Durchfällen. Vielfach konnte ich beobachten, daß kleine Dosen Marina (1—2—3 Eßlöffel) die entgegengesetzte, d. i. obstipierende Wirkung hatten.

Der erwähnte Fall von Dyspepsie bezieht sich auf ein 15—16 Monate altes Kind, bei welchem ich vor den Mahlzeiten dreimal je 2 Kaffeelöffel Marina mit ebensoviel Zuckerwasser verdünnt gab. Schon am zweiten Tage war eine Besserung des Appetits sowie die Regelung der Stuhlentleerungen zu beobachten.

Interessant sind die Fälle mit Exsudatum pleuriticum und Diabetes mellitus.

Es war a priori zu erwarten, daß bei pleuritischen Exsudaten eine günstige Einwirkung der Marina auf die Resorption des Exsudates sich zeigen wird. MÜLLER²¹) hat bei Pleuritis exsudativa nach Behandlung mit Kochsalz die Besserung

schon in einigen Stunden konstatieren können; GLAX²²) behandelte 25 pleuritische Kranke, darunter 12 mit totalem Exsudate einer Brusthälfte, mit Kochsalz; bei den schweren Fällen war die mittlere Heilungsdauer 22 Tage, während PIRNSER (zit. bei GLAX) mit seiner Durstkur 28 Tage dazu brauchte; die Heilungsdauer der unkomplizierten punktierten Fälle war 47.7 Tage. In meinem Falle (Mädchen von 18 Jahren) war in den ersten Tagen der Behandlung mit Marina eine bedeutende Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens zu konstatieren sowie eine bedeutende Steigerung der Diurese und Sinken des Exsudats während der zwei Wochen meiner Beobachtung. Pat. ist leider abgereist und von ihrem weiteren Schicksale konnte ich nichts erfahren; sie hat täglich dreimal Marina genommen, immer vor den Mahlzeiten, pro dosi ungefähr $\frac{1}{3}$ Trinkglas, immer mit Wasser verdünnt.

Von den zwei Fällen mit Diabetes mellitus möchte ich nur den einen Fall kurz schildern; der andere Fall bezieht sich auf eine Frau, die ich zu kurze Zeit beobachtet habe, um eine Folgerung aussprechen zu können.

Es handelte sich um einen Mann von 46 Jahren, der seit 4—5 Jahren an Diabetes mellitus leidet; bei seiner Ankunft wiegt er 62 kg. Die Urinuntersuchung (Dr. Löw) ergibt eine Urinmenge von 3250 cm³, spez. Gew. 1030, Zucker 4.5%, also 144 g im Tagesquantum; Diät nicht beschränkt.

Er bekommt Marina und trinkt täglich 200—250 g mit ebensoviel Wasser verdünnt; nach einer Woche ist die Menge des Urins 3000 cm³, spez. Gew. 1025, Zucker 3.3%, also 99 g im Gesamtquantum; Körpergewicht ist auf 64 kg gestiegen. Die Diät wurde während der Marinakur nicht geändert.

Die Abnahme der Glykosurie war bei den Zuckerkranken ebenfalls a priori zu erwarten; eine Verminderung der Zuckerausscheidung nach Kochsalzzufuhr haben schon M. SOLON²³), COUTANT²⁴) und BOUCHARDAT²⁵) beobachtet; andererseits zeigt auch die tägliche Erfahrung, daß Diabeteskranken nach Trinkkuren von Kochsalzwässern in Homburg, Kissingen sehr häufig mit einer gesteigerten Toleranz gegen Kohlehydrate zurückkehren (v. NOORDEN²⁶).

Wie ich oben schon erwähnt habe, stellten die Kollegen SZEGÖ und KURZ ebenfalls Versuche in ihrer Praxis mit der Marina an; aus den Versuchen des Dr. SZEGÖ, deren Resultate er in seiner demnächst in dem „Archiv für Kinderheilkunde“ erscheinenden Arbeit (Stärkung des Kindes am Strande) publizieren wird, hebe ich nur das Resümee hervor: er beobachtete die vorteilhafte Wirkung der Marina in erster Reihe bei Kindern, die an Rachitis und Anämie resp. an beiden litten, wo neben einer hartnäckigen Appetitlosigkeit auch Störungen in Magen- und Darmfunktion zu konstatieren waren. Es sind dies Fälle, wo wir eine verringerte Sekretion des Magensaftes oder mindestens einen subnormalen Gehalt des Magensekretes an spezifischen Bestandteilen voraussetzen können. In allen diesen Fällen erwies sich die Marina von unmittelbarem Erfolg begleitet; die Magenstörungen gingen zurück und die allgemeine Ernährung hob sich auffallend.

Dr. KURZ wendete Marina bei einer durch mehrere rasch aufeinander gefolgte Entbindungen in ihrem Kräftezustand stark herabgekommenen Dame an. Einer objektiv deutlich nachweisbaren Gastropiose, Wanderniere, Dermatonee entsprachen ihre Beschwerden, die sich namentlich auf den Verdauungstrakt bezogen; sie bekam Marina in kleinen Dosen und es war der günstige Einfluß des Wassers auf Appetit und Darmfunktion nicht zu verkennen.

Bei einer Patientin, die an chronischer Obstipation litt, wendete er die Marina in großen Dosen mit gutem Erfolge an.

Bei einem Patienten, der an chronischer Bronchitis und Emphysem litt, der 2 Wochen in Abbazia ohne Medikation

¹⁹) Trinkwasser und Infektionskrankheiten, 1904.

²⁰) „Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie“, September 1904.

²¹) Behandlung der pleuritischen Exsudate mit NaCl. Inaug.-Dissert., Greifswald 1885.

²²) „Zeitschr. f. klin. Medizin“, Bd. 9.

²³) „Bulet. gén. de thérapeut.“, 1842—1843.

²⁴) Thèse de Paris, 1844, zit. bei RABUTEAU.

²⁵) „Mém. de l'académie de médecine“, 1851.

²⁶) Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung, 1895.

verbrachte, trat gleichfalls eine deutlich erkennbare Besserung des bis dahin stationären Katarrhs ein, die sich in selteneren Hustenanfällen, erleichterter Expektoration sowie objektiv in einem Rückgang der katarrhalischen Erscheinungen bemerkbar machte.

Wir sehen aus den obigen Ausführungen, daß das Meerwasser in vielen Krankheitsfällen mit gutem Erfolge anwendbar ist, und ich glaube, daß in Abbazia die Monate des Herbstes, Winters und des Frühlings zu Trinkkuren benutzt werden können; das verhältnismäßig milde Küstenklima Abbazias in der erwähnten Jahreszeit ermöglicht durch den längeren Aufenthalt der Kranken im Freien, die Wirkungen der Trinkkur mit der Wirkung der Seeluft zu unterstützen.

Meine Versuche über die innere Anwendung des Meerwassers werde ich fortsetzen und werde die klinischen Erfahrungen mit Stoffwechseluntersuchungen ergänzen.

Aus der k. k. II. Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Prof. Dr. Wagner v. Jauregg) in Wien.

Physikalisch-chemische, zytologische und anderweitige Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit.

Von **Dr. Alfred Fuchs**, Assistenten,
und **Dr. Robert Rosenthal**, Sekundararzt der Klinik.

(Schluß.)

Außer diesen Fällen, wo beide physikalischen Untersuchungsmethoden behufs Gewinnung von Vergleichswerten in Anwendung kamen, verfügen wir noch über eine Reihe von solchen, wo aus zufälligen Gründen nur die eine oder die andere Bestimmung ausgeführt werden konnte.

Dieselben sind in der nachfolgenden Tabelle verzeichnet:

Nummer der Untersuchungsergebnisse	Name, Alter und klinische Diagnose	Datum der Lumbalpunktion	Datum der Untersuchung	Δ	λ	Menge, Farbe und Klarheit der Flüssigkeit, zytologischer Befund	Sonstige in diesem Falle vorgenommene Untersuchungen	Anmerkungen, insbesondere das Wichtigste aus der klinischen Krankengeschichte
VI. Verschiedene Erkrankungen, in welchen nur einzelne Bestimmungen möglich waren.								
1	Schadlak Ignaz, 31 J. Progr. Paral.	28./III.	28./III.	-0.55	—	6 cm ³ , klare Flüssigkeit. Druck erhöht	Kulturversuch steril	—
41	Putz. Progr. Paral.	26./IV.	26./IV.	-0.56	—	8 cm ³ , wasserklar	—	—
3	Blaha Marie, 49 J. Tabes dors., Hysterie (path. Affektzustände)	4./IV.	4./IV.	-0.55	—	5 cm ³ , klare Flüssigkeit, entleert sich tropfenweise. 88 einkernige Lymphozyten im mm ³	Densimetrische Bestimmung des spez. Gew. (s. unten)	—
2	Ulrich Karl, 16 J. Morb. sacer	1./IV.	1./IV.	-0.53	—	—	Kulturversuch steril. Densimetrische Bestimmung des spez. Gew. (s. unten)	—
7	Klausner Anna, 20 J.	12./IV.	13./IV.	-0.53	—	4 cm ³ , klare, nicht gefärbte Flüssigkeit	—	Das Punktat entstammt einer Patientin der I. medizinischen Klinik, bei welcher die Punktion aus diagnostischen Gründen (Verdacht für Meningitis) vorgenommen wurde.
16	Stassny Marie, 46 J.	27./IV.	27./4.	—	0.0159	5 cm ³ , klar, 5 Zellen im mm ³	ESSBACH 1 ⁰ / ₁₀₀	Chir. Abt. Hernia incar.
19	Bernert. Lues cerebri (Par. progr.?)	7./V.	7./V.	—	0.0155	10 cm ³ , wasserklar. Zählung: 1. 44 kleine L., 2 Endothelzellen; 2. 62 kleine L., 4 Endothelzellen	ESSBACH 1 ⁰ / ₁₀₀	Obduktionsdiagnose: Lues cerebri. Ausgedehnte encephalomalazische Herde, in beiden Schläfelappen Heubner'sche Endarteriitis.
27	Zaschke Josef, 47 J. Paral. progr.	27./V.	27./V.	—	0.0159	10 cm ³ , wasserklar, Druck erhöht (Ausspritzen). Zählung: 1. 65 kleine, 21 große, 2. 61 " 22 " Lymphozyten	ESSBACH 1 ¹ / ₂ ⁰ / ₁₀₀	—
45	Stich. Meningitis tuberculosa	16./VII.	16./VII.	—	—	10 cm ³ Flüssigkeit mit Blutbeimengung, 300 Zellen im mm ³ , größtenteils Lymphozyten	ESSBACH 2 ¹ / ₂ ⁰ / ₁₀₀	Obduktion 18./VII. Meningitis tuberculosa.
46	Schulz. Del. trem.	26./VIII.	26./VIII.	—	—	3 cm ³ , klare Flüssigkeit, 2 Zellen im mm ³	ESSBACH 1 ¹ / ₂ ⁰ / ₁₀₀	Obduktion 27./VIII. Chron. Hirnödem. Lobul. Pneumonie.
41	Putz. Progr. Paral.	26./VI.	26./VI.	—	—	8 cm ³ , klare Flüssigkeit. Zählung: 64 Lymphozyten	—	—
47	Gayer. Lues cerebri (Par. progr.?)	—	—	—	—	3 cm ³ , klare Flüssigkeit. Zählung: 10 Lymphozyten	ESSBACH 1 ¹ / ₂ ⁰ / ₁₀₀	—

VII. Densimetrische Bestimmungen des spezifischen Gewichtes.

Nummer der Untersuchungsreihe	Spezifisches Gewicht
Tabelle VI. 2. (Morbus sacer)	1'0057
" VI. 3. (Tabes)	1'0051
" II. 4. (Progressive Paralyse)	1'0070
" V. 8. (Psychose)	1'0069
" II. 11. (Progressive Paralyse)	1'0057

VIII. Relativer Reibungskoeffizient.

T. = 26 1/2 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
40.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	60'1 Sek.	1.	57'8 Sek.	59'5 Sek.	57'9 Sek.
2.	59'5 "	2.	58 "		
3.	59 "	3.	57'9 "		
T. 24 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
42.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	61 Sek.	1.	58 Sek.	61'1 Sek.	58'5 Sek.
2.	61 "	2.	59 "		
3.	61'5 "	3.	58'5 "		
T. 25 1/2 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
43.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	60'2 Sek.	1.	59 Sek.	60 Sek.	59'3 Sek.
2.	60 "	2.	59'5 "		
3.	60 "	3.	59'8 "		
T. 26 1/2 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
29.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	60 Sek.	1.	57'8 Sek.	59'8 Sek.	57'5 Sek.
2.	59'8 "	2.	57'5 "		
3.	59'8 "	3.	57'4 "		
T. 26 1/2 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
33.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	60 Sek.	1.	59 Sek.	60'2 Sek.	58'8 Sek.
2.	60'2 "	2.	58'8 "		
3.	60'4 "	3.	58'8 "		
T. 25 1/2 ° C		Liq. cerebrospinalis		Mittel	
22.	H ₂ O			H ₂ O	Liq. cerebrospinalis
1.	60'1 Sek.	1.	57 Sek.	60'1 Sek.	57'2 Sek.
2.	60 "	2.	57'1 "		
3.	60'2 "	3.	57'4 "		

Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen glauben wir berechtigt zu sein, einige Schlüsse zu ziehen:

Was zunächst die Bestimmung des Gefrierpunktes betrifft, so zeigt sich, daß in allen untersuchten Fällen aus den Tabellen II—VI, also überall bis auf die Fälle von Meningitis der Gefrierpunkt über dem Werte $\Delta = -50$ liegt und dessen obere Grenze $\Delta = -0'56$ (Fall 41, Tabelle VI) in einem Falle von progressiver Paralyse erreicht wird.

Einen Gegensatz hierzu bilden die Fälle von Meningitis in Tabelle I. Hier erreicht der Gefrierpunkt nur einmal (Fall 20) die untere Grenze der Werte in den übrigen Tabellen: $\Delta = -0'50$. In allen übrigen Fällen ist Δ wesentlich tiefer, die untere Grenze bei $\Delta = -0'40$ gelegen. (Fälle 36, 37, 38, Tabelle I).

Die mittlere Zahl für den Wert Δ ergibt für

Tab. I	Tab. II	Tab. III	Tab. IV	Tab. V u. VI
Meningitis	Progr. Paralyse	Alcoh. chron.	Epilepsie	Versch. Erkrankungen
-0'46	-0'54	-0'54	-0'52	-0'53

Die geringe Depression ist also bei Meningitis, und zwar nur bei dieser ein konstanter Befund.

Die Werte für Δ bei den anderen hier untersuchten Krankheitsformen stehen einander sehr nahe und schwanken zwischen $-0'52$ und $-0'54$.

Von ganz besonderem Interesse ist es nun, die Zahlen für die elektrische Leitfähigkeit mit den für Δ gefundenen Werten zu vergleichen. Betrachten wir zunächst die Tabellen II—V, so zeigt sich, daß je höher Δ gelegen ist, desto geringer auch im allgemeinen λ wird; also je ärmer im allgemeinen die untersuchte Flüssigkeit an gelösten Substanzen ist, desto geringer ist auch ihre Leitfähigkeit. Da aber zwischen Δ und λ der Unterschied besteht, daß Δ der Ausdruck für die Anzahl der gelösten Moleküle überhaupt, λ aber nur der Ausdruck für die Anzahl der Elektroionen, d. h. der Ausdruck für die Menge der gelösten Salze, Säuren und Basen ist, während organische

Verbindungen für die Leitfähigkeit wenig oder gar nicht in Betracht kommen, darf man wohl folgendermaßen schließen: In den Fällen der Tabellen II—V betreffen die Schwankungen in der Menge der gelösten Substanzen gleichmäßig die organischen wie die anorganischen Substanzen, denn Δ und λ gehen miteinander parallel.

Überdies sind diese Schwankungen an Gehalt gelöster Substanzen nur sehr geringe, denn die Werte für Δ und λ bleiben innerhalb enger Grenzen konstant.

Ganz anders verhalten sich die Werte in der Tabelle I, bei den 11 untersuchten Fällen von Meningitis.

Hier sehen wir, daß, wie bereits hervorgehoben wurde, der Wert für Δ ganz konstant höher gelegen ist als in allen übrigen untersuchten Fällen. Hier besteht aber zwischen Δ und λ kein Parallelismus. Im Falle 6 ist z. B. bei $\Delta = -0'47$, $\lambda = 0'0097$; im Falle 22 ist bei $\Delta = -0'47$, $\lambda = 0'0225$, d. h. bei gleichbleibendem Werte für Δ das einmahl der tiefste, das anderemal der höchste Wert für λ in unserer ganzen Untersuchungsreihe erreicht.

Da nun für den Wert Δ die Moleküle gelöster anorganischer und organischer Substanzen in Betracht kommen, so ist der Liquor cerebrospinalis bei Meningitis überhaupt ärmer an gelösten Substanzen; aber das Verhältnis zwischen der Menge gelöster organischer und anorganischer Substanz wechselt; die Werte λ zeigen, daß dieses Verhältnis das einmahl zugunsten, das andremal zungunsten der einen oder der anderen Art von Körpern verschoben werden kann. Über die Art und Weise, wie diese Verschiebung im Gehalte an organischen und anorganischen Bestandteilen im Liquor cerebrospinalis bei Meningitis zustande kommt, kann keinen Vermutungen Raum gegeben werden, weil uns nicht einmal die Produktionsstätte des Liquor mit Sicherheit bekannt ist und wir über seine Beziehungen zu den Meningen auch nichts wissen.

Ist die Ansicht von SPINA z. B. richtig, daß der Liquor cerebrospinalis ein direktes Produkt der Gehirnzellen ist, so käme für seine Beziehungen zu den Meningen nur etwa die Rolle derselben als Filtrations- oder Diffusionsmembranen in Betracht. So viel erscheint uns aber aus unseren Befunden mit Sicherheit hervorzugehen, daß akute Erkrankungen der Meningen auf die Zusammensetzung des Liquor cerebrospinalis einen Einfluß üben.

Wenn nun aber, wie wir annehmen, dieser Satz seine Berechtigung hat, so müßte es gestattet sein, einen weiteren Schluß zu ziehen: In den Fällen, wo zwischen dem Werte Δ und λ keine Diskongruenzen stattfinden, gewinnt die Annahme eine Berechtigung, daß keine oder zumindest keine so tiefgehende Läsion der Meningen vorhanden ist.

Es drängt sich hier die Frage auf: Wie verhält es sich bei der progressiven Paralyse? Das Ergebnis unserer Untersuchungen ist hier ein anderes: Abgesehen von der bei progressiver Paralyse niemals beobachteten Verringerung für den Wert Δ , finden hier zwischen diesem und λ keine wesentlichen Diskongruenzen statt, es gehen vielmehr diese beiden Werte miteinander parallel. Die bei der progressiven Paralyse anzunehmenden meningealen Veränderungen kommen also in der Zusammensetzung des Liquor cerebrospinalis nicht in solcher Weise zum Ausdruck wie bei akuten Meningitiden. Selbstverständlich wären so weitgehende Störungen wie bei akuter Meningitis nicht zu erwarten; wenn aber eine tiefere Funktionsstörung bestände, so würden aller Wahrscheinlichkeit nach Verschiebungen zwischen den Werten Δ und λ auch hier auftreten.

Hier ist eine größere Untersuchungsreihe notwendig; wenn eine solche unsere Befunde bestätigt, so wäre dies wohl ein wichtiges Argument dafür, daß den Meningen, wenn ihre

Funktion keine schwerer geschädigte ist, auch keine ausschlaggebende Rolle in der Pathogenese der progressiven Paralyse zukommen könne.

Die Untersuchung des spezifischen Gewichtes zeigt eine große Konstanz desselben und Schwankungen erst in der dritten Dezimale. Der höchste Wert wurde mit 1.0078 (in einem Falle von progressiver Paralyse), der niedrigste mit 1.0057 (wiederum in einem Falle von progressiver Paralyse und in einem Falle von Epilepsie) bestimmt.

In engem Bezug zu dem spezifischen Gewicht steht der relative Reibungskoeffizient der untersuchten Flüssigkeit ($= \eta$). Derselbe ist zu berechnen (s. OSTWALD) aus der Formel

$$\eta = \eta_0 \frac{s}{s_0} \frac{t}{t_0}$$
 wobei $\eta_0 =$ dem Reibungskoeffizienten, $s_0 =$ dem spezifischen Gewicht, $t_0 =$ der Durchflußgeschwindigkeit des Wassers, $s =$ spezifisches Gewicht, $t =$ Ausflußgeschwindigkeit der untersuchten Flüssigkeit. Bei gleichbleibender Temperatur (wobei 1° schon 2% des gefundenen Wertes verändern kann) ist das spezifische Gewicht von großer Bedeutung für die innere Reibung. Die von uns untersuchten Fälle sind zu gering an Zahl, als daß dieselben irgendwelche Schlüsse gestatten würden. Allein die zutage tretenden Differenzen in der Ausflußgeschwindigkeit erscheinen immerhin bemerkenswert; zunächst wäre es möglich, durch Bestimmung derselben die Bestimmung des spezifischen Gewichtes zu ersetzen; andererseits aber erscheint es möglich, daß die Viskosität des Liquor cerebrospinalis unter pathologischen Verhältnissen verändert ist; die Methode ist für den praktischen Gebrauch zu umständlich, wäre jedoch für einen solchen modifizierbar.

Am wenigsten zahlreich und auch am wenigsten genau sind die mit unseren Flüssigkeiten vorgenommenen chemischen Untersuchungen. Die uns zur Verfügung gestandenen Quantitäten gestatteten keine genaueren Analysen, wollten wir sie für unsere physikalischen Bestimmungen entsprechend ausnutzen. Eiweißbestimmungen, soweit sie in den Tabellen verzeichnet erscheinen, wurden nach ESSBACH mittelst eigens zu diesem Zwecke angefertigter Röhren (vom Fassungsraum 2—5 cm³ bis zur Marke U) vorgenommen. In Übereinstimmung mit den anderen Untersuchern fanden wir den Eiweißgehalt bei Meningitis und progressiver Paralyse, bei letzterer in geringerem Grade, erhöht.

Zum Schlusse bemerken wir noch, daß wir, soweit die Flüssigkeitsmengen es gestatteten, auch Versuche über die Toxizität der von einigen Kranken gewonnenen Liquores durch subdurale Injektion derselben an Katzen und Kaninchen unternahmen. Wir haben weder beim Liquor Epileptischer, noch bei dem der Paralytiker einen positiven Erfolg zu verzeichnen.

Literatur: 1) ABADI et BARDENEVE, La ponction lombaire chez le zona. „Sem. méd.“, 1902, pag. 436. — 2) ABRAHAM und ZIEGENHAGEN, Über zytodiagn. Untersuchungen. Psych. Verein zu Berlin, 19. März 1904. — 3) ACHARD et GRENET, Cytodiagnostic. „Revue neurol.“, 1903. — 4) BABINSKI, Lymphozytose dans le tabes et la paralysie gén. „Rev. neur.“, 1903, pag. 341. — 5) BARD, Des colorations du liquide céphalo-rachidien d'origine hémorragique. „Sem. méd.“, 1903, Nr. 41. — 6) BARD L., Du liquide céphalo-rachidien hémorragique. „Compt. rend. soc. Biol.“, 53, 1901, pag. 747. — 7) Idem, Resultats cliniques de l'appréciation de la tonicité du liquide céphalo-rachidien par son action sur les globules rouges du porteur. „Compt. rend. soc. Biol.“, 53, 1901, pag. 167 und „Bulletin médical“, 1901, Nr. 1. — 8) Idem, Méthode de Détermination de la Tonicité du Liquide céphalo-rachidien par son action sur les globules rouges du porteur. Ibidem, pag. 168. — 9) A. BICKEL, Zu dem Aufsätze ENGELMANN'S „Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit von Körperflüssigkeiten“. „Münchener med. Wochenschrift“, 1903, Nr. 44, pag. 1919. — 10) BRION, Über Zytodiagnostik. „Zentralbl. für allgem. Path. u. path. Med.“, 14, Nr. 35. — 11) BRISSAUD et BRUAUDET, Exam. cytol. „Revue neurol.“, 1903, pag. 337. — 12) CARRIÈRE, Examen cyth. dans un cas de sclérose en plaques. „Soc. de Biol.“, 1901, pag. 345. — 13) CASTAIGUE J., La perméabilité méningée dans l'urémie nerveuse. „Compt. rend. soc. Biol.“, 52, 1900, pag. 907—908. — 14) CATHELIN, Circulation du liqu. Soc. de Biol., 17. Oktober 1903. — 15) CAVAZZANI, Über die Alkaleszenz der Zerebrospinalflüssigkeit. Ferrara, Verlag von Bresciani, 1901. — 16) Idem, Über eine Oxydase in der Zerebrospinalflüssigkeit. Ibidem, 1901. — 17) Idem, Über den Einfluß einiger lymphagogen Stoffe auf die Bildung der Zerebrospinalflüssigkeit. Accad. med.-chir. di Ferrara, 1901. (Alle drei Referate in MALYS Jahrb., 1901, pag. 560.) — 18) CECONI, Das elektrische Leitvermögen der normalen und pathologischen Organflüssigkeiten. R. accad. di med. di Torino, 1901. (Referat in MALYS

Jahrb., 1901, pag. 584 von COLASANTI.) — 19) CHAUFFARD, Zona et lymphocytose. „Sem. méd.“, 1902, pag. 392. — 20) DELILLE-CAMUS, Le l. c. r. et la Tabes. Soc. de Neurol., 5. März 1903. — 21) DEVAUX, La ponction lombaire et le cyto-diagnostic. „Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.“, 1903. — 22) DICKESON MAURICE, Zusammensetzung und molekulare Konzentration der Zerebrospinalflüssigkeit. Thèse de Paris, 1901, pag. 59. (Referat in MALYS Jahrb., 1902, pag. 560.) — 23) DOPLER, Coup de chaleur. Soc. méd. des Hôp., 4. Dez. 1903. — 24) DUPRÉ, Cytologie du l. c. r. dans le tabes. Soc. de Neur., 1903, pag. 341. — 25) F. ENGELMANN, Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit von Körperflüssigkeiten. „Münchener med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 41, pag. 1778. — 26) ERB, Syphilis und Tabes. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 2. — 27) FRÄNKEL, Zur Zytodiagnose der Tabes. „Deutsche Zeitschr. f. Psych. u. Nervenheilk.“, 1904. — 28) E. FLEISCHMANN, Die Ergebnisse der Lumbalpunktion. „Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk.“, Bd. 10. — 29) A. GILBERT und CASTAIGUE J., Le Liquide Céphalo-rachidien dans la cholémie. „Compt. rend. soc. Biol.“, 1900, 52, pag. 877. — 30) HIRSCH C. und BECK C., Eine Methode zur Bestimmung des inneren Reibungswiderstandes etc. „Münchener med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 49, pag. 1685. — 31) HIRSCHL, Die Ätiologie der progressiven Paralyse. „Jahrb. f. Psych.“, 1896, pag. 321. — 32) JUVARA, Topographie der Lumbalregion hinsichtlich der Punction. „Sem. méd.“, 1902, Nr. 9. — 33) G. KAPFAMMER, Nierenchirurgie und funktionelle Diagnostik. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 28. — 34) HANS KOEPPKE, Physikalische Chemie in der Medizin. A. Hölder, Wien 1901. — 35) KRÖNING, Lumbalpunktionsbefunde und ihre Deutung. 17. Kongreß für innere Medizin. — 36) LAIGNEL-LAVASTINE, Cytodiagnostic du l. c. r. „Gazette méd. d. Hôp.“, 1901, pag. 704; „Soc. de Biol.“, 1901, pag. 529. — 37) Idem, Procédé de numération etc. „Compt. rend. soc. de Biol.“, 53, par. 803. — 38) LÉRI ANDRÉ, Des Caractères du Liquide céphalo-rachidien dans les meningites et en particulier de la prétendue perméabilité méningée. „Arch. de méd. des enfants“, August 1902, pag. 449 u. f. — 39) MAILLARD, De la valeur de la lymphocytose. Thèse de Bordeaux, 1901. — 40) M. MARIE, Ref. du congrès des Méd. alién. et neurol., August 1902. — 41) MARIE et CROUZON, Quelques résultats du Cytodiagn. „Rev. neur.“, 1903, pag. 339. — 42) MERZBACHER, Ergebnisse der Untersuchung des L. c. „Neurol. Zentralbl.“, 1904, Nr. 13. — 43) MEYER, Über zytodiagnostische Untersuchungen des L. c. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 5. — 44) MILIAN, La céphalée syph. Soc. méd. d. Hôp., 14. Februar 1902. — 45) NAGBOUT, Cytodiagnostic. Ibidem, 7. Juni 1901. — 46) Idem, Remarques sur les lésions méningéales de la paralysie générale. Ibidem, 1901, pag. 39. — 47) NIEDNER und MAMLOCK, Die Frage der Zytodiagnostik. „Zeitschr. f. klin. Med.“, 1904. — 48) NRESL, Die Lumbalpunktion in der Psychiatrie. „Zentralbl. f. Neurol. u. Psych.“, 15. April 1904. — 49) OBERSTEINER und REDLICH, Zur Pathog. der tabischen Hinterstrangserkrankung. Arb. aus dem OBERSTEINER'Schen Institute, 2. Heft. — 50) ORGLMEISTER, Zum diagnostischen Wert der L. „Deutsche Archiv f. klin. Medizin“, Bd. 76, H. 1—3. — 51) OSTWALD W. und LUTHER R., Hand- und Hilfsbuch zur Ausführung physiko-chemischer Messungen. Leipzig 1902, Engelmann. — 52) H. QUINCKE, Über Lumbalpunktion. Deutsche Klinik, Bd. 4, pag. 351, 1902. — 53) RAVAUT, Etude cytologique du l. c. r. chez les syphilitiques. Annales de Derm. et de Syphilis. 4. Serie. — 54) RENDU, Lymphocytose. Soc. méd. des Hôp., 5. Juli 1901. — 55) P. F. RICHTER, Neuere Fortschritte der Nierendiagnostik und ihre Bedeutung für die Therapie. Deutsche Klinik, Bd. 4, Abt. 3, pag. 97, 1901. — 56) RINDFLEISCH, Über diffuse Sarkomatose d. weichen Rückenmarkshäute. „Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.“, 1904, H. 1—2. — 57) SARRAZÉ, Une cellule nerveuse dans le l. c. r. „Sem. méd.“, 1903, pag. 410. — 58) SCHÄPFER, Über den Eiweißgehalt der Lumbalflüssigkeit. „Allg. Zeitschr. f. Psych.“, Bd. 59. — 59) SCHLESINGER, Zytodiagnostik. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, pag. 28. — 60) SCHÖNBORN, Die Zytodiagnose des Liquor cerebrospinalis. „Neurol. Zentralbl.“ 1903, Nr. 13. — 61) SCHMAUS-SACKI, Patholog. Anatomie des Rückenmarkes. 1901. — 62) SCHWARZ und BRONSTEIN, Über Zytodiagnostik. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1903, Nr. 34. — 63) SICARD, Le liquide céphalo-rachidien. Paris 1903. — 64) TIBERGGE, et RAVAUT, Paral. fac. à la période de la syph. second. Soc. méd. d. Hôp. 21. November 1902. — 65) VIOLA, Elektrochemische und kryoskopische Untersuchungen einiger normaler und pathologischer menschlicher Sera. „Rivista veneta di scienze mediche“, 18 (1901), 8. H., von COLASANTI ausführliches Ref. in MALYS Jahrb., 1901, pag. 195—209. — 66) WENTHEIMMER, Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der L. bei Meningitis. „Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 23. — 67) WIDAL et LEMIERRE, Cytodiagn. du l. c. r. ou cours des procès congestifs de la paralysie générale. Ibidem, 1902, pag. 704. — Idem, Hémipl. syphil. Soc. méd. d. Hôp., 15. Mai 1903. — 68) Idem, Le signe de ARGYLL-ROBERTSON. Soc. méd. d. Hôp., 25. Juli 1902. — 69) WIDAL et RAVAUT, Cytodiagnostic des épouchements séro-fibrineux et du l. c. r. Pathologie générale. Tome 6. — 70) WIDAL, SICARD, MONOD, Perméabilité méningée à l'Iodure de Potassium au cours de la meningite tuberculeuse. „Compt. rend. soc. Biol.“, LII (1900), pag. 901—904. — 71) WIDAL, SICARD, RAVAUT, Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien (Application à l'étude des meningites). „Compt. rend. soc. Biol.“ (LII), 1900, pag. 859—863.

Referate.

FELIX OFFER (Berlin): Über einen Fall puerperaler Infektion, geheilt unter Anwendung des ARONSON'Schen Antistreptokokkenserums.

Es handelte sich („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 33) um eine Primipara, die am 5. September 1903 allein unter der Leitung einer Hebamme von einem Knaben in normaler erster Schädellage entbunden wurde. Ärztliche Hilfe wurde erst verlangt,

als die Plazenta sich nicht spontan lösen wollte. Dem Arzte gelang es dann, ohne inneren Eingriff durch forcierten CRÉDÉschen Handgriff die Lösung zu bewerkstelligen. Auffallend war hierbei bereits ein sehr bedeutendes Ödem der Labien und eine Pulsfrequenz von 120. Schon zwei Stunden nach vollkommen beendeter Entbindung stieg die Temperatur unter heftigem Schüttelfrost auf 39.1° bei einer Pulsfrequenz von 120. Bei leidlich gutem Allgemeinbefinden und nach einer ziemlich ruhigen Nacht blieben Puls und Temperatur am nächsten Tage unverändert. Die vorgenommene Untersuchung ließ an der rechten vaginalen Wand zwei schmierig belegte Ulzerationen konstatieren, deren Umgebung stark ödematös geschwollen war. Der Uterus selbst erschien gut in der Rückbildung begriffen, irgendwelche Schmerzhaftigkeit im Innern des Abdomens war nicht vorhanden. Trotz ausgiebiger, lokaler und allgemeiner Behandlung blieben auch am dritten Krankheitstage Puls und Temperatur in gleicher Höhe, so daß Verf. sich, veranlaßt durch eine Reihe günstiger Berichte, zur Anwendung des ARONSONSchen Antistreptokokkenserums entschloß, und zwar wurden am dritten Krankheitstage 40 g Serum in den linken Oberschenkel injiziert. Wenn auch die Nacht ruhig verlief, so stieg doch die Temperatur am nächsten Tage auf 40.0° , Puls 130, so daß an diesem Tage noch 60 g Serum injiziert wurden mit dem Effekt, daß die Temperatur am nächsten Morgen auf 38° , Puls auf 112 gefallen war. Um die Herztätigkeit zu kräftigen, wurden auch reichlich Kochsalzinfusionen angewandt; die Patientin hatte wohl später noch einmal, am elften Krankheitstage, nach heftigem Schüttelfrost, Temperatur und Puls von 40.3 resp. 130, unter gleichzeitiger Eruption von zahlreichen Urtikariaquaddeln, eine Erscheinung, die auf das Serum selbst zurückzuführen war, ebenso wie ein stark juckendes Exanthem, das mit Gelenkschwellungen am 18.—20. Tage auftrat. Von da ab aber blieb ihr Befinden ungestört; auch die Ulzerationen hatten sich unter sorgfältiger lokaler Behandlung gereinigt und waren am 28. Krankheitstage vollkommen geheilt.

Man hatte es also mit einer puerperalen Infektion zu tun, die allem Anscheine nach kurz vor oder bei Beginn der Geburt erfolgt war. Das erst am 3. Tage angewandte Antistreptokokkenserum ARONSON konnte in der Dosis von 40 g nicht sogleich einen Effekt hervorrufen; es gehörten weit größere Dosen — 160 g — dazu, um die Kraft des Infektionsstoffes zu brechen. Man konnte sich des sicheren Eindrucks nicht erwehren, daß besonders durch das Serum das ganze Krankheitsbild eine günstige Wendung erhielt, so daß man auf seine Mitwirkung in ähnlichen Fällen nicht verzichten können. Es dürfte sich aber empfehlen, schon am ersten Krankheitstage große Dosen zu injizieren. G.

MARCHIS (Rom): Die physiologische und therapeutische Wirkung des Theocin.

Verf. fand („Boll. d. R. Accad. Med. di Roma“, 1904, Nr. 8):

A. In pharmakologischer Beziehung nimmt das Theocin vermöge seiner allgemeinen Wirkung die Mitte zwischen Koffein und Theobromin ein. Beim Froschherzen rufen kleinere Theocindosen zunächst eine Beschleunigung der Herzschläge hervor, gefolgt von allmählichem Nachlassen derselben, während man bei erhöhten Dosen gleich von Anfang an eine Verminderung der Pulszahl wahrnehmen kann, welche bei der Dosis letalis zum systolischen Stillstand (?) des Herzens führt. Die Muskeln des Frosches erlahmen unter der Wirkung des Theocins eher, als unter normalen Verhältnissen. Kleine endovenös applizierte Theocindosen verursachen beim Kaninchen keinerlei Blutdruckveränderung. Beim Kaninchen hat das Theocin entschieden einen diuretischen Effekt, der denjenigen des Koffeins und Theobromins übertrifft.

B. In therapeutischer Hinsicht ist das Theocin ein gutes Diuretikum, hauptsächlich bei Herzleiden. Seine Wirkung kommt nicht allein in der Quantität des eliminierten Wassers, sondern auch in der Menge der festen Substanzen, welche durch die Nieren ausgeschieden werden, zum Ausdruck. Die Vermehrung der Urinabsonderung hängt sicherlich nicht von der Vermehrung des Blutdruckes ab, welcher unverändert bleibt, sondern läßt sich am besten

durch einen Reiz auf das sekretorische Nierenepithel erklären. Daher der weniger zuverlässige Effekt bei Nephritis. B.

H. VÖRNER (Leipzig): Zur Behandlung der fötalen Syphilis nach RIEHL.

RIEHL hat durch lokale Behandlung syphilitischer schwangerer Frauen außerordentlich günstige Resultate erzielt und hiervon auf dem Breslauer Dermatologenkongreß Bericht erstattet. Das Wesen der Behandlung besteht darin, daß, sowie einmal die Schwangerschaft sichergestellt ist, während der ganzen Dauer derselben täglich ein grauer Globus aus 1.0 g Unguent. einer. und 2.0 g Butyr. Cacao in die Scheide eingeführt, an die Portio angelegt und durch einen nachgeschobenen Glycerintampon dort festgehalten wird. Es soll also durch die lokale Wirkung des Merkur sowohl der Scheidenteil der Gebärmutter, wie die letztere selbst und insbesondere aber auch ihr Inhalt, die Frucht, vor luetischen Veränderungen gewahrt bleiben. Kommen die Frauen noch mit rezenten Syphiliserscheinungen zur Aufnahme, so hat in erster Linie eine entsprechende Allgemeinbehandlung voranzugehen.

In diesem Sinne hat der Autor („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, LXVI) alle schwangeren syphilitischen Frauen behandelt, ohne Rücksicht darauf, ob die Infektion vor, mit oder nach der Konzeption eingesetzt hatte. Die Resultate dieser Behandlungsart heben sich von dem düsteren Hintergrund, wie ihn die Zahlen älterer Autoren abgeben, in der wohlthuendsten Weise ab. Während die früheren Beobachter bei alleiniger Allgemeinbehandlung der Mütter 58% Gesamtsterblichkeit und 70% Erkrankungsfälle an Syphilis registrieren, sinkt die Schädigung der Föten bei der genannten Behandlung auf 21% ab. Nun will der Autor selbst nicht in Abrede stellen, daß den älteren Statistiken Fehler anhaften, die an sich eine Verschiebung zum Schlechteren bedingen; nichtsdestoweniger sei sicherlich hierin allein nicht die Ursache für eine so gewaltige Differenz gelegen, vielmehr drücke sich gerade darin die Bedeutung des Einflusses der lokalen Behandlung aus.

DEUTSCH.

LAMERIS (Utrecht): Beitrag zur Kenntnis des angeborenen Schulterblatthochstandes.

Der vom Verf. an der chirurgischen Klinik in Utrecht beobachtete Fall von Hochstand der Skapula ist geeignet, neue Gesichtspunkte über die Pathologie dieser Deformität zu eröffnen. Bei einem 6jähr. Mädchen konnte gar keine Veränderung am Skelett gefunden werden, welche den beträchtlichen Hochstand der Skapula und die damit einhergehende Funktionsstörung des Schultergelenkes erklärt hätte. Hingegen fand sich an der medialen Kante der Skapula ein harter Strang, welcher bis zum Proc. spin. vertebr. dors. IV verlief. Diesen Strang faßte Verf. als die pathologisch veränderte untere Portion des Musc. rhomboideus auf („LANGENBECKS Archiv“, Band 73, Heft 2). Die vorgenommene Operation erwies die Richtigkeit dieser Annahme. Der untere Teil des Musc. rhomboideus war in einen weißen Bindegewebsstrang verwandelt. Der Strang wurde exstirpiert und die Untersuchung des Präparates ergab, daß es sich um eine Myositis fibrosa handelte. Die Heilung ging gut vonstatten; 15 Tage p. o. war die Deformität bereits geringer und auch die Funktion erheblich gebessert.

ERDHEIM.

VOSWINKEL (Berlin): Weitere Erfahrungen über die Behandlung veralteter Empyeme durch ausge dehnte Rippenresektion.

Frische Empyeme heilen, wenn man nach einer einfachen Rippenresektion dem Eiter freien Abfluß verschafft; die Lunge dehnt sich wieder aus und die Höhle schließt sich. Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse, wenn das Empyem im Anfang der Erkrankung mit ungeeigneten Maßnahmen — Punktion, Aspiration, Inzision — behandelt wurde und sich infolge der langen Dauer der Eiterung mächtige Schwielien an der Pleura und Veränderungen des Brustkorbes entwickelt haben.

In diesen Fällen ist nach Ansicht und den Erfahrungen des Verf.s die Heilung nur durch eine ausgiebige Thorakoplastik nach SCHEDE zu erzielen („LANGENBECKS Arch.“, Bd. 73, H. 2). Auf der Abteilung KÖRTE wurden von 16 veralteten Fällen 13 auf diese Weise zur Heilung gebracht. Die Resektion der Rippen wird am besten so ausgeführt, daß ein nach unten abgerundeter U-förmiger Hautmuskellappen, der ganzen Ausdehnung des Empyems entsprechend, gebildet wird, die Rippen, welche die Höhle begrenzen, reseziert werden und die Pleura costalis mitsamt den Zwischenrippenmuskeln entfernt wird. Der große Lappen wird dann in die Höhle hineingeklappt und mit einigen Nähten befestigt.

In neuester Zeit wurde außerdem noch nach dem Vorschlage von DELORME die Abtragung der Pleuraschwarten von der Lunge (Decorticatio) vorgenommen. Durch diesen Eingriff gewinnt die Lunge an Ausdehnungsfähigkeit. Da aber in manchen Fällen die Blutung bei diesem Eingriff eine sehr große ist, schlägt Verf. vor, diese Dekortikation nur dort auszuführen, wo dies auf stumpfe Weise zu erreichen ist, sonst begnügt er sich damit, mit dem Messer oder Thermokauter einige parallele tiefe Furchen durch die Pleuraschwarten bis an das Lungengewebe zu ziehen. Nach den Erfahrungen auf der Abteilung KÖRTE genügt dieser Eingriff, um die Ausdehnung der geschrumpften Lunge zu erzielen. Die lange Dauer des Empyems gibt an und für sich keine Kontraindikation gegen die Operation ab.

ERDHEIM.

BESREDKA et DOPTER (Paris): Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine.

Während früher der Befund von Streptokokken beim Scharlach für nebensächlich gehalten wurde, begann in der letzten Zeit, namentlich unter dem Einfluß der Berichte über die günstigen Erfolge des Streptokokkenserums bei dieser Krankheit, die Meinung umzuschlagen. Immerhin ist die Frage noch unentschieden, ob Streptokokken oder richtiger bestimmte Streptokokken die Erreger des Scharlachs sind oder nicht. Verf. versuchten diese Frage mit Hilfe einer Serumreaktion (nach der Methode von BORDET und GENGOU) zu lösen („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 373). Diese Versuche führten sie zu dem Schlusse, daß die Streptokokken, die man bei dem Scharlach findet, nicht die spezifischen Erreger der Infektion sind, sondern wahrscheinlich nur eine sekundäre Bedeutung haben.

Dr. S.

PETIT (Paris): Action du sérum de cheval chauffé injecté dans le péritoine, son utilisation en chirurgie abdominale.

Verf. findet („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 407), daß die intraperitoneale Injektion von durch 2 Stunden auf 55° erwärmtem Pferdeserum im Tierversuch eine starke Leukozytose und ausreichende Phagozytose bewirkt, um die Tiere gegen die fünf- oder achtfache letale Dosis pathogener Bakterien zu schützen. Die praktische Verwertung dieser Versuchsergebnisse am Menschen könnte nach Ansicht des Verf.s bei Bauchoperationen gute Dienste leisten, um einer möglichen Infektion vorzubeugen oder eine schon vor der Operation bestehende Infektion zu bekämpfen; es wäre hierzu nur notwendig, nach beendeter Operation das Serum in die Bauchhöhle zu schütten.

Dr. S.

SITTA (Prag): Alimentäre Lävulosurie bei organischen Erkrankungen der Leber.

Da die alimentäre Lävulosurie als ein bestimmtes Symptom bei Leberalterationen beobachtet wurde, führte Verf. eine Serie von Experimenten mit der Lävulose bei Leberkranken (lauter vorgeschrittene Zirrhosen) durch („Sborník klinický“, Bd. 5, H. 3). Unter 6 Fällen fiel die alimentäre Lävulosurie positiv nur in dem 2. und 4. Falle aus. In den übrigen Fällen trat sie überhaupt nicht auf oder nur in ganz kleiner Menge. Im 5. Falle war über die Zirrhose gar kein Zweifel und war es unmöglich, die alimentäre Lävulosurie hervorzurufen. Im 4. Falle verliert die alimentäre Lävulosurie an ihrer Bedeutung, denn dieser Fall war mit tuber-

kulöser Peritonitis kompliziert, bei der VALMONT alimentäre Glykosurie sichergestellt hat. Daraus resultiert: Nach dem negativen Ausfall der alimentären Lävulosurie kann ein organischer Prozeß in der Leber nicht ausgeschlossen werden, wogegen der positive Beweis alimentärer Lävulosurie mit großer Sicherheit auf ein ernstes organisches Leberleiden zu deuten scheint.

STOCK.

LANDMANN (Darmstadt): Über die Ursache der Darmstädter Bohnenvergiftung.

Von 21 Personen, die im Januar d. J. in Darmstadt nach dem Genusse von Bohnensalatkonserve erkrankten, starben 11 unter den Zeichen der Bulbärparalyse; in den nicht tödlichen Fällen zog sich die Genesung wochenlang hin. Die schuldtragende Konserve soll beim Öffnen nur einen etwas ungewöhnlichen Geruch, aber kein Zeichen stärkerer Zersetzung geboten haben. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Sporen bildenden, anaeroben Bazillus, dessen Reinkultur ein Gift produzierte, das mit dem im Bohnensalat nachgewiesenen identisch war; der Bazillus zeigte die weitgehendste Ähnlichkeit mit dem Bacillus botulinus von ERMENGEN. Da es bis heute nicht gelungen ist, diesen Bazillus aus anderen als fleischhaltigen Medien zu züchten, so spricht LANDMANN die Vermutung aus („Hygien. Rundschau“, 1904, 10), daß bei der Bereitung der Konserve kleinste Fleischreste, wie sie in jeder Haushaltungsküche vorhanden sind, als Träger der Botulinussporen in die Büchse hineingelangt sein müssen, und empfiehlt, Konserven nur dann zu genießen, wenn sie nicht den geringsten verdächtigen Geruch aufweisen, ferner sie, wenn möglich, vor dem Genusse nochmals aufzukochen.

A.

E. SCHMOLL (Basel): Über die chemische Zusammensetzung von tuberkulösem Käse.

Die Hauptmasse des tuberkulösen Käses wird gebildet durch einen koagulierten Eiweißkörper. Seine Eiweißnatur wird bewiesen a) dadurch, daß er in Pepsinsalzsäure unter Bildung von Albumosen, Peptonen etc. gelöst wird; b) bei der hydrolytischen Spaltung entstehen die typischen Spaltungsprodukte der Eiweißkörper; c) die elementare Zusammensetzung entspricht ungefähr derjenigen eines Eiweißkörpers („Deutsches Archiv für klin. Med.“, Bd. 81, H. 1 u. 2). Daß der tuberkulöse Käse aus einem koagulierten Eiweißkörper besteht, wird bewiesen durch seine Unlöslichkeit in den Eiweißlösungsmitteln. Bei der Koagulation des Eiweißes zerfallen die Zellkerne und ihre charakteristischen Bestandteile werden aufgelöst und ausgeschwemmt; sie sind daher nicht mehr im tuberkulösen Käse nachweisbar. Der chemische Vorgang bei der Bildung des tuberkulösen Käses besteht also in einer Koagulation der vorhandenen Eiweißkörper und Auflösung der Zellkernbestandteile.

B.

TALBOT (Paris): Selbstmord durch Abbeißen der Zunge in Indo-China.

Die Todesverachtung, welche die meisten Orientalen erfüllt, erklärt die Häufigkeit des Selbstmordes bei denselben („Ann. d'hyg. et de méd. colon.“, April—Mai 1904). Unter den in Indo-China üblichen Methoden des Selbstmordes ist das Ertränken am häufigsten (80%). Am interessantesten aber in medizinischer Hinsicht erscheint jene Art des Selbstmordes, zu welcher die Annamiten ihre Zuflucht nehmen, wenn die Umstände (Einkerkerung, strenge Überwachung od. dgl.) sie an anderen Manövern hindern: nämlich das Abbeißen der Zunge. Die einfache Einklemmung der Zunge zwischen den Zahnreihen ist in der Regel trotz aller Anstrengung der Kaumuskulatur ungenügend, um das Organ entzwei zu schneiden, wengleich schwere Kontusionen entstehen. Deshalb unterstützt gewöhnlich der Selbstmordkandidat die Arbeit seiner Kinnbacken, indem er mit der Faust oder mit dem Knie so kräftig als möglich gegen das Kinn schlägt. Der Tod tritt infolge Verblutung aus der Arteria lingualis ein, wenn nicht Hilfe zur Stelle ist. Aber auch die bloße Kontusion kann zum Exitus letalis führen, wenn infolge des ungeheuren Ödems Asphyxie eintritt. Verf. sah vier Fälle, wie

nach derartigen Selbstmordversuchen noch Heilung eintrat. Entgegen aller Erwartung war die Aussprache dieser Patienten, wenn auch größere Substanzverluste in der Zunge gesetzt worden waren, eine recht gute, sobald Vernarbung eingetreten war. Die Therapie dieser unvollständigen Durchtrennungen der Zunge besteht in Catgutnähten der Lappen. Bei komplettem Durchbeißen der Zunge begnüge man sich, die Mundhöhle mit warmen antiseptischen Lösungen auszuspielen.

J. St.

BITTORF (Leipzig): Zur Symptomatologie der Aortensklerose.

Verf. zieht nur reine Sklerosen der Aortenwand in Betracht unter Ausschluß der durch Aortensklerose bedingten Aortenklappenfehler („Deutsches Archiv für klin. Med.“, Bd. 81, H. 1 u. 2). Ebenso schaltet er die echten Aneurysmen, Koronararterienkrankungen und die Komplikation mit arteriosklerotischer (interstitieller) Nephritis aus. Er will die anatomisch bekannten zwei Arten von Arteriosklerose, diffuse und herdförmige, entsprechend ihrer prognostischen Bedeutung klinisch diagnostizieren lernen. Den zweiten klingenden, musikalischen oder metallischen Aortenton glaubt er auf Veränderungen der Wandelastizität der Aorta beziehen zu müssen (die weniger gespannte Membran dämpft die Obertöne weniger ab). Begünstigend wirkt die durch die Erweiterung der Aorta bedingte Annäherung derselben an die Brustwand. Auf der Verminderung der Elastizität beruht auch der dumpfe, oft sehr leise erste Ton. Die Entstehung des systolischen Geräusches ist in der ungleichmäßigen Elastizitätsveränderung bei herdförmiger Sklerose zu suchen, sein wechselnder Charakter aus der verschiedenen Intensität des Prozesses zu erklären. Die Aortensklerose kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen — unter 54 Fällen B.s sind 33 Männer und 21 Frauen —, sie betrifft vorwiegend ältere Individuen. Die luetischen Arteriosklerotiker sind im allgemeinen um 10 Jahre jünger als die übrigen. Die meisten Kranken sind blaß, viele fettleibig, häufig fanden sich in den Fällen B.s Pupillendifferenzen — vielleicht durch direkte Druckwirkung des Gefäßes auf den Grenzstrang entstanden. Die Pulsationen am Halse (Subklavia, Jugulum) sind zu beachten. Weitere Symptome sind unter anderem Sternalödem, bisweilen Stimmbandlähmung, Neigung zu Katarrhen, Herzhypertrophie, vermehrte Beweglichkeit des Herzens, Pulsdifferenzen, Pulsans celer, Blutdrucksteigerung, Herzklopfen, Herzdruck, Dyspnoe bei Anstrengungen, Schwindelanfälle, Schwächegefühl in den Armen und Beinen, Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, bald retrosternal, bald den Thorax durchbohrend, bald einschnürend, bald in den Nacken und die Arme ausstrahlend. Es handelt sich dabei entweder um Gefäßnervenschmerzen, um Druck auf Nervenstämme oder um neurotische Veränderungen durch Unterernährung.

BR.

W. W. SCHIRKOW (St. Petersburg): Protlylin „Roche“ bei Chlorose.

Der Mitteilung liegt allerdings nur ein einziger Fall zugrunde, der aber frappant genug ist, um seine Besprechung zu rechtfertigen. Der Fall („Feldscher“, 1904, Nr. 7) betrifft eine 25jähr. Patientin mit sämtlichen typischen Erscheinungen von hochgradiger Chlorose, die längere Zeit mit Arsen, Eisen, Ferroalbuminaten und sonstigen roborierenden und tonischen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden war. SCH. verordnete der Patientin, die auf seine Weisung die sitzende Lebensweise für einige Zeit aufgeben mußte, das Protlylin „Roche“, u. zw. dreimal täglich je 1 Teelöffel voll während der Mahlzeit (mit der Suppe), so daß das Mittel in der ersten Zeit in einer Dosis von 0.6 pro die eingenommen wurde. Später wurde die Dosis um $\frac{1}{4}$ Teelöffel gesteigert. Gegen Ende des ersten Monats der Präparatbehandlung hatte die Patientin ihr früheres Aussehen einer Chlorotischen vollständig verloren und eine Körpergewichtszunahme von 4 kg aufzuweisen vermocht. Sowohl der allgemeine Ernährungszustand wie auch die muntere Gemütsstimmung der Patientin sprachen dafür, daß der weitere Protylingebrauch nur in Bezug auf Zunahme des Körpergewichts Wert gehabt hätte. Die Gesamtquantität des während der Kur verbrauchten Protylins betrug 210.0 g, was einer Phosphoraufnahme von 5.67 g entspricht.

L—y.

B. S. GREIDENBERG (St. Petersburg): Infusion von physiologischer Kochsalzlösung in der Therapie der Geisteskrankheiten.

Verf. stellt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Thesen auf („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 5):

1. Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung sind der weitesten Anwendung bei der Behandlung von Geisteskrankheiten wert.
2. Der bequemste, ungefährlichste und zugleich wirksamste Weg zur Einführung von physiologischer Kochsalzlösung in den Organismus ist die subkutane Injektion.
3. Die Wirkung dieses therapeutischen Verfahrens äußert sich bei Geisteskranken in beruhigendem Einfluß auf die psychomotorische Erregung, in Besserung des Schlafes und Appetits.
4. Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung können dank ihrer Wirkung auf die psychomotorische Erregung und auf den Schlaf in vielen Fällen ein warmes Wannenbad ersetzen.
5. Das Verfahren ist hauptsächlich in allen Fällen von Geisteskrankheit auf der Basis von Infektion, Intoxikation und Autointoxikation angezeigt; spezielle Indikationen sind: 1. Psychomotorische Erregung, 2. durch diesen Zustand bedingte Schlaflosigkeit und 3. Verweigerung der Nahrung.
6. Die Patienten vertragen die Infusionen im allgemeinen sehr gut und lassen sich die Ausführung derselben ohne Widerstand gefallen.
7. Bei Befolgung der elementaren Regeln der Sauberkeit kommt es bei der Anwendung dieses Verfahrens zu keinen unangenehmen Komplikationen.

L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Über die Wirkung der gebräuchlichsten physikalischen Heilmethoden auf die Magenfunktionen berichtet NEUMANN („Zeitschrift für diätet. u. phys. Ther.“, Bd. 7, H. 10 u. 11). Er verwendete folgende Methoden: Massage, Faradisation, Galvanisation, Eisbeutel, Thermophor in der Magenbinde (feuchte Wärme), gewöhnlichen Thermophor (trockene Hitze) und die einfache Magenbinde (Prießnitz). Es kam darauf an, zu wissen, ob diese Mittel auf Sekretion und Motilität des Magens in unzweideutiger Weise einwirken, und vice versa, ob man sich ihrer bei therapeutischen Maßnahmen bedienen könne, in der sicheren Erwartung, brauchbare Veränderungen in der motorischen Kraft und dem Säurezufluß im Magen zu erzielen. N. fand, daß durch die verwendeten Methoden eine energische, praktisch verwertbare Einflußnahme auf die Magensaftsekretion nicht möglich sei; geringe Wirkung scheint die feuchte Wärme auszuüben. Die motorische Tätigkeit des Magens konnte in höherem Grade gleichfalls nicht angeregt werden, dagegen bewirkte auch hier die feuchte Wärme eine geringe Beschleunigung. Die Erfolge der Methoden bei den verschiedenen Erkrankungen des Magens beruhen auf einer Veränderung der Funktion derjenigen Rückenmarksegmente, welche die sensiblen Fasern des Magens aufnehmen, bewirkt durch die von den entsprechenden Hautpartien übermittelten Reize. Eine zweite Möglichkeit nervöser Beeinflussungen gibt Verf. für jene Beschwerden zu, welche sich in Hyperästhesien und projizierten Schmerzen auf der Haut äußern.

— Über den Wert des SAHLISCHEN Reagens auf die Funktionsfähigkeit des Pankreas berichtet GALLI („Gaz. d. osp.“, 1904, Nr. 46). SABLICH hat bekanntlich ein Reagens zur Prüfung der Funktion des Pankreas angegeben, das aus Glutoidkapseln, welche aus mit Formaldehyd gehärteter Gelatine bereitet werden, besteht. Dieselben haben die Eigentümlichkeit, vom Magensaft nicht angegriffen zu werden, während sie sich im Darmsaft, falls derselbe Pankreassaft enthält, mit Leichtigkeit lösen. In den betreffenden Kapseln ist eine kleine Dosis Jodoform vorhanden, welches sich, sobald die Kapsel zerstört ist, durch Jodreaktion im Speichel anzeigt, und zwar nach 4 bis 6 Stunden. G. hat nun diese Kapseln frisch bezogen und in einem Falle von Karzinom des Pankreas angewendet. Die 41jährige Patientin hatte breitharte Tumoren in der Gegend des Pankreas, sie verfiel in akuter Weise, zeigte erst intermittierende, dann dauernde Glykosurie, die Tumoren wuchsen sehr schnell, Indikan fehlte im

Urin; in ziemlich brüsker Weise traten später Ikterus auf, sowie Vergrößerung der Leber und der Gallenblase. Trotzdem im Darm der Patientin kein Pankreassekret anzunehmen war, wurde die Kapsel prompt verdaut und in 3 Versuchen nacheinander erschien 5 bis 6 bis 7 Stunden nachher Jod prompt im Speichel. G. hält sich daher für berechtigt, die Zuverlässigkeit der SAHLISCHEN Hypothese und seines Reagens auf Pankreassaft zu bezweifeln.

— Die **Behandlung der von wütenden Wölfen gebissenen Personen** bespricht v. BABES („Zeitschr. f. diät. u. phys. Therap.“, Bd. 8, Nr. 1). Durch Abänderung und Verstärkung der PASTEURSchen Behandlung bei von wütenden Wölfen gebissenen Personen hat Verf. Erfolge erzielt, welche die Mortalität von 60%, resp. über 80% bei schwersten Bissen auf 16% herabdrückt. Eine ungemene Verstärkung der Behandlung ist imstande, die Fälle mit einer längeren Inkubationsdauer als 20 Tage zu retten. Besonders wichtig ist es, große Mengen und wirksame virulente Substanzen schon am ersten Tage der Behandlung einzuspritzen und die Behandlung längere Zeit, etwa 30 Tage lang, fortzusetzen. Bei Zusatz größerer Mengen von Gehirnschubstanz der an fixer Wut verendeten Tiere, welche auf 80, 70, 60, 50° erhitzt waren, kann die Wirkung der Behandlung noch mehr beschleunigt werden. Hierbei kommt in Betracht, daß nur ein kräftiger Organismus die volle Immunität in sehr kurzer Zeit, also von der zweiten Woche an, erreichen wird. Diese intensivste Behandlung mit Hilfe erwärmter Gehirnschubstanz ist demnach von höchster Wichtigkeit bei den furchtbarsten Wolfsbissen und bei zu spät (nach dem 10. Tage) zur Behandlung gekommenen Personen. Verf. hat auch Versuche mit dem antirabischen Serum (A. R. S.) angestellt. In manchen Fällen hat dasselbe unzweifelhaft die Behandlung auf das wirksamste unterstützt und beschleunigt, während es in anderen Fällen im Stiche ließ. Auch die Injektion von filtrierter Emulsion oder von A. R. S. in die Blutbahn oder direkt in das zentrale Nervensystem konnte weder die Behandlung sicherer gestalten, noch die ausgebrochene Wut aufhalten.

— Die **Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus** erörtert MENZER („Münchener med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 33). Seine Ausführungen gipfeln in folgenden Schlußsätzen: Die Streptokokkenserumbehandlung des Gelenkrheumatismus ist den bisherigen Behandlungsmethoden überlegen dadurch, daß sie auch chronisch gewordene Erkrankungen noch zu heilen, bzw. zu bessern vermag, daß sie die Heilungsbedingungen des akuten Gelenkrheumatismus im allgemeinen günstiger gestaltet und vor allem wesentlich günstigere Chancen für die Heilung der Endokarditis herbeizuführen scheint, daß sie besser als die bisherigen Behandlungsmethoden vor Rückfällen zu bewahren vermag und selbst bei veralteten Fällen auf längere Zeit hin Heilung, bzw. erhebliche Besserung herbeizuführen vermocht hat.

— Den **Nutzen des Tuberkulins bei der Tuberkulose des Auges** erörtert v. HIPPEL („v. GRÄFES Arch. f. Ophth.“, Bd. 69, H. 1). Verf. beginnt die Injektionen mit einer Dosis von $\frac{1}{500}$ mg TR. und wiederholt sie unter regelmäßigen zweistündlichen Temperaturmessungen jeden zweiten Tag, jedesmal um $\frac{1}{500}$ mg steigend. Von $\frac{1}{50}$ mg an erhöht Verf. die Dosis bei jeder neuen Injektion um $\frac{1}{50}$ mg, von $\frac{10}{50}$ mg ab um $\frac{4}{50}$ — $\frac{5}{50}$, sofern die Temperatur normal bleibt. Erhebt sie sich über 38°, so wird 2—3mal dieselbe Dosis injiziert und erst dann wird wieder eine höhere Dosis eingespritzt, wenn der Patient keine allgemeine Reaktion mehr zeigt. Über 1 mg der Trockensubstanz hinauszugehen, hält Verf. nicht für erforderlich, denn es ist ihm schon mit wesentlich kleineren Dosen gelungen, Fälle von schwerster Tuberkulose des Auges zu heilen. Von großer Wichtigkeit für die Erreichung einer dauernden Heilung ist es, das Tuberkulin lange genug anzuwenden. Die Injektionen müssen so lange fortgesetzt werden, bis alle Tuberkeln durch Narbengewebe ersetzt sind, die Schwellung und Vaskularisation der Iris sich zurückgebildet hat, Präzipitate an der Hinterfläche der Hornhaut und Glaskörpertrübungen verschwunden sind. Um in den schwersten Fällen definitive Heilung zu erzielen, bedarf es einer Behandlungsdauer von 6 Monaten und darüber.

— Das **uterine Hämostatikum Styptol** hat ELSCHER in seiner Klinik bei Genitalblutungen ohne pathologisch-anatomisches

Substrat, ferner bei Anämie, Endometritis glandularis diffusa, Metritis chronica mit oder ohne Subinvolutio uteri, Retroflexio uteri, Klimakterium und endlich bei Geschwülsten des Uterus geprüft („W. med. Wschr.“, 1904, Nr. 32, 33). Er vergleicht das Styptol mit den in der Gynäkologie üblichen Hämostaticis; Hydrastis, Ergotin und Stypticin. Das Styptol ergab zweifellos die besten Resultate in Gaben von 0.05 3stündlich oder 3mal täglich je eine Tablette. Unangenehme Nebenwirkungen traten niemals zu Tage, die sedative Wirkung war stets deutlich ausgesprochen. Interessant erscheint die Bemerkung, daß Styptol auf das mächtige Gefäßnervensystem des Sympathikus einen sedativen Einfluß ausübt. Es setzt außerdem die Schleimsekretion herab. In gleicher Weise äußert sich FALKENHEIM („Therap. Monatsb.“, 1904, H. 5).

— Über die **Behandlung der angeborenen Blasendivertikel** berichtet PAGENSTECHEK („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 79) Folgendes: Der Katheterismus mit Blasenspülung sowohl wie die Blasendrainage durch Sectio alta geben keine befriedigenden Resultate. Die Spaltung der Scheidewand von der Sectio alta aus ist gefährlich wegen der Möglichkeit der Verletzung des Peritoneums und hat den Nachteil, daß sie den schwer erkrankten Teil der Blasenschleimhaut und Muskulatur zurückläßt. P. hält das Verfahren nur für angezeigt bei Kindern, wenn die zwei Höhlen nebeneinander liegen, wenn die Muskulatur noch unverändert und keine dauernde Urininfektion eingetreten ist, endlich als Palliativverfahren bei alten Leuten. Die Exstirpation des Divertikels ist bei widerstandsfähigen Individuen der beste Weg; doch handelt es sich dabei stets um einen schweren Eingriff, der durch die meist entstehende Notwendigkeit der Neueinpflanzung des Ureters besonders kompliziert ist. Bei tiefsitzenden Divertikeln ist der sakrale Weg dabei der beste. P. selbst hat einen Fall auf sakralem Wege operiert und zur Heilung gebracht, nachdem sich eine Blasenfistel endlich spontan geschlossen hatte.

— Mit **Citarin** in Pulver- oder Tablettenform hat GERNSHEIM („Therap. Monatsb.“, 1904, Nr. 7) bei akuten Gichtanfällen wiederholt vorzügliche Erfolge erzielt. Das Mittel wird ohne Widerwillen genommen, erzeugt jedoch leichtdiarrhoischen Stuhl. Es genügt bei akuten Gichtanfällen 6 resp. 8 g Citarin — 2stündlich 2 g —, um Schmerz und Schwellung innerhalb 10 Stunden zu beseitigen. In einem chronischen Falle bedurfte es der Darreichung von je 5 g an 5 aufeinander folgenden Tagen, um ein fast völliges Schwinden der Beschwerden herbeizuführen.

— Als **Mittel gegen Milchdyspepsie** verwendet POYNTON („Lancet“, 1904, Nr. 30) das Natrium citricum. Er meint, daß die Kuhmilch im Kindermagen um so stärker gerinnt, je mehr Kalzsalze sie enthält. Er setzt deshalb Natrium citricum zu in Mengen von 1.0 auf 1500 cm³. Die Milch gerinnt dann langsamer, die Flocken sind viel lockerer und die Kinder verdauen sie viel besser. Diese Milch ist besonders bei leichteren Fällen von Dyspepsie angezeigt, in denen man in der wohlhabenden Praxis „humanisierte“ oder Eselsmilch verschreiben würde. Das Mittel ist billig, völlig unschädlich und der Geschmack der Milch wird dadurch nicht verändert. Am besten verschreibt man es als Mixtur und läßt es von der Mutter der Milch zusetzen, da die Leute ja doch eine Medizin haben wollen und sie diese eher geben, als daß sie sonst die Milch in irgend einer Weise zubereiten. P. gibt es, wie gesagt, bei allen Fällen von Milchdyspepsie und während der Abgewöhnung der Kinder.

— An der Hand eines großen Materials berichtet SPENGLER über die **Verwendung einiger neuerer Arzneimittel in der Augenheilkunde** („Zeitschr. f. Augenheilkunde“, 1904, Bd. 12). Seinem Berichte entnehmen wir u. a. über das Dionin Folgendes: Eine Schädigung des unverletzten Auges durch Dioningebrauch ist bislang nicht bekannt geworden. LUNIEWSKIS Beobachtung einer Blutung in Makulanähe steht vereinzelt. Die größte Mehrzahl der Autoren verhält sich gegen die Verwendung des Dionins bei frischen Hornhautverletzungen, bei Operationen (Starauszienung) und perforierenden Bulbuswunden ablehnend. Die schmerzstillende, tiefreichende Wirkung des Dionins bei örtlicher Anwendung wird von allen Seiten bestätigt. Sie tritt in einer Minderzahl der Fälle nicht ein. Ihrem Einflusse unterliegen alle schmerzhaften Entzündungen des vorderen Bulbusabschnittes und das Glaukom. Hauptsächlich bestätigt sich dies

bei nicht operablen entzündlichen Glaukomformen, beim hämorrhagischen Glaukom. Dionin beseitigt häufig Lichtscheu und Blepharospasmus. Wahrscheinlich unterstützt und beschleunigt Dionin auch die Atropinwirkung. Ob das Dionin eine resorbierende aufhellende, in vivo antiseptische, heilungsbefördernde Wirksamkeit entfaltet, d. h. den Krankheitsprozeß selbst beeinflußt, wie dies ja theoretisch einleuchtet, ist noch keineswegs festgestellt.

Literarische Anzeigen.

Allgemeine Anatomie und Physiologie des Nervensystems. Von Albrecht Bethe, Privatdozent der Physiologie in Straßburg. Leipzig 1903, Thieme.

In den letzten Jahren fesseln neben den Untersuchungen über die Struktur und die Funktionen der Teile des Nervensystems wieder die Vorstellungen von seinem elementaren Aufbau das Interesse jener, die sich mit Nervenphysiologie zu beschäftigen haben. Der in der Neurologie, besonders in der klinischen, herrschenden Vorstellung, der WALDEYERschen Neuronentheorie, trat eine an sich ältere, jedoch neufundierte Vorstellung, die APATHYSche Fibrillentheorie, entgegen. Nach der Neuronentheorie besteht das Nervensystem aus Reiben von getrennten Einheiten, Neuronen; die Neurone bestehen im wesentlichen aus je einer Ganglienzelle und ihrem Achsenzylinder, die Aufsplitterung des Achsenzylinders eines Neurons umfaßt die Ganglienzelle eines andern, wodurch der anatomische und funktionelle Kontakt der Elemente, Neurone, hergestellt wird. In der Fibrillentheorie tritt dieser Kontiguitätslehre die Kontinuitätslehre gegenüber; nach dieser Vorstellung besteht das Nervensystem aus Fibrillen, die die Ganglienzellen ohne Unterbrechung passieren; die Leitung käme ausschließlich den Fibrillen, den Ganglienzellen verschiedenartig andere Bedeutung zu. Einer der Hauptvertreter der Fibrillentheorie ist bekanntlich BETHE. In dem vorliegenden Buche ist eine Reihe von Untersuchungen vereinigt, die diesen Gesichtspunkt gemeinsam haben und zur Geltung bringen sollen, wobei hervorzuheben ist, daß sie sich auch auf wirbellose Tiere beziehen, u. zw. in sehr innigem Zusammenhang mit dem Nervensystem der Wirbeltiere. Es ist nicht möglich, in Kürze den speziellen Inhalt dieses außerordentlich reichhaltigen Buches anzuzeigen. Verf. selbst bezeichnet als jene Kapitel, denen besonders ausgedehnte Spezialuntersuchungen zugrunde liegen, die über Nervendegeneration und Nervenregeneration, über die Nervenleitung und über die rhythmischen Bewegungen, man erfährt aber in jedem Kapitel Neues.

Was aber vor allem in Betracht kommt, ist das Bestreben, aus den vielen, zu einem guten Teile neuen, auf anatomischem, chemischem und experimentellem Gebiete liegenden Tatsachen und Hypothesen eine umfassende und einheitliche Vorstellung vom Bau und von der Tätigkeit des Nervensystems zu bilden. Die Fibrillentheorie und ihre Anhängerschaft wird wohl manches noch zu leisten haben, jedenfalls hat BETHE ein hervorragendes Werk geschaffen, für das ihm die Wissenschaft aus vielen Gründen Dank wissen muß und das gewiß, das Schönste, was man einer Forscherarbeit nachrühmen kann, vielfach befruchtend wirken wird. J.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. Bd. 21, H. 1. Berlin 1904, Julius Springer.

Das vorliegende Heft enthält „Untersuchungen über einige parasitische Flagellaten“ von PROWAZEK (Rovigno); während die Entwicklung einiger Klassen der Protozoen durch zahlreiche schöne Untersuchungen der letzten Jahre genau bekannt ist, sind unsere Kenntnisse über die Flagellaten noch immer recht mangelhaft. P. studierte das Verhalten dieser Flagellatenarten aus dem Körper der Mauereidechse und konnte auch bei diesen eine Kopulation nachweisen, während bisher das Vorkommen einer geschlechtlichen Fortpflanzung bei den Flagellaten von einzelnen Forschern geleugnet wurde. In einer vorläufigen Mitteilung berichtet derselbe Verf. in Kürze über den Befund einer Amöbe, die sich in kariösen Zähnen findet und die er Entomoeba buccalis nennt. Sie ist der Entomoeba coli ähnlich, unterscheidet sich aber von ihr durch deutliche Sonderung in Ento- und Exoplasma sowie durch ihre Fortpflanzung. Die übrigen Mitteilungen dieses Heftes betreffen Sanitätsberichte aus den deutschen Schutzgebieten. Dr. S.

Sammlung klinischer Vorlesungen, begründet von RICHARD V. VOLKMANN. Die angeborene Pylorusstenose der Säuglinge. Von ERNST SCHOTTEN, Kassel. Leipzig 1904, Breitkopf & Härtel.

Nach eingehender Erörterung der Klinik, Pathologie und Therapie des Symptomenbildes bringt Autor drei selbst beobachtete operativ behandelte Fälle, von denen einer heilte, zwei starben. Es empfiehlt sich therapeutisch zunächst der Versuch von medikamentösen und diätetischen Maßnahmen, beim Versagen dieser — ohne zu großen Zeitverlust — die chirurgische Behandlung. NEURATH.

Feuilleton.

Zur Kenntnis der älteren medizinhistorischen Literatur in Wien.

Von Prof. Dr. Max Neuburger in Wien.

Die Pflege der Geschichte der Medizin reicht in Wien bis auf VAN SWIETEN zurück, und Dezennien vor SELIGMANN wurden nicht bloß Spezialvorlesungen über das Fach gegeben, sondern auch medizinhistorische Arbeiten veröffentlicht. Dem engeren Historikerkreise ist es bekannt, daß HEINRICH ATTENHOFER (1808), JOSEF EYEREL (1809) und ANDREAS WAWRUCH (1811) Kollegien über Literatur der Medizin ankündigten, daß EYEREL eine Reihe von Jahren hindurch Vorlesungen über Geschichte der Medizin an der Wiener Hochschule lange vor SELIGMANN abhielt; ebenso erwähnt man mit Anerkennung besonders BURKARD EBLE (1799—1839) sowie ERNST Freiherrn v. FREUCHTERSLEBEN (1806—1849) als verdiente Frühvertreter der medizinischen Geschichtsforschung in Wien, ersteren wegen seiner trefflichen Fortführung des SPRENGELschen Geschichtswerkes für die Periode 1800—1825, letzteren namentlich wegen seiner Schrift über das erste Hippokratische Buch von der Diät. Von der älteren Wiener medizinhistorischen Literatur wird jedoch selbst in Fachkreisen wenig gesprochen, weshalb ich für eine kommende Gesamtdarstellung einige Notizen im folgenden geben möchte.

Zunächst verweise ich darauf, daß VAN SWIETEN bereits eigene Vorlesungen über Geschichte der Medizin abhielt und den Sinn für das Fach ganz im Geiste BOERHAVES unter Österreichs Ärzten belebte; er war es auch, der als Präfekt der Hotbibliothek eine neue Auflage ihres Handschriftenkatalogs (Lambecii Commentaria de aug. bibl. caesar. Vindob., 1766) veranlaßte, sowie den wertvollen Kodex des DIOSKURIDES zu veröffentlichen plante. Seine Anregungen fielen nicht auf unfruchtbaren Boden, um so mehr, als bereits vorher der erzherzogliche Leibarzt STEPHAN MACK eine durch Varianten interessante (leider unvollendete) Hippokratesausgabe (Wien 1743—1749) den Fachgenossen geschenkt hatte. Ein Schüler VAN SWIETENS, der Physiologe AMBROS MARHERR, hinterließ in seinen, erst nach dem Tode herausgegebenen Praelectiones in H. BOERHAVII institutiones (Vindobon. 1785; deutsch „Leitung für angehende praktische Ärzte und Wundärzte“, Leipzig 1785) einen knappen, aber selbständig durchdachten Abriß der Geschichte der Medizin (I. Bd., pag. 1—89): „Origo et progressus medicinae.“ Weder dieser Geschichtsabriß noch die ebenfalls von VAN SWIETEN angeregte Schrift des Wiener Arztes ANTON GERMANUS DE ALBERTITZ: Prodromus recensione criticae historiae medicinae (Vienna 1765) wird von PUSCHMANN, geschweige denn von anderen neueren Historikern erwähnt. Der letztgenannte Wiener Autor, ALBERTITZ, der sich im Gegensatz zu seinen Zeitgenossen eifrigst mit Anatomie beschäftigte, erfaßte bereits den erkenntnistheoretischen Wert der Geschichte gegenüber dem bloß literarischen und suchte aus der Ver-

gangenheit zu erkennen, welche Triebkräfte den Fortschritt der Heilkunde befördern, anstatt bei praktisch wertlosen philologischen Einzelheiten zu verharren. Deshalb legte er den Schwerpunkt auf den Nachweis, daß die griechische Medizin ihre Höhe der Pflege der Anatomie verdankte und zeigte mittelst der Geschichte, daß nur sorgfältige Leichenuntersuchungen die zeitgenössische Medizin aus ihrer traurigen Lage befreien könnten. Fand die Arbeit des Autors, wie es scheint, bei den widerstrebenden anatomiefindlichen Zeitgenossen nur bequemes Totschweigen als Lohn, so sollten die Geschichtsfreunde gerade dieses Frühvertreters der praktischen Geschichtsschreibung¹⁾ mit größtem Lobe gedenken, da sie in ihm nur ihr eigenes Streben würdigen!

Wie VAN SWIETEN förderten auch die drei großen Kliniker ANTON DE HAËN, MAXIMILIAN STOLL und PETER FRANK den Sinn für Geschichte, der ja mit dem von ihnen vertretenen Hippokratismus unzertrennlich verbunden war — eine historische Schrift in modernem Sinne lieferte namentlich DE HAËN in seiner noch heute verwertbaren Abhandlung über den Puls. (In dem Hauptwerke: *Ratio medendi in nosocomio practico*, Vindob. 1758—1773, XII.)

Unter den Chirurgen des Josefinums waren es besonders JOH. ALEX. BRAMBILLA (1728—1800) und JOHANN HUNCZOVSKY, welche auch historisch arbeiteten; ersterer publizierte eine „Geschichte der von den berühmtesten Männern Italiens gemachten Entdeckungen etc.“ (deutsche Übersetzung aus dem Italienischen, Wien 1788), letzterer eine Übersetzung der Erläuterungen der chirurgischen Lehrsätze des Hippokrates von BERN. GENGA (Wien 1777); zudem gab HUNCZOVSKY (1752—1798) mit dem berühmten Augenarzt JOH. ADAM SCHMIDT

¹⁾ Auch v. ALBERTITZ hatte schon den Wert der Geschichte zu verteidigen. So heißt es in der Vorrede: „Utique parum refert sive obiter sciamus, sive non, quid quondam fuerit actum? verum ingenue, ac probe congestae Historiae docent: quomodo omni aevo accidentium eventus ex comparatis inter sese circumstantiis quodammodo praevideri queant? qualiter dubiis, aut plane sinistris in ipso mox limine occurrendum sit? Hinc ergo cognitio Historica viros industrios ac subacti iudicii (Medico imprimis optandae dotes) efficiat, necesse est. Haud etiam alia de causa summi viri historis conscribendis tantam operam impenderint et artium quarumvis doctrinam ab historica recensione aspicari consueverint?“

ALBERTITZ behandelt seinen Stoff in 73 Paragraphen und kritisiert in vielen Punkten seine Vorgänger in der Geschichte der Medizin, z. B. darin, daß sie die wissenschaftliche Medizin von der mystischen Tempelmedizin der Asklepiospriester ableiteten (!) — „distinguendos esse Asclepiadeos medicos, tam a sacerdotibus Aesculapii, itaque aliorum Numinum, tam quoque a Philosophis. Schon im HOMER finde man anatomische Kenntnisse, und schon frühzeitig hätten die Asklepiaden Anatomie getrieben. HIPPOKRATES verdanke seine Kenntnisse keineswegs den Tempelinschriften, wie LE CLERC und nach ihm SCHULZ behauptet hatten, sondern den reichlich angesammelten Kenntnissen und Beobachtungen der Asklepiadenschulen. HIPPOKRATES stehe auf den Schultern seiner zahlreichen Vorgänger (!) — „Itaque nonnisi ineptissime dici potest Hippocratem ex tabellis votivis temporum profecisse: nullam tabellam ita exaratam fuisse, ut inde aliqua cruditio medica hauriri posset. . . . Minime itidem ab hoc solo Auctore (Hippocrate) omnes inibi occurrentes observationes processisse: sed longa majorum diligentia et solertia in medendo congestas; ab Hippocrate vero nostro propria experientia probatas, novis adjectis illustratas in istius modi ordinem digestas fuisse.“ HIPPOKRATES sei kein bloßer Empiriker gewesen, seine Größe beruhe vielmehr auf wissenschaftlichen, besonders anatomischen Kenntnissen. ALBERTITZ vertritt auf Grund vieler Zitate die Ansicht, daß HIPPOKRATES normale und pathologische Anatomie getrieben habe und zeigt daran anschließend die Bedeutung der Leichenuntersuchung für die Medizin — mit besonderer Berücksichtigung eigener Befunde bei Tuberkulösen. Anatomie sei die Basis der Medizin, wie sich aus der Geschichte ergebe; ihre Bedeutung zu erweisen, bilde den Zweck seiner historischen Schrift: „Verum omnis intentio laboris suscepti fuit: ut enodarem ac demonstrarem, ubi, quando et quibus mediis medicina plurimum promotam fuerit. . . non inveni discrimen aliud, cur medicinam majori subtilitate ideoque celebritate antiquitus semper agitassent Graeci ac reliqui populi? quam quod itidem Anatomiae dederint operam. quinimo detexi: quod, quanto haec disciplina diligentius culta fuisset, tanto quoque medendi ratio purior, ac rationabilior extitisset. ALBERTITZ beklagt es schmerzlich, daß die Ärzte seiner Zeit so wenig anatomische Kenntnisse besitzen, obwohl doch gerade diese Wissenschaft über physiologische Funktion und Krankheitswesen belehre und fordert obligaten praktischen Unterricht in der Zergliederungskunst: patet utique Anatomicam Disciplinam basim existere totius Scientiae Medicae, hac destitutam nonnisi conjecturalem fore Medicinam et Medicum illius ignarum hallucinari perpetuo debere. . . .“

(1759—1809) eine „Bibliothek der neuesten med.-chirurg. Literatur für die k. k. Feldchirurgen“ (Wien 1790 bis 1793) heraus.

In den letzten Dezennien des 18. Jahrhunderts dachte man auch bereits an die Notwendigkeit, durch Übersetzungen die alten Autoren zugänglicher zu machen. In dieser Richtung arbeiteten der Primararzt des Allgemeinen Krankenhauses MATTHIAS v. SALLABA (1766—1797), welcher GALENS Schrift vom Aderlassen, gegen ERASISTRATUS mit Anmerkungen versehen, herausgab (Wien 1791), und der erzherzogliche Leibarzt FRANZ OLIVER DEWEZ (1735—1814), der des Aretaeus Bücher „von den Ursachen und Kennzeichen rascher und langwieriger Krankheiten“ (Wien 1805) aus dem Griechischen ins Deutsche übertrug. DEWEZ machte sich außerdem noch höchst verdient durch die Herausgabe einer griechischen Handschrift, welche das Buch MOSCHIONS über die Krankheiten der Weiber enthält (*Moschionos de mulierum passionibus liber gr. et lat. ed. Viennae 1793*), und durch die Übersetzung der hippokratischen Schrift „von der Kunst“ (Wien 1782, neue Auflage 1802).

Ein Hauptvertreter der historischen Literatur dieser Epoche ist der Schüler MAXIMILIAN STOLLS, JOSEF EYEBEL, der neben der Herausgabe des handschriftlichen Nachlasses von STOLL und den Kommentarien zu dessen Werken, nebst seiner Zeitung „Medizin. Chronik“ (1793—1797) und verschiedenen medizinischen Schriften (über Kuhpocken, Syphilis u. a.), noch Muße fand, um den Kommentar des JODOCUS LOMMIUS über des CELSUS Buch de sanitate tuenda neu herauszugeben (Wien 1794), sowie des THUKYDIDES Schrift von der Pest in Athen mit Anmerkungen versehen zu übersetzen (Wien 1810).

Größten Eifer verwendete man aber auf das Studium der hippokratischen Werke auch im Beginne des 19. Jahrhunderts; besonders das Buch de aëre aquis et locis und die „Aphorismen“ erschienen in Übersetzungen bei Wiener Verlegern. Eine recht gefällige Übertragung der „Aphorismen“ stammt z. B. aus der Feder von H. BRANDEIS (die ächten hippokratischen Schriften, verdeutscht und erklärt, 1. Bändchen, Wien 1822).

Der Sinn für den Hippokratismus kam auch in einer Rede des Dozenten der Geschichte der Medizin und späteren Professors der Medizin (für niedere Wundärzte) ANDREAS WAWRUCH (1782 bis 1842) zum Ausdruck, sie hatte den Titel: *De priscorum Graeciae ac Latii medicorum studio restaurando* (Wien 1808).

Gänzlich unerwähnt ist es bisher geblieben, daß die Darstellung der allgemeinen medizinischen Geschichte bereits vor BURKARD EBLE unter den Wiener Ärzten Vertreter besitzt. Zunächst verweise ich auf den „Entwurf einer Geschichte der Heilkunde vom Ursprung derselben bis auf gegenwärtige Zeiten für Studierende“ von J. M. MÜLLER (Wien 1805). So unselbständig und kompilatorisch dieses kleine Büchlein (187 Seiten) abgefaßt ist, so wenig es durch seine rein biographisch-literarische Darstellung den Zwecken der Geschichte Rechnung trägt, wir besitzen in ihm doch das erste (deutsch geschriebene) Geschichtswerk eines Wiener Arztes! Mit dem Gefühle tiefster Rührung habe ich es betrachtet, als es mir zum ersten Male unter die Hände kam! — Ganz anderen Geistes ist der Abriß der geschichtlichen Entwicklung der Pathologie, welchen der feinsinnige Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie PHILIPP KARL HARTMANN (1773—1830) seiner *Theoria morbi seu Pathologia generalis* (1814, deutsch 1823) voranschickt. Es ist kein Zufall, daß ein Schüler eben dieses Forschers, nämlich HEINRICH ANTON STECHER v. SEBENITZ, im Jahre 1831 bereits eine „Theorie der Geschichte der Arzneykunde“ publizieren konnte und, gestützt auf SPRENGEL, die beiden HECKER, WINDISCHMANN, LUTHERITZ, KIESER, BURDACH, CHOUANT, LEUPOLDT, DAMEROW und einige französische Autoren, den Zweck der medizinischen Geschichte sowohl im Hinblick auf die ärztliche Praxis als im Lichte der allgemeinen Kulturentwicklung in geradezu mustergültiger Weise festlegte. Wie auf so manchen anderen Gebieten, hat man auch hier wieder die tüchtige Leistung eines Österreicher totgeschwiegen und kein deutscher Medizinhistoriker nennt das wirklich ausgezeichnete, noch lange nicht veraltete

Büchlein. Es könnte heute geschrieben sein und verdient die eingehendste Berücksichtigung. An dieser Stelle muß ich mich darauf beschränken, die Kapitelüberschriften anzuführen. Diese lauten: Theorie der Geschichte der Arzneikunde, Begriff der Geschichte der Arzneikunde, Umfang und Inhalt der Geschichte der Arzneikunde, Form derselben, Zweck derselben, Methodologie, Nutzen, Studium, Literatur der Geschichte der Arzneikunde. Wie trefflich der Verfasser den Stoff zu meistern wußte, kann nur die jedem Geschichtsfreund und Forscher sehr empfehlenswerte Lektüre zeigen, es wäre mir eine Befriedigung, wenn ich durch diesen Hinweis dazu Anregung gegeben hätte — zählt doch der Autor selbst bei unseren österreichischen Historikern leider zu den Unbekannten.

Das vierte Dezennium des verflossenen Jahrhunderts erhielt hinsichtlich der medizinischen Geschichtsforschung bereits durch SELIGMANN sein Gepräge, es bedarf daher keiner weiteren Ausführungen über die fernere Entwicklung der medizinhistorischen Literatur in Wien. Die obigen Andeutungen sollten bloß den Beweis bringen, daß unsere Schule lange vor der Begründung der Lehrkanzel für Geschichte der Medizin eine hervorragende Heimstätte historisch-medizinischer Studien bildete.²⁾

Budapester Briefe.

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

VI.

Es ist noch nicht lange her, daß sich die öffentliche Meinung eingehend mit dem Schicksale der städtischen, Gemeinde- und Kreisärzte befaßt. Anlässlich des Kongresses, welchen die Gemeinde- und Kreisärzte vor etwa einem halben Jahre abgehalten haben, wurden die authentischen Daten mitgeteilt, wie elend Städte, Gemeinden und Private ihre Ärzte honorieren und wie wenig an deren Altersversorgung gedacht wird. Es wurde darauf hingewiesen, daß auf diesem Gebiete eine Interessengemeinschaft zwischen dem Lande und der Ärzteschaft bestehe, denn eine natürliche Folge der traurigen Verhältnisse ist, daß einzelne Gegenden überhaupt keine Ärzte bekommen und daß die studierende Jugend von der ärztlichen Laufbahn abgeschreckt wird. Das Szolnoker Komitat hat das Verdienst, daß es das erste Munizipium im Lande ist, welches sich die Verbesserung der Lage der städtischen, Gemeinde- und Kreisärzte zur Aufgabe gemacht hat. Der Kreisarzt Dr. ALEXANDER BODNÁR hat im Namen seiner Amtskollegen bei der Komitatsverwaltung ein Gesuch eingereicht, in dem dieselben mit Hinweis auf die traurigen Zustände verlangen, daß das Komitat für die Ärzte einen Pensionsfonds errichte und für diesen Zweck eine halbprozentige Zuschlagssteuer auswerfe. Das Gesuch wurde vom Munizipal Ausschusse in würdiger Weise erledigt. Es wurde der Beschluß gefaßt, daß in Angelegenheit der Errichtung eines Landes-Pensionsfonds für Ärzte an die Legislative ein Gesuch eingereicht werde und daß die Komitate mittelst Kurrende aufgefordert werden, das Gesuch zu unterstützen. Mit Rücksicht auf die Dringlichkeit der Frage wurde der Vizespan angewiesen, die Vorarbeiten in Angriff zu nehmen und einen konkreten Vorschlag zu erstatten. Diese Aktion des Szolnoker Komitats verdient die Beachtung sämtlicher maßgebenden Faktoren und die Unterstützung der Munizipien. Das kleine Opfer, welches die Bevölkerung der Sache zu bringen hat, wird in der Besserung der Sanitätsverhältnisse einen entsprechenden Gegenwert finden.

Dem umfangreichen Berichte, welchen der Ministerpräsident über die Wirksamkeit der Regierung im Jahre 1903 und über die öffentlichen Zustände des Landes dem Abgeordnetenhaus vorgelegt hat, entnehmen wir folgende Daten: Bei den Sanitätsausgaben er-

²⁾ Nur bezüglich der epidemiologischen Literatur mögen zum Schlusse noch einige wenig bekannte Schriften aus der zuletzt behandelten Epoche angeführt werden: WAWRUCH, Tentamen inauguralis sistens antiquitates typhi contagiosi (Wien 1812); DISQUIS. medica cholerae, cujus mentio in sacris bibliis occurrit (Wien 1832); BRENT, Diss. inaug. loimographos saec. XIII et XII, exhibens (Vindob. 1831); DUFTSCHMIDT, Diss. inaug. loimographos saec. XIV et XV exhibens (Vindob. 1832); HAMPE, Diss. exhibens loimographos saec. XV (Vindob. 1832).

gibt sich ein Mindererfordernis von 50.146 K., welches einesteils durch die Restringierung der Verpflegskosten im Krankenhause zu Pozsony erreicht wurde, andererseits aber jenen Ersparnissen zuzuschreiben ist, welche in der Angyalfölder Irrenanstalt durch Einführung der Zentralheizung und der elektrischen Beleuchtung zu gewärtigen sind. Die Ausgaben des Landesfonds für öffentliche Krankenpflege nehmen um 441.221 K zu. Diese Zunahme wurde sowohl durch den weiteren Vollzug der Gesetze über den Kinderschutz, als auch durch die Kosten der jüngst eingerichteten drei Kinderasyle hervorgerufen. Bei den Sanitätseinnahmen zeigt sich infolge der Mehreinnahmen an Krankenpflegekosten eine Steigerung von 227.686 K. Bei dem Landesfonds für öffentliche Krankenpflege wird die Mehreinnahme von 240.000 K durch die Rückerstattung der Verpflegskosten der das siebente Lebensjahr erreicht habenden und der Gemeinpflege bedürftigen Kinder hervorgerufen. Sehr ausführlich wird über den Zustand des Sanitätswesens und über die auf diesem Gebiete getroffenen Maßnahmen berichtet. Gegenstand besonderer Fürsorge waren die Tuberkulose, das Trachom und die Irrenpflege. Die Zahl der Ärzte hat um 21 zugenommen, wogegen die der Chirurgen um 28 gesunken ist. Eine wesentliche Zunahme ist bei den Hebammen zu verzeichnen. Von 5264 Ärzten wirken 2129 in städtischen Munizipien, so daß der Ärztemangel auf dem flachen Lande sehr fühlbar geworden ist. 150 Stellen waren unbesetzt. Die Zahl der Spitäler ist um vier gesunken, doch ist die Zahl der Betten um 1496 gestiegen. Die Zahl der Apotheken ist auf 1583 (+ 22) gestiegen. Im Laufe des Berichtsjahres wurden auch die Gesetze über den Kinderschutz durchgeführt und auf dem Gebiete von 13 Asylen 752 Kinderkolonien geschaffen. Ende 1903 war der Stand der Schützlinge 16.699, um nahezu 6000 weniger als im Jahre 1902, weil die Eltern sich weigerten, ihre Kinder fremden Leuten zu übergeben.

Ärzte, Kriminalisten, Ministerialbeamte und Psychiater traten im vergangenen Monate zu einem Kongresse zusammen, um über die Lage der Irrenpflege Beratungen zu pflegen. Es wurden viele vernünftige Ideen besprochen und viele weise, lebensfähige Beschlüsse gefaßt. Aber all dies fördert nicht die Lösung der brennenden Frage. Tausende von Geisteskranken können noch immer nicht in Anstalten einer systematischen Pflege teilhaftig werden. Die Kosten einer neuen staatlichen Anstalt sind bewilligt, aber mit dem Bau wird aus unbekanntem Gründen gezögert. Es ist schier unglaublich, wie viele Tausende von Geisteskranken auf dem flachen Lande frei, ohne jede Aufsicht, ohne ärztliche Pflege zum Schaden der Mitmenschen herum irren. Es vergeht kein Tag, ohne daß die Behörden, die einen gemeingefährlichen Irren den Anstalten zuweisen, die stereotype Antwort erhalten: „Es ist kein freier Platz!“ Die Irrenanstalten sind überfüllt. Theoretische Auseinandersetzungen helfen hier wenig; es muß vor allem der Bau einer großen Irrenanstalt in Angriff genommen werden. Und eingigt auch diese nicht zur Behebung der Übelstände, so muß unverzüglich ein neuer Gesetzentwurf über die Errichtung neuer Anstalten der Legislative vorgelegt werden. Die Kosten würden ohne weiteres bewilligt werden.

Erst vor kurzem wurde das neue Pasteur-Institut seiner Bestimmung übergeben und schon geht das Ministerium für Kultus und Unterricht daran, die Universitätsklinik mit neuen Abteilungen zu erweitern. Es werden Pavillons für Kehlkopf- und Ohrenkranke, für Stomatologie und Nervenkranken errichtet werden.

Im Interesse der Bekämpfung des Trachoms werden in einzelnen Provinzstädten Spitäler für Augenkranken errichtet und die öffentlichen Spitäler mit separaten Abteilungen für Trachomkranken erweitert. Diese Idee wurde vor etwa hundert Jahren von dem Großwardeiner Augenarzt aufgeworfen, der im Jahre 1830 in seiner Vaterstadt das erste Provinzspital für Augenkranken errichtete und Jahrzehnte hindurch selbst erhielt. Ihm folgte dann das staatliche Spital in Brassó, das in zwei Jahren in einem neuen Heim sein fünfzigjähriges Jubiläum feiern wird. Das dritte selbständige Spital wurde in Hódmezővásárhely, dank der unermüdbaren Tätigkeit des Dr. JOSEF IMRE, von der Stadt errichtet. Und jetzt wird das vierte Spital für Augenkranken in Szegedin errichtet. BL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

L. FREUND und M. OPPENHEIM (Wien): Radiometrische Untersuchungen.

Die Autoren verwenden das von FREUND veröffentlichte Verfahren der Bemessung der chemischen Aktivität von Röntgenlicht mittelst 12%iger Jodoform-Chloroformlösungen, die sich bei der Exposition dunkelfärben, zur Feststellung des wirksamsten Strahlenbezirkes verschiedener Röntgenröhren, zur Prüfung der Konstanz der Röhren bei längerem und kürzerem Betriebe, der Abhängigkeit von Strahlenqualität und chemischer Aktivität derselben, des Einflusses der Entfernung des Objektes von der Röhre auf den chemischen Effekt und des verstärkenden Einflusses von verschiedenen Materialien, die hinter das exponierte Objekt gelegt wurden. Es ergab sich, daß bei Patent-Röntgenröhren von GUNDLACH, bei denen die + Zuleitung an die Antikathode angeschlossen war, der wirksamste Strahlenbezirk zwischen 330—270° liegt, bei Anschluß der + Zuleitung an die Hilfsanode wurde das Maximum der Wirkung bei dieser Röhre ebenso wie bei der Müller-röhre (Nr. 11, 12) unter 270° gefunden. Bezüglich der Konstanz der Röhren wurde festgestellt, daß Röhren mit einer Penetrationskraft von 10—8·5 während des Betriebes allmählich weicher, solche mit Penetrationskraft von 5—8·5 bald härter, dann aber weicher wurden. Die größten Schwankungen wurden nach Glühendwerden der Antikathode beobachtet, doch trat letzteres bei harten Röhren erst nach längerem Betriebe auf. Die stärkste chemische Wirkung ergaben unter sonst gleichen Umständen Strahlen mit einem Penetrationsvermögen von 8·5—10 Sk. Bei größerer Entfernung der Reagensflüssigkeiten von der Röhre wurden bezüglich der chemischen Aktivität geringere Werte gefunden, jedoch konnte in diesen Versuchen eine quadratische Abnahme im Sinne des allgemeinen Strahlungsgesetzes nicht konstatiert werden. Hinterlegungen von Platten dichten und schweren Materials erhöhten den Effekt der Bestrahlung nachweisbar. Dies war auch beim Knochen zu konstatieren; befand sich jedoch die Hinterlegung in einem Abstände von 1 cm von der Reagensflüssigkeit, so war dieser verstärkende Einfluß nicht mehr vorhanden.

Die Autoren haben diese Messungen auch auf Licht und Radium ausgedehnt und Daten über Schnelligkeit, Umfang und Tiefe der Wirkung aller dieser Strahlungen erhalten. Daraus ergeben sich Anhaltspunkte für die Indikationsstellung für eine dieser Strahlungsbehandlungen, das System einer Strahlungstherapie, auch der Begriff der persönlichen Disposition wird dadurch festgestellt.

Gaucher (Paris) spricht über die Natur der Röntgenschädigungen. Außer Verbrennungen der Haut, die analog den chemischen und thermischen Verbrennungen wirken, muß auch eine Schädigung der Nervenendigungen angenommen werden, die schließlich zu einer ascendierenden Neuritis Veranlassung geben kann. Die an Glossy skin erinnernden Veränderungen, die Störungen im Wachstum der Haare und Nägel, sind nur durch Nerveninflüsse zu erklären.

Barthélemy (Paris) und Lévy (Binz-Paris) schildern die Variabilität der Röntgenulzeration, ihren plötzlichen Eintritt, die Schwierigkeit ihrer Heilung. Neugebildete Gefäße, wahre Teleangiectasien bleiben in der Narbe zurück. Zuweilen entstehen sklerodermieähnliche Neubildungen. Die mildesten und einfachsten therapeutischen Mittel haben sich am besten bewährt.

Werther (Dresden) berichtet über eine schwere Hautveränderung und Muskelatrophie bei einem jungen Mädchen, das zweimal vor der Röntgenröhre auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers untersucht war. Die Affektion verlief unter den heftigsten Schmerzen.

Buschke (Berlin) hat experimentell die Wirkung der Röntgenstrahlen auf unter der Haut liegende drüsige Organe studiert, indem er den aus seinen Hüllen gelösten Hoden von Kaninchen direkt durch das intakte Skrotum (nach Heilung der Operationswunde) 60—70 Minuten lang bestrahlte. Der andere Hoden wurde vor der Wirkung der Strahlen geschützt. Es wurde an dem behandelten Organe Nekrose und feiner molekularer Zerfall, also eine Atrophie beobachtet. Das Ergebnis an der Niere bei gleicher Versuchsanordnung war weniger charakteristisch; es ist daher anzunehmen, daß die in schneller Proliferation befindlichen Hodenepithelien der Wirkung der Strahlen besonders unterliegen. Die Analogie mit den schnell wuchernden Krebszellen liegt nahe.

Schmidt (Berlin) hat an Katzenpfoten Versuche über den Einfluß der Strahlen auf die Drüsenfunktion angestellt. 5—8 und 8—10 Minuten lang erfolgte Bestrahlung der Pfoten einer sonst vor den Wirkungen des Röntgenapparates geschützten Katze; dies hatte außer einer geringen Alopezie und Abhebung der Epidermis keine makroskopisch oder mikroskopisch nachweisbare Folgen. Spritze man aber dem Tiere 1 g Pilokarpin subkutan ein, so zeigte sich nun eine starke Schweißabsonderung der unbestrahlten Seite. Es ist also eine Beeinflussung der Drüsenfunktion ohne Schädigung der Struktur durch die

Röntgenstrahlen möglich, die vielleicht bei Hyperidrosis praktisch verwendet werden kann.

Scholtz (Königsberg) spricht über Versuche, die Bedeutung der Wärmestahlen bei der Finnenbehandlung festzustellen. Man glaubte bisher, daß vorwiegend die ultravioletten chemischen Strahlen wirken, die roten Wärmestahlen aber therapeutisch unwirksam seien. In Wahrheit wurden aber diese roten, ganz besonders wirksamen Wärmestahlen durch den Kühlapparat gar nicht ausgeschaltet. Es wird wohl die der Oberhaut durch den Finnenapparat zugeführte Wärme durch die Kühlung kompensiert, die Wärmestahlen dringen jedoch durch den Kühlapparat und die Oberhaut in die Tiefe. Gelatineplatten, durch den Kühlapparat belichtet, bleiben oberflächlich hart, schmelzen aber in der Tiefe. Beschickt man Agarplatten mit Mikroorganismen und schaltet man durch Gelbscheibe die ultravioletten bakteriziden Strahlen aus, so wachsen die Bakterien nur oberflächlich, während in der Tiefe die Wärmestahlen das Bakterienwachstum verhindern.

Schultz (Bern) ist zu entgegengesetzten Resultaten gekommen, allerdings bei Verwendung intensiver Kühlapparate. Die Wärmestahlen werden in der Tat absorbiert; läßt man den Kühlapparat fort, so tritt auf der gesunden Haut nach 10—15 Minuten Brennen, nach 10—12 Stunden eine Brandblase auf. Legt man unter 1—4 rasierte und entfettete weiße Kaninchenohren bei Fortlassung des Kühlapparates ein Thermometer, so kann man bei Bestrahlung die Temperatursteigerung direkt feststellen. Bei der Bestrahlung entsteht ohne Kühlung auch am Kaninchen sehr leicht eine Brandblase.

Die Ansichten von SCHOLTZ werden von REVAN (Kopenhagen), SCHMIDT (Berlin), ULLMANN (Wien) bekämpft, von FREUND (Wien) anerkannt. Letzterer erklärt, daß man auf FINGERS Klinik bezieht, den Kühlapparat fortzulassen.

Blaschke (Berlin) teilt seine Erfahrungen über das Radium bei der Behandlung von Hautkrankheiten mit. Das Radium wirkt je nach der Bezugsquelle verschieden. Das jetzt noch in den Handel gebrachte Präparat scheint (wie in der Diskussion Prof. JADASSOHN bestätigt) wenig wirksam. Keloide und alle anderen bindegewebigen Neubildungen werden nicht durch Radium beeinflusst. Bei ausgedehnten Hauterkrankungen verbietet sich die Anwendung des Radiums von selbst. Erfolge werden erzielt bei Angiomen und Teleangiectasien, Akne indurata, zirkumskripten, in Narben eingebetteten Lupusherden, örtlich beschränkten Sykosisformen. Die Bestrahlung dauert 20—30 Minuten und kann ohne Gefahr mehrere Male täglich vorgenommen werden. Die induzierte Wirkung des Radiums ist nicht verwendbar. Die Pappschachtel, in der das Radium gelegen hatte, wurde nicht radioaktiv.

Scholtz (Königsberg) glaubt, daß die leichte Anwendbarkeit des Radiums ein unschätzbare Vorzug sei.

Schiff (Wien) rühmt das Radium bei Lupus erythematosus. Ihm gelang es, Leinwandstreifen radioaktiv zu machen, wie deren Wirkung auf photographische Platten bewies.

Neuberger (Nürnberg) glaubt, daß das Radium speziell auf die autolytischen Enzyme einwirke; die Reizung dieser Enzyme veranlaßt den Zerfall und die Auflösung der Neubildungen.

Holzknicht (Wien) erkennt die Wirkung des Radiums auf Schleimhautlupus an. Die Wirkung auf Teleangiectasien ist so stark, daß an Stelle der Gefäßneubildung eine papierweiße tiefe Narbe entsteht, die häßlicher ist als der ursprüngliche Krankheitszustand.

Markwaldt (Berlin) erklärt als Physiker die Unmöglichkeit der Radioaktivität einer eine Radiumkapsel enthaltenden Pappschachtel (Blaschkes Versuch). Die induzierte Radioaktivität entsteht durch Emanation, d. h. durch Auströmung kleinster körperlicher Teile durch die Luft auf einen anderen Körper.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

Abteilung für innere Medizin.

Die Leukozyten.

GRAWITZ (Charlottenburg) behandelte in seinem Vortrage die Leukozytenfrage vornehmlich von klinischen Gesichtspunkten aus. Er weist zunächst darauf hin, daß die strenge Scheidung der Leukozytenformen von den granulierten mehrkernigen Zellen, wie sie EHRlich aufgestellt hat, nach neueren farbenanalytischen Untersuchungen (MAY, GRÜNWALD, ARNOLD u. a.), nach den morphologischen Entdeckungen von E. NEUMANN, sowie besonders wegen der sicheren Provenienz von Lymphozyten aus dem Knochenmarke (ARNOLD) und granulierter Formen aus den Lymphdrüsen (ENGEL, HIRSCHFELD, DOMINICI, KURPUJWETT) nicht mehr aufrecht zu erhalten sei. Die Leukozyten sind nach G. in dem basophilen ungranulierten Stadium junge Formen, ähnlich wie die Erythroblasten meist Basophilie zeigen und nach der Entkernung exquisit oxyphil werden, sie haben in diesem Stadium nur geringe Lokomotion und keine ozonisierende Wirkung. Mit zunehmender Granulationsbildung buchtet sich der Kern ein, wird vielgestaltig, die

Lokomotion wird stärker, es tritt ozonisierende Wirksamkeit auf, die Zelle übernimmt mithin weitere Funktionen. Nicht alle Lymphozyten machen diese Entwicklung durch. Vortr. weist ferner auf die großen Schwierigkeiten und Unsicherheiten hin, welche bisher der Bewertung aller klinischen Leukozytenbefunde entgegenstehen und sieht als Grund hierfür die bisherigen unzulänglichen Kenntnisse von den Funktionen dieser Zellen, welche von den meisten Autoren lediglich auf phagozytäre und antitoxische Eigenschaften bezogen werden.

Im Gegensatz hierzu betont G., daß die physiologische Bedeutung der vielen Tausende von Millionen dieser Zellen eine viel weitere und nicht lediglich sekretorische sei, sondern als resorbierende, transportierende und assimilierende für Eiweißstoffe, Fett, Eisen (ARNOLD und HESS), Glykogen und Lecithin aufgefaßt werden müsse, so daß die klinischen Leukozytenbilder nicht nur von etwaigen Infektionen, sondern auch vom Alter, der Ernährung und von anderen Einflüssen abhängen.

Vortr. gibt hierauf eine Übersicht über die Leukozytenbefunde bei den verschiedenen Krankheitsgruppen und zum Schlusse bei Leukämie, aus welcher hervorgeht, daß allen diesen Befunden bisher vorzugsweise ein auf Empirie begründeter symptomatischer Wert beiwohnt, da über den fast allzu eifrig betriebenen tinktoriellen Leukozytenstudien der letzten Jahre die Frage nach dem ganzen Umfange ihrer Funktionen und damit ihrer eigentlichen Bedeutung vernachlässigt worden ist. Nach des Vortragenden Ansicht werden die Forschungen der nächsten Zeit vornehmlich nach dieser Seite gerichtet werden müssen.

ASKANAZY (Königsberg) weist auf die große Zahl leukozytenbildender Organe beim Fötus und auf die in auffallendem Kontraste dazu stehende geringe Leukozytenmenge im fötalen Blute hin. Beim Embryo gehen wenig farblose Zellen in die Zirkulation über, weil sie noch wenig funktionell beansprucht werden. In den blutbildenden Organen sind Zellenbildung und Zellexport keine parallelen Vorgänge; die Blutbildungsstätten sind Magazine, deren Ausfuhr sich nach dem durch Chemotaxis regulierten Bedürfnis richtet. Das zeigt sich auch im normalen extrauterinen Leben an den Lymphknoten, wo „formative“ Reize zur Bildung von Keimzentren führen; die Lymphzellen sind hier teilweise lokal wirksam, teilweise wandern sie in die Nachbarschaft (Epithel), teilweise gehen sie in den allgemeinen Lymphstrom über. Auch unter pathologischen Umständen kann eine entzündliche Schwellung von Milz und Lymphknoten ohne gesteigerte Abgabe von Leukozyten an das Blut erfolgen. Ferner zeigt die Pseudoleukämie, daß auch eine mächtige geschwulstartige Hyperplasie der Milz und des lymphatischen Systems keine Vermehrung der farblosen Blutzellen nach sich zu ziehen braucht. Bei Leukämie erzeugt die Hyperplasie des Markgewebes passiv eine Überladung des Bluts mit Leukozyten. Was das Verhältnis der Lymphozyten zu den granulierten Leukozyten betrifft, so erblickt A. in den eosinophilen und neutrophilen Granula eine chemische, für das Plasma der Leukozyten spezifische Differenzierung, hält aber einen Übergang der Lymphozyten in diese granulös differenzierten Zellen auch im extrauterinen Leben nicht für ausgeschlossen.

Funktionell sind die farblosen Blutzellen als stets mobile Phagozyten zu definieren, welche das Blut und die Gewebe mechanisch säubern und chemisch reinigen. Leukozyten oder ihre Bildungszellen spielen auch bei der Vernichtung der Bakterien eine Rolle. Die farblosen Blutzellen enthalten Fermente (Diastase, Enterokinase) und besitzen wohl auch proteolytische Eigenschaften. Sie lösen abgestorbenes Gewebe und Fibrin auf. Einer progressiven Entwicklung scheinen sie nicht fähig zu sein, sondern gehen z. B. in entzündlichen Gewebsneubildungen zugrunde, wo sie von Gewebszellen aufgenommen und als organisches Baumaterial verwendet werden. So dienen sie gewissermaßen auch nach ihrem Tode noch zur Erhaltung des Lebens.

EHRlich (Frankfurt a. M.) erachtet zunächst Folgendes für eine unwiderlegliche Tatsache: Das Protoplasma der verschiedenen Zellen des Blutes enthält spezifische Körnungen, welche durch ihre Löslichkeitsverhältnisse als chemisch isolierte individuelle Substanzen anzusprechen sind. Gegen **ARNOLD** betont er, daß er schon früher nachgewiesen habe, daß in den eosinophilen Zellen zwei verschiedene Körnungen vorhanden sind, welche sich auseinander entwickeln, alte und junge Granula, die nebeneinander vorhanden sein können. Die neueren Forscher hätten oft Kunstprodukte vor sich gehabt. Die polynukleären Leukozyten entwickeln sich aus den mononukleären Vorstufen, welche unter normalen Verhältnissen aber niemals aus den Gefäßen auswandern, wohl aber bei der myelogenen Leukämie, weil bei ihr die Leukozyten passiv ins Blut eingeschwemmt werden. Die Bewegungsfähigkeit der mononukleären ist viel geringer als die der polynukleären, sie ist nicht ausreichend für eine aktive Auswanderung, die auch nur bei den großen Leukozyten nachgewiesen ist, nicht aber bei den kleinen, welche die Hauptmasse der Zellen bei der Leukämie ausmachen. Bei der lymphatischen Leukämie werden die Zellen mecha-

nisch aus dem Lymphgewebe ausgeschwemmt. Die Eosinophilen sind von größter klinischer Bedeutung für die Erkenntnis der Trichinenkrankheit geworden. Die Amerikaner haben hier absolute Klarheit gebracht. Sie arbeiteten mit abgetöteten Mengen Trichinengift. Dasselbe hat eine spezifische Beziehung zu den eosinophilen Zellen, da es sie in großen Mengen abtötet, in kleinen Mengen durch chemotaktische Wirkung anreichert.

Wie entsteht bei Asthma und Hautkrankheiten die Eosinophilie? Die Hautepithelien liefern bei ihrem Zerfall leicht Substanzen, die chemotaktisch auf die eosinophilen Zellen wirken. Auch beim Hämoglobinzerfall bilden sich gelegentlich Substanzen, welche die eosinophilen Zellen verankern. Natürlich sind gegen diese Annahmen Einwände erhoben worden. So wurde von **KLEIN** hervorgehoben, daß man bei hämorrhagischen Exsudaten häufig eine große Zahl eosinophiler Zellen sowohl im Exsudate wie im Blute findet. Diese Arbeit wurde im **WIDALSchen** Institut nachuntersucht und gefunden, daß die Pleuraeosinophilie eine lokale ist, die von einer allgemeinen begleitet sein kann. In vielen dieser Fälle ist die Flüssigkeit der Pleuraergüsse, den Meerschweinchen injiziert, außerordentlich giftig. Diese Giftigkeit hängt mit der Eosinophilie zusammen.

WEIDENREICH glaubt den Nachweis erbracht zu haben, daß die Leukozyten in den Blutlymphdrüsen Hämoglobin aufnehmen und in eosinophile Zellen übergehen. Bei der durch Vortr. veranlaßten Nachprüfung stellte sich heraus, daß es sich auch hierbei um eine Einwanderung der eosinophilen Zellen und nicht um eine Bildung derselben aus dem Blute handelt.

Der wichtigste Streitpunkt ist die myeloide Entartung des Knochenmarkes. **DOMINICI** zeigte, daß beim Meerschweinchen eine Bildung von Myelozyten, pseudoeosinophilen und eosinophilen Zellen in der Milz stattfindet. Nun kreisen aber immer im Blute massenhaft Markzellen, die auch natürlich in das Markgewebe einwandern und sich vermehren können. In Amerika hat man ein Analogon dazu gefunden in Gestalt eines typischen eosinophilen myeloiden Herdes in der Milz. Wenn das nun Tatsache ist, so ist anzunehmen, daß fortlaufend Myelozyten in die Milz einwandern und sich da lokalisieren. Die Frage, autochthone Entstehung oder Ansiedlung der Lymphozyten, ist zur Zeit nicht zu lösen. Auch **BANTI** erklärt ohne Ausnahme dieses ganze Vorkommen myeloider Zellen in der Milz für Einwanderung präformierter Zellen.

Ferner finden sich im Knochenmark basophile Zellen, die in eosinophile und neutrophile übergehen. Über diese Zellen herrscht in den Kreisen der Hämatologen eine große Meinungsverschiedenheit. Viele meinen, es handle sich hier nur um Lymphozyten, während andere sagen, es sind Formen, die nur dem Knochenmark angehören. Diese Frage ist schwer zu entscheiden. Die Färbungen mit Methylenblau und Romanowski sind dafür ungeeignet. Die Basophilie kommt nicht dem Protoplasma zu, sondern ist ein Charakteristikum junger Zellen. Nur aus dem Knochenmark können granulierten Zellen hervorgehen, aber nicht aus den lymphatischen und Milzzellen. Selbst unter den besten Bedingungen ist der Lymphozyt nicht imstande, einen der drei genannten Blutkörper zu erzeugen.

Wichtig ist ferner die Entdeckung **NEUMANNs**, wonach sich bei jeder Leukämie die betreffende Zellart im Blutgewebe findet. Nur die Art des Blutgewebes ist aber maßgebend; wo sie vorkommt, ist gleichgültig; denn es handelt sich z. B. bei der lymphatischen Leukämie dabei um eine Metastase von lymphatischem Gewebe im Knochenmark, welches das ganze myeloide Gewebe verdrängt. Gewöhnlich finden wir hier starke Vergrößerung der Lymphdrüsen; nur ist das Wachstum im Knochenmark stärker, wie wir ja auch oft bei Tumoren sehen, daß die Metastase größer wird als der Haupttumor.

Lösen können wir diese Fragen erst durch das Experiment. Dazu ist Aussicht vorhanden, da wir z. B. durch Pilokarpininjektionen eine Lymphämie erzeugen können. Dann wird auch der Kampf der Unitarier gegen die Plurimisten aufhören. Vortr. schließt damit, daß er im Gegensatz zu **GRAWITZ** sagt: Wir müssen lernen, die Elemente zu unterscheiden, nicht zu vereinfachen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 10. November 1904.

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

ZAK demonstriert einen 34jährigen Patienten mit hochgradiger Diplegia spastica. Pat. kann nicht gehen und muß gefüttert werden. Es finden sich folgende Veränderungen: Kyphoskoliose mit Rippen-

buckel, Beugekontraktur der Extremitäten, zeitweise athetoseartige Bewegungen der Finger, Überstreckbarkeit in den Fingergelenken, hochgradiger Spitzfuß, Atrophie der Knochen, Spontanfraktur des rechten Oberschenkels, Strabismus, mäßige Paralyse des linken Fazialis, hochgradige Störung der Sprache infolge spastisch-choreatischer Veränderungen in der Muskulatur, psychische Schwäche, erhöhte Reflexerregbarkeit. Willkürliche Bewegungen sind nur in geringem Grade möglich. Dem Prozeß dürften symmetrisch gelegene enzephalitische Herde zugrunde liegen.

R. SCHMIDT demonstriert mikroskopische Präparate von Infusorien im Mageninhalt bei *Ulcus ventriculi*. In dem Falle von Magengeschwür wurden im ausgeheberten Mageninhalt 1⁰/₁₀₀ Salzsäure, ferner Epithelzellen ähnliche Gebilde gefunden, welche als Infusorien (*Megastoma entericum*) erkannt wurden. Dieselben haben einen birnförmigen Leib mit einem Geißelfaden und zwei Kernen. Bisher wurden sie nur bei Magenkarzinom und bei alkalischer Reaktion des Mageninhalts gefunden. Der Fall ging unter der gewöhnlichen Ulkustherapie in Genesung über.

Ferner stellt **R. SCHMIDT** eine 12jährige Pat. mit hochgradigen Deformitäten der Hände vor. Vor 8 Jahren stellten sich an den letzteren vasomotorische Störungen (Blaufärbung) und dauernd anhaltende Schmerzen ein, 3 Jahre später wurden die Weichteile der Hände wulstig, es entstanden Luxationen und Subluxationen in den Fingergelenken. In der Muskulatur der Hände und Vorderarme sind knotige Verdickungen tastbar. Seit einiger Zeit ist auch die Nase auffallend groß geworden und es haben sich Kopfschmerzen eingestellt. Die Ätiologie ist nicht klar, vielleicht handelt es sich um eine deformierende progressive Polyarthritis; gegen Syringomyelie spricht das Fehlen von Sensibilitätsstörungen, ebenso findet sich kein sicherer Anhaltspunkt für Lepra.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß der Fall auf Lepra verdächtig sei, wofür die Konfiguration der Hand („Bärenklauenhand“), die Krümmung der Nägel, die Subluxationen und die ungewöhnliche Beweglichkeit der Fingergelenke, sowie die knotigen Verdickungen im Verlaufe der Nerven sprechen. Zwecks Diagnose sollte die Untersuchung eines exzidierten Stückchens aus einem solchen Knoten vorgenommen werden. Falls hier Lepra vorliegt, wäre dies wieder einer von den sporadischen Fällen, wie sie in der letzten Zeit in Österreich gefunden wurden, ohne daß die Pat. die Lepra auswärtig akquiriert haben. Es wäre übrigens möglich, daß auch die osteoarthritische Form der Syringomyelie ohne Sensibilitätsstörungen vorliegt, von welcher SCH. bereits mehrere Fälle beobachtet hat.

BAUER führt zwei Kranke vor, bei welchen Ankylostomiasis erfolgreich mit Thymotal behandelt worden ist. Die Pat. haben die Krankheit im Bergwerke zu Brennbach akquiriert und boten die typischen Symptome derselben: Anämie, Mattigkeit, Eosinophilie (15 resp. 30%). Beide Kranke bekamen Thymotal, welches durch Behandlung von Thymol mit Phosgen erhalten wird. Es wird durch Alkalien, aber nicht durch Säuren gespalten, so daß es erst im Darmlumen abgibt. Nachdem im Stuhle keine Ankylostomumeier mehr nachweisbar waren, wurde noch eine Arsenkur angeschlossen. Einige Autoren sind der Ansicht, daß die krankhaften Erscheinungen bei der Ankylostomiasis auf eine Intoxikation durch ein von den Parasiten produziertes Gift zurückzuführen sind. Im Harne der Kranken wurde mittelst Phenylhydrazin Glykuronsäure nachgewiesen; letztere faßt Votr. als ein Zeichen der unter dem Einflusse der Intoxikation entstandenen Stoffwechselstörung auf.

JUL. FLESCH stellt ein Mädchen mit einer partiellen funktionellen Kontraktur des Cucullaris vor. Pat. bekam wenige Tage nach einer wegen Diphtherie ausgeführten Seruminjektion in der Gegend der rechten Skapula einen Zellgewebsabszeß, welcher inzidiert wurde. Als der Verband abgenommen wurde, zeigte es sich, daß die rechte Skapula mit dem akromialen Ende um 3 cm höher stand als links und mit dem untern Winkel nach außen gedreht war. Dabei war sie fest an den Thorax angepreßt. Es handelt sich um eine primäre funktionelle Kontraktur der mittleren Portion des Cucullaris.

S. JELLINEK demonstriert Radiogramme des nunmehr operierten Falles von Bauchtumor, welchen er in der vorhergehenden Sitzung vorgestellt hat. Es ergab sich, daß eine in den Schlingen des Jejunums abgesackte traumatische Blutzyste vorlag, in deren flüssigem Inhalt Gallenfarbstoff nachgewiesen wurde. An eine Dislokation der Leber hat J. deshalb gedacht, weil auf dem Radiogramm in der Lebergegend nur ein kleiner Schatten zu sehen war, was auf einen Leberdefekt bezogen wurde.

J. SCHNITZLER erörtert den Befund bei der von ihm vorgenommenen Operation des J.schen Patienten, in dessen Falle er vor dem Eingriffe die Diagnose „Pankreaszyste“ gestellt hatte.

Notizen.

Wien, 19. November 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. PREINDLSBERGER Blasensteine, welche er durch perineale Zystotomie entfernt hat; als Vorteile dieser Methode bezeichnet er ganz besonders ihre Ausführbarkeit ohne Allgemeinnarkose bei herabgekommenen Kranken und die Vermeidung von Hernienbildung. Sodann besprach P. seine günstigen Erfahrungen bei 245 Fällen von Rückenmarksanästhesie. In der Diskussion bemerkte Hofr. v. EISELSBERG, daß die Sectio alta namentlich bei Kindern dieselben günstigen Chancen biete wie die vom Votr. geübte Operation und sprach sich zugunsten der kombinierten Morphin-Äthernarkose aus. Prim. FRANK wies darauf hin, daß mit der perinealen Methode sehr große Steine leicht entfernt werden können und daß auch sehr bald wieder Kontinenz eintrete. — Hierauf stellte Dr. SILBERMARK einen Mann vor, bei welchem v. MOSETIG ein mit der Bauchwand und den Rippen verwachsenes, nach einem Ulkus entstandenes Magendivertikel exstirpiert hat. Das Divertikel hatte als Tumor der Bauchdecken imponiert. Hierzu bemerkte Hofr. v. EISELSBERG, er habe Fälle von Verwachsung des Magens mit der Bauchwand infolge Perigastritis nicht allzu selten beobachtet. — Schließlich hielt Doz. Dr. LUDWIG BRAUN den angekündigten Vortrag: Die experimentelle Grundlage der Digitalis-Koffein-Medikation, welcher in dieser Wochenschrift ausführlich erscheinen wird. Votr. führt den günstigen Einfluß der Digitalis-Koffein-Kombination auf deren koronargefäßerweiternde Wirkung zurück. In der Diskussion fragte Doz. WEISS nach der Dosierung des Koffeins in der besprochenen Kombination, Professor PASCHIS meinte, daß ein Teil der vorteilhaften Koffeinwirkung wohl als direkte Herzwirkung zu bezeichnen sei, Prof. v. BASCH sprach sich gegen die Anwendung der Digitalis bei Stenokardie aus, während Doz. PAULI die Digitalis-Koffein-Medikation zumal bei Arrhythmien empfahl. In seinem Schlußworte betonte Dozent BRAUN, daß die Koffeindosen in der besprochenen Kombination nur einen Bruchteil der gebräuchlichen betragen dürfen, wenn ein günstiger Erfolg eintreten soll, daß der direkte Einfluß des Koffeins auf das Herz selbst zumindest noch fraglich sei und daß bei Stenokardikern mit niedrigem Blutdruck Digitalis-Koffein entschieden günstige Wirkungen hervorbringe.

(Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium.) Am 7. November hat Prof. Dr. K. A. HERZFELD den diesjährigen Zyklus der wissenschaftlichen Versammlungen mit einem Vortrage über Behandlung der Form- und Lageanomalien des Uterus eröffnet. Ihm folgte am 14. d. M. Dr. J. LAMBERGER, welcher über Heißluftbehandlung sprach. Beide Vorträge werden in diesem Blatte zur Publikation gelangen. An dieser Stelle sei nur über die Diskussion berichtet, welche dem Vortrage Dr. LAMBERGERS folgte. Dr. GRÜNBAUM verwies in derselben auf eine Applikationsform von heißer Luft, die Heißluftdusche, welche gerade den vom Vortragenden aufgestellten Kardinalforderungen bezüglich einer möglichst lokalisierten Behandlung und dadurch erzielten möglichst geringen Alteration des Allgemeinbefindens, bezüglich der Trockenheit und der Reinheit der Behandlungsluft und der entsprechenden Lagerung der Patienten am vollkommensten entspricht. Bei allen Applikationsformen heißer Luft, die heiße Kohlensäuredusche ausgenommen, haben wir kein Recht, von einer „Trocken“-heißluftbehandlung zu sprechen. In allen Heißluftkästen, auch in den elektrisch beheizten, bei denen die Feuchtigkeitsquelle des Heizkörpers fehlt, erfolgt die Behandlung mittelst einer mit Wasserdämpfen reichlich gesättigten Luft. Hingegen mißt G. den Verbrennungsgasen keine so große Bedeutung bei wie der Vortragende. Eine entsprechende Ventilation des Behandlungsraumes vermag diesem Übelstande vollständig abzuwehren. Die an verschiedenen Tagen bei demselben Individuum zu beobachtende scheinbare Intoleranz gegen dieselbe hohe Temperatur ist nicht auf allgemeine Nervosität und psychische Indisposition zu beziehen, sondern darauf, daß nachgewiesenermaßen (SCHREIBER, GRÜNBAUM) die Wärme im

Innern der Apparate ganz ungleichmäßig verteilt ist und die wirkliche Behandlungstemperatur sehr bedeutend variieren kann, auch wenn das Deckenthermometer dieselbe Temperatur anzeigt. Eine entsprechende Lageveränderung im Innern des Kastens, auch ohne vertikale Verschiebung, bringt diese „psychische“ Intoleranz zum Verschwinden. Dr. OSKAR FRANKL warnte vor der vaginalen Anwendung heißer Luftduschen, da die Vagina ähnlicher Schutzvorrichtungen wie die Haut gegen den Einfluß hoher Temperaturen entbehre und bei Einwirkung solcher mit schweren xerosisartigen Erscheinungen reagiere.

(Die Innsbrucker physiologische Lehrkanzel.) Durch die Blätter geht die Nachricht, daß die seit dem Tode Prof. VINTSCHGAUS vakante Lehrkanzel der Physiologie an der Innsbrucker Universität durch Dr. DURING, Professor an der Hochschule für Bodenkultur zu Wien, im laufenden Wintersemester suppliert werden wird. Bekanntlich war Prof. TANGL von der Budapester Universität bereits zum Ordinarius der Innsbrucker Hochschule ernannt, hat aber abgelehnt, weil ihm die Ausgestaltung des dortigen physiologischen Institutes nicht garantiert wurde. Man hat in der Verlegenheit zum Auskunftsmittel der Supplierung einer der wichtigsten Lehrkanzeln gegriffen. Bei dieser Sachlage muß man wohl die Frage aufwerfen, ob es tatsächlich mit dem Nachwuchs österreichischer Physiologen so schlecht bestellt ist, daß die Unterrichtsverwaltung in Verlegenheit gerät, wenn es sich um die Besetzung eines Ordinariates dieses Faches handelt. Eingeweihte wollen mehrere didaktisch wie wissenschaftlich hochstehende außerordentliche Professoren an der Wiener und Prager Universität kennen, die zunächst berufen wären, der vakanten Lehrkanzel vorzustehen. Sollten diese Männer — wir nennen nur KREIDL und STEINACH — im Unterrichtsministerium vollständig unbekannt sein, oder sollten wirklich Umstände, die mit dem Wissen und Können dieser Männer nichts zu tun haben, die — Verlegenheit begründen, welche die Besetzung der Innsbrucker Lehrkanzel für Physiologie der Unterrichtsverwaltung zu befehlen scheint?

(Universitäts-Nachrichten.) Der Privatdozent für Psychiatrie in Basel Dr. GUSTAV WOLFF ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. PONFICK in Breslau hat kürzlich sein 60. Lebensjahr vollendet. — Prof. Dr. HERMANN KÜTTNER ist an die chirurgische Lehrkanzel und Privatdozent Dr. WALTER STRAUB an die Lehrkanzel für experimentelle Pharmakologie in Marburg berufen worden. — Der Physiologe v. VOIT in München hat vor einigen Tagen sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Der Neubau des Berliner Hygienischen Institutes ist am 2. d. M. bereits zum Teile seiner Bestimmung übergeben worden.

(Eine Dankadresse) an den aus seinem Amte geschiedenen Prof. NAUNYN wird von dessen letzten Schülern beabsichtigt.

(Der n.-ö. Landtag und die Gemeindeärzte.) Der n.-ö. Landtag hat in der letzten Sitzung der diesjährigen Session den Beschluß gefaßt, „dienstunfähigen Gemeindeärzten, welche das 60. Lebensjahr erreicht haben, nach genauer Prüfung der Verhältnisse Ruheentgelte bis zur Höhe von 1200 K pro Jahr zuzuerkennen. Für diesen Zweck wird ein Betrag jährlicher — 10.000 K aus dem Landesfonds bewilligt.“ Gleichzeitig wurde der Landesausschuß beauftragt, über die Schaffung einer Invaliditäts- und Altersversicherung der Gemeindeärzte in der nächsten Session des Landtages eingehenden Bericht zu erstatten. — Von einer gesetzlichen Regelung der Altersversorgung der Gemeindeärzte ist, wie man sieht, der Landtag ebenso weit entfernt wie von einer tatsächlichen Würdigung der traurigen Lage auch dieser Standesgenossen. Er hat ihnen vorläufig lediglich ein — Almosen hingeworfen, dessen Unzulänglichkeit schon durch die Kleinheit des hierfür ausgeworfenen Betrages gekennzeichnet ist. Die Gemeindeärzte Niederösterreichs haben daher keinen Anlaß zu Dankeskundgebungen an die Landesboten. Man zieht die Steuerschraube mächtig an, für die Ärzte aber hat man trotzdem nicht die genügenden Mittel oder nicht das genügende Wohlwollen.

(Statistik.) Vom 6. bis inklusive 12. November 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7555 Personen behandelt. Hiervon wurden 1521 entlassen, 131 sind gestorben (7,9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei

der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 125, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 106, Scharlach 39, Masern 189, Keuchhusten 10, Rotlauf 33, Wochenbettfieber 8, Röteln 1, Mumps 13, Influenza 2, Rots —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 513 Personen gestorben (+ 13 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Berlin der bekannte Gerichtspsychiater Geh. Med.-Rat Dr. MITTENZWEIG und der stellvertretende Vorsitzende des Vereines Berliner Armenärzte Geh. Med.-Rat Dr. KOLLM.

Dr. Ludwig Teleky wohnt jetzt IX., Türkenstraße 23 (Schlickplatz).

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 21. November 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. F. ALT: Das Cholesteatom des Mittelohres als Ursache intrakranieller Erkrankungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.
Sitzung: Donnerstag den 24. November 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik Schrötter.

I. Demonstrationen. — II. Dozent Dr. A. BUM: Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld über „Duotal-Bayer“ und „Creosotal-Bayer“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Giesshübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Säuerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Giesshübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titrinten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar, — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hinderniss fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERZTONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verordnen Sie gefl. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON,

Preis der Académie de Médecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“
Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3. Boulevard Saint-Martin.

VERTRETUNG F. ÖSTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
IN WIEN: G. & R. FRITZ, — ADLER-APOTHEKE, I., Körnerstr. 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.

Dr. Kahlbaum, Görlitz,
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offene Kuranstalt für Nervenkrankte.

Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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. = 80 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einreichung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Die sekretorischen Nervenzentren des weichen Gaumens. Von Dozent Dr. L. Réthi in Wien. — Über Protulin und seine therapeutische Verwertung. Von Dr. F. Kornfeld in Wien. — **Referate.** Mikulicz (Breslau): Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen. — Elgart (Brünn): Über eine neue Methode der Einrenkung der hinteren Luxationen des Hüftgelenkes. — Walti (Oberschäftelsheim i. E.): Erfahrungen mit Digalen (Digitox. solubile Cloetta). — Mandelberg (Irkutzk): Argentum nitricum in der Therapie der Magenkrankheiten. — Menahem Hodara (Konstantinopel): Innerliche Darreichung von Ichthyol in drei Fällen von Mykosis fungoides und hämatologische Untersuchung zweier dieser Fälle zur Zeit ihres Beginnes. — A. v. Notthafft (München): Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis. — **Kleine Mitteilungen.** Anwendung des antidysenterischen Serums. — Einfluß der Fette auf die Magenverdauung. — Isopral. — Typhusdiagnose. — Bismutose. — Zur chirurgischen Behandlung der Abdominalaneurysmen. — Quellenprodukte. — Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen. — Beitrag zur Behandlung der venerischen Babonen. — **Literarische Anzeigen.** Kosmetik für Ärzte. Dargestellt von Dr. Heinrich Paschke, Professor an der Universität Wien. — Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung. Von Dr. Hugo Beckmann. — Die natürliche und künstliche Säuglingsernährung. Von Dr. Karl Oppenheim. — **Feuilleton.** Über Form und Inhalt der medizinischen Literatur. Von Dr. Emil Sörter in Wien. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** V. Internationaler Dermatologen-Kongress. Berlin, 12.—17. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) IX. — Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) VIII. — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.** (Original-Bericht.) — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz** der Redaktion 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 sekretorischen Nervenzentren des weichen Gaumens.

Von **Dozent Dr. L. Réthi** in Wien.

In den „Untersuchungen über die Innervation der Gaumen-drüsen“¹⁾ habe ich die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit dem Ursprung und peripheren Verlauf der sekretorischen Nerven des weichen Gaumens beschäftigten. Es zeigte sich, daß man am weichen Gaumen Sekretion sowohl durch lokale Reizung desselben mit Induktionsströmen als auch durch Nervenreizung bekommt, und zwar einerseits durch Reizung des N. facialis und andererseits des N. sympathicus. Es erfolgt Sekretion bei Reizung des Fazialisstammes innerhalb der Schädelhöhle; die in demselben enthaltenen sekretorischen Fasern können durch den N. petrosus superficialis major in den N. vidianus verfolgt werden. Man bekommt aber Sekretion auch, wenn man den Hals-sympathikus sowie das oberste und unterste Halsganglion reizt. Die Sympathikusfasern lassen sich durch die Bulla in die Paukenhöhle und durch den N. petrosus profundus major ebenfalls in den N. vidianus verfolgen.

Diese beiden verschiedenen, bisher voneinander getrennt verlaufenden sekretorischen Nervenfasern des weichen Gaumens, die des N. facialis und des N. sympathicus, vereinigen sich im N. vidianus und verlaufen von nun an gemeinsam durch

das G. sphenopalatinum in die Nn. palatini und gelangen durch diese zu den Drüsen des weichen Gaumens.

Es zeigte sich ferner, daß die hinteren Partien des Velum ihre sekretorischen Sympathikusfasern in manchen Fällen nicht durch den Paukenhöhlenast und weiterhin durch den zweiten Trigeminasast zugeleitet bekommen, sondern durch den R. pharyngeus vagi. Die Art der Sekretion war bei Reizung der beiden Fasergattungen verschieden. Bei Reizung der Fazialisfasern kamen die Sekrettröpfchen nach 1—2 Sekunden zum Vorschein, bei Sympathikusreizung dagegen trat die Sekretion erst nach etwa 15 Sekunden auf und dauerte ungefähr 2 Minuten hindurch.

Es handelte sich nun bei den vorliegenden Untersuchungen darum, die Kerne dieser Sekretionsnerven anzuforschen, die des N. facialis einerseits und des N. sympathicus andererseits.

Während ich die Untersuchungen über die lokale und Nervenreizung an Hunden und Kaninchen, größtenteils allerdings an Katzen vorgenommen habe, beziehen sich die vorliegenden Untersuchungen, die ich im hiesigen physiologischen Institute unter Leitung des Herrn Hofrates Prof. S. Exner ausführte, ausschließlich auf Katzen. Die Beobachtung des Sekretionsvorganges am Velum ist bei der Katze wegen der großen Mundöffnung und des kurzen Unterkiefers leicht; überdies eignet sich diese Tiergattung besser für so eingreifende Operationen, wie sie hier nötig waren.

Die Tiere wurden narkotisiert und behufs Einleitung der künstlichen Atmung oft tracheotomiert. Die Reizung war insbesondere innerhalb der Schädelhöhle eine unipolare, bei der Reizung des Rückenmarkes dagegen bediente ich mich der Doppel-elektrode.

Zur Beobachtung des Sekretionsvorganges genügte es, die Schleimhaut des weichen Gaumens mit Baumwolle gut

¹⁾ L. Réthi, Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens. „Wiener Med. Presse“, 1904, Nr. 5 u. 6. Ausführlich publiziert in den Sitzungsberichten der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathem.-naturw. Kl., Bd. 112, Abt. III, Oktober 1903.

abzutrocknen, so daß das Erscheinen der Sekrettröpfchen gut verfolgt werden konnte.

I. Der sekretorische Fazialiskern.

In der Bauchlage des Tieres wurde die Medulla oblongata bloßgelegt und die einzelnen Stellen derselben wurden mit der Elektrode abgetastet. In der Annahme, daß die im Fazialisstamm nachgewiesenen sekretorischen Fasern im Fazialiskern oder in der nächsten Umgebung desselben entspringen dürften, wurde von vornherein dieser Gegend die Hauptaufmerksamkeit zugewendet. Der Boden der Rautengrube wurde von hinten nach vorn fortschreitend durch die aufgesetzte oder mäßig tief eingesenkte Elektrode gereizt; etwa 6 mm vom Calamus scriptorius nach vorn und ungefähr 2 mm von der Mittellinie entfernt bekam ich nebst Kontraktion im Fazialisgebiet deutliche Sekretion auf derselben Velumseite scharf abgegrenzt in der Mittellinie gegen die andere Seite. Bei starken Strömen zeigte sich Sekret auch auf der anderen Gaumenhälfte, jedoch in geringerer Menge als auf der Seite, auf welcher gereizt wurde; möglicherweise handelte es sich hierbei um Stromschleifen. Die Stelle, von der bei den schwächsten verwendeten Strömen Sekretion erzielt werden konnte, ist etwa über 1 mm² groß. In der Umgebung dieser Stelle, auch bei Abtastung nach vorne und außen war keine Sekretion zu erzielen. Bei Annäherung an den Abgang des Fazialisstammes kam wieder Sekret zum Vorschein. Es ist also ausgeschlossen, daß es sich bei Reizung der 1 mm² großen Stelle um Stromschleifen auf den Fazialisstamm hätte handeln können. Somit lag der sekretorische Fazialiskern für die Drüsen des weichen Gaumens vor. Wie bei Reizung des Fazialisstammes kam auch hier das Sekret nach 1–2 Sekunden zum Vorschein. Die Tröpfchen vereinigten sich allmählich zu einer kontinuierlichen Sekretschicht und der Sekretionsvorgang konnte mehrere Male hintereinander beobachtet werden.

II. Der sekretorische Sympathikuskern.

In einer weiteren Reihe von Versuchen handelte es sich darum, den Kern der im Halssympathikus verlaufenden sekretorischen Nervenfasern festzustellen. Bei den narkotisierten und in der Regel tracheotomierten Tieren wurde der Wirbelkanal in großer Ausdehnung eröffnet und das Brustmark sowie das Halsmark bis zum zweiten Halswirbel hinauf freigelegt. Dann wurde das Brustmark in der Höhe des siebenten Brustwirbels quer durchschnitten und die Querschnitte gereizt; doch ergab weder Reizung des unteren noch des oberen Querschnittes Sekretion am Gaumen; in der Höhe des fünften bis sechsten Brustwirbels jedoch bekam man Sekretion bei elektrischer Reizung des oberen Querschnittes, und zwar kam das Sekret nicht gleich nach der Reizung zum Vorschein, sondern, wie seinerzeit bei Sympathikusreizung beschrieben und oben erwähnt, erst nach etwa 15 und mehr Sekunden und dauerte ungefähr 2 Minuten hindurch. Die Tröpfchen wurden allmählich größer und flossen dann zusammen. Beim Wegwischen des Sekretes traten innerhalb 2 Minuten immer wieder neue Tröpfchen auf. Ich habe seinerzeit schon darauf hingewiesen, daß die lange Nachwirkung zu Täuschungen Anlaß geben kann, daher Vorsicht notwendig sei. Wiederholte Reizungen hatten denselben Erfolg.

Zumeist war Sekretion nur auf der gereizten Seite vorhanden, zuweilen trat jedoch Sekret, wenn auch in geringer Menge, auf der anderen Velumhälfte auf. Bei längerem Zuwarten zeigte sich wohl regelmäßig Sekret auch auf der anderen Seite, doch deutete die lange Pause zwischen Reizung und Auftreten der Sekretion auf die spontane Natur derselben hin. Auch kam Sekret nach wiederholtem Abtrocknen der Schleimhaut, selbst wenn keine Reizung erfolgte, nach längerer Zeit stets symmetrisch auf beiden Seiten des Velum zum Vorschein.

Um zu sehen, ob es sich nicht etwa um einen reflektorischen Vorgang handle, wurde vor der Reizung des Brust-

markes das Halsmark in der Höhe des zweiten bis dritten Halswirbels quer durchschnitten, doch war der Effekt derselbe und es trat nach wie vor Sekretion auf.

Bei Verlegung des Querschnittes durch das Brustmark hinauf, kopfwärts, ergab Reizung desselben bis zur Höhe des zweiten Brustwirbels Sekretion. In dieser Höhe und darüber hinaus ergab Reizung keine Sekretion mehr, wohl aber trat sie auf, wenn der Halsstrang des N. sympathicus elektrisch gereizt wurde; die sekretorischen Fasern des Sympathikuskerns verlassen also das Rückenmark in der Höhe des ersten bis zweiten Brustwirbels und senken sich in den Grenzstrang ein.

Bemerken will ich noch, daß ich bei Reizung des Halssympathikus — wie seinerzeit schon erwähnt — zuweilen mehr oder weniger deutliche Rötung des weichen Gaumens auf der gereizten Seite beobachtet habe, das heißt, daß die Vasodilatoren desselben oft denselben Verlauf haben wie die sekretorischen Fasern. Dies würde den Angaben von DASTRE und MORAT²⁾ entsprechen, die gezeigt haben, daß der N. sympathicus Vasokonstriktoren und Vasodilatoren enthält. Doch geben sie nur von den Vasokonstriktoren an, daß sie mit dem zweiten bis fünften Dorsalnerven aus dem Rückenmark kommen und durch die Rami communicantes zum Grenzstrang des N. sympathicus gehen; dieselben verlaufen dann bis zum G. cervicale supremum und senken sich, wie auch LANGLEY³⁾ angibt, durch Vermittlung des Plexus caroticus und intercarotideus in den N. trigeminus ein. Über die Vasodilatoren liegen aber derlei Angaben nicht vor und in der Tat konnte ich in keinem meiner Versuche Rötung des weichen Gaumens bei Reizung des Brust- oder Halsmarkes beobachten.

Demnach liegt der Kern der im Fazialisstamm enthaltenen sekretorischen Fasern des weichen Gaumens unter der Rautengrube, und zwar für jede Seite je ein Kern, während der Kern der im Halsstrang des N. sympathicus verlaufenden Nervenfasern für die Drüsen des weichen Gaumens in der Höhe des fünften bis sechsten Brustwirbels beiderseits von der Mittellinie liegt. Die Kerne liegen hier sowohl wie in der Medulla oblongata der Medianebene ziemlich nahe; möglicherweise gibt es auch Fälle, in denen wenige sekretorische Fasern ihren Ursprung im Kern der gegenüberliegenden Seite haben.

Der Kern, Ursprung und periphere Verlauf der sekretorischen Drüsenerven des weichen Gaumens stellt sich demnach folgendermaßen dar: In der Höhe des fünften bis sechsten Brustwirbels liegt je ein sekretorischer Kern für den weichen Gaumen. Von diesen Kernen, beiderseits von der Mittellinie ziehen die Fasern durch das Brustmark nach oben bis zum ersten bis zweiten Brustwirbel, verlassen dasselbe mit den Rami communicantes, senken sich in den Halsstrang des N. sympathicus ein, durchsetzen die Halsganglien, treten mit den Erweiterern der Pupille in die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium, hier bereits von den letzteren getrennt, weiter und erreichen das Ganglion sphenopalatinum. In manchen Fällen gehen einige dieser sekretorischen Fasern, nämlich die für die hinteren Partien des Velum, in den R. pharyngeus vagi über und in diesem, zugleich mit den motorischen Fasern des M. levator palati molliis, zu ihrem Endziele. Ein zweiter unter der Rautengrube beiderseits von der Mittellinie liegender sekretorischer Kern sendet seine Fasern mit dem Fazialisstamm durch das Knie desselben und den N. petrosus superficialis major ebenfalls zum Ganglion sphenopalatinum; von hier ziehen dieselben vereint mit den sekretorischen Sympathikusfasern in die Nn. palatini, welche sie zu den Drüsen des weichen Gaumens geleiten.

* * *

²⁾ DASTRE und MORAT, Le système grand sympathique. „Bull. scienc. du Dép. du Nord“, 2. Serie, 1890, Nr. 7.

³⁾ LANGLEY, The sympathetic and other related systems of nerves. Im Textbook of Physiology von SCHÄFFER, 1900, 2. Bd.

Wie seinerzeit an dieser Stelle hervorgehoben, ist es mehr als wahrscheinlich, daß die hier in Rede stehenden, von den Untersuchungen an Tieren gewonnenen Ergebnisse sich auch auf den Menschen übertragen lassen. Was nun vorerst den peripheren Verlauf betrifft, so sprechen verschiedene klinische Beobachtungen dafür, daß es sich namentlich in Bezug auf den Fazialis beim Menschen ähnlich verhält und daß sekretorische Fasern auch beim Menschen vom Fazialis zum weichen Gaumen ziehen.

Wir wissen, daß die Kranken bei Fazialislähmung zuweilen über Trockenheit im Munde klagen, doch wissen wir andererseits auch, daß die Parotis ihre sekretorischen Nerven ebenfalls vom Fazialis, und zwar durch die Chorda tympani bezieht, welche den Stamm des Fazialis innerhalb des Canalis Fallopii verläßt, durch die Paukenhöhle verläuft und sich dann an den N. lingualis anlegt. Bei Lähmung des Fazialisstammes zentralwärts vom Abgang der Chorda tympani wird demnach die Parotissekretion versiegen.

Doch ist das subjektive Gefühl der Trockenheit nicht immer auf eine Funktionseinstellung der Speicheldrüsen zurückzuführen. Es sind Fälle bekannt, in denen trotz ungestörter Speichelsekretion — zum mindesten auf einer Seite — dennoch ein Gefühl von Trockenheit im Munde vorhanden war, und ich erwähne hier nochmals kurz die Fälle von KÖSTER. In einem Falle⁴⁾ hatte die Lähmung ihren Sitz im transversalen Abschnitte des Canalis Fallopii zwischen Porus acusticus und Ganglion geniculi und der Kranke klagte über Trockenheit im Munde, trotzdem auf der anderen Seite Speichelabsonderung vorhanden war. Im zweiten Falle⁵⁾ hatte die Kranke eine linksseitige Fazialislähmung und klagte über starke Trockenheit, während in der Speichelabsonderung eine Differenz zwischen beiden Seiten nicht festgestellt werden konnte.

Einen ähnlichen Fall beschreibt ERB⁶⁾: Trockenheit der rechten Gaumenhälfte infolge von rechtsseitiger Fazialislähmung.

Zur Feststellung des Sitzes der Läsion im Verlaufe des Fazialis wurde bekanntlich ein Schema entworfen: Befindet sich die Lähmungsursache an der Austrittsstelle des Fazialis aus dem For. stylomastoideum, so ist Lähmung der Gesichtsmuskeln vorhanden, und in dem Maße, als die Läsion zentralwärts fortschreitet oder auftritt, stellen sich nach Maßgabe der einbezogenen Nerven auch Störungen in den von denselben abhängigen Gebieten ein. ERB⁷⁾ sagt: „Wir sind jetzt durch unsere bisherigen Erfahrungen in den Stand gesetzt, sowohl in der peripheren Bahn des Fazialis wie in seiner zentralen mehrere Unterabteilungen zu unterscheiden, die wir aus den vorhandenen Symptomen mit einiger Sicherheit voneinander trennen können. Die dazu dienlichen Anhaltspunkte geben die von dem peripheren Fazialis abgehenden Äste . . . Störungen des Geschmacks und Gaumensegelparese bedeutet Läsion in der Gegend des G. geniculatum . . .“ etc. Ich habe aber seinerzeit gezeigt⁸⁾, daß der Fazialis mit der motorischen Innervation des Velum nichts zu tun habe; man könnte demnach mit mehr Berechtigung in dieses Schema der Fazialislähmung an Stelle der Gaumensegelparese die Lähmung der sekretorischen Nerven des Gaumens setzen.

Allerdings bekommen die Gaumendrüsen, wie wir sahen, auch vom Sympathikus sekretorische Nerven. In klinischer Beziehung konnte ich nirgends in der Literatur eine Andeutung eines Zusammenhanges zwischen Sympathikuserkrankung und Gaumensekretion finden. Sehr wahrscheinlich ge-

hört aber ein Fall hierher, den ich vor ungefähr 10 Jahren sah, als ich mich mit den Motilitätsstörungen des weichen Gaumens eingehend beschäftigte und den ich hier nochmals erwähnen will.

Ein Mann von etwa 30 Jahren holte wegen einer Laryngitis ärztlichen Rat ein. Auf den ersten Blick fiel die engere Pupille, zum Teil auch Lidspalte links auf und als Nebenfund erhob ich Folgendes: Außen am Halse links von der Mittellinie knapp über dem Manubrium sterni in der Tiefe ein zirka haselnußgroßer, derber, wenig beweglicher Tumor; Pulsbeschleunigung; Rekurrens frei, keinerlei Störung in der Bewegung der Stimmbänder. Die Bewegungen des Velum normal; doch fiel mir in Bezug auf die Sekretion eine Differenz zwischen beiden Velumhälften auf. Auf der rechten Seite traten der ganzen Länge nach, in der Mittellinie scharf gegen die andere Gaumenhälfte abgegrenzt, nach mehreren Sekunden Sekretperlen auf, was links nicht einmal andeutungsweise der Fall war.

Es wird sich wohl in diesem Falle nicht nur um eine Kompression des Vagus, sondern gleichzeitig um eine Drucklähmung des Sympathikus gehandelt haben, worauf ja schon die Differenz in der Pupille und Lidspalte hinwies; die sekretorischen Erscheinungen stimmen hier mit den experimentellen Ergebnissen gut überein. Rechts auf der intakten Seite traten Sekretperlen ähnlich wie bei der experimentellen Sympathikusreizung nach mehreren Sekunden auf, geradeso wie man dies in der Regel am ganzen weichen Gaumen spontan auftreten sieht und was auf Sympathikuswirkung zurückzuführen ist. Auf der linken Seite dagegen war keine Gaumensekretion zu konstatieren. Es muß demnach links eine Lähmung des Sympathikus und Vagus vorhanden gewesen sein und der Tumor bereits beide Nerven lädiert haben. Nach dem Sitz des Tumors und den anatomischen Verhältnissen ist wohl die Sympathikuslähmung älteren Datums gewesen als die Vaguslähmung, denn der Tumor wuchs anscheinend aus der Tiefe hervor und dann kann ja der Vagus eher vor dem ihn bedrängenden Tumor ausweichen als der Sympathikus, der fest geheftet ist (HEILIGENTHAL⁹⁾).

Von den bei Sympathikuslähmung auftretenden und als konstant angegebenen Erscheinungen sind auch hier die okulopupillären Symptome vorhanden gewesen, während die anderen inkonstanten Erscheinungen, das Zurückweichen des Bulbus, Gefäßerweiterung der Gesichts- und Kopfhaut, Anidrosis und Abmagerung der entsprechenden Gesichtseite, zum mindesten nicht auffallend waren.

Die Beurteilung der Sekretionserscheinungen am weichen Gaumen wird dadurch noch ganz besonders erschwert, daß die Drüsen desselben ihre sekretorischen Nerven von zwei Seiten her zugeleitet bekommen; jedenfalls werden sehr zahlreiche Beobachtungen notwendig sein, um die sekretorischen Symptome auch klinisch festzulegen. Was die sekretorischen Nervenzentren des weichen Gaumens betrifft, so ist uns hierüber in klinischer Beziehung nichts bekannt.

Über

Protylin und seine therapeutische Verwertung.

Von Dr. F. Kornfeld in Wien.

Die Literatur der letzten Jahre verzeichnet eine Fülle von Mitteilungen über die Erfolge, welche die einzelnen Nähr- und Kräftigungsmittel für sich in Anspruch nehmen dürfen. Die Zahl derselben ist ohne Zweifel eine mehr als ausreichende; allein ein jedes derselben gründet sich auf eine durch Stoffwechseluntersuchungen beglaubigte und ziffermäßig belegte vortreffliche Resorptionsfähigkeit und Verwertung im Orga-

⁹⁾ Zit. bei OPPENHEIM, Lehrbuch für Nervenkrankheiten, Berlin 1902, pag. 1134.

⁴⁾ KÖSTER, Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre der Lähmung des N. facialis. S.-A. aus dem „Deutschen Archiv f. klin. Med.“, pag. 354.

⁵⁾ KÖSTER, l. c. pag. 361.

⁶⁾ ERB, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie peripherer Paralyse. „Deutsches Archiv f. klin. Med.“, 1886, pag. 540.

⁷⁾ ERB im Handbuch der speziellen Pathol. u. Ther. von ZIEGLER.

⁸⁾ RÄTSEL, Die Nervenwurzeln der Gaumen- und Rachenmuskeln. Sitzungsberichte der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien, Juli 1892.

nismus, so daß eigentlich keinem der vorliegenden Nährpräparate eine tunlichst ausgedehnte Erprobung in der ärztlichen Praxis durch möglichst zahlreiche Beobachter versagt werden soll. Bei der Wahl des einen oder anderen Nährmittels in einem besonderen Krankheitsfalle wird dann die sachgemäße Erfahrung des Arztes, welcher über ausgedehnte Eigenbeobachtungen verfügt, die Wahl des Mittels beeinflussen und nicht dem Zufall allein anheimgeben. Wie EWALD mit Recht betont, kommt es dabei, natürlich innerhalb gewisser Grenzen, nicht so sehr darauf an, ob ein Präparat etwas mehr lösliche Kohlehydrate oder Peptone resp. Albumosen enthält wie ein anderes, als vielmehr, ob dessen Geschmack und Bekömmlichkeit günstige sind.

Unter den neueren künstlichen Nährpräparaten gebührt dem Protlylin „Roche“ wegen seiner besonders günstigen Beurteilung durch zahlreiche Untersucher (KOCHER, GNEZDA, NEKOWITSCH, GERHARTZ, BÜRGER, v. BILGORAJSKI, SIEGMANN, J. A. GOLDMANN u. a.) eine eingehendere Würdigung; dies schon aus dem Grunde, weil seine chemische Komposition ihm ein von anderen Präparaten in manchem abweichendes Indikationsgebiet zuweist. Die gründlichen Beobachtungen, welche von v. BILGORAJSKI und BÜRGER in eingehenden Mitteilungen niedergelegt erscheinen, boten den folgenden eigenen Untersuchungen die hauptsächlich Grundlage und mögen dieselben, in gleicher Richtung durchgeführt, als ergänzender und bestätigender Beitrag dienen.

Das Protlylin „Roche“ ist eine synthetische Phosphor-Eiweißverbindung aus der Gruppe der Parankleine. Seiner chemischen Zusammensetzung und seiner Herstellungsweise gemäß ist es ein leicht assimilierbares, absolut ungiftiges Proteid, welches eine Phosphorgruppe an natürliches Eiweiß angelagert enthält.

Protlylin ist in Wasser nahezu unlöslich, in Alkalien dagegen, desgleichen in starken, im Überschuß vorhandenen Mineralsäuren löslich, durch Essigsäure jedoch fällbar. Es enthält etwa 2·7% Phosphor in molekularer Bindung als Phosphorsäureanhydrid, entsprechend den in der lebenden Zelle vorkommenden Nukleinen. Der Magenverdauung nicht zugänglich, unterliegt das Protlylin bei Zufluß des Pankreas-saftes der tryptischen Verdauung. Mit den Halogenen und einzelnen Metallen verbindet es sich, so daß die Herstellung von Jod-, Brom- und Eisenprotlylin möglich wird.

Das Protlylin ergab bei der Elementaranalyse folgende Zusammensetzung: 12·98% N, 43·82% C, 7·26% H. Es ist ein gelblichweißes, fast geruch- und geschmackloses Pulver, welches je nach Alter, Bekömmlichkeit und den Indikationen des besonderen Krankheitsfalles in Dosen von 1—2 g und darüber verabreicht wird. Kindern von über einem bis zu 5 Jahren werden gewöhnlich 1—2 abgestrichene Kaffeelöffel, von 8—12 Jahren 1—3 Kaffeelöffel, Erwachsenen 2—4 Kaffeelöffel pro Tag gegeben. Das Präparat läßt sich am besten, auch ohne Wissen der Kranken den Speisen zufügen, ohne daß deren Geschmack in irgendwie merklicher Weise verändert oder gar unangenehm alteriert wird. Dabei soll es jedoch den Speisen erst in fertigem Zustande hinzugefügt und nicht mit denselben gekocht werden. Zu vermeiden ist das Zusammenbringen mit sauren Speisezubereitungen. Gewöhnlich geben wir das Protlylin in Suppen, Gemüsen oder Breiabkochungen, wie Milchspeisen, Pürees etc., auch mit Ei und Zucker gequirlt. Toleranten Kranken konnten wir das Protlylin auch ohne jeden Zusatz verabreichen, Kindern und nervösen und empfindlichen Patienten dagegen am leichtesten gesüßten oder angenehm schmeckenden Speisen beigemischt.

Das Anwendungsgebiet des Protlylin erstreckt sich auf eine ziemlich ausgedehnte Gruppe pathologischer Zustände.

Von KOCHER wurde das Protlylin zur Behandlung von diffusen Strumen und auch bei beginnendem Morbus Basedowi empfohlen.

Im allgemeinen als kräftiges Eiweißnährmittel für alle Formen von Schwächezuständen, mangelnder Blutbereitung

und Regeneration, somit als Tonikum bei Unterernährung und Anämien geeignet, findet es vermöge seines Phosphorgehaltes eine besondere Verwendung bei rachitischen und osteomalatischen Knochenprozessen, bei Skrophulose, bei neurasthenischen und nervösen Zuständen, schließlich als energisches Kräftigungsmittel bei geschwächten Personen in der Rekonvaleszenz nach schweren fieberhaften Erkrankungen sowie als Tonikum bei depaszierenden, namentlich malignen Krankheiten, Karzinom, Leukämie und bei senilem Marasmus.

Zur Erprobung der Ausnutzung des verabreichten Protlylin und der dadurch bedingten Einwirkung auf die Blutbeschaffenheit und den gesamten Ernährungszustand wurde das Präparat in einer Reihe von anämischen Kranken, sowohl Chlorosen als auch in sekundärer Beziehung blutarm gewordenen Erwachsenen verabreicht. Aus dieser Gruppe seien folgende Auszüge von Krankengeschichten mitgeteilt.

1. Frl. M. F., 21 Jahre alt, klagt über sehr häufigen Kopfschmerz, große Müdigkeit, Ohnmachtsanwandlungen; die Menses seit 5 Monaten äußerst spärlich, Appetit liegt gänzlich danieder, besonders besteht Ekel vor Fleischspeisen. Die Untersuchung ergibt hochgradige Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, anämische Geräusche, Nonnensausen; sehr graziler Knochenbau, Fettansatz vollkommen fehlend. Die Behandlung bestand in Verabreichung von Eisenprotlylin in steigenden Dosen, und zwar in der Art, daß anfangs $\frac{1}{2}$, später 1—1 $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel voll in Suppe, Milch oder Gemüse genommen wurden. Schon nach 14tägigem unausgesetztem Gebrauch war eine wenn auch geringe Gewichtszunahme zu konstatieren, der Appetit hob sich merklich, so daß bereits Fleischkost gereicht werden konnte. Nach weiteren 8 Wochen war der Blutbefund, namentlich hinsichtlich des Hämoglobingehalts, merklich gebessert. Die Menses reichlicher, das Aussehen frischer und der Kräftezustand befriedigend. Pat. gebrauchte das Eisenprotlylin mit gutem Erfolge noch weitere 10 Wochen.

2. Bei einem 18jährigen Neuraastheniker, dessen Blutbefund die Charaktere der Anämie aufwies (Hämoglobingehalt 46%, 3 $\frac{1}{2}$ Millionen rote Blutkörperchen), wurde nebst physikalischen Heilmethoden eine Mastkur unter Beihilfe von Protlylin, abwechselnd mit Eisenprotlylin, eingeleitet. Der Erfolg war ein überraschend zufriedienstellender; während es zuvor unter reiner Eisenmedikation niemals gelungen war, das Körpergewicht und den Hämoglobingehalt in nennenswerter Weise zu steigern, war jetzt unter Protlylingebrauch, unter breiigen Speisen, auch Mehlspeisen vermengt, die Toleranz gegen die vermehrte Nahrungszufuhr eine auffällige. Der Kranke nahm binnen 4 Wochen um ca. 3 kg zu, Hämoglobingehalt 57%, die nervösen Beschwerden, namentlich der gestörte Schlaf, wichen ziemlich rasch, das Aussehen besserte sich sichtlich und nach weiteren 8 Wochen, während welcher 3 g Protlylin pro die gebraucht wurden, war Pat. aus der Behandlung gesund entlassen.

3. Ein 12jähriger Knabe zeigte nach einem mit Albuminurie einhergehenden Scharlach eine zurückgebliebene hochgradige Anämie. Die Erkrankung war eine sehr langdauernde und schwere gewesen, so daß sich die Rekonvaleszenz in die Länge zog und Pat. sich nur wenig erholte; er litt unter absolutem Appetitmangel, magerte ungemein ab und war derart kraftlos, daß er ans Bett gefesselt blieb. Die Untersuchung ergab ein äußerst schwächliches, ungemein herabgekommenes Kind, sehr grazil, Panniculus adiposus gänzlich fehlend, Muskulatur äußerst dürrig. Hautdecken und Schleimhäute stark anämisch. Die Lungen zeigen normalen Befund, am Herzen über allen Ostien ein weiches Blasegeräusch aksidenteller Natur. Die Abdominalorgane normal. Im Harn sehr geringe Spuren von Albumin, Formelemente aus den Nieren nicht nachweisbar. Die Blutuntersuchung ergab 45% Hämoglobingehalt, 3 $\frac{1}{4}$ Millionen rote und 15.000 weiße Blutkörperchen. Ohne nachweisliche Organerkrankung bestand somit in diesem Falle eine im Gefolge einer schweren Infektionskrankheit zurückgebliebene sekundäre Anämie. Die Therapie bestand zunächst in tunlichst kräftiger Ernährung; überdies wurde der Versuch gemacht, mittelst Protlylin wirksam einzugreifen. Der Knabe erhielt in der ersten Woche 1 bis 1 $\frac{1}{2}$ Kaffeelöffel täglich; mit dieser Dosis wurde in der

zweiten Woche auf zwei Kaffeelöffel und in der dritten Woche auf drei Löffel gestiegen, bei dieser Menge wurde weitere sechs Wochen geblieben. Die Wirkung war in diesem Falle eine ungemein günstige. Nach kaum sechswöchentlicher Behandlung waren sämtliche Erscheinungen der Anämie in ganz erheblichem Maße gebessert, die Ernährung in bestem Maße gehoben, das Aussehen blühend und der Kräftezustand ein vortrefflicher; die Gewichtszunahme betrug $7\frac{1}{4}$ kg. Die nach 5 Wochen vorgenommene Blutuntersuchung ergab 80% Hämoglobingehalt, $4\frac{1}{4}$ Millionen rote und nur mehr 6500 weiße Blutkörperchen, die systolischen Herzgeräusche gänzlich geschwunden, so daß der anämische Zustand als völlig behoben angesehen werden konnte.

Nachdem eine ganz ansehnliche Reihe von Kranken, bei denen allgemeine Körperschwäche, Unterernährung und Blutarmut als Residuen nach schwer fieberhaften akuten Erkrankungen, wie Typhus, Pneumonie, Pleuritis, Gelenkrheumatismus, Puerperalfieber u. a. zurückgeblieben waren, in ganz gleicher Weise das Protlylin resp. Eisenprotlylin als kräftig unterstützenden Heilbehelf mit vollem Nutzen gebraucht hatte, konnten wir die Überzeugung gelten lassen, daß dem Protlylin eine erhebliche Bedeutung als Nähr- und Kräftigungsmittel zugebilligt werden könne. Übereinstimmend mit dem Urteile früherer Autoren war die Erprobung auf die Verdaulichkeit, den Einfluß auf die Verdauungs- und Blutbildungsorgane, auf die Appetenz und Bekömmlichkeit eine durchwegs erfolgreiche gewesen. Bei jugendlichen und erwachsenen Personen, bei denen es galt, den gesunkenen Ernährungsstatus und die damit einhergehende Verschlechterung der Blutzusammensetzung zu beheben, waren die Erfolge der Protlylinanreicherung in zufriedenstellender Weise zutage getreten. Die Durchschnittsmenge des verabfolgten Protlylin belief sich auf 3—4 g pro die, nur in einzelnen Fällen waren wir bis auf 5—6 g täglich gestiegen. Dasselbe bekundete durchwegs in unseren eigenen, kontrollierten Fällen eine vorteilhafte Wirkung im Sinne der Appetenz, der Kräftevermehrung und der Wachstumsbeförderung. Freilich ist hierzu eine hinreichend lange Dauer der Protlylinmedikation erforderlich, die wir insbesondere bei jugendlichen resp. kindlichen Individuen nicht unter 8 bis 10 Wochen zumindest bemessen möchten. Bei einer kleinen Gruppe von halberwachsenen Kindern im Alter von 9 bis 13 Jahren war die Indikation für Protlylingebrauch in schwächlichem Körperbau, Blässe, geringer Widerstandsfähigkeit, Magerkeit und Neigung zu Katarrhen des Respirationstraktus, zu Drüsenschwellungen, Ohreitrungen und Augenentzündungen gegeben. Hier bewährte sich das Präparat als ein wertvolles Anreicherungs- und Ernährungsmittel der Ernährungsweise, indem der unter dessen Gebrauch eintretende Stoffansatz sowie die Zunahme der Körperkraft, des Längenwachstums und insbesondere des Körpergewichts ($2-6\frac{1}{2}$ kg) deutlich zugunsten des erhöhten Stoffansatzes unter reichlicher Eiweißkost — Protlylin — sprach.

Eine weitere Gruppe umfaßt eine größere Anzahl von ausgesprochenen Erkrankungen skrofulöser Natur bei Kindern und jugendlichen Individuen, bei denen der Wert des Protlylins deutlich in Erscheinung trat. Es unterliegt nach den Ergebnissen unserer Untersuchungen keinem Zweifel, daß dem Phosphorgehalt des Protlylin neben der hochwertigen Eiweißverbindung, welche das Präparat darstellt, eine prinzipielle Bedeutung für die günstige therapeutische Beeinflussung sowohl der skrofulösen Drüsenerkrankung, der Knochenveränderungen und der Schleimhautaffektionen, wie insbesondere der auf rachitischen Grundlage zustande kommenden Veränderungen des kindlichen Organismus zukommt. Wir haben in einer Gruppe von 20 Fällen skrofulöser Drüsenaaffektionen bei Kindern im Alter von 2—12 Jahren, bei denen es sich teils um isolierte Drüsenskrofulose, teils um solche in Kombination mit skrofulöser Rhinitis, Ozaena, Otitis media et externa, Skrofuloderma, lupösen Veränderungen an der Haut und den Schleimhäuten handelte, vom Protlylin resp. Eisenprotlylin Gebrauch gemacht.

Während der Anwendung des genannten Nährmittels wurde eine jede andere unterstützende Medikation, wie Lebertran, Eisen, Malzextrakt, Somatose beiseite gelassen und ausschließlich mit Protlylin behandelt. Zunächst war zu bemerken, daß unser Präparat von allen Kindern ganz vorzüglich vertragen wurde; dasselbe steigerte die Eßlust, hatte keinerlei nachteilige Wirkung auf die Verdauungsfunktionen und konnte somit, den Nahrungsmitteln unvermerkt zugesetzt, durch eine lange Reihe von Wochen und Monaten fortdauernd verabreicht werden. Die konstitutionelle Erkrankung, welche die skrofulöse resp. rachitische Diathese darstellt, bekundete sich in unseren Krankheitsfällen nicht ausschließlich in den lokalen Krankheitserscheinungen, sondern auch in der allgemein ungünstigen Körperveranlagung, der bis zu wachsblichem Kolorit gesteigerten Blässe der Gesichtsfarbe und des gesamten Integumentes, einer den höchsten Graden der Anämie zuzuzählenden Verarmung des Blutes an Farbstoff und an roten Blutzellen, sowie in einer der gedeihlichen Nahrungszufuhr hinderlichen Entwicklungshemmung der Verdauungsorgane, als deren Ausdruck eine gehemmte oder unzureichende Bereitung, resp. ein minderwertiger Chemismus der Verdauungssäfte vorherrscht. Zum Zwecke der Bekämpfung dieser kombinierten Konstitutionsanomalien bedienten wir uns mit erfreulichem Erfolge des Protlylin. Die gesamte organische Entwicklungsstörung sowie die als Folge derselben bestehenden anatomischen Schwächezustände wurden durch die systematische Verabfolgung und konsequente Einverleibung entsprechend zugemessener und gesteigerter Protlylin- resp. Eisenprotlylin-Medikation mit promptem Erfolge bekämpft. Daß die Rückbildung der Krankheitsprodukte gemäß der Natur der Grundursachen der rachitischen, resp. skrofulösen Affektionen, welche zumeist einen ungemein torpiden Verlauf zeigen, in sehr vielen Fällen eine äußerst langsame und ganz allmähliche war, ist gewiß nicht zu verwundern. Um so mehr muß hervorgehoben werden, daß die Behandlung mit Protlylin in keinem einzigen Falle, in dem die ersten Erfolge etwa lange auf sich warten lassen sollten, zu voreilig und frühzeitig abgebrochen werden dürfe; wir haben es in unseren Fällen sehr oft erlebt, daß der Nutzen der Protlylintherapie erst nach mehreren Wochen ganz unmerklich und dann erst in erheblicherem Maße, aber mit voller Deutlichkeit kenntlich wurde, so daß wir, dadurch ermutigt, zu immer länger fortgesetztem Gebrauche geraten haben. Der prompte Erfolg, welchen die auf viele Wochen und Monate ausgedehnte Verabfolgung von Protlylin, nach Maßgabe des Alters und der Verträglichkeit des Präparates graduell unterschieden, zeitigte, scheint uns, wie bereits erwähnt, in dem Phosphorgehalt des Mittels begründet zu sein, so daß wir wohl mit Berechtigung von einer bis zu einem gewissen Grade spezifischen resp. kausalen Therapie sprechen können.

Bei ganz gleichen sonstigen Bedingungen, Aufenthalt in guter Luft, Ernährungsbedingungen, Kostordnung unter Beihilfe von Eiweißnährmitteln, Salzbadern etc. waren im allgemeinen die Behandlungsergebnisse unvollkommenere und minder nachhaltige als bei den mit Protlylin behandelten Fällen.

Als Paradigmata der Behandlungsweise, der Verlaufsart und der Endergebnisse seien aus dieser Gruppe von Krankheitsfällen einige Krankenberichte auszugsweise wiedergegeben:

1. Ein $2\frac{1}{2}$ -jähriger Knabe bot das typische Bild einer schweren Rachitis. Drei ältere Geschwister, die so wie das Kind unter sehr ärmlichen und mangelhaften Verhältnissen aufgewachsen waren, litten gleichfalls in der ersten Kindheit an Rachitis, deren Residuen noch heute kenntlich sind. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren sind an dem kranken Kinde die rachitischen Erscheinungen deutlich hervorgetreten. Der Kopf groß, die Knochen mangelhaft fest, Stirn- und Hinterhauptshöcker stark vorspringend, Rippenknorpel weich, die Verbindungen derselben mit den vorderen Rippenenden sehr weich, stark aufgetrieben, desgleichen auch die Epiphysenenden fast aller längeren Knochen, auch der Phalangen, der Bauch groß, stark aufgetrieben.

An den unteren Extremitäten sowohl die Oberschenkel wie besonders die Tibien stark seitlich ausgebogen. Das Kind sieht elend, sehr herabgekommen und anämisch aus. Appetit sehr darniederliegend, Stuhl sehr unregelmäßig, Schlaf erheblich gestört. Über den Lungen ausgebreitete bronchitische Geräusche. Die Drüsen am Halse, hinter dem Unterkieferwinkel und vor dem Ohr gruppenweise geschwollen, die Haut über denselben jedoch nicht entzündlich verändert. Therapeutisch war der Fall vorher nicht in Angriff genommen worden. Es war daher interessant, die Wirkung von Protlylin ohne jede weitere medikamentöse oder diätetische Beeinflussung zu studieren. Wir verabreichten gleich von Beginn der Behandlung an zwei Kaffeelöffel des Pulvers in Suppe und Milch. Das Präparat wurde ohne jeden Nachteil gut vertragen und von dem Kinde stets gern genommen. Nach einer Behandlungsdauer von ca. 6 Wochen ließen sich schon deutlich Zeichen der Rückbildung des rachitischen Prozesses erkennen; die Auftreibungen der Gelenkenden wurden bedeutend kleiner, desgleichen verminderten sich die Drüsenschwellungen, das Kind begann wesentlich besser auszusehen, der Appetit war ganz erstaunlich gewachsen und die Eltern staunten über den überraschend schnellen Fortschritt, den die Besserung des Übels gerade bei diesem, wie sie sagten, unter allen Geschwistern am heftigsten von der Krankheit befallen gewesenem Kinde machte. Unter weiter fortgesetztem Gebrauche von Protlylin in der oben angegebenen Menge wurden die Kopfknochen allmählich kräftig ossifiziert, die Ausbiegung der Extremitätenknochen glich sich nahezu gänzlich aus, so daß der rachitische Prozeß der vollkommenen Ausheilung entgegengeführt wurde.

In ganz gleicher Weise verhielten sich vier analoge, wenn auch weniger schwere Rachitisfälle, bei denen eine energische Protlylinbehandlung, unter Beiseitlassung jeder anderweitigen Medikation, mit Ausnahme hygienisch-diätetischer Verordnungen, wie frische Luft, regelmäßiges Baden, in 3- bis 5monatlicher Beobachtung rasches Schwinden der Knochenveränderungen zustande brachte.

Bei zwei Fällen von Fraktur der Klavikula bei Erwachsenen sowie bei einer unvollständig geheilten Femurfraktur in der oberen Hälfte des Schaftes bei einem 3 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen erzielten energische Protlylingaben augenscheinlich eine günstige Beeinflussung der Kallusbildung, welche eine rasche und sehr starre Konsolidierung der Knochenfragmente erreichen ließ.

Was die Fälle von Drüsenskrofulose anbelangt, die ich der Protlylintherapie unterzog, so ergab sich in der Mehrzahl der Fälle ein recht befriedigendes Resultat, insofern bei entsprechender Besserung der Appetenz der Gesamtzustand der betreffenden Kinder sich unter Aufwand von Geduld und Bemühung von Seite der Eltern und des Arztes ganz allmählich durch eine Kräftigung sämtlicher Organfunktionen, namentlich aber durch ein Rückgängigwerden der Drüsenschwellungen und eine allmähliche Abheilung durchgebrochener Drüsenabszedierungen bekundete.

Bei einer Anzahl von Kindern, welche bereits seit langer Zeit an skrofulösen Drüsenentzündungen und Residuen von solchen in Form charakteristischer gestrickter Narben am Halse, vor den Ohren oder am Thorax litten, oder bei denen die Diathese an dem Zurückbleiben im Wachstum, in schlechtem Aussehen, Neigung zu Augenentzündung, Rhinitis, Diarrhöen kenntlich war, handelte es sich uns darum, durch Unterstützung und energische Hebung der Gesamternährung dem Grundübel zu steuern, was auch tatsächlich in einem im Vergleiche zu der Bedeutung des Leidens befriedigenden Ausmaße gelang. Wir können uns daher nach der von uns gesammelten Beobachtungsreihe bezüglich der Wirksamkeit des phosphorhaltigen Eiweißstoffes Protlylin als Heilbehelf bei Behandlung skrofulöser und rachitischer Leiden bei Kindern in unbedingt günstigem Sinne äußern. Die konstante Zusammensetzung, die organische Bindung der leicht assimilierbaren Phosphoreiweißverbindung sichern dem Mittel bei der leichten Darreichung desselben in Suppe, Milch, Gemüsen

oder Breizubereitungen ein ausgedehntes Anwendungsgebiet in der Kinderpraxis.

Von diesen Erfahrungen ausgehend, wird man gewiß nicht zögern, auch bei Erwachsenen mit Knochenerkrankungen oder nach Operationen wegen solcher, wie Caries tuberculosa, Osteomyelitis oder traumatischen Defekten, Protlylin in reichlichen Gaben und durch lange Zeit fortgesetzt zu geben und den Einfluß des Phosphors in der Eiweißverbindung als ein günstiges Beförderungsmittel der Apposition kallöser Knochenbildung erkennen.

Es erübrigt uns hier nur noch kurz der Hinweis, daß wir reichlich Gelegenheit hatten, Protlylin bei einer Anzahl unterernährter, nervöser oder durch Krankheiten organischer Natur herabgekommener Personen zu verabreichen und den Erfolg desselben sowohl in Besserung der Ernährungsverhältnisse, als insbesondere in Kalmierung der Reizerscheinungen und irritativen Reflexsymptome zu erblicken.

In Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen (GNEZDA, GERHARTZ, M. BÜRGER) halten wir das Protlylin für ein sehr gutes künstliches Nährpräparat, welches vermöge seines Phosphorgehaltes bei rachitischen und skrofulösen Prozessen im Kindesalter ein streng indiziertes und spezielles Anwendungsgebiet besitzt. Als kräftiges Nähr- und Anregungsmittel verdient es bei anämischen und kachektischen Zuständen Erwachsener volles Lob.

Referate.

MIKULICZ (Breslau): Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen.

Die neueren bakteriologischen Untersuchungen haben uns gelehrt, daß bei Operationen am Darmtrakt trotz der peinlichsten Antisepsis eine größere oder geringere Menge Bakterien in das Peritoneum gelangt, ohne daß die Heilung durch diese Invasion gehindert werden mußte. Es kommt häufig zu zirkumskripten Peritonitiden, die ausheilen und Verwachsungen zurücklassen. Wenn aber die Zahl der Bakterien zu groß oder ihre Virulenz eine besonders große ist, kann es zu tödlichen Infektionen kommen. Zur Verminderung der Zahl der postoperativen Infektionen stehen theoretisch mehrere Wege offen. Vor allem die genaue Desinfektion des Darmtraktes; obwohl die bisherigen Versuche kein bestimmtes Resultat ergeben haben, hält Verf. für die Zukunft diesen Weg nicht für ganz aussichtslos („LANGENBECKS Arch.“, Bd. 73, H. 2) und glaubt, daß Menthol und das auf der Klinik erprobte Jodanisol hier von großem Nutzen sein können. Ein weiterer Weg wäre die Vermehrung der Widerstandsfähigkeit des Peritoneums gegen die Darmbakterien. Während für andere Krankheiten, deren Infektionsstoffe einheitlicher Natur (Diphtherie, Blattern, Pest etc.) sind, diese Resistenzvermehrung auf dem Wege der spezifischen Immunisierung durchzuführen ist, kann gegen die postoperative Peritonitis keine spezifische Immunisierung durchgeführt werden, weil die Infektion durch die verschiedensten Bakterien erfolgen kann und die Infektionen gewöhnlich Mischinfektionen sind (Coli, Streptokokken, Staphylokokken etc.). Verf. hat daher Versuche über die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit durch künstliche Hyperleukozytose an Thieren anstellen lassen und die guten Resultate dann für den Menschen verwertet. Als Mittel, welche sich als wirksam erwiesen haben, waren zu nennen: Physiologische Kochsalzlösung, neutrale Bouillon, 2% Aleuronataufschwemmung und ganz besonders Nukleinsäure. Die letztere Substanz verursachte eine Vermehrung der Leukozyten sowohl im Peritoneum als auch im Blute auf das Vielfache des Normalen. Die intraperitoneale Infektion von mit Nukleinsäure vorbehandelten Tieren ergab, daß 0.5% Nukleinsäure die Resistenz des Peritoneums um das 16—20fache vermehrt. Beim Menschen wurden gewöhnlich 50 cm³ einer 2%igen Lösung unter die Brusthaut injiziert und bewirkten eine Leukozytenvermehrung, deren Optimum beim Menschen erst nach 10—12 Stunden einzutreten scheint. Von Nebenerscheinungen bemerkte man lokale Röte und Schmerzhaftigkeit in den ersten

24 Stunden und dann Temperatursteigerung. Vorbehandelt wurden 34 Fälle. Die Untersuchungen sind noch nicht endgültig abgeschlossen, Verf. hat jedoch schon aus den bisherigen Beobachtungen den Eindruck gewonnen, daß die Fälle günstiger verlaufen als sonst. Speziell glaubt Verf. in einem sehr schweren Falle von postoperativer Peritonitis den günstigen Verlauf derselben auf die Vorbehandlung mit Nukleinsäure beziehen zu dürfen. Noch von einem anderen Leukozyten vermehrenden Mittel, nämlich der Kochsalzlösung, machte Verf. ausgiebigen Gebrauch. Das Peritoneum wird mit großer Menge warmer Kochsalzlösung ausgespült und ein Teil der Flüssigkeit in der Bauchhöhle belassen. Außer der mechanischen Reinigung bewirkt die Kochsalzlösung eine allgemeine und lokale Leukozytose und wirkt nach der Resorption als Stimulans auf das Herz. Verf. glaubt so den Verlauf mancher Fälle nach schweren Laparotomien gebessert zu haben.

ERDHEIM.

ELGART (Brünn): Über eine neue Methode der Einrenkung der hinteren Luxationen des Hüftgelenkes.

Das Prinzip dieser Methode ist im Grunde das folgende:

1. Der Kranke wird in Narkose auf die Erde auf eine Unterlage gelegt. Der Operateur kniet zu ihm so nieder, daß die ausgerenkte Extremität über sein gleichnamiges Knie überbogen werden kann, und der Assistent fixiert das Becken durch Druck auf beide Hüftbeine.

2. Der Operateur erfaßt (mit gleichnamiger Hand) das Schienbein der luxierten Extremität bei den Knöcheln und drückt es einestheils über sein Knie herunter, womit der Femurkopf mehr von hinten näher zur Pfanne gehoben wird, zugleich rotiert er es nach rückwärts hinter sich, d. h. er rotiert den ausgerenkten Schenkel nach innen und lockert so das Ligam. ileofemorale. Die andere Hand drückt (bei weniger dicken Personen) den Kopf direkt nach außen, indem sie seinem Überschlüpfen über den Limbus cartilagineus nachhilft, oder (bei dicken Personen, wo der Kopf nicht gut zu fühlen ist) er faßt den Schenkel oben von der inneren Seite her und zieht ihn zu sich nach außen. Die Flexion des ausgerenkten Femurs sei bei ischiadischen Luxationen etwas größer (über einen rechten Winkel), bei ilealen etwas kleiner, durchschnittlich genügt eine R-Flexion. Man könnte schließlich auch durch Neigung des eigenen Knies die Extremität in schwache Adduktion bringen, damit sie leichter den Rand der Pfanne überspringe, doch ist dies gewöhnlich nicht nötig.

3. Es ist ganz natürlich, daß eventuelle Differenzen zwischen der Höhe des Knies des Operateurs und der Länge des ausgerenkten Schenkels im gegebenen Falle gegenseitig so reguliert werden müssen, daß entweder der Operateur durch Unterlagen unter seinen Fuß sein Knie erhöht, oder es im Gegenteil nötig wird, unter das Kreuz des Kranken ein Polster zu schieben, damit durch das Biegen über das Knie die entsprechend dosierte Kraft erzielt werden kann. Bei dem Heben darf der Druck auf das Schienbein nur vorsichtig und ohne Stoßen gesteigert werden, auch darf der Operateur die mit seinem Knie durchzuführenden Mobilisierungsbewegungen nach vorn oder auf die Seite nur langsam betreiben, um keine Fraktur zustande zu bringen („Časopis českých lékařů“, 1903, Nr. 30).

STOCK.

WALTI (Oberschäftelsheim i. E.): Erfahrungen mit Digalen (Digitox. solubile CLOETTA).

Verf. hat an mehreren Patienten die außerordentlich günstige Wirkung des Digalen (CLOETTA) gesehen („Deutsche Ärzte-Ztg.“, H. 20). Der erste Falle betraf eine Patientin mit Mitralstenose und Herzgrenzenverbreiterung. Mächtige Bauchwassersucht und enorme Anschwellung der Beine. Urinmenge pro Tag kaum 100 cm^3 . Patientin war punktiert worden und erhielt Digitalis. Die Empfindlichkeit gegen dieses Mittel zeigte sich schon am ersten Tage durch Brechen und profuse Durchfälle, welche Empfindlichkeit in den nächsten Tagen so zunahm, daß auch minimalste Mengen des gewöhnlichen Digitalisinfus sowohl als der Digitalispillen (letztere mit Chinin zusammen) sofort erbrochen wurden. Innerhalb 8 Tagen mußte die

Punktion wiederholt werden. Tags darauf bekam die Patientin dreimal 0.3 mg Digalen und vertrug das Mittel ausgezeichnet, nicht der geringste Brechreiz trat auf, kein Durchfall, und die Urinmenge, die zirka 200 cm^3 über Tag betragen hatte, hob sich im Laufe der Nacht zu der dreifachen Menge (600 cm^3). Der Puls sank von 114 Schlägen auf 86 in der Minute. Die Ausdehnung des Bauches blieb aus und die geschwellenen Beine nahmen ab. Am Ende des zweiten Tages (bei gleicher Dosierung) nahm die Urinmenge weiter beträchtlich zu (1200 cm^3 pro Tag) und die Beine schwellen gänzlich ab. Der Puls war an diesem Tage 74 in der Minute und kräftig, auch ziemlich regelmäßig. Dieser günstige Zustand hält bis heute an. Der zweite Fall betraf einen alten Mann von 63 Jahren, mit Herzfehler und starker Schwellung der Füße, der nicht im geringsten mehr die gewöhnlichen Digitalispräparate vertrug. Die Verabreichung von dreimal 0.3 mg Digalen wurde ausgezeichnet vertragen und lieferte den gewünschten Effekt im Laufe des zweiten Tages, nachdem im ganzen fünfmal 0.3 mg Digalen genommen worden waren. Der dritte Fall betraf einen jungen, kräftigen Mann, der soeben vom Militär als untauglich wegen Herzklappenfehlers entlassen worden war und dem eine mächtige Beschleunigung der Herzaktion das Aufnehmen der Arbeit unmöglich machte, indem auch die geringste körperliche Anstrengung heftiges Herzklopfen und Kurzatmigkeit hervorrief. Diesem Patienten wurde Digalen subkutan verabreicht. Die lokale Reaktion blieb aus. In diesem Falle war die gewünschte Wirkung nach fünfmaliger Injektion von je 0.3 mg Digalen am Morgen des dritten Tages erreicht, indem ein kräftiger, beinahe regelmäßiger Puls von 74—78 Schlägen in der Minute erzielt war. Patient hat danach die Arbeit wieder aufgenommen und befindet sich bis jetzt wohl.

B.

MANDELBERG (Irkutzk): Argentum nitricum in der Therapie der Magenkrankheiten.

Verf. wendet das Argentum nitr. bei Magenkrankheiten schon seit 6 Jahren an. Er verordnet dasselbe stets vor der Mahlzeit folgendermaßen („Wratschebnaja Gaz.“, 1904, Nr. 10): Rp. Argenti nitrici 0.1, Aq. destillatae 180.0. MDS. Dreimal täglich 1 Eßlöffel voll vor dem Essen zu nehmen. Verf. gebraucht das Argentum nitr. bei sämtlichen chronischen Affektionen des Magens unabhängig von der pathologisch-anatomischen Grundlage. Von seiten des Magens selbst gibt es für den Verf. keine Kontraindikationen für diese Methode, wohl aber unterließ er die Lapisbehandlung bei gleichzeitig bestehenden Nierenerkrankungen, obwohl er auch hier, falls die Symptome von seiten des Magens außerordentlich heftig waren, das Argentum nitr. mit großer Vorsicht und unter steter Überwachung der Nieren gab. Jedes krankhafte Symptom von seiten des Magens ist für den Verf. eine Indikation zur Anwendung des Argentum nitr., selbst dann wenn dieses Symptom ein rein reflektorisches ist (beispielsweise Erbrechen der Schwangeren, Stauungsgastritis bei Herzkranken etc.). Zu diesen Symptomen zählt Verf.: 1. Druck in der Magenrube, 2. saures oder übelriechendes Aufstoßen, 3. Sodbrennen, 4. Appetitmangel, 5. Übelkeit, 6. Erbrechen und 7. Schmerz bei Druck in der Magenrube. Sobald eines dieser Symptome in die Erscheinung trat, verordnete Verf. Argentum nitr. unabhängig davon, ob sich Anzeichen von herabgesetzter motorischer Funktion des Magens vorfanden, ob die Magenrube vergrößert waren oder nicht oder ob der Prozentgehalt der Salzsäure gesteigert, bzw. im Gegenteil herabgesetzt war. Außer dem Argentum nitr. wurden, je nach den bestehenden anderweitigen Erscheinungen, auch andere Präparate verordnet, so z. B. behufs Steigerung der Motilität des Magens Karlsbader Wasser, Rheum und in der letzten Zeit das von BOAS empfohlene Natrium citricum. Außerdem wurde die Diät entsprechend reguliert. Nur 2—3mal mußte das Argentum nitr. ausgesetzt werden, weil die Patienten dasselbe nicht vertrugen. Bisweilen brachte die Lapisbehandlung keine auffallende Besserung. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle verschwanden jedoch die Symptome und die Magenaffektion bildete sich zurück. Die Wirkung des Argentum nitricum führt Verf. auf dessen Einfluß auf die Magenwand sowohl wie auf den Mageninhalt zurück. Dadurch, daß

das Argentinum nitr. vor dem Essen eingenommen wird, kann man seine Wirkung auf die Magenwand bedeutend steigern. Das Argentinum nitr. bildet, dank seiner hochgradigen Affinität zu Eiweißsubstanzen, mit den Erosionen und Exkoriationen der Magenschleimhaut eine sehr zarte, oberflächliche Borke und ruft außerdem an der ganzen Oberfläche der Magenschleimhaut eine aktive Hyperämie hervor, wodurch die Blutzirkulation und die Ernährung der Magenschleimhaut gebessert werden. Die Beeinflussung des Mageninhaltes durch das Argentinum nitr. wird durch die zweifellose und mächtige antimykotische Wirkung des Mittels bedingt.

L—y.

MENAHM HODARA (Konstantinpel): Innerliche Darreichung von Ichthyol in drei Fällen von Mykosis fungoides und hämatologische Untersuchung zweier dieser Fälle zur Zeit ihres Beginnes.

Der erste Fall betraf eine 60jährige Frau, die seit sechs Jahren an einer schweren Form dieses Leidens erkrankt war. Im Sommer traten regelmäßig Verschlimmerungen mit unerträglichem Juckreiz ein; die Haut wurde dadurch bis zum äußersten entzündet, fast überall tiefrot, sehr ödematös und nässend; auf weite Strecken hin infiltrierte sie sich und schwoll an. Die Kranke litt furchterlich unter dem Jucken und unter der Schlaflosigkeit. In diesem Zustand brachte das Ichthyol, innerlich in Kapseln von 0·5—1·5 genommen, sehr erfreuliche Besserung. Das war vor fünf Jahren. Patientin hat damals zwei Jahre lang fast ununterbrochen das Ichthyol genommen und in den drei letzten Jahren während des Sommers zwei bis drei Monate lang („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, Bd. 38, 1904). Die Erythrodermie, die Infiltrationen und die Tumoren sind seitdem ganz zurückgegangen und verschwunden, die einzelnen Anfälle sind von Sommer zu Sommer schwächer und lokalisierter geworden und jetzt ganz unbedeutend, so daß Patientin mit ihrem Zustand außerordentlich zufrieden ist. In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 40jährigen Herrn, der an der umschriebenen Form der Mykosis fungoides litt. In der ersten Zeit war Verf. in Bezug auf die Diagnose unsicher und behandelte die Herde als Neurodermitis innerlich mit Arsen (asiatische Pillen), äußerlich mit verschiedenen antipruriginösen Lösungen und Salben. Von einer Heilung war nichts zu bemerken. Im Blute waren die weißen Blutkörperchen merklich vermehrt, an der Vermehrung namentlich die mononukleären beteiligt. Patient erhielt Ichthyol zu 0·5—1·0 täglich durch drei bis vier Monate, außerdem täglich 0·05—0·2 Kakodylat; auf die Plaques wurde Ichthyolkollodium (in steigender Stärke 10—30%iges) aufgespritzt. Danach trat sehr schnell Besserung ein, indem alle drei Herde innerhalb zweier Monate fast ganz verschwanden und das Jucken aufhörte. Eine neuerliche Blutuntersuchung ergab wesentlich gebesserte Verhältnisse. Der dritte Falle von Ichthyolbehandlung der Mykosis fungoides betraf gleichfalls einen männlichen Patienten. Auch hier wurde durch die mononukleäre Leukozytose die Diagnose Mykosis fungoides bestätigt und auch bei diesem Patienten ist die Ichthyolbehandlung (0·5—1·0 täglich) mit dem nämlichen günstigen Erfolg eingeleitet worden; nach zwei Monaten trat bedeutende Besserung ein, Rückbildung der Herde, Nachlaß des Juckens. Patient nimmt das Ichthyol noch weiter. G.

A. v. NOTTHAFFT (München): Über scheinbar mit der Prostata nicht zusammenhängende, aber dennoch durch Prostatitis bedingte Schmerzen, nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis.

Der Autor hat hier ganz eigentümliche Krankheitsbilder im Auge, Bilder, in welchen kein Symptom auf die Prostata als Ausgangspunkt hinweist und in denen auch die Erscheinungen so fernab liegen, daß es, zumindest für eine Reihe der geschilderten Fälle, ganz begreiflich erscheint, daß sie sich der Diagnose so lange entzogen. Die erste vom Autor geschilderte derartige Gruppe („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, LXX, 2) bilden zwei Fälle von mehr oder minder typischer Ischias, die nach jahrelangem Bestande, trotz Anwendung aller hiergegen zu Gebote stehenden Mittel, erst dann gesundet, als die bisnun überschene chronische Prostatitis konstatiert und ent-

sprechender Behandlung unterzogen wurde. Hat v. LEUBE seinerseits die goldene Regel aufgestellt, nie eine „Ischias“ zu diagnostizieren, ohne vorher durch Exploration des Rektums eventuelle Tumoren auszuschließen, so fügt v. NOTTHAFFT noch bei, daß insbesondere auch die chronische Prostatitis hierbei zu berücksichtigen wäre. Beliebt sei ferner bei Laien und Ärzten gewissen, vom Mastdarm ausgehenden Beschwerden gegenüber die Diagnose „Hämorrhoiden“, ohne in einem Knoten des Beweises hierfür habhaft zu werden; auch hier kam v. NOTTHAFFT wiederholt in die Lage, durch Untersuchung der Prostata und des Sekretes in der Prostatitis die Ursache der Beschwerden zu entdecken und mit der Behandlung einzugreifen. Die dritte Gruppe bilden Gelenkaffektionen, die, in der Regel als alter Gelenkrheumatismus behandelt, gleichfalls in einer chronischen Prostatitis ihre Erklärung finden; hier müßte man wirklich an gonorrhoeischen Rheumatismus denken, um einen Zusammenhang zu ahnen; dabei sei aber betont, daß es sich nicht um eine solche Gelenkaffektion handelt. Schon eher auf die Prostata weisen Symptome von Blasenhalbkatarrh, Neuralgien im Hoden oder Samenstrang hin. Das Auftreten von Schmerzen in diesen von der Prostata ferner gelegenen Gebieten ist nach v. NOTTHAFFT als Irradiation aufzufassen, Verlegung der Empfindung in Bahnen, welche nicht mehr dem der Prostata eigenen Nervensystem und Rückenmarksquerschnitte entsprechen. Den sonstigen Bemerkungen über chronische Prostatitis seien die Sätze entnommen: „Bei der chronischen Gonorrhöe zählt ein negativer Prostatabefund zu den Ausnahmen“, weiters: „Auf Grund einer einmaligen Untersuchung des Prostatasekretes kann nur bei positivem Ergebnis eine Diagnose mit Sicherheit gestellt werden; das negative macht die Wiederholung der Untersuchung notwendig.“

Was die Heilung der Prostatitis anlangt, so kann der Autor beim besten Willen eigentlich nur von Besserungen sprechen; die lange Dauer der Behandlung bringt es mit sich, daß die Kranken ihr fern bleiben, sowie ihre Beschwerden zurückgehen, was bereits zu einem Zeitpunkte eintritt, in welchem die Prostatitis noch lange nicht beseitigt ist.

DEUTSCH.

Kleine Mitteilungen.

— Einen Beitrag zur Anwendung des antidysenterischen Serums aus dem Kiewschen bakteriologischen Institut publiziert KLEIN („Therapie“, 1904, Nr. 4). Der von SCHIGA entdeckte Dysenteriebazillus wurde zur Herstellung von antidysenterischem Serum benutzt. Die Schutzkraft seines Serums konnte SCHIGA erfolgreich bei einer Epidemie bestätigen. Als nun im Sommer des Jahres 1903 eine Dysenterie im Wolhynischen Gouvernement ausbrach, wurde die Behandlung mit dem antidysenterischen Serum vorgenommen. Es wurden 6 schwere und 9 mittelschwere Dysenteriefälle mit dem Serum behandelt, von welchen 3 letal endeten. Im allgemeinen aber konnte KL. eine Besserung des Krankheitsprozesses (Verminderung der Durchfälle, Verschwinden von Blut und Schleim aus dem Stuhle) nach der Serumbehandlung konstatieren. Ein endgültiges Urteil ist derzeit noch nicht möglich.

— Über den Einfluß der Fette auf die Magenverdauung und über die Behandlung der Hyperazidität berichtet WALKO („Zeitschrift für Heilkunde“, Bd. 24, H. 5) Folgendes: Der Einfluß des Öles auf die sekretorische Funktion des Magens äußert sich in einer Vergrößerung der HCl-Ausscheidung und in dem Sinken der Werte für die freie HCl wie für die Gesamtazidität im weiteren Verlaufe der Verdauung. Der normale Mechanismus des Assimilationsprozesses des Öles, resp. der Fette im Magen bedingt keine Störung der motorischen Funktion und entspricht nicht einer schweren Verdaulichkeit. Die Menge des fettspaltenden Fermentes im Magen ist am größten nach Milchnahrung, kleiner nach Fleischnahrung und am kleinsten nach Kohlehydraten. Dabei ist die Spaltung der präformierten Emulsionen weit größer als der nicht emulgierten Fette. Die gleichzeitige Zufuhr von leicht verdaulichen Fetten verursacht keine Störung der Proteolyse und begünstigt die Kohlehydratver-

daung. Das Knochenmark empfiehlt sich wie das Olivenöl unter Berücksichtigung seines hohen Nährwertes und seiner hemmenden Wirkung auf die HCl-Sekretion bei Hyperazidität und Hypersekretion. Die klinische Beobachtung ergibt einen stabilen therapeutischen Effekt der systematischen Verabreichung von 100—200 cm³ Olivenöl bei einfacher Hyperazidität, ferner bei Hyperazidität und Kombination mit Gastrektasien, bei Ulcus ventriculi et duodeni, bei Incontinentia pylori mit Rückfluß von Darminhalt in den Magen und bei Pylorospasmus.

— Das Hypnotikum **Isopral** hat MUTHMANN eingehend geprüft („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 32). Es wurden zusammen etwa 500 g Isopral verabfolgt. Leichte Grade nervöser Agrypnie wurden schon durch 0·5—0·75 g günstig beeinflusst, und zwar in einem Falle trotz Bestehens eines inkompensierten Herzfehlers. Besonders empfindliche Kranke verspüren subjektiv eine Wirkung des Isoprals auf das Herz. Kontraindiziert ist die Verabreichung des Isoprals in Substanz bei Ulcus ventriculi, überhaupt bei Magenkranken, während gegen die Verabreichung in Lösung bei der starken Verdünnung, welche infolge der Löslichkeitsverhältnisse in Anwendung kommen würde, wenig einzuwenden wäre, da die Gefahr der Ätzwirkung oder einer nennenswerten Reizung der Schleimhaut wohl kaum in Betracht kommt. Die Nierentätigkeit scheint in keiner Weise beeinflusst zu werden. Bei depressiven Zuständen scheint die Wirkung eine recht zuverlässige zu sein. Es ist ferner zu bemerken, daß die Isopralwirkung verhältnismäßig rasch verfliegt, daß also eine ungünstige Beeinflussung depressiver Geistesstörungen und solcher Erkrankungen, die mit Lähmungserscheinungen einhergehen, nicht zu befürchten ist. Auch nach abendlichen Dosen von 1·5 und 2·0 wurde über unangenehme Nachwirkungen am folgenden Tag selbst von besonnenen Kranken nicht geklagt. Die einmalige Dosis kann bei gesundem Herzen ohne Bedenken auf 3 g gesteigert werden.

— Zur **Typhusdiagnose** berichtet WALTER („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 31) Folgendes: Das Agglutinationsphänomen bedeutet für die Typhusdiagnose ein keinesfalls schematisch, nur mit Vorsicht anzuwendendes, aber dann wertvolles Hilfsmittel. Seine Leistungsfähigkeit läßt sich steigern durch regelmäßige Heranziehung auch der „Typhoidbazillen“ zur Agglutinationsprobe. Es ersetzt aber niemals den direkten Nachweis der Typhusbazillen. Dem FICKERSchen Verfahren ist im selben Sinne eine den makroskopischen Methoden ganz gleichwertige, daher praktisch vollauf genügende Leistungsfähigkeit zuzuerkennen. Für wissenschaftliche Untersuchungen bleiben auch weiterhin die mikroskopischen Methoden anzuwenden. Das FICKERSche Verfahren gibt jedem Arzt die Möglichkeit, selbst — ohne auf klinische oder hygienisch-bakteriologische Institute angewiesen zu sein — die Vorteile des Agglutinationsphänomens diagnostisch auszunutzen. Das FICKERSche Verfahren ist nicht nur erweiterungsfähig durch Anwendung des Prinzips auf die Typhoidbazillen und eventuelle Herstellung eines Mischdiagnostikums, sondern vielleicht auch verbesserungsfähig dadurch, daß seinen bisherigen Vorzügen noch der einer Ermöglichung mikroskopischer Beobachtung hinzugefügt wird.

— Die **Bismutose** hat nach NATHAN („Arch. f. Kinderheilk.“, Bd. 39) vor dem Bismutum subnitricum vier Eigenschaften voraus: 1. die Fähigkeit, mehr Salzsäure zu binden, 2. geringere Toxizität, 3. sie wirkt nachhaltender adstringierend, 4. sie hat nicht den metallischen Geschmack des Magisterium Bismuti und reizt Magen- und Darmschleimhaut nicht. Am zweckmäßigsten, am einfachsten und billigsten ist es, die Tagesmenge, gewöhnlich 6 g, in 30 cm³ einer dünnen, reinen Haferschleimmischung zu mengen und von dieser dem kleinen Patienten 2stündlich, nach kräftigem Umschütteln der Flasche, etwas angewärmt einen Teelöffel zu geben. Es empfiehlt sich, das Mittel in dieser Form kurz „vor der Flasche“ zu geben; bleiben Teile der Substanz in der Mundhöhle zurück, so werden diese danach durch die Nahrung hinabgespült. Die von STARCK angegebene 10—15%ige Schüttelmixtur wurde nicht verwendet.

— Zur **chirurgischen Behandlung der Abdominalaneurysmen** berichtet MAUNSELL („Brit. med. Journ.“, 1904, Nr. 24). Er empfiehlt folgende Operation: Nach Freilegung des Sacks durch Laparotomie wird ein fünfmarkstückgroßes Stück des Aneurysma mit

einer Tabaksbeutelnaht umgeben; hier wird dann ein Troikart eingestoßen, dessen Kanüle mit Wachs isoliert ist. Durch die Kanüle führt man etwa 2 m Silberdraht in das Aneurysma, dann verbindet man das Ende des Drahtes mit der Anode einer galvanischen Batterie, die Kathode ruht auf dem Sternum des Kranken. Der Strom (65 M. A.) wirkt 30 Minuten ein. Die Blutung steht, sobald die Beutelnaht geknotet ist. Es trat bei einem vom Verf. operierten Falle große subjektive und klinische Besserung ein. Der Tod erfolgte durch Ruptur des Aneurysma in den Magen 47 Tage nach der Operation. Die Sektion bestätigte den günstigen Erfolg des Eingriffs, das Aneurysma war außerordentlich geschrumpft und mit festen Gerinnseln ausgefüllt.

— Über die **Quellenprodukte** der Frauenquelle in Teplitz (Böhmen) berichtet EMIL EKSTEIN (Troppau 1904) Folgendes: Diese Produkte enthalten alle in den Thermen vorhandenen fixen Bestandteile, welche durch Verdampfung des Thermalwassers gewonnen werden und die Grundlage bilden zur Herstellung einer Anzahl von Präparaten, die bestimmt sind, eine Teplitzer Bade- und Trinkkur auch als Hauskur zu ermöglichen. Äußerst günstige Erfolge zeitigt die Anwendung der Thermen nach ärztlichen Erfahrungen bei Rheumatismus, gichtischen Zuständen, Exsudaten verschiedenster Art und verschiedenen Sitzes, bei Schwächezuständen infolge allgemeiner Konstitutionsanomalien, bei dynamischen Lähmungen, Neuralgien, ferner bei manchen Nieren- und Darmerkrankungen, außerdem noch bei Erkrankungen der Leber, des Magens, der Luftröhre und des Kehlkopfs, vorzüglich bei chronisch entzündlicher Natur des Leidens, ferner bei chronischen Hautausschlägen, skrofulösen Geschwüren etc. Bei entsprechender Diät wirkt das Thermalwasser als leicht abführendes, resolvierendes Mittel. Dem innerlichen Gebrauch dienen: 1. Die Teplitzer Thermalsalz-Pastillen. Eine Pastille entspricht 1 Liter Thermalwasser. Gebrauch: Man nimmt meist ein oder zwei Pastillen täglich früh morgens, indem man sie in einem Löffel mit wenig Wasser zerdrückt und mit einem Schluck Wasser hinabspült. Man kann auch eine Pastille in einem mit 46°C warmem Wasser gefüllten Becher auflösen und womöglich auf nüchternen Magen ein oder zwei Becher trinken. 2. Die Teplitzer Thermalsalz-Tabletten (in Gläser à 50 Stück gepackt). Eine Tablette entspricht $\frac{1}{2}$ Liter Thermalwasser. Gebrauch: Man schlucke dreimal täglich eine Viertelstunde vor den Mahlzeiten eine Tablette unter Nachtrinken von etwas Wasser. 3. Das Teplitzer Brausesalz (in Gläsern zu 100 g Inhalt). Ein Kaffeelöffel voll, d. i. 2—2·5 g entspricht 1 Liter Thermalwasser. Gebrauch: Ein Kaffeelöffel voll wird in ungefähr $\frac{1}{4}$ Liter Wasser gelöst und mit oder ohne Fruchtsäfte als angenehm erfrischendes Getränk genossen. Man verwendet dasselbe gewöhnlich dreimal täglich nach den Mahlzeiten. Zu Bädern wird das mit Fichtennadelessenz kombinierte Teplitzer Badesalz in Form abgeteilter Pulver für 5 Bäder in den Handel gebracht. Ein Paket Pulver entspricht einem Vollbad von zirka 200 Liter Wasser.

— Die **Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen** erörtert BRONNITZ („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 41). Er konstatiert, daß durch systematisch durchgeführte Alkoholinjektionen auch ambulant ein Verschuß der Bruchpforte zu erzielen ist, daß jedoch die Dauerresultate, welche durch diese Methode erzielt werden, nicht mit den bewährten Radikaloperationen konkurrieren können. Die Behandlung mit Alkoholinjektionen ist anzuempfehlen: 1. bei Kindern; 2. bei Leuten mit Bruchanlage, welche das Tragen eines Bruchbandes erforderlich macht; 3. bei Leuten mit Brüchen, die durch Bruchbänder nicht zurückgehalten sind und bei welchen eine Operation aus irgendwelchen Gründen kontraindiziert ist; hier erzielt man zum wenigsten eine Verkleinerung der Bruchpforte, so daß der Bruchinhalt mit einem leichten Bruchband zurückgehalten werden kann. 4. bei messerscheuen Patienten, die das Unsichere und Langdauernde der Injektionsbehandlung dem sicheren operativen Verfahren vorziehen.

— Einen **Beitrag zur Behandlung der venerischen Bubonen** mit Unguentum Crédé bringt J. DEDJURIN („Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskh.“, 1904). Verf. wandte das Collargol in Form einer 15%igen Salbe bei inguinaler Lymphadenitis nach Ulcus molle an. Die Gesamtzahl der Beobachtungen betrug 32. Die Kranken standen meistens im Alter von 18—30 Jahren. 14mal

befand sich die Lymphadenitis in der rechten Inguinalregion, 15mal in der linken Leistenbeuge und 3mal beiderseitig; die Zahl sämtlicher Bubonen betrug demnach 32. Die seit Beginn der Drüsenentzündung bis zum Einleiten der Behandlung verflossene Zeit schwankte zwischen 4—21 Tagen. In 10 Fällen handelte es sich um Adenitis mit deutlich ausgesprochener Fluktuation im Zentrum, in 15 um kaum wahrnehmbare Erweichung und in 10 Fällen um Bubonen ohne jegliche Vereiterung, sondern bloß mit leicht geröteter Haut. Es wurden mindestens 4 und höchstens 19 Einreibungen mit CRÉDEScher Salbe vorgenommen; im Mittel kamen 8·7 Injektionen auf je einen Kranken. Von den drei bezeichneten Arten von Bubonen gelang es in 14 Fällen oder in 40%, den Krankheitsprozeß zu kupieren und eine Rückbildung des Leidens zu bewirken, wobei aus der ersten Gruppe 4, aus der zweiten und dritten je 5 Bubonen resorbiert wurden.

Literarische Anzeigen.

Kosmetik für Ärzte. Dargestellt von **Dr. Heinrich Paschkis**, Professor an der Universität Wien. Dritte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien 1905, A. Hölder.

Es ist ein löbliches Beginnen, spekulative Übertreibungen auf therapeutischem Gebiete durch nüchtern-wissenschaftliche Darstellung der betreffenden Materie zu bekämpfen und den Wert einer Disziplin oder eines Disziplinens auf diese Weise zu präzisieren. Dies gilt wohl nicht in letzter Reihe von den Bemühungen zahlreicher Laien und einzelner Ärzte, durch chemische und physikalische Mittel Verschönerungszwecken ihrer Mitmenschen zu dienen. Wenn PASCHKIS in seinem erst geschriebenen, nunmehr zum dritten Male aufgelegten Buche es auch hier als die erste Aufgabe des Arztes erklärt, den Hilfesuchenden vor Schaden zu bewahren, so hat er damit in der Tat das beste Werk für die Kosmetiker unter den Ärzten geliefert. Sein Buch bietet diesen die Möglichkeit, die Grenzen kennen zu lernen, die sie bei ihrer Tätigkeit zu respektieren haben, und die Methoden an der Hand eines nüchternen und erfahrenen Mentors sich anzueignen, welche ihnen auf dem

genannten Gebiete zur Verfügung stehen. Nach Körpergewebe — Haut, Haare, Nägel — geordnet, mit einem die Mundgebilde betreffenden Anhang versehen, bespricht die Vorlage in guter Diktion alles für den Arzt Wissenswerte. Auch der Massage und Gymnastik wird beim Kapitel „Haut“ eine längere Erörterung gewidmet, welche die Indikationen und die Technik der Mechanotherapie in der Kosmetik ohne Übertreibung und recht anschaulich feststellt. Das Buch sollte von den Herren Kosmetikern gelesen und sein Inhalt beachtet werden. B.

Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung. Von **Dr. Hugo Beckmann**, Berlin 1904, S. Karger.

Die vorliegende Schrift versucht den Nachweis zu erbringen, daß die Tuberkulose wie überhaupt die Infektionen der Luftwege ihre Eintrittspforte an der Rachentonsille haben, daß daher das beste Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose eine möglichst gründliche operative Entfernung der Rachenmandel ist, „um an Stelle der durch massenhafte Anhäufung von weißen Zellen auseinandergedrängten und daher leicht durchgängigen eine straffe, die Unterlage glatt überziehende Schleimhaut zu setzen, die den Bakterien weder durch ihre höckerige Beschaffenheit Gelegenheit zum Haften gibt, noch durch lockeres Gefüge ihr Eindringen begünstigt“. Diese Operation soll möglichst frühzeitig vorgenommen werden. *Difficile est, satiram non scribere.* Dr. S.

Die natürliche und künstliche Säuglingsernährung. Von **Dr. Karl Oppenheim**. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann.

Autor ist seit einigen Jahren als Verfechter der Säuglingsernährung mit unverdünnter Kuhmilch bekannt. In der vorliegenden instruktiven Broschüre bringt er seine in ärztlichen Fortbildungskursen gehaltenen Vorträge und bespricht in dieser Form die üblichen künstlichen Ernährungsmethoden im allgemeinen sowie die von ihm bevorzugte Art der Säuglingsernährung im besonderen. Weit höher als die künstliche Säuglingsnahrung stellt Autor das Stillen der Mutter, für das er sehr warm eintritt. NEURATH.

Feuilleton.

Über Form und Inhalt der medizinischen Literatur.

Von **Dr. Emil Sorter** in Wien.

Die Zahl der medizinischen Publikationen wächst ins Ungeheure. Viele Tausende von Büchern und Journalartikeln erscheinen alljährlich in deutscher Sprache, von fremdsprachigen Publikationen gar nicht zu reden. Da verlohnt es sich wohl, einmal einige Worte über den Inhalt und die Form des Geschriebenen zu sprechen. Aus langjährigen Wahrnehmungen, die sich mir wie gewiß auch vielen Kollegen aufgedrängt haben, die gewohnt sind, viel Medizinisches zu lesen, will ich einige Schlußfolgerungen ableiten, die vielleicht den Anstoß geben werden zur Verbesserung einiger zu beklagender Übelstände auf dem berührten Gebiete.

Betrachten wir vor allem die medizinischen Lehrbücher. Viele klinische Lehrer erachten es für ihre erste Aufgabe, sobald sie ihr Amt übernommen haben, ihren Schülern ein Lehrbuch ihres Faches zu widmen. Daß dies nicht immer einem inneren Bedürfnis der Lehrenden und der Schüler entspricht, glaube ich nicht näher begründen zu müssen. An brauchbaren Lehrbüchern herrscht sicherlich kein Mangel, wenn es deren wissenschaftlich bedeutender auch nur wenige gibt. Sie sind meist mehr oder minder gut zusammengestellte Kompendien, oft ohne individuelle Färbung, oft in schwerfälliger Sprache, in langweiligem Stil geschrieben. Neuerscheinungen von Lehrbüchern haben meiner Meinung nach nur dann eine Daseinsberechtigung, wenn sie die neuesten Fortschritte der medizinischen Wissenschaft vermitteln. Sie sollen keine gewagten, auf unsicherem Grunde stehenden Hypothesen bringen, denn mit diesen sich zu beschäftigen, ist nicht Sache des Lernenden, der begründete Tat-

sachen erfahren soll, sondern der sich auch weiterhin wissenschaftlich betätigenden Ärzte. Diesen vermag ein Lehrbuch ohnehin nichts Neues zu sagen, Anfänger aber verwirrt die Aufzählung von Hypothesen. Ein gutes Lehrbuch — es gibt, wie gesagt, auch solche — soll flüssig geschrieben sein und das Interesse für spätere selbständige Forschungen erwecken. Als Muster solcher Lehrbücher möchte ich das EICHHORSTSche und STRÜMPPELLSche über innere Medizin bezeichnen.

Monographien, deren es in deutscher Sprache eine Fülle gibt, sollen ein abgeschlossenes Arbeitsgebiet der Medizin behandeln und die eigenen Forschungen des Verfassers in erster Linie vermitteln, wenn diese Neues bringen. Leider ist das nicht immer der Fall. Oft bieten dieselben nichts mehr als eine ausführliche Literaturangabe über ein spezielles Thema, und, hat man sich durch diese mit Mühe und Langeweile durchgearbeitet, so ist man auch am Schlusse des Buches angelangt. Wir wollen jedoch gerechterweise anerkennen, daß es auch zahlreiche gut geschriebene, den vorerwähnten Anforderungen entsprechende Monographien gibt, bei denen die Literaturangaben uns die Grundlagen zeigen, auf denen weiter bauend der Forscher zu neuen, oft wichtigen Tatsachen gelangt ist.

Die wichtigste Stellung in der medizinischen Publizistik nehmen aber die Fachzeitschriften ein. Die für fast jedes Spezialgebiet bestehenden Archive haben eine spezielle Aufgabe. Sie sollen, wenn ich mich so ausdrücken darf, das Materialendepot der medizinischen Wissenschaft sein. Der wissenschaftliche Fortschritt kann nur ein schrittweiser sein. Alle Ärzte sollen die Handlanger — um beim gewählten Gleichnis zu bleiben — bei der Zusammentragung der Bausteine sein, aus denen sich das stolze Gebäude zusammensetzt, das wissenschaftlicher Fortschritt heißt. Da kann jedes jetzt noch so bedeutungslos erscheinende Forschungsergebnis das andere stützen, und die oft mühselige Kärnerarbeit

kann dereinst ihre Früchte tragen. Und die Archive sind, wie schon ihr Name besagt, der berufene Ort, an dem die wissenschaftliche Kleinarbeit geborgen werden soll. Hier können auch wissenschaftliche Polemiken ihren Platz finden, die jedoch nie, wie das leider so häufig der Fall ist, in persönliche Angriffe ausarten dürfen. Jeder Autor muß immer von der bona fides des anderen überzeugt sein, und persönliche Streitigkeiten, denen so oft nur ein redaktionelles Veto ein Ende macht, sind immer ein den unbefangenen Leser unangenehm berührender Anblick, der im Interesse der Würde des Standes vermieden werden sollte. So sehr ich also die Existenzberechtigung der oft unbedeutend erscheinenden, medizinischen Publikationen anerkenne, so sehr bin ich dafür, sie in die Archive zu verweisen, wo derjenige, der sich dafür interessiert, sie suchen und finden mag. Den sonstigen mit der Gesamtmedizin sich beschäftigenden medizinischen Zeitschriften möchte ich dagegen jene Arbeiten vorbehalten wissen, die, wenn auch von Einzelfällen ausgehend, doch dem Leser teils allgemeine Gesichtspunkte eröffnen, teils eine mehr praktische Bedeutung haben, die auf diagnostischem oder therapeutischem Gebiete Wesentliches sagen. So halte ich persönlich die kasuistischen Mitteilungen in den ärztlichen Zeitschriften für recht dankenswert. Sie wenden sich hauptsächlich an den Praktiker und sind gerade für diesen aus begreiflichen Gründen von großem Interesse, oft von größerem, als es für ihn lange theoretische Aufsätze spekulativen Inhalts wären. Zweckmäßig sind auch die besonders in dieser Wochenschrift in lobenswertem Maße gepflegten Referate über Arbeiten aus fremden deutschen und ausländischen Journalen. Spezielle Berücksichtigung der Respekt einflößenden amerikanischen Literatur wäre sehr am Platze. Auf genau geführte, nach Themen alphabetisch geordnete, in gewissen, nicht zu langen Zeitabschnitten erscheinende Register muß großes Gewicht gelegt werden. Sie erleichtern dem Literatursuchenden sehr seine oft mühevollen Arbeit.

Ich will — zur Vermeidung von Mißverständnissen sei dies nochmals ausdrücklich hervorgehoben — durchaus nicht der Eliminierung von rein theoretischen Artikeln aus den für die Praktiker bestimmten Zeitschriften das Wort reden. Ich erachte es ja für eine selbstverständliche Pflicht aller Ärzte, trotz aller Mühen der Praxis über die Fortschritte der theoretischen Medizin stets im laufenden zu sein. Es wäre ja geradezu ein Unglück, wenn die Ärzte ihre Kunst rein handwerksmäßig betreiben wollten. Was ich aber vermieden wissen möchte, das sind jene breitspurigen, unwichtige Detailfragen in ausführlichster Weise behandelnden Artikel, die nur den Praktiker verwirren. Gewiß müssen auch in der Praxis stehende Ärzte über die neuesten Forschungen über Serumreaktionen unterrichtet sein, es genügt ihnen aber, neben einem klaren Überblick über den Gang der Experimente die Endergebnisse der Versuche zu wissen. Seitenlange Tabellen jedoch, die Aufzählung von unzähligen, sich oft gleich oder sehr ähnlich sehenden Tierversuchen, halte ich für den Praktiker für überflüssig. Das gehört in die speziellen Fachzeitschriften und in die Archive.

Eine wichtige Rolle in den medizinischen Zeitschriften spielen die Artikel über die therapeutische Anwendung neuer Heilmittel. Das ist nun ein sehr heikles Gebiet, auf dem sehr viele Mißstände zu beklagen sind. Unter der Flut fortwährend neu auftauchender Heilmittel, die uns die chemische Industrie beschert, gibt es gewiß eine Reihe von solchen, die sich einen hervorragenden Platz in der Therapie errungen haben. Viele, sehr viele jedoch führen nur ein ganz kurzes Dasein, alle aber werden in oft panegyrisch geschriebenen Abhandlungen maßlos gelobt. Was soll man zu einem Gemeindevater einer sicherlich nicht mehr als 500 Bewohner zählenden Gemeinde sagen, der alle 14 Tage einen Artikel über ein neues Heilmittel schreibt, dasselbe natürlich stets überschwänglich lobt und mit einer sogar für einen Kliniker imponierenden Anzahl von die großartige Wirkung des Heilmittels beweisenden Fällen auftritt? Wissenschaftlicher Eifer ist es wohl nicht, der diesen Ärzten die Feder in die Hand drückt.

Daß die Besprechung sozialärztlicher Angelegenheiten in den medizinischen Zeitschriften einen immer größeren Raum einnimmt, ist, wenn es auch, an und für sich betrachtet, ein trauriges Zeichen der Zeit darstellt, doch in anderer Hinsicht

sehr erfreulich; durch die Hebung der sozialen Lage der Ärzte, an der die medizinischen Zeitungen großen Anteil zu nehmen berufen sind, wird ohne Zweifel auch das wissenschaftliche Ansehen der Medizin erhöht, und daß sich selbst solche Ärzte, ja selbst Kliniker, die es „sonst nicht nötig hätten“, an die Seite der bedrängten Kollegen stellen, ist denselben hoch anzurechnen.

Habe ich bisher das Material, das „Was“ der angeblichen Publizistik kurz besprochen, so möchte ich auch dem „Wie“ einige Worte widmen. Denn auch hier ist vielerlei auszusetzen. Unsere schöne deutsche Sprache kommt bei vielen medizinischen Autoren nicht gut weg. Ein medizinischer Artikel bereitet einem Sprachgefühl besitzenden Leser oft manche Qual. Ich zitiere nach einem Referat der „Wiener klin. Wochenschr.“, wie ein Autor die „Orientierung“ definiert. Er versteht darunter „jenen elementaren biologischen Grundvorgang, welcher in seinem normalen Ablauf durch die Phylogenese der ihm dienlichen Reizleitung zweckmäßig bestimmt ist, demzufolge die peripheren Sinnesoberflächen zu den einwirkenden Reizen in bestimmter Weise eingestellt werden und welcher Vorgang als weitere, ebenso bestimmte Folge einer gesetzmäßigen Beziehung der Lage des Sinnesorganes zur Körperlage eine Einstellung dieser zur Reizrichtung hervorruft und damit der Organismus, nach Lage, Bewegung und Bewegungsrichtung zum einwirkenden Reiz in bestimmter Weise sich verändert“. Zweifellos richtig, aber unverdaulich!

Man muß kein Sprachpurist sein, um die Überfülle von Fremdwörtern, die in manchem Aufsatz zu finden und nur mit dem Wunsch des Autors, auch fremdsprachigen Forschern verständlicher zu sein, zu begreifen ist, für unnötig zu halten. Viele medizinische Autoren setzen wieder ihren Stolz darein, ohne zwingenden Grund neue Krankheitsnamen zu erfinden, so daß vielfach Verwirrung die Folge davon ist. Überflüssige Literaturangaben, gewöhnlich vom Vorgänger in der Bearbeitung des speziellen Themas übernommen, lange, gequälte, an das Justizdeutsch erinnernde Satzperioden charakterisieren oft in unliebsamer Weise manchen Autor. In den letzten Tagen allein sind mir folgende Stillblüten aufgefallen — ich nenne natürlich keine Namen: „Die Vernichtung des Lebens muß ohne lange Vorbereitungen und ohne auffälligen Effekt gelingen.“ Es ist von der Hinrichtung durch Elektrizität (vom Verfasser „Elektrokution“ genannt) die Rede. Ein anderer Forscher meint: „Man könnte Rußland mit vollem Recht als das Land der Harnfisteln bezeichnen.“ Armes Rußland!

Meine gut gemeinten Ausführungen werden vielleicht zum Teil sachlichen Widerspruch erregen.¹⁾ Ich bin darauf gefaßt. Ich bin aber der Meinung, daß diese anscheinend bloß äußerlichen Dinge denn doch größere Bedeutung haben als gemeinhin angenommen wird, und wenn diese Zeilen die Wirkung haben, das Augenmerk der in der medizinischen Publizistik sich betätigenden Ärzte auf die gerügten Mißstände zu lenken, so ist ihr Zweck erreicht. Denn auch die Behebung dieser Mißstände trägt in gewissem Maße zur Erhöhung des Ansehens der Ärzte bei.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

V. Internationaler Dermatologen-Kongreß.

Berlin, 12.—17. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

KREIBICH (Graz) schildert neue Versuche bei einer an Zoster hystericus leidenden Kranken über vasomotorische Phänomene. Alle Symptome sind der Ausdruck einer vasomotorischen Neurose mit hochgradig gesteigerter Erregungsfähigkeit des vasomotorischen Systems. Die Hautsymptome sind psychisch unbeeinflusst entstanden. Durch elektrische Reizung (faradisch und galvanisch) entstehen an den Aufsatzstellen der Elektroden Hyperämien, die in 1—2 Stunden zurückgeht,

¹⁾ Wir sind dieser Meinung nicht. Die Ausführungen unseres geschätzten Mitarbeiters stellen eine beachtenswerte Äußerung aus dem Kreise der aufmerksamen und wohlwollenden Leser dar, für welche jede Redaktion dankbar ist, obgleich ihr so manche der eingebürgerten literarischen Unzukömmlichkeiten nicht unbekannt geblieben ist. — Red.

Temperatursteigerung mit geringem Ödem, die verschieden intensiv 1—3 Tage bestehen bleibt und dann ohne zurückbleibende Pigmentierung schwindet, entzündliches Erythem mit tiefem Ödem, Modifikation der Hornschicht, Symptome, die erst nach 8—10 Tagen unter Hinterlassung von Pigment schwinden. Zwei solcher Herde zeigten Ausgang in Atrophie. Durch warme Bäder sind Hyperämien, Temperatursteigerungen, Ödeme von 1—3tägiger Dauer, zuweilen im Verlauf kutaner Nerven, hervorzurufen. Durch Nadelstiche, Reizung mit Brennesseln, entstehen Hyperämien (Quaddelbildung, Blasenbildung, Nekrose). Die letzten Veränderungen stehen nicht in direkter Beziehung zu den Nerven, sondern sind als reflektorisch hervorgerufen aufzufassen. In den durch Nervenreizung hyperämisierten Bezirken ist die Empfindlichkeit gegen äußere Reize größer als an andern Hautstellen; je länger der äußere Reiz dauert, desto stärker ist die Hautveränderung; längere Zeit hindurch wirkende äußere Reize (Xylol, Zinkpflaster) können direkt Ekzeme erzeugen.

LENGLET (Paris) berichtet über die „Pseudo-Pelade“. Auf der Kopfhaut treten plötzlich isolierte haarlose Flecke auf, die eventuell zusammenfließen können. Die Kopfhaut ist nicht gerötet, zeigt auch sonst keine Veränderung. Der Haarausfall ist nicht total, wenigstens anfangs bleiben einzelne Haare stehen. Nach Ausfall der Haare zeigt sich sehr bald, daß die Kopfhaut an der erkrankten Stelle in eine glatte, oberflächliche Narbe umgewandelt ist. Differentiell diagnostisch ist Sklerodermie en plaques, Lupus erythematodes, Keratosis pilaris, Favus leicht auszuschließen. Histologisch findet sich entzündliche Infiltration um die Gefäße und Haare und innerhalb der Haarbälge. Das Bindegewebe ist entzündet, das elastische im Schwinden begriffen. Die Haare mit ihren Wurzelscheiden sind ausgestoßen. Der pathologische Prozeß erinnert sehr an Lupus erythematodes.

BETTMANN (Heidelberg) hat die Versuche **BUSCHKES** über Thallin-Alopecia mit positivem Erfolg nachgeprüft. Es gelang ihm aber auch durch innerliche Vergiftung mit Abrin beim Kaninchen eine nach Form, Lokalisation und Verlauf gesetzmäßige Alopecia hervorzurufen. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine wesentlichen Resultate. Entzündliche Reizung der erfahrungsgemäß stets erkrankenden Hautpartien verhinderte den Haarausfall.

Buschke (Berlin) betont, daß entgegen einem von **HELLER** gemachten Einwand seine Versuchstiere trotz der Allgemeinvergiftung nicht schwer krank gewesen seien.

Heller (Charlottenburg) führt viele Beispiele aus der vergleichenden Pathologie über fleckförmige Kahlheit bei allen möglichen Krankheiten des Organismus (Schwangerschaft, Lymphangitis, Quecksilbervergiftung, Verdauungsstörungen) und mahnt zur vorsichtigen Deutung der Versuchsergebnisse.

HERXHEIMER (Frankfurt a. M.): Über Orientbeule.

H. behandelte einen Kranken, bei dem auf einer Reise in Mesopotamien im Anschluß an einen Fliegenstich am Ellenbogen eine einem Furunkel gleichende, aber den charakteristischen Pfropf nicht zeigende Geschwürsbildung entstanden war, welche H. die Diagnose Orientbeule nahe legte. Nach teilweiser Entfernung der Neubildung durch das Messer heilte der Rest durch Röntgenbestrahlung. Histologisch wurden in den Zellinfiltraten Protozoen gefunden, die **SCHAUDINN** als Trypanosomen bestimmte. Die Wirkung der Röntgenstrahlen erklärt sich vielleicht dadurch, daß in einem aus der Konfluenz mehrerer Effloreszenzen entstandenen Herde eine in die Tiefe gehende Epithelwucherung festgestellt wurde; die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Epithelneubildungen ist bekannt.

DEMETRIADES (Jassy) empfiehlt zur Behandlung des Lupus vulgaris Umschläge von übermangansaurem Kali (1 : 50—1 : 200) als einfaches, häufig radikal wirkendes Mittel. Allerdings muß der Patient während der Zeit der Umschläge sich dem Sonnenlichte aussetzen. D. glaubt, daß die große Kraft des Sonnenlichtes in Rumänien eine Rolle bei der Therapie spielt.

LEDERMANN (Berlin) spricht über einen Fall von Pyodermite végétante (**HALLOPEAU**). Er hält die Affektion, die frühere Dermatite pustuleuse chronique et végétante en foyers à progression excentrique, für eine besondere, dem Pemphigus und der Impetigo herpetiformis verwandte Allgemeinerkrankung.

MÜLLER (Wiesbaden) gibt einige Grundzüge zur Diätetik der Syphilis. Die Diät ist im allgemeinen bei der Syphilis nicht zu verändern. Bei anormalem Stoffwechsel, z. B. Adipositas, ist Unterernährung, bei anormalem Verlauf der Syphilis gleichfalls Unterernährung, eventuell blande Diät zu empfehlen. Bei Syphilis innerer Organe, Nieren, Darm, Pharynxulzerationen sind entsprechende Modifikationen erforderlich. Die sogenannte Trockenkur in abgeschwächter Form wirkt bei Übersättigung mit Hg zuweilen günstig. Bei Syphilis der Greise soll man der Arteriosklerose Rechnung tragen, bei prophylaktischen

Syphiliskuren, bei denen der durch die Syphilis bedingte Eiweißzerfall fortfällt, wird man gut genährte Kranke auf etwas knappe Diät setzen. Auch bei Jodipin-Injektionen ist eine einschränkende Diät zur Erhöhung der therapeutischen Effekte von großem Vorteil.

Risso (Genua) empfiehlt das Auro-Merkur-Kolloid zur Behandlung der Syphilis.

Werler (Berlin) hat in 6 Jahren über 1000 Fälle von Syphilis mit dem Hydrargyrum colloidal behandelt. W. weist auf die feine Verteilung des Quecksilbers in den Hydrargyrum colloidal-Salben hin und rühmt die guten Erfolge des Präparates.

BAUM (Berlin) berichtet über experimentelle Untersuchungen über die Urtikaria. Außer Urticaria urens rufen viele andere Stoffe auf der Haut typische Quaddeln hervor. Sehr geeignet für Versuche ist Äthylbikollis. B. versuchte an der durchsichtigen Schwimmhaut des Frosches die Pathogenese der Äthylbikoll-Quaddel festzustellen und insbesondere die Lehre **UNNAS** vom Venenspasmus zu kontrollieren. Bei den entsprechend behandelten Fröschen konnte man deutlich der experimentellen Reizung eine Trübung der Durchsichtigkeit der Haut, bedingt durch eine akute Flüssigkeitsexsudation, folgen sehen. Eine Stase in den Gefäßen, die etwa für einen Venenspasmus hätte sprechen können, wurde nicht festgestellt.

Aus den Abteilungen

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VIII.

Abteilung für innere Medizin.

Über Leberzirrhose.

KRETZ (Wien), Ref., begründet in längerer Ausführung folgende Leitsätze:

1. Nicht eine interstitielle Hepatitis bedingt die granuläre Zirrhose der Leber, sondern das Parenchym derselben ist verändert durch regeneratorsche Ausheilung von vielfachen Degenerationsattacken.

2. Das Auftreten von elastischen Fasern im Bindegewebe der zirrhotischen Leber ist wesentlich abhängig von der neuerlichen Einschmelzung schon umgebauter, stärker arteriell versorgter Parenchymteile; die erste anatomische Veränderung beim Beginne des zirrhotischen Prozesses liegt nicht im Bindegewebe, sondern in der herdförmigen Parenchymdegeneration und nachfolgenden Einschlebung regenerierten Gewebes in die Region der arteriell besser gespeisten Parenchymabschnitte.

3. Die Leberzirrhose ist keine Krankheitsentität; die Leberveränderung ist vielmehr eine anatomische Folgeerscheinung vielfacher, abgelaufener Leberzelldegenerationen mit eingeschobener Parenchymneubildung. Ätiologisch kann der Prozeß veranlaßt werden durch alle pathologischen Einflüsse, welche Parenchymdegeneration bewirken: durch abnorme Stoffwechselprodukte, durch Gifte, durch bakterielle Schädigung; die schädigende Substanz kann auf dem Wege der Blutbahn oder durch die Gallenkapillaren zur Leberzelle gelangen.

NAUNYN (Straßburg), Korref., stellt folgende Leitsätze auf:

1. Die Unterscheidung verschiedener Formen der Leberzirrhose ist nicht zu umgehen. 2. Es empfiehlt sich zu unterscheiden: a) Die beginnende Zirrhose (Cirrhosis incip.). b) Die gemeine aszitische (atrophische) Zirrhose. c) Die biliäre (hypertrophische) Zirrhose. d) Die hypersplenische Zirrhose (BANTISCHE Krankheit). 3. Die Verschiedenheit dieser Formen beruht nicht auf ursprünglicher Verschiedenheit des Krankheitsprozesses, sondern sie beruht 4. auf der komplizierenden zirrhotischen Cholangitis, welche sich in den verschiedenen Formen in verschiedenem Maße und in verschiedenster Weise geltend macht. 5. Diese zirrhotische Cholangitis ist eine enterogene ascendierende Cholangitis; sie ist nicht die Ursache der Zirrhose, sondern eine Komplikation, welche die bereits (an der Zirrhose) erkrankte Leber befällt. 6. Die Ausscheidung enterogener und splenogener Formen der Zirrhose ist nicht begründet. 7. Hingegen ist die hämatogene Entstehung der Zirrhose ganz allgemein wahrscheinlich. 8. Es dürften hämolytische Vorgänge hierbei im Spiele sein, und wenn es eine zirrhotische Cholangitis gibt, so dürfte das eine descendierende Cholangiolitis hämolytischen Ursprungs sein.

Vortr. führte dazu noch Folgendes aus: Das einzige Symptom gestörter Leberfunktion, das wir bisher kennen, ist die alimentäre

Lävulosurie, von der es auch noch zweifelhaft ist, ob sie nicht dadurch zustande kommt, daß infolge des ausgebildeten Kollateralkreislaufes der Zucker direkt ins Blut gelangt. Die Diagnose der Leberzirrhose ist also noch immer auf den Nachweis der charakteristischen anatomischen Veränderungen angewiesen. Der von LEICHTENSTERN zuerst bei der Leberzirrhose beschriebene präzirrhotische Milztumor beweist nicht, daß die Leber zu dieser Zeit noch nicht erkrankt ist. Bei wiederholter Untersuchung in diesem Anfangsstadium erweist sich die Leber doch meist schon als hart. Die BANTISCHE Krankheit hat nichts Spezifisches. Der große Milztumor, Anämie und hämorrhagische Diathese sind auch bei der gewöhnlichen Zirrhose nichts Besonderes. Vielleicht ist das Alter entscheidend für die Entwicklung der Hypersplenie. Man könnte diese Fälle als Pseudo-BANTISCHE Zirrhose bezeichnen. Davon sind jene echten Fälle zu scheiden, bei denen sich ein toxämischer Eiweißzerfall findet, der nach der Milzexstirpation sofort aufhört. Bei der gewöhnlichen Zirrhose kommt so etwas nicht vor. Die Milzexstirpation hat nur in solchen Fällen Pseudo-BANTISCHE Krankheit augenscheinlich heilend gewirkt, wo keine echte Zirrhose im anatomischen Sinne bestand, sondern nur Zellwucherungen in den Leberazini. Vortr. weist alsdann auf das Vorkommen von gallensteinkolikähnlichen Anfällen im Verlaufe der Leberzirrhose hin. Sie sind der Ausdruck infektiöser Entzündungen der Gallenwege. Die Cholangitis cirrhotica ist eine häufige und wichtige Komplikation, die mit Fieber, galligem Erbrechen und Ikterus einhergeht; zuweilen auch Anschwellung der Leber, die dauernd bleiben kann. Die ascendierende Cholangitis ist aber nicht die Ursache der Zirrhose. Übergang von Cholelithiasis in Zirrhosis ist niemals beobachtet worden. Als hauptsächlichstes ätiologisches Moment ist und bleibt der Alkohol anzusehen (daneben zuweilen Lues, Typhus, Puerperium), und zwar für alle Formen der Zirrhose. Die von BLEICHRÖDER an Darm und Milz beschriebenen Veränderungen sind nicht als spezifisch und nur als Folge der Lebererkrankung anzusehen. Der Zirrhose liegt keine selbständige Bluterkrankung zugrunde, wohl aber kann sie hämatogenen Ursprungs sein, indem die aus dem Darm stammenden Noxen auf dem Umwege über das Blut zur Wirkung gelangen. Dafür spricht z. B. KRETZS regelmäßiger Befund der Hämachromatose in der Leber. Der Alkohol macht die Erythrozyten krank, hält sie in der Leber fest, wo sie später zerstört werden und die Leber krank machen.

Aufrecht (Magdeburg) betont, daß es bei der Leberzirrhose überhaupt keine interstitielle Entzündung gibt, wie noch immer behauptet wird, sondern nur eine scheinbare Vermehrung des Bindegewebes durch das Zusammensinken der Azini. Das beweist u. a. die glatte Schnittfläche der zirrhotischen Leber. Eine „beginnende“ Leberzirrhose vermag A. nicht anzuerkennen, da jede einfache Leberschwellung sich ja noch zurückbilden kann. Zu erwähnen wäre nur noch das Vorkommen eines Übergangs der Zirrhose im Endstadium in akute Atrophie.

Chlari (Prag) betont die enorme Neubildung von Leberparenchym, bald mehr, bald weniger stark im Bilde der Zirrhose, welche die klinischen Differenzen erkläre. Nebenbei finden sich zuweilen auch sekundäre interstitielle Prozesse. Redner betont noch das häufige Vorkommen von Lebernekrosen, welche vielleicht der Ausgangspunkt der Zirrhose sind.

Babes (Bukarest) demonstriert Abbildungen von primären parenchymatösen Herden wuchernder Natur in der Leber, welche teilweise sekundär zur Degeneration geführt haben.

Bleichröder (Berlin) beschreibt seine histologischen Befunde am Magen, Darm, Milz und Knochenmark bei Leberzirrhose, die ihn dazu geführt haben, sie mit der perniziösen Anämie in eine Reihe zu stellen (cfr. Verhandlungen des Vereins für innere Medizin in Berlin, 1904).

Freymuth (Danzig) hat eine beginnende zirrhotische Leber in vivo zu beobachten Gelegenheit gehabt, als wegen falscher Diagnose die Laparotomie gemacht worden war.

C. Sternberg (Wien) hält die Schlußfolgerungen BLEICHRÖDERS für ungerechtfertigt, da bisher weder das Einbrechen der Lymphozyten in die Blutbahn noch ihre Umwandlung in Bindegewebszellen festgestellt ist.

Schmorl (Dresden) schließt sich dem an, betont auch das Fehlen der Zirrhose bei lithogener Cholangitis und macht auf das häufige Vorkommen von Lebernekrosen bei den verschiedensten Erkrankungen, vor allem Infektionen und Intoxikationen, aufmerksam. Er hebt schließlich die Differenz der Leberveränderungen bei der sogenannten Cirrhose cardiaque hervor.

Y. Hansemann (Berlin) hat zwei Fälle von Leberzirrhose gesehen, die von einer primären Entzündung der Gallenwege ausgegangen sind. Die Alkohol-ätiologie der Zirrhose erscheint ihm fraglich, weil so viel Säufer sie nicht bekommen.

Es sprechen noch ALBRECHT (München), v. BAUMGARTEN (München) und im Schlußwort NAUNYN (Straßburg) nochmals gegen BLEICHRÖDER und v. HANSEMANN und KRETZ (Wien), der die BANTISCHE Krankheit zwar klinisch nicht für genügend substantiiert hält, wohl aber anatomisch durch die seltene Milz-fibrose als eine besondere Form für gut charakterisiert.

MÜRTHE (Breslau): Über den gegenwärtigen Stand und die Probleme der Lehre vom Blutkreislauf.

Wir besitzen zwar über den Druck und Geschwindigkeit der Blutbahn durch die Arbeiten von POISEUILLE, VOLKMAN, LUDWIG ge-

nügende Kenntnisse, doch ist uns über die in der Strombahn auftretenden Widerstände nichts bekannt. Der Vortragende drückt dies durch die Gleichung aus $G = \text{Geschwindigkeit}$. G wird durch die Faktoren $\text{Druck} = D$. und $\text{Widerstand} = W$. bedingt. $G = F \cdot (D \cdot W)$. So wenig wir nun über die Widerstände wissen, so wenig wissen wir auch über die Beziehungen dieser Faktoren untereinander. Der Widerstand nun ist keine einheitliche Größe. Derselbe setzt sich zusammen: α) aus dem äußeren Widerstand W_a ; derselbe wird durch die Dimensionen des durchströmten Röhrensystems bedingt. Daneben existiert als zweites Komplement der innere Widerstand W_i , der von der Viskosität, der spezifischen Zähigkeit der Flüssigkeit abhängig ist. Je größer die Viskosität, desto größer der Widerstand. W_a dürfte niemals einer Messung zugänglich sein, da der wechselnde Gefäßtonus alle Bestimmungen unmöglich macht. Dagegen können wir W_i messen. Die Viskosität des lebenden Blutes vom Hunde z. B. ist 4—5mal größer als die Viskosität des destillierten Wassers bei gleicher Temperatur. Neuerdings hat PRICK derartige Viskositätsbestimmungen einwandfrei ausgeführt.

Mit Hilfe der Werte für W_i läßt sich durch eine Gleichung W_a berechnen. $G = F \cdot (A \cdot W_a \cdot W_i)$. G können wir durch eine Stromuhr bestimmen, D mit der Methode der Druckmessung und W_i ist, wie oben erwähnt, auch bekannt. Dann ist der einzig unbekannt Faktor in der Gleichung W_a . Wir können den Widerstand eines Organs etwa in der Weise ausdrücken, daß wir sagen: Durch eine Röhre von bestimmtem Durchmesser strömt in der Zeiteinheit so viel Blut, wie z. B. in derselben Zeit durch die lebende Niere. So sind die Widerstände für das gesamte Gebiet der Körperbahnen des Kaninchens festgestellt worden. Wenn wir nun quantitativ die Herzkraft richtig bemessen, so können wir quantitativ alle Zustände des Kreislaufes richtig taxieren.

Nur ist das Thema in einer Beziehung unrichtig, nämlich in Bezug auf die Beziehungen der einzelnen Faktoren untereinander. Nach POISEUILLE bedingt höherer Druck höhere Geschwindigkeit. VOLKMAN beschreibt im 8. Kapitel seiner Hämodynamik Versuche, nach denen Druck und Stromschnellen denselben Gesetzen unterliegen wie bei den Bewegungen durch starre Röhren. Diese Tatsachen sind seit der Entdeckung der Gefäßnerven durch CLAUDE BERNARD hinfällig. Seither ist auch darüber nicht gearbeitet worden. Diese Frage könnte man beantworten, wenn es gelingt, die Dauer der Messung so zu beschränken, daß während derselben keine nennenswerte vasomotorische Änderung eintritt, am besten also während eines einzigen Pulses. Mit Hilfe einiger neuerer Meßapparate, die der Vortragende demonstriert, hat er gefunden, daß das POISEUILLESche Gesetz keine Gültigkeit hat, da die Geschwindigkeit in den Arterien rascher abnimmt als der Druck. Es ist aber Aussicht, diese Versuche zu vervollkommen. Wir könnten alsdann den Begriff des Widerstandes immer nur für einen bestimmten Druck zu Recht bestehen lassen.

Daneben kommt noch die Wellenbewegung des Blutes in Frage, während bisher nur die Strombewegung berücksichtigt wurde. Faßt man die Aorta als Windkessel auf mit regelmäßigem Zufluß und Abfluß, so kommt es auf die Feststellung: 1. der Kapazität des Windkessels bei verschiedenem Druck und 2. der Druckschwankungen im Innern an. Dann läßt sich auch die Elastizität berechnen.

FRANK in München hat dahingehende Versuche vorgenommen und hat allgemeine Gleichungen über den Druck, die Widerstände und die Strömung im Windkessel vorgenommen. Einen Versuch, diese Gleichungen auf den Menschen zu übertragen, konnte F. nicht machen, da diese Werte nicht bekannt sind. H. hat nun zweierlei Versuche bereits vor Jahren, ohne sie zu veröffentlichen, gemacht: 1. Am getöteten Tiere wurden sämtliche Äste der Aorta abgebunden, dann in die Aorta unter einem gewissen Druck Wasser hineingebracht und registriert. Dabei wurde festgestellt, daß die Kapazität der Aorta bei einem Druck von 60 und 180 mm Hg annähernd proportional dem Druck zunimmt und daß jedenfalls erst von 180 mm die Kapazität abnimmt. 2. Am lebenden Tiere wurden die Schwankungen des Arterien-durchmessers und gleichzeitig des Druckes gemessen und dadurch erhält man Aufschluß über die Beziehungen zwischen Durchmesser und Druck und kann die Ergebnisse am getöteten Tiere kontrollieren.

Wir müssen also festzustellen suchen: 1. Die Windkesselwirkung der Aorta an der Leiche. 2. Die Druckschwankungen am lebenden Menschen. Der ersten Aufgabe steht kein Hindernis entgegen und auch die zweite Aufgabe läßt sich mit Hilfe einer vom Vortragenden angegebenen Methode lösen. Der Vortragende demonstriert seinen Apparat zur Messung der Blutdruckschwankungen in den Arterien; die Druckschwankungen in der Aorta dürften von den so gefundenen Werten nicht abweichen, so daß zu hoffen wäre, auch für den Menschen wenigstens G , D und W zu messen. (Darauf Demonstrationen von Blutdruckkurven durch das Skioptikon.)

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 17. November 1904.

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

Dr. HELLER stellt ein fünfjähriges Kind mit geheilter Hörstummheit vor. Dasselbe hat Rachitis, Stimmritzenkrampf und Masern überstanden und lernte erst spät gehen. Es war trotz intakten Hörvermögens und trotz bestehenden Sprachverständnisses bis zum Vorjahre nicht zum Sprechen zu bewegen, dabei war es jedoch imstande, Lieder zu singen. Die Intelligenz des Kindes war gering und es schenkte seiner Umgebung wenig Aufmerksamkeit. Vortr. führt den Sprachunterricht bei dem Kinde nach der Anschauungsmethode durch, indem ihm Namen vorgezeigter Gegenstände und Bilder vorgesagt wurden, welche das Kind nachsagen mußte. Durch geduldige Wiederholung dieser Übungen lernte es zuerst Gegenstände, dann Eigenschaften kennen und schließlich Sätze bilden. Gegenwärtig kann das Kind gut sprechen und ist intelligent. Eine Schwester desselben litt an derselben Art von Sprachunvermögen.

Th. Escherich bemerkt, daß der Fall als psychische Taubheit aufzufassen dürfe.

Ign. Eisenschitz weist darauf hin, daß oft Kinder aus unbekannter Ursache erst sehr spät sprechen lernen, ohne daß man sie deshalb als krank ansehen müßte.

FR. HAMBURGER stellt einen Knaben mit angeborener Insuffizienz der Aorta und Erweiterung der Pars ascendens derselben vor. Die Untersuchung ergab folgenden Befund: Verbreiteter hebender Spitzenstoß im 5. Interkostalraum außerhalb der Mammillarlinie, Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums, links bis über die Mammillarlinie vergrößert, vom Jugulum reicht ein streifenförmiger Dämpfungsbereich bis zur Herzdämpfung, derselbe ist im Röntgenbilde ein Schatten zu sehen, welcher der erweiterten Aorta entspricht. Systolisches Geräusch über der Herzspitze, über der Aorta lautes, schabendes, systolisches Geräusch. Pat. zeigt keine Kompensationsstörungen.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß bei Stenose des Isthmus aortae der Puls in der Bauchorta und in den Femorales fast verschwindet, vom Thorax zum Bauch erweiterte Gefäße ziehen, die Erweiterung der Mammaria int. sich durch ein Geräusch neben dem Sternum dokumentiert. Kompensationsstörungen treten, selbst bei schwerer Arbeit, erst spät ein.

K. Hochsinger weist darauf hin, daß die Erweiterung der oberflächlichen Gefäße bei Kindern meist fehlt, ebenso verschwindet nicht immer der Puls in der Femoralis.

HERM. SCHLESINGER demonstriert anatomische Präparate eines Falles von BANTISCHER Krankheit. Dieselben stammen von einem 24jährigen Manne, welcher seit der Kindheit beträchtliche Quantitäten Branntwein konsumiert und immer schwach und blaß war. Im Laufe des letzten Sommers wurde er sehr schwach und bekam Ikterus. Bei der Spitalsaufnahme wurden Vergrößerung der Milz bis zum Nabel und derber Lebertumor konstatiert. Im Blute fanden sich 6,720.000 rote und 7200 weiße Blutkörperchen in 1 cm^3 , die Zahl der ersteren sank später auf $4\frac{1}{2}$ Millionen. Pat. starb unter zunehmender Schwäche. Die Obduktion ergab eine große Leber mit den Eigenschaften der alkoholischen Zirrhose, eine weiche, vergrößerte Milz, Knochenmark auffallend rot, Schleimhaut des Magens gewulstet, im Darm alte Geschwüre. Es dürfte sich um eine Übergangsform zwischen BANTISCHER Krankheit und Leberzirrhose handeln.

J. ZAPPERT: Über nächtliche Kopfbewegungen der Kinder.

Vortr. hat 6 Fälle beobachtet, in welchen Kinder während des Schlafes unausgesetzt rhythmische Kopfbewegungen ausführten; gewöhnlich wackelten sie unaufhörlich mit dem Kopfe auf der Unterlage, andere stießen mit dem Kopfe in das Kopfkissen. In einem Falle war dies von Bewegungen eines Armes und von einem leisen Summen begleitet. Die Bewegungen treten jede Nacht auf, fehlen meist beim Einschlafen und beginnen erst im tiefen Schlafe, um bis zum Erwachen anzuhalten. Nach dem Erwachen wissen die Kinder nichts von ihren nächtlichen Bewegungen und sind sonst normale. In einem Falle führte das Kind die wackelnden Bewegungen mit Vorliebe auch im Wachen aktiv aus. Die nächtlichen Kopfbewegungen treten meist im 3.—4. Lebensjahre auf; bei einem Kinde war dies schon in den ersten Lebensmonaten der Fall, sie dauern dann einige Jahre an. Vortr. möchte diese Affektion in die Gruppe der Stereotypien einrechnen, zu welcher z. B. auch das Fingerlutschen und Nägelbeißen gehören.

F. Steiner beobachtete einen analogen Fall, in welchem die rhythmischen Kopfbewegungen auch bei Tage ausgeführt werden.

R. Neurath sah 2 Fälle mit Eintritt der Kopfbewegungen beim Einschlafen und Erwachen.

Ign. Eisenschitz hat gegenwärtig einen Fall mit nächtlichen Kopfbewegungen in Beobachtung.

Schlichter meint, daß die Kinder diese Kopfbewegungen bei Tage lernen und dann in der Nacht automatisch ausführen.

J. Zappert bemerkt, daß der beschriebene Zustand ziemlich häufig zur Beobachtung komme.

Sitzung vom 24. November 1904.

OTTO HANDEL demonstriert eine 33jährige Frau mit einer seltenen Tānienerkrankung. Pat. hatte seit 2 Jahren in der Früh eine dünnflüssige Stuhlentleerung, ferner unabhängig von der Nahrungsaufnahme krampfartige Schmerzen in der Unterbauchgegend. Im Stuhle fanden sich massenhafte Tānieneier, welche denen der *Taenia nana* entsprachen. Während der angewendeten Bandwurmkur zeigten sich nun im Stuhle zahlreiche Exemplare dieser Tānie, welche $6\text{--}38 \text{ mm}$ lang, $\frac{1}{2}\text{--}1 \text{ mm}$ breit ist und bis 200 mit Eiern gefüllte Proglottiden besitzt, von denen die letzten gelblich gefärbt sind. Der Kopf trägt ein Rostellum mit 4 Saugnapfen und 22—27 Haken. Der Entwicklungsgang der Tānie ist unbekannt; sie wird am häufigsten im Dünndarm von Kindern in manchen Gegenden, besonders in Sizilien und Ägypten, gefunden.

H. v. SCHRÖTTER (zugleich für Prof. A. Löwy-Berlin) berichtet über die Ergebnisse von Versuchen zur Bestimmung der Blutgasspannungen und der Herzarbeit am Menschen. Vortr. hat bereits im Vorjahre über Versuche berichtet, welche angestellt wurden, um durch Untersuchungen am Menschen selbst zu einer Beurteilung der Arbeitsleistung des menschlichen Herzens zu gelangen. Hierbei ist es zunächst notwendig, die Spannungen der Blutgase festzustellen, was durch die Einführung von Kathetern in die tieferen Luftwege, die Absperrung bestimmter Lungenanteile und die Entnahme von Gasproben aus diesen Bezirken erreicht wird. Die Ergebnisse der Versuche waren folgende: Die Elastizität der Lunge ist eine vollkommene. Der Sauerstoffgehalt des arteriellen und venösen Blutes braucht bei Abschluß selbst größerer Lungenabschnitte nicht vermindert zu werden. Beim Gasaustausche zwischen abgeschlossener Lungenluft und Venenblut nähert sich die Zusammensetzung der Lungenluft asymptotisch den Gasspannungen des venösen Blutes. Die Sauerstoffspannung des venösen Blutes beträgt im Mittel 5.3% oder 37.5 mm Hg . Die Kohlensäurespannung des venösen Blutes beträgt im Mittel 6% oder 42.2 mm Hg . Die Stickstoffspannung desselben ist zirka 89% . Das Venenblut ist zu $60\text{--}65\%$ mit Bezug auf die aus atmosphärischer Luft aufnehmbaren Mengen gesättigt. Die Ausnutzung des Sauerstoffes seitens der Gewebe beträgt absolut: (arterieller Gehalt) 19-- (venöser Gehalt) $12.5\text{--}6.5 \text{ cm}^3$ aus 100 cm^3 Blut oder 34% des arteriellen Sauerstoffes. Bei einem 60 kg schweren Menschen laufen bei Körperruhe pro Minute 3.8 l Blut um, das ist pro Kilogramm 64.2 cm^3 ; pro Sekunde und Kilo laufen 1.4 cm^3 um.

Die Dauer des Kreislaufes beim Menschen beträgt zirka 72 Sekunden. Das Schlagvolumen des menschlichen Herzens kann zu $55 \text{ cm}^3 = \frac{1}{1200}$ des Körpergewichtes $= \frac{1}{84}$ der Blutmenge angenommen werden. Die Strömungsarbeit des Herzens beträgt 2.3% der gesamten Herzarbeit. Die gesamte Herzarbeit eines 60 kg schweren Menschen beträgt bei 100 mm Blutdruck 7.11 m/kg pro Minute, pro Systole bei 70 Pulsen 0.102 m/kg oder 102 g/m . Die Herzarbeit pro Körper Kilo beträgt 118 g/m pro Minute. Für die Fortbewegung von 1 cm^3 Blut sind 1.8 g/m Arbeit erforderlich. Die 24stündige Herzarbeit beträgt $10.000 \text{ m/kg} = 3.6\%$ der gesamten Energie. Die Herzarbeit verhält sich zur Atemarbeit wie $1:2.4$. Beide zusammen betragen also 10% des Energieverbrauches pro Tag. Das Herz bedarf pro Minute 9.24 cm^3 Sauerstoff. Pro Systole (70 Pulse) sind 0.13 cm^3 Sauerstoff erforderlich. Durch die Koronargefäße laufen pro Minute mindestens 139 cm^3 Blut; die Blutversorgung des Herzens ist eine mindestens 7mal größere als die des übrigen ruhenden Körpers.

M. WEINBERGER stellt eine 25jährige Frau mit nervösen Störungen vor, welche wahrscheinlich auf einen extrazerebralen Tumor zurückzuführen sind. Bei der Pat. finden sich: linksseitige Hypoglossuslähmung mit Atrophie der linken Zungenhälfte, des linken Rekurrens, Schlingbeschwerden, motorische Schwäche der rechten Körperhälfte und der linken unteren Extremität, Erloschensein der Schmerzempfindung an der linken, Hyperalgesie an der rechten Körperhälfte, Ataxie. Die Temperaturempfindung ist normal. Neben dem Sternum ist in der letzten Zeit ein Tumor aufgetreten, welcher stetig wächst, der primäre Tumor konnte bisher nicht aufgefunden werden. Vortr. äußert die Vermutung, daß derselbe in der Schädelhöhle sitzen könnte, wo er durch Kompression der Nerven an der Schädelbasis die nervösen Symptome hervorrufen würde.

R. SCHMIDT demonstriert ein Mädchen, bei welcher Sarcine im Mageninhalt nachweisbar ist. Da dieselbe nach den Erfahrungen des Vortr. fast ausschließlich bei gutartigen Stenosen des Pylorus vorkommt, ist Vortr. geneigt, eine solche bei der Pat. anzunehmen, wofür auch eine druckempfindliche Stelle in der Pylorusgegend spricht.

A. Schiff bemerkt, daß sich die Sarcine im Magen auch bei Hypersekretionen ohne Pylorusstenose findet.

W. Schlesinger weist auf den von ihm beobachteten Befund von Milchsäurebazillen im Magen hin, welche gegen den Einfluß des Magensaftes widerstandsfähiger sind als die Sarcine.

FLESCH führt einen Mann mit einer traumatischen Konusläsion vor, welche durch einen Sturz auf das Gesäß entstanden ist. Im Beginne bestanden heftige, in die Beine ausstrahlende Schmerzen im Kreuze, Incontinentia alvi und Retentio urinae, Schmerzen in der Blase und im Mastdarm, Hyperalgesie der unteren Extremitäten. Als Pat. nach 11 Wochen zum ersten Male das Bett verließ, merkte er eine Verschlechterung des Ganges, als dessen Ursache eine isolierte Parese beider Gastrocnemii festgestellt wurde; dieselben zeigen partielle Entartungsreaktion.

A. Bum: Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung. (Erscheint ausführlich in unserem Blatte.)

Notizen.

Wien, 26. November 1904.

(**STELLWAG v. CARION** †.) Am 21. d. M. ist zu Wien der ehemalige Professor für Augenheilkunde an der Wiener Universität, Hofrat **Dr. KARL STELLWAG v. CARION**, im hohen Alter von 82 Jahren gestorben. In Langendorf geboren und in Wien promoviert, hat sich **v. STELLWAG** 1854 für Ophthalmologie habilitiert, um im nämlichen Jahre mit der Leitung der Augenkranken-Abteilung im Garnisonsspital Nr. 1 und dem okulistischen Unterrichte an der Josefs-Akademie betraut zu werden. Im Jahre 1857 wurde er zum außerordentlichen und 1858 zum wirklichen Professor an der Wiener Universität ernannt. Er war ein Lehrer, der mit launigem Humor und sarkastischem Witze seine Hörer zu fesseln und anzuregen wußte und der im engen Gebiete des eigenen Faches nie die Verbindung mit der gesamten Medizin verlor. Die Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten, von denen viele dauernden Wert besitzen, ist sehr groß. Es seien u. a. genannt: „Das Hornhautgeschwür“, „Zur Lehre von den Glasläsionen“, „Beitrag zur Lehre von dem Akkommodationsvermögen“, Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte“, „Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde“, „Polarisation des Lichtes im menschlichen Auge“.

(**K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien**.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. **SPIEGLER** eine hysterische Frau mit einem von derselben artefiziell erzeugten Hautexanthem, welches aus pemphigusähnlichen Blasen und erythematösen Flecken besteht. — Hierauf hielt Hofrat **POLITZER** den angekündigten Vortrag: „Pathologie, Diagnose und operative Behandlung der eitrigen Labyrinthkrankungen.“ Vortr. bezeichnet als die häufigsten Ursachen der Labyrinthitis Tuberkulose, Scharlachdiphtherie, Typhus und Syphilis. Der Eiter findet den Weg in die Labyrinthhöhle durch das runde und ovale Fenster, durch den arrodieren horizontalen Bogengang oder durch Arrosion der Wand des Promontoriums. Der hierdurch bedingte kariös-nekrotische Prozeß zieht eine Ausstoßung der Schnecke oder des ganzen Labyrinthes nach sich oder es kommt zum Durchbruche in den Meatus auditorius int., von wo aus die Infektion der Meningen, eventuell auch des Gehirnes, erfolgen kann. Die sogenannten Labyrinth Symptome (Schwindel, Erbrechen, Ohrgeräusche, Nystagmus) sind nicht eindeutig, da sie auch bei entzündlicher Reizung der Hirnhäute und des Kleinhirns vorkommen können. Von größerem Wert ist die Stimmgabeluntersuchung (Verkürzung der Perzeptionsdauer der C₂-Stimmgabel im Vergleiche zur normalen); in vielen Fällen ist die Diagnose erst nach operativer Freilegung des Mittelohres möglich. Die Therapie der Labyrinthitis besteht in der teilweisen oder gänzlichen Entfernung des Labyrinths im Anschlusse an die Radikaloperation; die letztere soll schon nach dem Auftreten meningealer Symptome vorgenommen

werden. Wichtig ist die Prophylaxe, welche auf der frühzeitigen Behandlung jeder Ohreiterung beruht; die breiten Volksmassen sollen durch populäre Schriften auf die Gefährlichkeit vernachlässigter chronischer Ohrenflüsse aufmerksam gemacht werden.

(Wiener Ärztekammer.) In der am 17. d. M. stattgefundenen Kammerversammlung wurden Änderungen mehrerer Bestimmungen des Statuts für den Kaiser Franz Josef-Regierungsjubiläumsfonds beschlossen. — **Dr. KRIPS**, der Delegierte der Wiener Kammer beim 9. Kammertage, berichtete hierauf über denselben. Die Versammlung nahm den Bericht zur Kenntnis und ratifizierte die Beschlüsse des 9. Kammertages. — Eine von einem Arzte in einer Zuschrift gestellte Frage, ob die Errichtung einer konzessionierten ärztlichen Stellenvermittlung durch einen Arzt standeswidrig sei oder nicht, wurde nach längerer Debatte dem Komitee für Standesfragen zur Beratung und Berichterstattung zugewiesen. — Kassadirektor **Dr. LUTHELEN** legte die Gebarungsrechnungen über die drei Fonds der Wiener Ärztekammer von Januar bis September 1904 vor und berichtete, daß von Seite des Vorstandes an das Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institut des österreichischen Ärztevereinsverbandes als diesjähriger Mitgliedsbeitrag der Betrag von 3000 K überwiesen wurde. Das vom Vorstande durch den Kassadirektor vorgelegte Präliminare für das Jahr 1903 wurde einstimmig genehmigt. — Bezüglich der Nichteinberufung der Delegierten der Kammer zu den Sitzungen des n.-ö. Landessanitätsrates wurde beschlossen, eine vom Vorstande beantragte Eingabe an die k. k. n.-ö. Statthalterei zu richten. — Die Kammerversammlung erhob weiters einen Vorstandsantrag zum Beschlusse, nach welchem das k. k. Oberlandesgericht in Wien zu ersuchen sei, durch einen Erlaß an die ihm unterstehenden Gerichte anzuordnen, daß diejenigen Ärzte, welche auf Zeugengebühren nach § 346 Anspruch machen, eine günstige Erledigung ihrer Ansprüche finden. — Präsident **Dr. EWALD** verkündete ehrenrätliche Erkenntnisse, mit welchen **Dr. MAX JOSEF BUXBAUM** wegen abfälliger Kritik der Behandlungsweise eines Kollegen vor Patienten und Denunziation desselben bei der vorgesetzten Behörde zu einer Geldstrafe von 200 K; **Dr. WOLF-WILHELM STARK** wegen Reklame zu 200 K; **Dr. LEIB WOLF BERALL** wegen Veröffentlichung eines unterbietenden Tarifs zu 200 K; **Dr. MORITZ OPPENAUER** und **Dr. JAKOB SCHAFFNER** wegen Deckung der Kurpfuscherei zu je 400 K verurteilt wurden, und ein Erkenntnis, mit welchem **Dr. MAX MADER** wegen Herabwürdigung des ärztlichen Standes in öffentlicher Versammlung vor Laien eine Rüge erteilt wurde. — Zum Schlusse wurde ein Antrag des **Dr. ELLMANN** angenommen, nach welchem die geschäftsführende Kammer ersucht wird, auf die Tagesordnung des nächsten Kammertages die Revision des bürgerlichen Gesetzbuches, insofern es ärztliche Interessen berührt, zu setzen. Den Motivenbericht hierzu wird die Wiener Ärztekammer liefern.

(Oberster Sanitätsrat.) In der am 19. November 1904 abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrates gelangten nachstehende Referate zur Beratung und Beschlußfassung: Festsetzung der Arzntaxe für das Jahr 1905. — Referat über Maßnahmen zur Bekämpfung der Wurmkrankeheit beim Bergbau in Bezug auf die Durchführung der Bestimmungen des § 4 der Ministerialverordnung vom 4. Juli 1904. — Gutachtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigte Stelle eines Primararztes für eine interne Abteilung der Wiener k. k. Krankenanstalten. — Besetzungsvorschlag für die erledigte Stelle eines Oberbezirksarztes in Tirol. — Nach Erledigung der Tagesordnung wurden zwei Initiativanträge eingebracht, und zwar einer vom Obersanitätsrate Hofrat Prof. **Dr. SIEGMUND EXNER**, betreffend die Erlassung eines Verbotes über das Spucken auf den Boden in Straßenbahnen, Eisenbahnen, Dampfschiffen etc., soweit sie dem öffentlichen Verkehre dienen, und einer vom Obersanitätsrate Hofrat Prof. **Dr. Freih. v. EISELSBERG** über die Abänderung der Adjustierung der auf den Eisenbahnen in Verwendung stehenden Rettungskästen und Notapparate für die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen. Beide Anträge wurden in Beratung gezogen und wurde der Beschluß gefaßt, dieselben zur entsprechenden Würdigung an das Ministerium des Innern zu leiten.

(Statistik.) Vom 12. bis inklusive 19. November 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7561 Personen behandelt. Hiervon wurden 1479 entlassen, 113 sind gestorben (7.09% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereil als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 99, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 79, Scharlach 36, Masern 129, Keuchhusten 5, Rotlauf 32, Wochenbettfieber 2, Röteln 1, Mumps 11, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 521 Personen gestorben (+ 8 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Berlin ist am 23. d. M. der ehemalige Assistent VIBCHOWS und dormalige Prosektor am Krankenhaus Moabit, Prof. Dr. ROBERT LANGERHANS, als Opfer einer Infektion, im jugendlichen Alter von 44 Jahren gestorben, er hatte seinen Namen zumal durch seine Pankreas-Arbeiten bekannt gemacht. — Gestorben sind ferner: In Budweis der Stadt- und Gerichtsarzt Dr. LEOPOLD LÖWY, 70 Jahre alt; in Marseille der bekannte Londoner Arzt und Hausarzt des Prinzen von Wales Dr. ALLINGHAM, durch Selbstmord, im 43. Lebensjahre; in Moskau der a. o. Professor der Chirurgie Dr. K. KLEIN; in Amsterdam der ehemalige Ordinarius für Chirurgie Dr. C. A. WURFBAIN; in Nantes der Professor der Therapeutik Dr. BÉROCHAUD.

Hoflieferantentitel. Der Brunnenunternehmung Krondorf, Karl Gölsdorf, wurde seitens des Königs von Spanien der spanische Hoflieferantentitel verliehen. Diese hohe Auszeichnung involviert einen neuerlichen Beweis für die Vorzüglichkeit des natürlichen Krondorfer Sauerbrunnens, der auf der Tafel vieler allerhöchster und höchster Herrschaften sich bereits größter Beliebtheit erfreut. Wir können mit Befriedigung konstatieren, daß in der verflossenen Saison der Versandt dieses Brunnens abermals eine bedeutende Zunahme erfahren hat, die wir ohne weiteres auf das Konto der stetig wachsenden Popularität dieses anerkannt trefflichen Tafel- und Heilwassers, das sich bereits in den entferntesten Welttrichtungen siegreich Eingang verschafft hat, setzen können.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- L. David, Ratgeber für Anfänger im Photographieren. Halle a. d. S. 1904, ~~W. Knaack~~ M. 1.50
- M. Kahane, Therapie der Darmkrankheiten. Wien 1904, A. Hölder. — K 2.30.
- P. Schenk, Gebrauch und Mißbrauch des Alkohols in der Medizin. Berlin 1904. M — 50.
- Medizinal-Kalender für das Jahr 1905. II. Abt. Berlin 1905, A. Hirschwald.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 28. November 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. M. SACHS: Über kosmetische Operationen in der Augenheilkunde.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag den 29. November 1904, um 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaale der Allgem. Poliklinik, IX., Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Mitteilungen des Vorsitzenden. 2. Primarius Dr. KIEN: Über Dauerbehandlung und Erfolge bei skrofulös-tuberkulösen Lokalprozessen mit Vorstellung von in St. Pelagio geheilten Kranken.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.
Mittwoch, den 30. November 1904, 7 Uhr abends, Voll-Versammlung im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Dr. E. MEDER, städtischer Bezirksarzt in Brünn: „Das Säuglingskrankenhaus als wichtiger Faktor zur wirksamen Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit.“

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag den 1. Dezember 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaale der ~~Klinik~~ **Klinik Eschschach.**

I. Demonstrationen. — II. Dr. Freih. v. PIQUET: Gewichtsbestimmungen bei Nephritis.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Novemberheft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Über die Resultate der chirurgischen Therapie der typhösen Perforationsperitonitis“. Von Dr. D. G. Zesas in Bern.

Dr. Kahlbaum, Görlitz,
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offene Kuranstalt für Nervenranke.
Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Krondorfer
natürlicher
alkalischer SAUERBRUNN
Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Athmungsorgane des Magens und der Blase.
Brunnen-Unternehmung, Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX., Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltängasse 10.

Orthopädische Anstalt
Dr. Max Haudek, WIEN,
I., Bauernmarkt 10. Telefon 12.956.
Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.
Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.
Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen.
Eigene Pension für auswärtige Patienten.

<p>Marelin</p> <p>Helmitol</p> <p>Duotal</p> <p>Creosotal</p> <p>Heroinhydrochlor.</p>	<p>Mesotan äußerlich. Ersatz für Gaultheriaöl, nahezu geruchlos, leicht resorbierbar. Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt, 3mal täglich aufzupinseln.</p> <p>Veronal Mittlere Dosis 0.5—0.75—1.0 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen (geruchlos, fast ohne Geschmack).</p>	<p>Salizylpräparate zur Behandlung rheumatischer Affektionen.</p> 	<p>Aspirin innerlich. Beste Ersatz für Salizylate, angenehm säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen Nebenwirkungen. Dos.: 0.5—1 g 3—5mal tägl. zu nehmen.</p> <p>Isopral Dos.: 0.5—1.0 g bei einfachen Agrypnien; 1.0—2.0—3.0 g bei Erregungszuständen, entweder in Lösung oder in Form von Tabletten. (In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.)</p>	<p>Citarin</p> <p>Salophen</p> <p>Protargol</p> <p>Hedonal</p> <p>Theocin-Natr. acetic.</p>
<p>Vorzügliche Hypnotika durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet; frei von schädigenden Nebenwirkungen.</p> <p>Vertreter für Österreich-Ungarn: FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.</p>				

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 3 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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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-Zelle oder deren Raum mit 50 Pf. = 80 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.848.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Aus dem k. u. k. Truppenspital in Marburg. Zur Frage der Behandlung von knöchernen Schädeldefekten. Von Regimentsarzt Dr. KARL DIWALD. — Ein Fall von Gonitis luetica. Von Dr. J. FELS in Lemberg. — Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstraktes. Von Dr. FRANZ WEITLANER in Innsbruck. — Referate. DUJARIER (Paris): Über die Behandlung frischer Frakturen mit Metallklammern. — N. MÖLLER (Stockholm): Merkurioöl. Ein neues Quecksilberinjektionsmittel. — NOVY und NEAL (Michigan, Amerika): Über Trypanosomiasis und die Kultivierung von tierischen Mikroorganismen, besonders des Trypanosoma Lewisi. — JULIUS NEUMANN (Wien): Über die entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Organe. — KRAWKOW (St. Petersburg): Über die Hedonal-Chloroformnarkose. — ŠANTRÜČEK (Prag): Über die Behandlung der Hydrokele. — OFFERGELD (München): Beitrag zur Kenntnis der urämischen Lähmungen. — REMLINGER (Paris): Le passage du virus rabique à travers les filtres. — Kleine Mitteilungen. Behandlung der Karzinome mit Röntgenstrahlen. — Tabellen zur praktischen Koprologie. — Stillung der Hämorrhoidalblutungen. — Ekzembhandlung. — Neue Nahtmethode bei Laparotomien. — Aristochin. — Fleischsaft Paro. — Unblutige Therapie der Luxatio coxae congenita. — Mesotanexanthem. — Literarische Anzeigen. Die Lehre von den Geschwülsten, mit einem mikroskopischen Atlas. Von Dr. MAX BORST. — Abhandlungen zur Geschichte der Medizin. Herausgegeben von Prof. Dr. HUGO MAGNUS, Dozent Dr. MAX NEUBURGER und Sanitätsrat Dr. KARL SUDHOFF. — Medizinisches aus der altfranzösischen Dichtung. Von OSKAR KÜNK. — Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit und die Kriminal-Anthropologie. Für Juristen, Ärzte und gebildete Laien dargestellt von Dr. HANS KURELLA. — Feuilleton. Geheimnisse des Lebens und des Geistes. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“) IX. — Aus medizinischen Gesellschaften Deutschlands. (Original-Bericht.) — K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion 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 dem k. u. k. Truppenspital in Marburg.

Zur Frage der Behandlung von knöchernen Schädeldefekten.

Von Regimentsarzt Dr. Karl Diwald.

Die Frage der Deckung von knöchernen Defekten am Schädel, wie sie nach Traumen, Schußverletzungen, umschriebenen Nekrosen sei es auf traumatischer, luetischer, tuberkulöser oder anderer Grundlage aufzutreten pflegen, hat von jeher die Chirurgen auf das lebhafteste interessiert.

Von speziellstem Interesse ist die Frage für den Militärarzt geworden, der relativ häufig, namentlich in Kavalleriestationen, in die Lage kommt, in dieser Hinsicht Erfahrungen zu sammeln.

Mit dem Eintritt der antiseptischen bzw. aseptischen Ära hat die Chirurgie in dieser Frage wirkliche Triumphe zu feiern begonnen; es wurden wahrhaft geniale Methoden ersonnen, die sich in zwei große Gruppen teilen lassen, die Methode der autoplastischen Deckung und die der heteroplastischen.

Die spezielle Beschaffenheit des jeweiligen Falles ist entscheidend für die Auswahl der einen oder der anderen Methode.

Der Effekt nach gelungener Deckung besteht in der Ausschaltung eines Locus minoris resistentiae gegen Schädlichkeiten von außen (Traumen) einerseits, indem wieder eine feste schützende Decke über dem Gehirn geschaffen wurde, andererseits in der Verhütung der Bildung des mit Recht gefürchteten Prolapsus cerebri, der Hernia cerebri acquisita.

Leider vermögen wir nicht, die gefürchtetste aller Folgekrankheiten, die Epilepsie, mit Sicherheit durch die Operation zu bannen.

Die autoplastischen Deckungsmethoden mittelst gestielter Haut-Periostknochenlappen, wie sie W. MÜLLER und KÖNIG empfehlen, müssen wohl als die natürlichsten und im Falle des Gelingens als die besten bezeichnet werden; hierher gehört auch die von MAC EWEN u. a. geübte Art. Sie zerstückeln z. B. behufs Verschlusses einer Trepanationslücke die ausgesägte Knochenscheibe und schieben die Knochenstückchen zwischen Dura und den mit Periost bekleideten Weichteilsappen unter Freilassung von Zwischenlücken zum Zwecke von Sekretabfluß.

In der Reihe der heteroplastischen Arten der Deckung von Schädeldefekten ist in erster Linie die Methode ALEXANDER FRÄNKELS zu erwähnen, die im Einlegen von zugeschnittenen Zelluloidplatten besteht und die bereits von v. EISELSBERG, HINTERSTOISSER, HABART, ZIMMERMANN, SCHEIDL u. a. mit Erfolg geübt wurde.

SCHEIDL erwähnt, daß die Heteroplastik in Fällen, wo gleichzeitig ein Defekt der Dura mater besteht, der Autoplastik nach MÜLLER-KÖNIG entschieden vorzuziehen sei, da Rindenepilepsie in keinem Falle bei den zahlreichen von HABART Operierten und durch Heteroplastik Geheilten eingetreten war.

SENN, KÜMMEL u. a. decken Knochendefekte durch dekalkinierte Knochenplatten, die in relativ kurzer Zeit durch normales Knochengewebe ersetzt werden.

V. E. MERTENS publizierte in der „Deutschen Zeitschrift f. Chirurgie“, Bd. 57, pag. 518, die Ergebnisse der knöchernen Deckung von Schädeldefekten, zu denen er bei seinen Versuchen an der v. EISELSBERGSchen Klinik in Königsberg gelangt war.

Nach seinen Befunden stellt gekochter Knochen das beste Deckmaterial dar. Es können sowohl vom Patienten stammende Frakturplitter als auch von beliebigen Leichen genommene und zurecht modellierte Ersatzstücke verwendet werden. Hauptbedingung ist, daß die gekochte Knochenplatte möglichst fest eingefügt werde, der Kontakt an den Stellen des Defektrandes möglichst eng sei, damit tunlichst reiche Blutzufuhr gesichert sei, daneben werden 1—2 bohngroße Anschnitte empfohlen, damit keine Blutansammlung hinter der Platte stattfinden kann.

BÜDINGER demonstrierte in der Gesellschaft der Ärzte in Wien das Schädeldach eines Knaben, in welches er selbst 4 Jahre vor dem Tode des Patienten Scheiben aus dem Calcaneus einer alten Frau implantiert hatte, um Defekte nach tuberkulöser Pachymeningitis und Caries zu schließen. An den betreffenden beiden Stellen ist von der Innenseite des Schädels her kaum etwas Abnormes zu erkennen, sogar die Äste der Arteria meningea media haben sich ganz in der gewöhnlichen Weise ein Bett gegraben. BÜDINGER tritt warm für die Verwendung derartiger heteroplastischer Knochenimplantation ein, die seiner Ansicht nach die Einheilung per primam nicht absolut fordern, da nach BARTH die aus ihrer Kontinuität gelösten Knochen, die in der Art des demonstrierten Falles eingepflanzt werden, zur Resorption gelangen und nur ihre organischen Bestandteile zum Aufbau des neuen Knochens verwendet werden, also in demselben keinerlei Vitalität zu schützen ist.

Ich übergebe in folgendem zwei Fälle von Schädeldefekten nach Schädelfraktur infolge von Hufschlag, die ich Ende des Jahres 1903 in rascher Aufeinanderfolge im Truppenspitale zu behandeln Gelegenheit hatte, der Öffentlichkeit.

Der I. Fall betrifft den Zugführer F. H. des 4. Dragoner-Regiments.

Der Mann erhielt am 3. November 1903 im Stalle einen Hufschlag auf die rechte Seite des Hinterkopfes, blieb einige Zeit bewußtlos liegen und wurde nach etwa einer Stunde der Heilanstalt übergeben.

Status praesens: Patient ist ein großes, kräftig gebautes Individuum; er ist schwer besinnlich, reagiert nur auf lebhaftes Anrufen, klagt über starke Kopfschmerzen, heftiges Schwindelgefühl, so daß er auch im Bette nicht aufrecht zu sitzen vermag, erbricht mehrere Male blutig-schleimige Massen.

Der linke Mundwinkel steht eine Spur tiefer als der rechte, die Pupillen sind mittelweit und reagieren etwas träge, der Puls beträgt 100 Schläge in der Minute, ist kräftig und voll, die Körpertemperatur ist normal, an den Organen der Brust- und Bauchhöhle keine krankhaften Veränderungen nachweisbar.

In der Mitte zwischen der Protuberantia occipitalis externa und dem Processus mastoideus dexter findet man eine vertikal gestellte, 1 cm lange, scharfrandige Kontinuitätstrennung der Schädelschwarte, unter derselben eine teigig-weiche Geschwulst entsprechend einem Bluterguß zwischen Schädelschwarte und Knochen, die Sonde stößt auf rauhen Knochen.

Es wurde nun in Narkose die Verletzung der Schädelschwarte in der Ausdehnung von 7 cm erweitert und der Knochen bloßgelegt, wobei sich zeigte, daß derselbe im Umfange von über Fünft Kronenstückgröße in mehrere nach innen gesunkene Splitter gebrochen ist; aus dem medial gelegenen Knochenspalt quillt reichlich schwarzes Blut. Die Splitter wurden nunmehr mittelst Hammer und Meißel mobilisiert und entfernt. Ich will gleich hier erwähnen, daß sich die Frakturstelle im Bereiche der stärksten Krümmung (kleinster Krümmungsradius) der Hinterhauptsschuppe und im Bereiche des Sinus transversus befand.

Dieser selbst war von einem Knochensplitter in ziemlich breiter Ausdehnung durchrissen und die Blutung war eine abundante.

Ich mußte mich begnügen, so gut es ging, die Ränder des entstandenen Defektes rasch zu glätten, legte einen stark komprimierenden Jodoformgazetampon in den Defekt ein, ihn hierbei etwas unter die Knochenränder schiebend, und legte einen entsprechenden Druckverband darüber.

Nach der Operation sistierte das Erbrechen vollständig, das heftige Schwindelgefühl war verschwunden, schon am nächsten Tage saß Patient aufrecht im Bette, verzehrte mit großem Appetite die ihm gereichte Nahrung und klagte nur über geringe Schmerzen im Hinterkopfe.

Am dritten Tage post operationem versuchte ich den Tampon zu entfernen, wobei sich die Sinusblutung in demselben Maße wie das erstmal wiederholte, weshalb ich neuerdings tamponierte und über den Tampon durch die Schädelschwarte zwei Hilfsnähte legte, um den Druck ausgiebiger zu gestalten.

Ich ließ nunmehr diesen Tampon liegen und entfernte ihn nach Wegnahme der provisorischen Nähte erst am sechsten Tage. Nun stand die Sinusblutung und ich konnte in Ruhe den Defekt im Knochen übersehen. Derselbe war mehr längsoval und reichte mit seinem unteren Ende noch über die Linea semicircularis externa inferior, also unter die Ansätze der Nackenmuskeln. Im Grunde des Defektes lag in starker Krümmung die Kuppe des Kleinhirns, bedeckt von der Dura mater bloß und quer von rechts nach links verlief in der Ausdehnung von 2 cm aufgerissen der Sinus transversus an den entsprechenden Laminen mit lockeren Blutgerinnseln verstopft. Die Knochenränder selbst waren ziemlich glatt, der Knochen jedoch von abnormer Dünne, so daß eine Trennung in Tabula interna und externa eigentlich nicht vorhanden war.

An eine knöcherne Deckung des Defektes konnte ich daher kaum denken, weil ich einerseits aus der Umgebung des Defektes keinen entsprechenden Hautperiost, Knochenlappen (MÜLLER-KÖNIG) bilden konnte, andererseits weil bei der etwas umständlichen Prozedur der Lappenbildung, der Erschütterung durch das Meißeln doch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen war, daß die Sinusblutung wieder beginne.

Es blieb nun noch die Deckung auf heteroplastischem Wege, sei es mittelst einer dekalzinierten Knochenplatte oder mit einer Zelluloidplatte (FRÄNKEL, EISELSBERG).

Die Deckung mittelst Platte erfordert in erster Linie genügende Dicke der Knochenränder des Defektes, um für die einzufragende Platte genügenden Halt zu bekommen. Diese Bedingung war im gegebenen Falle nicht erfüllt. Ferner erwähnte ich eingangs, daß die Frakturstelle just an der Stelle des Hinterhauptes saß, die der stärksten Krümmung entsprach. Nachdem die zur Deckung von Schädeldefekten im Gebrauche befindlichen 3 mm dicken Zelluloidplatten sich nicht entsprechend krümmen lassen, so wäre beim Einlegen einer solchen auf das stark gewölbte Kleinhirn ein Druck ausgeübt worden, den es sicherlich längere Zeit nicht vertragen hätte. Das was ich über die Zelluloidplatte sagte, gilt wohl in gleicher Weise für die dekalzinierte Knochenplatte.

Mir stand auch momentan eine gekochte Knochenplatte nicht zur Verfügung und so verschloß ich die Wunde, indem ich die ziemlich dicke Schädelschwarte mit tiefgreifenden Nähten über den Defekt zusammenzog. Die Heilung erfolgte durch erste Vereinigung. Bisher sind schlechte Folgeerscheinungen nicht aufgetreten.

Der II. Fall war, was die Stelle der Verletzung betrifft, etwas günstiger, und in diesem Falle gelang es mir auch, den Defekt erfolgreich zu decken.

Am 17. Dezember 1903 erhielt der Dragoner P. D. im Stalle einen Hufschlag gegen die Stirne, blieb einige Zeit bewußtlos liegen und erbrach mehrere Male. Bei seiner Spitalsaufnahme bot sich folgender Befund:

Patient ist mittelgroß, grazil gebaut, afebril, Gesichtsfarbe blaß; er ist bei vollem Bewußtsein und klagt über starke Stirnkopfschmerzen. Der Puls beträgt 60 Schläge in der Minute, Lähmungserscheinungen bestehen keine.

In der Stirnmitte findet man eine querverlaufende, 7 cm lange, auf 1 cm klaffende, mit stumpfen, gequetschten Rändern versehene Kontinuitätstrennung der Schädelschwarte. In der Tiefe liegt das des Periosts beraubte Stirnbein bloß und ist in der Ausdehnung von 4 cm Durchmesser zerplittert und eingedrückt.

In Chloroformnarkose wurden nun die Splitter mit Meißel, Hammer mobilisiert und entfernt, wobei sich zeigte, daß die Tabula interna in noch weiterem Umfange zerplittert war. Nachdem auch

die Knochenrümpfer der inneren Tafel, von denen ein ziemlich großer die Crista frontalis trug, entfernt und Defektränder entsprechend geglättet waren, präsentierte sich derselbe als von stumpfdreieckiger Gestalt mit der Basis nach oben gerichtet, mit der Spitze gegen die Nasenwurzel, im unteren Rande standen die Stirnhöhlen offen. Die Länge der Dreieckseiten betrug 4 cm. Im Grunde des Defektes lagen beide Großhirnhemisphären, bedeckt von der Dura mater, stark pulsierend, bloß, im oberen Wundrand blutete der Sinus facialis major ziemlich heftig. Die Blutung stand nach einer etwa zehn Minuten lang dauernden Tamponade.

Nun entschloß ich mich mit Rücksicht auf die entsprechende Dicke der Knochen, die Flachheit des Defektes, da ja an dieser Stelle der Knochen keine Flächenkrümmung zeigte, zur sofortigen Deckung des Defektes mit einer 2 mm starken Zelluloidplatte, die ich nun zurechtschnitt und dann in den Defekt einhämmerte, und zwar so, daß sich die eine Spitze in den einen offenen Stirnsinus einstemmte, während ich an den beiden anderen stumpfen Ecken des Defektes nach Ausmeißelung eines entsprechenden Falzes die Platte in letzterem fixierte. Ich gestehe, daß die Arbeit mühsam war und nicht gleich aufs erstemal gelang. Endlich lag die Platte fest, nur am oberen Rande war ein kaum millimeterbreiter Spalt in der Längenausdehnung von 1½ cm offen geblieben, der mir aber, wie ich glaube, später recht gute Dienste leistete, indem er Sekretansammlung hinter der Platte verhütete.

Ich vernähte nunmehr über der Platte die Schädelschwarte und legte in der Mitte ein kleines Streifenchen Jodoformgaze ein.

Der weitere, im übrigen vollkommen afebrile Verlauf gestaltete sich so, daß in den ersten Tagen blutig-seröse Flüssigkeit in reichlicherer, später rein-seröse Flüssigkeit in immer spärlicherer Menge abgesondert wurde, endlich am 31. Dezember, somit 12 Tage nach der Operation, war die Wunde vollkommen geschlossen, die Nähte entfernt, die Platte saß fest. Patient fühlte sich vollkommen wohl und bot keinerlei Störungen von seiten des zentralen Nervensystems.

An der Stirne war nur eine glatte lineare Narbe sichtbar.

Ein Fall von Gonitis luetica.

Von Dr. J. Fels in Lemberg.*)

Die syphilitischen Gelenkentzündungen galten bis vor kurzem als seltene Erkrankungen. Ihre Kenntnis datiert erst aus jüngerer Zeit und ist deshalb noch nicht allgemein verbreitet. Schon in der sogenannten zweiten Inkubationsperiode, d. i. im ersten Eruptionsstadium, oder auch bei späteren Rezidiven und während des Latenzstadiums der Syphilis kommen Gelenkschmerzen ohne Schwellungen und Rötung der Haut vor. Diese Arthralgien können in allen Gelenken auftreten, häufiger jedoch in den größeren als in kleineren Gelenken. Sie kommen im Schultergelenke, insbesondere aber im Kniegelenke vor und exazerbieren gewöhnlich in der Nacht. Quecksilberpräparate sowie kleine Gaben Jodkalium (0.5 täglich) haben hier eine günstige Wirkung. Außer diesen gewöhnlich im Frühstadium der Syphilis vorkommenden Gelenkschmerzen werden noch zweierlei Formen von syphilitischen Gelenkentzündungen beobachtet: Die Arthritis simplex syphilitica und die Arthritis gummosa. Die erste Form ist ziemlich selten; in akuter, subakuter oder chronischer Weise entsteht eine Entzündung des Gelenkes mit mehr oder weniger beträchtlichem Erguß. Zuweilen tritt diese Form schon in einem sehr frühen Stadium der Syphilis auf, oft sogar gleichzeitig mit der Roseola, aber ebenso häufig in späteren Stadien und befällt dann gleichzeitig mehrere Gelenke, so daß das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus vorgetäuscht wird. Man bezeichnet deshalb diese Form als Pseudorheumatismus syphiliticus, syphilitisches Rheumatoid oder auch Arthritis syphilitica simplex polyarticularis. Diese Fälle

*) Nach einem in der Lemberger Ärzte-Gesellschaft am 3. Juni 1904 gehaltenen Vortrage.

gehen mit remittierendem oder intermittierendem Fieber einher, die Schmerzen und Schwellungen springen oft von einem Gelenke auf das andere über, genau so wie beim akuten Gelenkrheumatismus. Veränderungen am Herzen sind jedoch nie vorhanden und Jodkalium beseitigt in überraschend schneller Weise, oft schon in 2—3 Tagen, Fieber und Gelenkschwellungen.

Das Befallenwerden eines einzelnen Gelenkes, Arthritis syphilitica simplex monoarticularis, kommt häufiger in den späteren als in den früheren Perioden der Lues vor. In subakuter oder chronischer Weise entwickelt sich schmerzlos und ohne Entzündungserscheinungen eine Schwellung des Gelenkes, in der Regel des Kniegelenkes, selten auch des Ellbogengelenkes. Auch hier ist das Jodkalium von günstiger Wirkung, wenn es auch nicht so rasch wirkt wie bei der polyartikulären Form. Die Arthritis syphilitica simplex monoarticularis neigt eben sehr zu Rezidiven und erfordert deshalb immer eine energische spezifische Behandlung. Die Arthritis gummosa nimmt entweder ihren Ursprung von primären Gummien des Knochens oder Periosts, welche einen sekundären Gelenkerguß hervorrufen, oder aber der gumöse Prozeß entwickelt sich primär im Gelenke als Chondro-Arthritis gummosa. Ihre Kenntnis stammt erst aus neuester Zeit. Fast schmerzlos oder unter sehr geringen Beschwerden entwickelt sich ein seröser Gelenkerguß; man hat diese Form bis nun im Knie- und Sprunggelenke, im Schulter-, Ellbogen- und Handgelenke beobachtet, meist einseitig, selten beiderseitig. Mitunter wird ein Trauma, ein Sprung, eine Überanstrengung u. dgl. als Gelegenheitsursache angegeben, häufiger jedoch fehlt jede Veranlassung hierzu. Die Diagnose der syphilitischen Gelenkerkrankungen ist ziemlich schwierig, da dieselben keinerlei für Syphilis charakteristische Merkmale darbieten. Manchmal wird die Diagnose durch bestehende anderweitige syphilitische Erscheinungen oder eine genaue Anamnese erleichtert. Bei hartnäckigen Gelenkergüssen, die einer anderweitigen Therapie nicht weichen wollen, denke man deshalb immer an Syphilis und leite eine entsprechende Behandlung ein, selbst bei ungenügender anamnestischer Unterstützung der Diagnose. Am häufigsten können Verwechslungen vorkommen mit einfachen serösen oder gonorrhöischen Gelenkergüssen oder mit tuberkulösen Gelenkentzündungen.

Viel weniger bekannt als die Gelenkerkrankungen infolge von erworbener Syphilis sind die Entzündungen bei hereditärer Lues. Die Handbücher der Geschlechtskrankheiten erwähnen dieselben nur ganz kurz, die chirurgischen Handbücher oft gar nicht. Deshalb verdient jeder neue Fall veröffentlicht zu werden. Soviel mir bekannt ist, hat in letzter Zeit HIPPEL¹⁾, Professor der Augenheilkunde in Heidelberg, auf die Häufigkeit der Gelenkerkrankungen bei hereditärer Syphilitischen besonders aufmerksam gemacht und forderte zugleich zu genauerer Beobachtung und Forschung in dieser Richtung auf. Er hatte die Beobachtung gemacht, daß Kinder mit Keratitis parenchymatosa, welche sehr häufig, wiewohl seiner Ansicht nach nicht allein bei hereditär Luetischen auftritt, öfter auch an Erkrankungen der Gelenke und namentlich der Kniegelenke leiden. Daraufhin begann er diesbezüglich genauere Angaben zu sammeln; er untersuchte 77 Kinder mit angeborener Syphilis, zu denen er am Ende seiner Arbeit noch 8 weitere Fälle hinzufügt. Ich will deshalb selbst seine Ergebnisse auf 85 Fälle berechnen. Unter diesen konnte er in 47 Fällen, das heißt also in 55%, entweder persönlich oder auf Grund genauer anamnestischer Angaben Gelenkerkrankungen feststellen. Von den 47 Fällen war 45mal das Kniegelenk betroffen, 6mal gleichzeitig mit anderen Gelenken, einmal war das Ellbogengelenk und einmal waren mehrere Gelenke zugleich erkrankt; 41mal bestand ein Erguß des Gelenkes; unter den 45 Erkrankungen des Kniegelenkes bestanden 40mal Gelenkerguß, welcher 37mal beide Knie er-

¹⁾ Münchener med. Wochenschr., 1903, Nr. 31.

griffen hatte, und 3mal nur eines. BOSSÉ konnte unter 46 Fällen von Lu es hereditaria 17mal, also in 37%, Gelenkserkrankungen konstatieren.

In den Zusammenstellungen HIPPELS überwiegt nicht das weibliche Geschlecht wie bei anderen Autoren. Gewöhnlich werden nicht ganz kleine Kinder befallen, sondern bereits ältere zu einer Zeit, wo keine anderen manifesten Erscheinungen der Syphilis mehr bestehen, am häufigsten Individuen zwischen dem 6.—10. Lebensjahre, aber gar nicht selten auch solche zwischen dem 10.—20. Jahre und noch später. Bei den Kranken HIPPELS mit syphilitischen Gelenkleiden fehlte nur 5mal die Keratitis parenchymatosa, die jedoch gewöhnlich später auftritt, was ebenfalls die Diagnose erschwert, denn bei einem scheinbar gesunden Individuum mit einem Gelenkerguß wird Syphilis nur diagnostiziert, wenn der Arzt auf die Möglichkeit dieser Ätiologie seine besondere Aufmerksamkeit richtet oder aber genau in dieser Hinsicht untersucht.

Die hereditärsyphilitischen Gelenkerkrankungen gehen gewöhnlich ohne Temperatursteigerung einher, oder es besteht selten Fieber. Ebenso selten kommen Schmerzen vor; viele suchen wegen ihrer „dicken Knie“ gar nicht den Arzt auf. In der Mehrzahl der Fälle tritt sogar nach längerer Zeit spontane Heilung ein und nur selten ereignen sich schwere und hartnäckige Fälle, ja manchmal entwickeln sich auch Eiterungsprozesse mit Fistelbildung oder Formen, die an Tumor albus erinnern. Am häufigsten beobachtet man einen einfachen serösen oder serös-fibrinösen Erguß beider Kniegelenke, der ohne Trauma entstanden ist. Nicht so selten ist bereits verschiedenartige chirurgische Behandlung vorausgegangen, z. B. Punktionen der Gelenke, oder die Kranken wurden mit Jodpinselungen, Verbänden, Bädern, Bettruhe behandelt, was natürlich nur sehr wenig hilft, denn am sichersten wirkt das Jodkali, welches nach den Erfahrungen HIPPELS in 4 bis 6 Wochen Heilung erzielen soll. In einem Falle HIPPELS wurde sogar vorher eine Resektion des Ellbogengelenkes vorgenommen. HIPPEL gelangt zu dem Schlusse, daß die Gelenkerkrankungen bei hereditär Syphilitischen häufig sind und daß Chirurgen sowohl als Praktiker viel mehr Fälle zu verzeichnen hätten, wenn sie an die Möglichkeit dieser Ätiologie dächten und stets in dieser Hinsicht genaue Forschungen anstellen möchten.

Ich hatte Gelegenheit, einen Fall von Gonitis luetica zu beobachten, der in ganz charakteristischer Weise zeigt, wie schwer hier die Diagnose fällt und wie wenig die Ärzte im allgemeinen an diese Veränderungen denken. Deshalb möchte ich ihn hier beschreiben, und zwar genau so, wie er sich mir bis zur richtigen Diagnose dargestellt hat.

Als ich noch Student der Medizin war, klagte mir öfter ein gewesener Gymnasialkollege über eine Schwellung des rechten Knies, die allen therapeutischen Eingriffen Trotz biete. Später suchte er mich einmal auf, um sich bei mir Rat zu holen.

Anamnese vom 10. Oktober 1898. A. K., 29 Jahre alt, Vertreter landwirtschaftlicher Maschinen, stammt angeblich aus gesunder Familie, der Vater lebt und ist gesund, die Mutter starb im Juni dieses Jahres, 51 Jahre alt, an Coma diabeticum. Patient ist der älteste Bruder von acht angeblich gesunden Geschwistern, eine Schwester starb im 13. Lebensjahre an Bauchtyphus, ein Bruder im 14. Lebensjahre angeblich an Endokarditis. Der Untersuchte war immer gesund, außer mit Gonorrhöe war er angeblich nie krank, eine luetische Infektion hat absolut nicht stattgefunden. Vor 9 Jahren, als Patient somit 20 Jahre zählte, bemerkte er an der Innenseite des rechten Knies einen Knoten; ob er sich nicht einmal an dieser Stelle angeschlagen hat, weiß er sich nicht zu erinnern. Diese Schwellung dehnte sich langsam auf das ganze Knie aus, aber trotzdem konnte er durch vier Jahre ohne Schmerzen herumgehen. Nach dieser Zeit begann jedoch die Schwellung auch auf die Wade überzugreifen und wurde manchmal nach längerem Gehen auch schmerzhaft. Mitunter empfand er auch den Einfluß der

Kälte auf den Fuß unangenehm. Verschiedene Ärzte erhoben den Verdacht auf Tuberkulose des Kniegelenkes, in den Lungen und anderen Organen wurde jedoch nichts Verdächtiges vorgefunden. Man verordnete ihm Pinselungen mit Jodtinktur und Schwefelbäder, wonach die Schmerzen zwar aufhörten, aber die Schwellung wurde immer größer, breitete sich auf die Wade aus, und wenn Patient länger herumging, schwoll ihm auch der Fuß an. Damals bemerkte auch der Kranke selbst, daß im Knie sowohl als in der Wade sich je eine Flüssigkeitsansammlung befinde und daß diese zwei Höhlen miteinander kommunizieren, denn er konnte die Flüssigkeit aus einer Höhle in die andere verdrängen. Manche Ärzte, die er konsultierte, schlugen ihm eine Operation vor, aber da er keine Schmerzen empfand, wollte er nicht darauf eingehen. Eine vorgenommene Punktion des Kniegelenkes blieb ohne Erfolg. So vergingen wieder drei Jahre. Da während des Herumgehens der Fuß am Tage immer anschwell, verordneten ihm die Kassenärzte einen Gummistrumpf, der wenigstens das Entstehen eines größeren Ödems hintanhalt. Vielleicht vor einem Jahre bemerkte der Kranke auf der Wade einen roten Fleck, und aus dieser Stelle begann nach einiger Zeit eine dünne Flüssigkeit zu sickern, anfangs weniger, später immer mehr, aber er ging trotzdem herum, der Ausfluß wurde mit der Zeit eitrig, gelb, grünlich oder rötlich, kleine Flocken enthaltend, dann stellte er wieder einen dicken grünlichen Eiter dar.

Status praesens: Ein kräftig gebautes und gut entwickeltes Individuum, Knochen- und Muskelsystem gut gebaut und entwickelt, Panniculus adiposus ebenfalls. Respirations-, Zirkulations- und Verdauungsorgane zeigen keinerlei pathologische Veränderungen, Augen und Ohren weisen ebenfalls nichts Abnormes auf, Zähne normal entwickelt, am äußeren Genitale sind keine Narben oder andere verdächtige Symptome, Inguinaldrüsen nicht geschwollen, der Urin klar, durchsichtig, enthält einige Fäden, kein Eiweiß, keinen Zucker.

Das rechte Knie und der rechte Unterschenkel sind geschwellt, überhaupt dicker als linkerseits, jedoch gibt der Kranke an, daß das Knie in den ersten Jahren der Krankheit viel dicker war. Tanzen der Patella, an der Innenseite des Knies ist eine Verdickung, die sich als eine fluktuierende Höhle präsentiert, deren Boden sich als verdickte Kapsel durchfühlen läßt. Die Haut über der Wade ist geschwollen und man kann ebenfalls in der Tiefe eine Höhle wahrnehmen; das Knie ist auf Druck empfindlich. In der Mitte der Wade ist die Haut im Umkreise eines Zweihellerstückes bläulich verfärbt und in der Mitte dieser Stelle befindet sich eine über linsengroße Öffnung mit violetten, urterminierten und ausgefranzten Rändern. Aus dieser Öffnung läßt sich durch Streichen aus dem Knie längs der Wade eine dünne serös-eitrig Flüssigkeit entleeren, die weißliche Flocken enthält, letztere mitunter aber auch blutig verfärbt. Das Ganze machte sofort den Eindruck eines tuberkulösen Prozesses mit einem Senkungsabszesse der Wade und einer tuberkulösen Fistel.

Mit dieser Diagnose stimmten auch andere Kollegen, Chirurgen, überein, die ich zur Konsultation herbeizog und es wurde dem Kranken ein operativer Eingriff empfohlen, womit er sich einverstanden erklärte, da er sah, daß die Krankheit, die seit 9 Jahren besteht, in letzter Zeit immer mehr ausarte. Da stellte ich den Kranken noch Herrn Professor ZIEMBICKI vor; er lenkte die Aufmerksamkeit auf die geringen Verdickungen der Tibia, sprach seinen Verdacht auf vereiterte Gummien aus und empfahl einen Versuch mit Quecksilberbehandlung. Ich muß aufrichtig gestehen, daß ich und andere Kollegen an der Richtigkeit dieser Diagnose damals zweifelten, denn das Aussehen der Wunde und des Eiters war in typischer Weise tuberkulös und der Kranke versicherte abermals und versichert auch bis zum heutigen Tage, nie luetisch infiziert gewesen zu sein. Kollege REICHENSTEIN untersuchte noch den Eiter auf Tuberkelbazillen, allerdings mit negativem Resultate, was jedoch bekanntlich nicht mit Entschiedenheit einen tuberkulösen Prozeß auszuschließen braucht. Da schlug ich aber doch dem Kranken und seinem Vater vor, man möge vor der Operation noch die von Professor

ZIEMBICKI empfohlene Kur versuchen, worauf der Kranke einging; der Vater war damit ebenfalls zufrieden und begann mir aus freien Stücken zu erzählen, daß auch seine selige Frau vor vielen Jahren wegen eines schweren Knochenleidens, verbunden mit einer langdauernden Eiterung, operiert werden sollte, als ein Arzt sich erbot, sie ohne Operation zu kurieren, was ihm auch in wunderbarer Weise gelang. Als ich ihn nun um diese Wunderkur näher befragte, enthüllte er mir weiter, daß sie eine Salbe einrieb, worauf ihr Zunge und Mund anschwellen, so daß ihr der Speichel fortwährend floß und sie im Bette liegen mußte. Das genügte natürlich vollständig. Zwar leugnete auch der Vater jede luetische Infektion, aber bei einer Untersuchung fand ich an seinen Lippen sehr verdächtige weiße plattenförmige Verdickungen, die denn auch nach dem Verbräuche von 30 g Jodkalium vollständig verschwanden. Der Kranke selbst erzählte mir später ebenfalls, daß auch er sich dunkel an jene Krankheit seiner Mutter erinnere und daß er damals vielleicht schon sechs Jahre alt gewesen sei; soviel er gelegentlich hörte, habe die Mutter einmal abortiert, ob aber mehr Aborte oder totgeborene Kinder vorhanden gewesen seien, wußte er jedoch nicht.

Am 18. Oktober begann nun der Patient eine Einreibungskur mit täglich 3 g Quecksilbersalbe, die kranke Wade und das Knie wurden täglich mit grauem Pflaster bedeckt. Am 22. Oktober konnte man aus der Fistel schon kein Sekret entleeren, die Wade wurde hart, beim Gehen etwas schmerzhaft und nur noch an der Innenseite des Knies konnte man an einer Stelle Fluktuation fühlen. Mit Ende der zweiten Einreibungstour war bereits nirgends mehr Fluktuation vorhanden und die Fistel begann zu vernarben. Am 6. November war die Schwellung des Knies und der Wade viel kleiner, am 15. Dezember betrug der Umfang des Knies über der Patella gemessen rechts 36 cm, links 35 cm, über der Tuberositas tibiae rechts 32,5 cm, links 32 cm, in der Mitte der Wade 33,5 und 33 cm. Patient verbrauchte 105 g Quecksilbersalbe in 7 Touren und nachher noch 30 g Jodkali und ist seit der Zeit vollkommen gesund. Er macht in seinem Berufe weite Fußtouren und, wie er mir versichert, „ist der rechte Fuß viel gesünder als der linke“.

Unser Patient ist also durch neun Jahre wiederholt untersucht und mit verschiedenen Eingriffen behandelt worden, es wurde eine Punktion des Kniegelenkes vorgenommen, man riet ihm zu einer Operation wegen lokaler Tuberkulose und wer weiß, wie lange er noch mit seiner Krankheit herumgelaufen wäre und welche Eingriffe noch unnötigerweise vorgenommen worden wären, wenn nicht die Diagnose des Professor ZIEMBICKI den Fall klargelegt hätte. Die Krankheit bestand ursprünglich in einem serösen Ergüsse des Kniegelenkes; ob sie jedoch eine Erscheinung von Lues hereditaria tarda war, oder ob der Kranke nicht in der Kindheit von seinen Eltern infiziert wurde, ist schwer zu entscheiden.

In letzter Zeit veröffentlichte auch JORDAN zwei Fälle von Gonitis infolge von Lues hereditaria, wo ebenfalls erst nach verschiedenen Eingriffen, ja sogar nach stattgehabter Operation, die richtige Diagnose erkannt wurde. Einer dieser Fälle betraf einen gesunden Leutnant, der keinerlei luetische Symptome aufwies und bei dem im 22. Lebensjahre Ergüsse in beide Kniegelenke auftraten, die, wie erwähnt, ein Lieblingssitz und oft die einzige Lokalisation der Lues hereditaria tarda bilden.

FOURNIER und andere Autoren unterscheiden 4 Formen der hereditärluetischen Gonitis, und zwar: 1 Arthralgie, bestehend in Schmerzen ohne jeden Befund, mit wechselnder und schwankender Intensität der Beschwerden, die oft nur bei Nacht auftreten; Jodkali ist hier von rascher Wirkung; 2. einfacher, chronischer Hydrops genu; 3. Tumor albus syphiliticus und 4. Arthropathie déformante, mit Steifigkeit und Kontrakturbildung einhergehend. Sehr oft werden diese Spätformen der Lues hereditaria mit Tuberkulose verwechselt und die Kranken lange und zwecklos auf verschie-

dene Weise behandelt oder sogar unnötigerweise operiert. Man muß deshalb bei chronischen Entzündungen der Gelenke, und namentlich der Kniegelenke, immer ätiologisch an Lues hereditaria denken und das nicht nur bei Kindern, sondern auch bei jugendlichen Erwachsenen bis zum 25.—30. Lebensjahre. In zweifelhaften Fällen und dort, wo die gewöhnlichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg bleiben, ist stets ein Versuch einer antiluetischen Behandlung geboten. Die Erfahrung lehrt, daß diese Fälle eine lange und energische Kur erheischen.

Zur

Therapie der Entzündungen des Respirationstraktes.

Von Dr. Franz Weitlaner in Innsbruck.

In der neu erschienenen „Therapie an den Wiener Kliniken“, 1904, pag. 546, lesen wir bezüglich der akuten Rhinitis: „Eine Therapie der Rhinitis acuta ist in der Regel überflüssig und wird auch selten gewünscht“, und pag. 198 desselben Werkes lesen wir über denselben Gegenstand: „In akuten Fällen genügt im allgemeinen entsprechendes diätetisches Verhalten; doch kann zur Linderung der Beschwerden folgende Medikation zweckmäßig verwendet werden“, und es folgt das Rezept über eine schwache Sublimatlösung zum Aufschnupfen. Dies ist fast alles in einem so verbreiteten und anerkannt guten Buche, wie es das obengenannte ist.

Aber wohl fast jedermann weiß, wie peinlich und mit welcher ganz beträchtlichem Krankheitsgeföhle verbunden ein akuter Schnupfen ist, wie häufig die lufthaltigen Nebenhöhlen des Nasenraumes und sogar die Bindehaut der Augen mitaffiziert sind und das Krankheitsgeföhle durch intensive Kopfschmerzen steigern, wie sich daran, zumal bei häufigen Rezidiven und dadurch erhöhter Disposition und wenn nicht sie der primär erkrankte Ort waren, eine Pharyngitis und Angina anschließen, wie weiterhin in rascher Folge Tuba Eustachii, Larynx, Trachea, die dichotomischen Bronchialsysteme bis zu den Alveolen und sogar die Pleura erkranken können. An dieser Stelle erlaube ich mir die kleine Digression, zu erwähnen, daß man sich überhaupt daran gewöhnen muß, praktisch fast jede Erkrankung mehr weniger als eine solche des ganzen dazugehörigen Traktes oder Systems aufzufassen und zu behandeln, wenn auch in den Lehrbüchern jede einzelne Affektion recht zirkumskript, auf dieses Gebiet beschränkt, besprochen wird. Die katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege sind aber die Bodenbereiter für andere Infektionen, zumal die tuberkulöse. Man darf darum auch den einfachen Schnupfen nicht vernachlässigen und noch weniger den oftmaligen, rezidivierend akuten oder den chronischen, der immer wieder exazerbiert.

Beschäftigen sich aber die Ärzte nicht mit der Lösung der Frage nach einem wirksamen Heilmittel der akuten Rhinitis, so tut dies um so mehr die pharmazeutische Industrie, die ihre Präparate, wie Boromenthol, Soziodolschnupfenpulver, Formalindämpfe, Formanwatte usw. übermäßig anpreist, deren Wirksamkeit jedoch nach vieler Prüfung eine recht fragliche für mich ist. Überhaupt dürfte es anerkannt sein, daß man durch äußere Applikation von Arzneistoffen bei Schleimhautentzündungen der Atmungswege im akuten Stadium nur ausnahmsweise etwas erreicht, öfters direkt schadet. Auspinselungen mit Lapislösung, Ausspraysen und Ausbaden mit antiseptischen Flüssigkeiten, und was ich gleich hier mit einbeziehe, Inhalationen, unterläßt man mit guten Gründen aus schlechten Erfahrungen in der akuten Periode der Schleimhautentzündungen des Respirationstraktes; sie finden ihre berechnete Anwendung im Endstadium eines akuten Katarrhs, obwohl auch hier noch mit großer Vorsicht, besonders aber in der milden, chronischen Zwischenperiode, vorwiegend aber prophylaktisch. Der Wert der Inhalationen, wie sie bisher geübt wurden, scheint mir überhaupt ein recht unbedeutender

zu sein, abgesehen von der mehrversprechenden neuen Richtung, wobei die Inhalation einen neuen Vorgang in der Aufnahme von Medikamenten in den Körper bildet. Dagegen ist die Bepinselung mit einer 2%igen Lapislösung selbst dann von guter Wirkung, wenn man den Ort der Entzündung selbst nicht erreicht. Bekannt ist, daß die subkutane und chronische Tracheitis zeitweise durch ihren unwiderstehlichen Kitzel zu heftigen, erschöpfenden Hustenanfällen reizt.

Tuschiert man in einem solchen Falle die hintere Rachenwand, und zwar vorteilhaft nach dem Vorgange des Prof. HABERMANN in Graz mit einem stark abgebogenen Pinsel, so daß man hinter dem weichen Gaumen bis zum Fornix des Nasenrachenraumes hinauffährt, mit einer 2%igen Lapislösung, so wird man gar häufig einen eklatanten Einfluß auf den Trachealreiz und die Tracheitis gewahren. Damit wird natürlich nicht bestritten, daß dem direkten Tuschiern der Hauptwert zukommt.

Von viel größere Bedeutung ist die innere Therapie. Und da ist es am Platze, den Charakter der Infektion in bakteriologischer Hinsicht sich vor Augen zu halten. Man hat besonders heftige Formen der akuten Rhinopharyngitis auch für ein Erysipel dieses Schleimhautgebietes angesprochen. Dies würde eigentlich nur zu erkennen geben, daß ein und derselbe Infektionsträger eine Polymorphie an Krankheiten erzeugen kann, das eine Mal Erysipel, das andere Mal einen akuten Katarrh. Jedem is gehört eine noch größere Gruppe von Krankheiten eng zusammen, die alle mehr weniger den pyogenen Staphylo- und Streptokokken ihre Entstehung verdanken, dazu gehören der Gelenk-, Sehnenscheiden- und Muskelrheumatismus, die rheumatische Pleuritis, alle Katarrhe der Atmungswege; Scharlach und Influenza kommen ebenfalls in diese Nachbarschaft. Dafür spricht nicht allein die bakteriologische Forschung, sondern auch ein therapeutisches Faktum, nämlich die auffällige, also spezifische Reaktion all dieser Krankheiten auf die Salizylsäure. Sobald wir überhaupt — und es wäre vorteilhaft, es sich anzugewöhnen — unterlassen, von spezifischen Mitteln gegen gewisse Krankheiten zu reden, sondern vielmehr uns unsere Spezifika als spezifisch gegen den entsprechenden Mikroparasiten selbst denken, wird sich die Anwendung manchen Arzneimittels beträchtlich erweitern. Dies dürfte insbesondere hinsichtlich der Salizylsäure der Fall sein. Sie ist das interne Spezifikum gegen die pyogenen Staphylo- und Streptokokken, und zwar gegenwärtig das beste interne. Allgemein gebräuchlich ist die Salizylbehandlung beim Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, bei der Pleuritis, bei der Influenza (Salipyrin), bei der Zystitis (Salol); ein erfahrener Forscher schreibt bei der Behandlung der Lungentuberkulose nur der Anwendung des Salizylnatrons und des Ichthyoforns einen Erfolg zu und von Seite eines bekannten und erfahrenen Otologen werden stündlich halbgrammige Dosen von Salizylnatron bei akuter Otitis media verabreicht. Ich aber erlaube mir hier ebenso bescheiden wie nachdrücklich zu betonen, daß die Salizylsäure unser bestes internes Mittel bei allen akuten katarrhalischen Entzündungen des Respirationstraktes ist, und muß zur Salizylsäure noch eine Komponente dazukommen, die ich gleich erwähnen will. Wenn ich von Salizylsäure und Salizyltherapie rede, so meine ich damit ausschließlich das Natrium salicylicum. Die Komponente, die ich anführte, ist die Opiumkomponente, und zwar nur in der Form des Pulvis ipecacuanhae opiatum. Das bewährte Rezept, das ich schon seit 4 Jahren mit bestem Erfolge anwende, lautet also:

Rp. Natr. salicyl. 30.00
 Pulv. ip-cac. opiat. 3.60
 Ol. menth. pip. gtt. I.
 Mf. pulv. divide in partes aeq. Nr. XX.
 D. S. 3—5 Pulver täglich in $\frac{1}{4}$ Glas Wasser
 gelöst und umgeschüttelt zu nehmen.

Man kann die einzelnen Pulver auch zu Pastillen pressen lassen, was sich dann schöner präsentiert. Ich habe durch viele

Versuche die Erfahrung gewonnen, daß sich dabei weder das Natrium salicylicum, noch das Opium-Ipecacuanhapulver durch etwas Besseres ersetzen läßt und daß eines allein auch nicht genügt, sondern daß beide zusammen notwendig vereinigt sein müssen.

Was einerseits die Salizylkomponente in diesem Recepte betrifft, so habe ich durch möglichst objektive und genaue Untersuchungen gefunden, daß weder die Salizylsäure, noch die Azetylsalizylsäure, das Salol, das Salophen und Salipyrin unser allbekanntes Salizylnatron ersetzen können. Sein außerordentlicher Vorteil liegt in der prompten Löslichkeit und infolgedessen raschen Aufnahmefähigkeit. Die Salizylindustrie muß vor allem die leichte Löslichkeit im Auge behalten, soll ein Präparat dem Natrium salicylicum seinen ersten Rang ablaufen. Andererseits habe ich gefunden, daß auch das Opium-Ipecacuanhapulver weder durch Morphin, Diazetylmorphin, noch durch Kodein oder sonst ein modernes Narkoticum in oben angeführtem Recepte übertroffen werden kann. Der Tropfen Oleum menth. dient zweckmäßig zur Geschmackskorrektur, wobei sich gegen den unangenehm süßen Salizylnatrongeschmack trotz aller Versuche freilich nicht viel ausrichten läßt. Für Frauen und magenschwache Individuen mindere man die einzelne Pulverdosis des Dower'schen Pulvers auf 0.12 herab oder lasse das Pulver jedesmal nach dem Essen nehmen, um eventuell Erbrechen hintanzuhalten. Darauf ist sehr zu achten, da sonst das Medikament abschreckt, obwohl das Erbrechen natürlich ganz unschädlich ist.

Ich wende nun diese Verschreibung bei allen akuten katarrhalischen Entzündungen der Respirationsorgane, also z. B. vor allem bei der akuten Rhinopharyngitis, an. Sehen wir uns dabei den Vorgang an, so finden wir, daß zirka eine Stunde nach Einnahme des Pulvers die so lästige Exsudation in der Nase ganz sistiert; die Nase wird frei, das geringe Fieber verschwindet, man wird berufsfähig, wohlbefindend, der Umgebung nicht lästig und auch durch Hintanhaltung der Infektionsverschleppung ungefährlich. Dieses Aufhören der Exsudation ist auch beim Gelenkrheumatismus die Ursache des Aufhörens der Schmerzen. Wir fragen uns jedoch, warum hört die Exsudation bei der akuten Rhinitis so eklatant auf, und da können wir uns nur antworten, daß es die innerlich desinfizierende, spezifisch wirkende Kraft der Salizylsäure ist, welche die Vermehrung und das Wachstum der pyogenen Mikroben hemmt, also radikal das Übel angreift. Nach ungefähr 3 Stunden stellt sich die Exsudation und die übrigen Schnupfsymptome wieder allmählich ein, weshalb man im heftigsten Stadium genötigt ist, alle 3 Stunden ein Pulver zu nehmen, später viel seltener, z. B. 2—3 Stück täglich. Sind gleichzeitig mit der Rhinopharyngitis heftige Kopfschmerzen verbunden, so fügt man vorteilhaft den ersten zwei Pulvern noch je 0.5 Antipyrin bei, wodurch aber das Pulver hygroskopisch wird und ad chartam ceratam zu verordnen ist. Überhaupt gestatte ich mir anzuführen, daß die Mischung Natrium salicylicum mit Antipyrin an Wirksamkeit dem Salipyrin erfahrungsgemäß überlegen scheint, wobei auch der süßliche Salizylnatrongeschmack verdrängt ist. Salizylismus tritt bei erwachsenen männlichen Personen auf, wenn sie innerhalb 15 Stunden 6—7 g Salizylnatron nehmen; dessen Stärke bestimmt man vorteilhaft mit der Taschenuhr. Ist sie noch auf $\frac{1}{3}$ m vernehmbar, dann ist der Salizylismus noch nicht hochgradig. Hochgradiger Salizylismus vermehrt Halluzinationen und das Delirium tremens. eine Beobachtung, die ich zweimal in ausgesprochenster Weise habe erheben können. Gegen geringen Salizylismus hilft Herumgehen und Beteiligung am Gespräche der Umgebung, sonst eine Eisblase mit kaltem Wasser gefüllt und auf den Kopf gelegt sowie Antipyrin.

Beim akuten Schnupfen genügen durchschnittlich 4 Pulver täglich und es ist eindringlichst ratsam, auch einem so unscheinbar Kranken die Wohltat des 10%igen Salizylnatron-Dowerpulvers angeeignet zu lassen und auf die äußerlichen Medizinalanwendungen ganz zu verzichten. Auch einen prophylaktischen

Nutzen konnte ich von der Anwendung dieser Salizyl-Opium-Ipecacuanamedikation konstatieren und sie dürfte recht empfehlenswert sein für Ärzte, die sich leicht selbst bei Rhinitikern und Bronchitikern infizieren.

Was die Behandlung der Laryngitis und speziell der Tracheitis und Bronchitis, sei letztere diffus oder disseminiert, anbelangt, so ist nach den vielfachsten Erfahrungen auch hier die Salizyl-Opium-Ipecacuanatherapie erstklassig.

Von den innerlich antiseptischen Therapien kommen hier nur die Teerderivate, die Balsame und ätherischen Öle und das Jod in Betracht, welche jedoch alle nach meiner Erfahrung keinesfalls an die prompte Salizyl-Opium-Ipecacuanawirkung heranreichen und nur ihre ganz bestimmten Indikationen haben.

BRUGSCH empfiehlt beim akuten Gelenkrheumatismus am Anfange eine große Salizyltagesdosis (5–8 g Natrium salicylicum, „Therapie der Gegenwart“, 1904, Nr. 2), um dann gleich auf 3 g usw. Tagesdosis herabzugehen. Dem ist auch in der Form des obigen Rezeptes bei der Bronchitistherapie beizustimmen, nur lasse man den Salizylismus nicht die obenerwähnte Halbmetergrenze der Vernehmbarkeit des Taschenuhrtickens nach unten überschreiten. Ein Satz ferner, dem wir manchenorts, z. B. bei Malaria und Gonorrhöe, in der Medizin begegnen und der verdient, ganz allgemein dahin ausgedrückt zu werden, daß man sagt: „Man gebe bei jeder Krankheit das Spezifikum oder das entsprechend beste sedative Heilmittel eine geraume Weile noch über den Zeitpunkt der angeblichen Genesung hinaus“, gilt auch gerade für die Therapie der katarrhalischen Erkrankungen der tieferen Atemwege. Vernünftige Kranke, welche auch aus der prophylaktischen Anwendung dieses antibronchitischen Pulvers sowohl bei der Infektionsgefahr als auch nach kaum erfolgter sogenannter Verköhlung den besten Nutzen ziehen werden, können diesen Leitsatz befolgen.

Zwar nicht in Krankenhäusern, jedoch in der privaten Klientel ist man manchmal gezwungen, in den verschiedenen Arzneimitteln einen gewissen Wechsel zur Schau zu bringen, dann kann man auch folgende Variation anwenden:

Rp. Natr. salicyl.	8'00
Tct. op. spl.	
Tct. ipecac. gtt. L.	
Aq. destill.	180'00
Syrup. Cinnamomi	30'00
DS. 2stündl. 1 Eßlöffel.	

Aber im übrigen bleibe man bei der obigen stereotypen Formel, um die Einheitlichkeit in der Rezeptur zu wahren, wie sie die beste Erfahrung ergeben hat.

Wenn wir heute noch sehen, wie die eine medizinische Schule eine Krankheit so und die andere dieselbe Krankheit mit erheblichen Unterschieden ganz anders behandelt, so müssen wir empfinden, daß wir von einem erstrebenswerten Ziele bei aller Berücksichtigung der Individualität des Kranken noch entfernt sind, dem Ziele nämlich, daß es für die entsprechende Form der Krankheit im großen und ganzen ein Rezept geben muß, das urbi et orbi im gegenwärtigen Augenblicke als das erste und beste hierfür anzuerkennen ist. Diese besten Formeln aber erhalten die Ärzte nur durch gewissenhaftes Erproben zunächst an sich selbst und dann erst an anderen, womit ich obige, gewiß höchst einfache Kombination als sehr wirksam von der Rhinitis bis zur Bronchoalveolitis empfohlen haben möchte.

Referate.

DUJARIER (Paris): Über die Behandlung frischer Frakturen mit Metallklammern.

Verf. hat 4 Fälle von frischen Frakturen, bei welchen die Adaptation der Fragmente unter dem gewöhnlichen Gipsverbande mißlang, mit Metallklammern behandelt und in 3 Fällen in Bezug auf mathematisch genaue Adaptierung und Wiederkehr der Funktion sehr gute Resultate erzielt („Revue de Chir.“, 1904, Nr. 8).

Die Klammern werden mittelst eines zu diesem Zwecke angelegenen Hammers eingeschlagen, nachdem mit einem Drillbohrer Löcher in den Knochen gebohrt und die Fragmente ganz genau aneinandergelegt wurden. Abgesplitterte Knochenstückchen und interponierte Weichteile werden abgetragen. Die Klammern können lange Zeit im Knochen liegen bleiben, ohne sich zu lockern und sollen nur entfernt werden, wenn sie Schmerzen bereiten oder die Tendenz zum Abstoßen zeigen. Die Indikation für die operative Behandlung der Frakturen mit Klammern besteht nur dann, wenn die Deviation der Bruchstücke unter dem Verband eine große bleibt. Geringere Deviationen heilen unter dem gewöhnlichen Verband ohne jede Funktionsstörung. Hauptsächlich geeignet für operative Behandlung scheinen dem Verf. schräge Frakturen des Unterschenkels, bei welchen die Retention der Fragmente sehr schwer ist; in einem solchen Falle hat Verf. ein ideales Resultat erzielt. Wenig geeignet sind Radiusfrakturen für diese Behandlung.

Kontraindikation geben ab hohes Alter oder schlechter Allgemeinzustand des Patienten und das Vorhandensein großer herausgeschlagener Knochenstücke; durch dieselben wird die Operation erschwert und das funktionelle Resultat verschlechtert. ERDHEIM.

M. MÖLLER (Stockholm): Merkurioöl. Ein neues Quecksilberinjektionsmittel.

Den schwer löslichen Quecksilberpräparaten muß der Vorwurf gemacht werden, daß sie eine mehr oder minder beträchtliche, schmerzhaft Gewebsirritation hervorrufen und dadurch den Kranken in seiner Bewegungsfreiheit hemmen. Diese lokale entzündliche Reaktion des Gewebes schreibt der Autor („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. 66, 1 u. 2) dem Umstande zu, daß das injizierte Quecksilbersalz vor der Resorption sich zerlege und die frei werdende Säure nun eine entzündungserregende Aktion entfalte. Daraus ergibt sich die Forderung für das neue Präparat, es dürfe das Hg nicht an eine Säure gebunden enthalten. So kam es, daß das Oleum cinereum LANGS das Muster für das neue Präparat abgab; dem metallischen Quecksilber in diesem Präparate wurde das von BLOMQUIST dargestellte Merkurioöl (Magnesium-Aluminium-Quecksilberamalgam) substituiert, an die Stelle des Vaseline und Lanolin traten Lanolin und Mandelöl. So erhielt der Autor ein 90%iges Präparat, welches allerdings mit dem LANGSchen Präparate die vom Autor als Übelstand gerügte Notwendigkeit gemeinsam hatte, daß es vor dem Gebrauche erwärmt werden mußte, da es bei gewöhnlicher Temperatur halbstarr war. Durch Beimischung einer gleichen Menge Mandel- oder Olivenöl resultierte ein 45%iges Merkurioöl, das ohne vorausgehendes Erwärmen zur Anwendung gelangt und das der Autor als kräftig wirkendes Injektionsmittel empfiehlt; dasselbe soll nur geringe lokale Reizsymptome verursachen. Die Einzeldosis überschreitet jene des grauen Öls um das Dreifache, da für die einmalige Injektion 1½ Teilstriche der LANGSchen Spritze erforderlich sind. Infiltrate traten bloß bei Applikation von noch größeren Mengen (2 Teilstriche) auf. Resorption und Remanenz des Präparates entsprechen allen Anforderungen, wie sich aus dem Schwinden der Krankheiterscheinungen, sowie aus einer ganzen Reihe von vorgenommenen Harnanalysen ergibt. BLOMQUIST, der die chemischen Eigenschaften des Präparates näher bespricht, hebt in besonderer Betonung die Eigenschaft des Amalgams hervor, bei Gegenwart geringer Feuchtigkeitsmengen sich zu zersetzen, es dürfe daher weder Injektionspritze noch Kanüle mit wässrigen Desinfektionsmitteln behandelt werden, weil sonst eine Zersetzung des Präparates in der Spritze erfolge. Es scheint, daß M. gerade diesen Punkt etwas zu wenig berücksichtigt hat. DEUTSCH.

NOVY und NEAL (Michigan, Amerika): Über Trypanosomiasis und die Kultivierung von tierischen Mikroorganismen, besonders des Trypanosoma Lewisi.

Den Autoren ist es gelungen, das Trypanosoma Lewisi einmal durch 306 Tage bei Zimmertemperatur am Leben zu erhalten. Es wurde bei Zimmertemperatur durch 16 Generationen gezüchtet, und

zwar in der Zeit von 16 Monaten. Bis zur 31. Generation wurde es durch 8 Monate gezüchtet. Charakteristisch ist die Anwesenheit von großen Rosetten, die aus ründlichen Zellen zusammengestellt sind und sich dann in bewegliche Formen verlängern. Solche Rosetten können aus mehreren Hunderten und Tausenden von Zellen zusammengestellt sein. Dies sind wahre Vermehrungsformen; die Agglutinationsrosetten haben ihre Wimpern äußerlich, wogegen diese hier in der Mitte. Jene erwähnten ründlichen Zellen können auch im Blute infizierter Tiere vorgefunden werden. Die Vermehrung des Trypanosoma geschieht anders als durch longitudinale Teilung. Diese künstliche Züchtung ist der erste Fall einer Auskultivierung von tierischen Parasiten oder Protozoen („Časopis česk. lékařů“, 1904, Nr. 15).

Inokulation mit diesen Kulturen hat eine trypanomatoze Krankheit zur Folge. Es scheint, daß durch diese Methode auch andere Trypanosomen gezüchtet werden können.¹⁾ Weiters ist es möglich, daß diese künstlichen Kulturen zur Impfung gegen durch diese Protozoen verursachte Krankheiten werden verwendet werden können.

STOCK.

JULIUS NEUMANN (Wien): Über die entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Organe.

Verf. tritt („Zentralbl. f. d. ges. Therap.“, 1904, Nr. 6) für die konservative Behandlung der Perimetritis und der entzündlichen Adnexerkrankungen ein und betrachtet dieselben von gemeinschaftlichen Gesichtspunkten aus. Als Anodyna empfiehlt er besonders das Ichthyol, das Jodglyzerin und das Heroin. Namentlich das Heroin hydrochlor. leistet in 1^o/₁₀₀iger Glycerinlösung, auf einem Wattetampon eingeführt, gute Dienste. Seine Wirkung ist jener anderer Opiate und des Chlorals ähnlich. Allgemein narkotisierende Eigenschaften konnten bei vaginaler Applikation ebensowenig beobachtet werden, wie irgendwelche andere schädigende Einflüsse. Es wirkt bloß lokal schmerzstillend, und zwar, wie es scheint, durch Resorption. Die schmerzstillende Wirkung ist in vielen Fällen eine außerordentlich prompte; insbesondere sind es die Fälle von gonorrhoeischen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenperitoneums, bei welchen in oft überraschend kurzer Zeit unter dieser Behandlung die Beschwerden völlig verschwinden. Aber auch bei der Beckenperitonitis aus anderen Gründen hat sich das Heroin hydrochlor. vielfach bewährt, ferner in jenen Fällen von Schwellung der Ovarien, wie sie durch tiefsitzende Follikel, deren Platzen sich verzögert, entstehen, ferner bei der entzündlichen Vergrößerung der Ovarien, z. B. jener, welche sich nach intrauterinen Eingriffen, wie Ätzungen, Abrasio, Abortusausräumung etc. gelegentlich einstellt, ohne daß die Tuben oder das Beckenperitoneum nachweislich erkrankt wären. Schon eine Stunde nach Einlegung des Tampons lassen die Beschwerden nach, und diese Besserung hält verschieden lang, bis zu 12 und 18 Stunden an.

G.

KRAWKOW (St. Petersburg): Über die Hedonal-Chloroformnarkose.

Auf Grund vieler Laboratoriumsbeobachtungen mit Hedonal ist Verf. zu dem Entschlusse gelangt, dieses Mittel zur Narkose bei Menschen anzuwenden. Die vielfachen klinischen Beobachtungen der Schlafwirkung des Hedonals, die fast einstimmig die verhältnismäßige Ungefährlichkeit dieses Mittels, sogar in großen Dosen, bewiesen haben, rechtfertigen und unterstützen diesen Gedanken („Russk. Wratsch“, 1904, Nr. 18). Das Hedonal erleichtert dadurch, daß es die Schlafwirkung hervorruft, d. h. in gewissem Stadium die Tätigkeit des Nervenzentrums paralyisiert, die Wirkung des Chloroforms und den Übergang des Schlafes in vollkommene Narkose. Infolgedessen wird, wie man voraussehen konnte, die Erregungsperiode sich bedeutend verkürzen, die Narkose schneller eintreten unter Anwendung von kleineren Quantitäten Chloroform. Da das Chloro-

form stark paralyisierend auf die Atmungs- und vasomotorischen Zentren und auf die motorischen (Ganglien) des Herzens wirkt und außerdem den Gewebszerfall begünstigt, war es ganz natürlich vorauszu sehen, das bei Einführung von weniger Chloroform und dazu im Verein mit einem Mittel, das seinen Antagonisten (Amidogruppe) enthält, wir im hohen Grade die angeführte Paralyisierwirkung des Chloroforms verringern können. Besonders betrifft dieses, wie die Tierversuche zeigten, die Herztätigkeit. Und die Schwächung sowie das Anhalten der Herztätigkeit während des Chloroformierens bildet, wie die Chirurgen wissen, eine drohende Erscheinung, gegen welche zu kämpfen viel schwerer und riskanter ist, als gegen die Schwächung und das Anhalten der Atmung. In der Klinik von Prof. S. P. FEDEROW wird die Hedonal-Chloroformnarkose nun folgendermaßen gehandhabt: In einem einzelnen stillen Zimmer neben dem Operationszimmer wird dem Kranken im Bett eine Stunde vor der Operation Hedonal in Oblaten gegeben, worauf er in Ruhe gelassen wird. Angesichts der geringen Löslichkeit muß beim Einnehmen des Hedonals heißes Wasser oder Tee nachgetrunken werden. Eine Stunde nach Darreichung des Hedonals beginnt man den Kranken zu chloroformieren, wobei man sich bemüht, denselben nicht zu wecken und zu beunruhigen. Die Narkose tritt, besonders bei im Hedonalschlaf Liegenden, äußerst schnell ein, nach zirka 2—3 Minuten, manchmal auch sogar nach einigen Einatmungen des Chloroforms und in den meisten Fällen ohne alle Anzeichen der Erregung. Die Schnelligkeit des Eintrittes der Narkose hängt in hohem Grade von der Tiefe des Schlafes durch die Hedonalwirkung, aber auch von einigen persönlichen Sonderheiten des Kranken ab. Die Narkose verläuft ungemein gleichmäßig, und was besonders in die Augen fällt, das ist die Regelmäßigkeit und Fülle des Pulses, welche bis zum Schlusse sogar langdauernder Operationen, z. B. im Laufe von 2—2¹/₂ Stunden, bestehen bleiben. Dasselbe wurde bei dieser Narkose sowohl bei äußerst erschöpften, schwachen und blutarmen Kranken bemerkt, als auch bei Kranken mit schwerer Myokarditis.

Im ganzen muß man sagen, daß — nach Zusammenstellung aller beobachteten Fälle — die zu verbrauchende Menge Chloroform bedeutend kleiner ist als bei der reinen Chloroformnarkose. Es kommen Fälle vor, wo für eine Stunde währende Narkose bei Erwachsenen im ganzen nur gegen 10—15 g Chloroform verbraucht wurden. Größere Mengen Chloroform wurden nur dann nötig, wenn das Hedonal nicht schlafmachend wirkte. Deshalb kann man sagen, daß je stärker das Hedonal vor dem Chloroformieren wirkt, desto geringer der Verbrauch an Chloroform ist und umgekehrt. Einige Kranke erwachen verhältnismäßig schnell aus der Narkose, andere jedoch befinden sich noch einige Stunden im Halbschlaf oder schlafen fest. Die Kranken nach der Chloroformierung zu wecken liegt kein Grund vor, da die Herztätigkeit eine gute bleibt und der Kranke sich nach der aufregenden Erwartung der Operation sozusagen ausschläft. Außerdem befindet er sich länger in wenig beweglichem Zustande, was bekannterweise nach einer Operation von Bedeutung ist. Irgendwelche unangenehme nachfolgende Komplikationen, wie hartnäckiges Erbrechen, Gelbsucht u. a. wurden nicht konstatiert, dagegen wiesen einige, die nach der Narkose schliefen, sogar auf ihr ausgezeichnetes Selbstgefühl und auf das Fehlen der nach Operationen fühlbaren scharfen Schmerzen hin. Nachher erwacht, können sich die Kranken weder an die Operationsvorbereitungen, noch an das Chloroformieren erinnern, sondern sie wissen nur, daß sie eine Oblate eingenommen haben und danach allmählich in Schlaf verfielen. Die Vorzüge der vorgeschlagenen Hedonal-Chloroformnarkose sind folgende: 1. Die Erregungsperiode wird merklich verringert oder fällt sogar ganz fort; die Narkose tritt schnell ein. 2. Die Narkose verläuft gleichmäßig und die Herztätigkeit wird merklich herabgesetzt, sogar bei längerem Chloroformieren. 3. Die Menge des in Verbrauch kommenden Chloroforms ist unbedeutend und außerdem entwickelt letzteres seine paralyisierende Wirkung nicht in dem Maße, dank einem Antidotum im Hedonal der Amidogruppe. 4. In der Periode nach der Narkose gibt es nicht jene unangenehmen Komplikationen, wie nach Chloroform allein.

L.

¹⁾ Tatsächlich ist es indessen schon den Autoren gelungen, auf ähnliche Weise das Trypanosoma Bruzei großzuziehen.

ŠANTRUČEK (Prag): Über die Behandlung der Hydrokele.

Nach den Erfahrungen, die an der Klinik des verstorbenen Prof. MAYDL gewonnen wurden, verdient die Methode nach JABOULAY in jedem geeigneten Falle Vorzug vor der Operation nach VOLKMANN. Ein Vorteil ist die leichte Durchführbarkeit, kurzer postoperativer Verlauf, kurze Invalidität des Kranken und bessere Endresultate. Was die Rezidiven anbelangt, so können alle einer fehlerhaften Durchführung zugeschrieben werden („Časopis česk. lékařů“, 1904, Nr. 20, 21).

Zur richtigen Durchführung gehört eine vollständige Evagination auch des oberen Rezessus der Hydrokele, eventuell seine Resektion, ferner richtige Anlegung der Nähte. Bei größerer Hydrokele wurde auch ein Teil beider Ränder reseziert. Die Indikation für die Evagination ist breit. Die Größe der Hydrokele, das Alter des Kranken und Verdickungen des Sackes auch ziemlich höheren Grades hindern nicht die Durchführung. Nur bei innigerer Adhäsion des Sackes der Hydrokele mit den oberflächlichen Schichten (Perivaginitis chronica), bei Hämatokele, wurde nach VOLKMANN operiert. Die Evagination konkurriert lediglich mit der Exstirpation der Hodentunika, nach BERGMANN übertrifft sie dieselbe aber durch größere Einfachheit und breitere Indikation. STOCK.

OFFERGELD (München): Beitrag zur Kenntnis der urämischen Lähmungen.

Eine 59jährige Frau mit inoperablem Uteruskarzinom wurde am Morgen plötzlich in tiefem Koma angetroffen. Objektiv ließ sich zunächst nur eine Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte mit Beteiligung des unteren Fazialisastes erkennen; während lichter Momente im Laufe des Tages war motorische Aphasie feststellbar. Exitus am nächsten Tage. Die klinische Diagnose des Apoplexie wurde durch die Sektion nicht bestätigt, so daß der Fall als urämische hemiplegische Lähmung mit Beteiligung des motorischen Sprachzentrums aufzufassen ist („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. 20, Ergänzungsheft).

Im Dekursus der inoperablen Uteruskarzinome haben wir zwischen den Symptombildern der Anurie und Urämie zu unterscheiden. Bei ersterer ein ziemlich eintöniges Krankheitsbild: fibrilläre Zuckungen, große körperliche Schwäche, intaktes Sensorium, so daß die Kranken noch geistig tätig sein können; sie sterben unter Zunahme des körperlichen Zerfalles ohne stürmische Erscheinungen. Bei der Urämie: Krämpfe, Lähmungen, maniakalische Anfälle, Amaurose, gastro-intestinale Beschwerden, schnelles Koma, oft plötzlicher Tod; alle Symptome zeigen gewisse Remissionen; selten tritt der Tod im ersten Anfall ein.

Bezüglich der Ursache der Urämie wäre auf die Bildung dem gesunden Organismus fremder Eiweißkörper, die bei Nephritikern durch Zerfall des Nierengewebes entstehen, zu rekurrieren, nachdem sich die älteren Theorien (Retention des Harnstoffes und anderer N-haltiger Substanzen, der Kalisalze, Purinkörper etc.) als hinfällig erwiesen haben. FISCHER.

REMLINGER (Paris): Le passage du virus rabique à travers les filtres.

In einer früheren Arbeit hat Verf. mitgeteilt, daß das Lyssa-virus leicht das BERKEFELD-Filter V passiert. In einer zweiten Mitteilung („Annales de l'Institut Pasteur“, 1904, pag. 150) ergänzt er seinen Befund nach mehreren Richtungen. So ergab sich, daß das Virus nicht nur ein, sondern mehrere Filter hintereinander passieren kann. Es passiert ferner die BERKEFELD-Filter N und W, nicht aber CHAMBERLAND F, trotzdem die Menge des Filtrates bei den ersteren kleiner ist als die des letzteren. Straßenvirus verhielt sich bei diesen Versuchen ebenso wie Virus fix; dabei ist bei dem filtrierten Virus die Dauer der Inkubation und der Erkrankung länger als bei dem nicht filtrierten. Alle diese Tatsachen haben zunächst beträchtliches theoretisches Interesse, da ja der Erreger der Lyssa immer noch unbekannt ist. Verf. schließt aus seinen Befunden, daß der lange gesuchte Erreger zu der Gruppe der ultramikroskopischen Mikroorganismen gehört, daß sich also die Lyssa

in dieser Hinsicht analog der Rinderpest, dem gelben Fieber, der Maul- und Klauenseuche etc. verhält. Im Anschlusse hieran entwickelt er einige Gesichtspunkte für die praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Über die **Behandlung der Karzinome mit Röntgenstrahlen** berichtet FITTIG („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 42, H. 2). Behandelt wurden Karzinome der Haut, der Mundhöhle, der Halslymphdrüsen, der Brustdrüse und des Ösophagus. Von 15 Hautkarzinomen sind 12 durch die Röntgenbehandlung zur vorläufigen Heilung geführt worden; nur bei 3 Fällen wurde dieses Resultat nicht erreicht. F. glaubt, daß bei den Hautkarzinomen, besonders von der Form des Ulcus rodens, aber auch den Kankroiden, solange die Lymphdrüsen nicht beteiligt sind, in der Regel eine völlige Heilung durch die Bestrahlung allein erzielt werden kann, und daß diese Therapie der operativen gleichwertig, im Gesicht sogar infolge der bedeutend besseren Narben überlegen ist. Aber auch in Fällen, in welchen die Lymphdrüsen infiltriert sind, kann die Röntgenbehandlung noch Anwendung finden und in Vereinigung mit der Exstirpation der Drüsen zu Erfolg führen. Auszuschließen sind Fälle, in denen das Karzinom bereits in größere Tiefe vorgedrungen, aber noch als operativ anzusehen ist. Bei den inoperablen Fällen wird sich durch die Bestrahlung allein oder mit vorbereitender Operation kombiniert zumeist eine Besserung, vielleicht sogar Heilung erreichen lassen. Mammakarzinome dürfen auch unter den günstigsten Umständen der Röntgentherapie nicht unterzogen werden, weil hier alles darauf ankommt, das gesamte Lymphgebiet anzugreifen, was wohl mit dem Messer geschehen kann, die Röntgenstrahlen aber, soviel wir bis jetzt wissen, nicht zu leisten vermögen. Hier muß vielmehr die Bestrahlung streng beschränkt bleiben auf die inoperablen Fälle, in denen sie ja manchmal Nutzen, niemals Heilung schaffen kann. Dasselbe gilt für die Karzinome aller übrigen Organe.

— In seinen **Tabellen zur praktischen Koprologie** bringt OEFLE („Heilkunde“, 1904, Nr. 6) einen Entwurf zu einer zu vereinbarenden Methode der Kotuntersuchung. Er ist bestrebt zu zeigen, daß die Untersuchung der Fäzes dieselbe praktische Bedeutung habe wie die Untersuchung des Harns. Er stellt und beantwortet eine große Reihe von Fragen, z. B. Zusammensetzung des normalen Kotes, Zweck und praktischen Gang der systematischen Kotanalyse, Ausnutzung der Nährstoffe, wichtige Befunde der mangelnden Resorption usf. Eine dieser Fragen lautet: Wird mit der Nahrung eingeführte Somatose vollständig resorbiert oder durch den Kot verschleudert? Er fand, daß nach Aufnahme selbst hoher Mengen Somatose (33 g im Tag) zur übrigen vollen Tageskost weder Albumosen noch Peptone im entsprechenden Kote nachweisbar waren, sondern nur die gewöhnlichen Ausscheidungsprodukte. Dies ist ein neuer Beweis für die Zuverlässigkeit der von OEFLE über das Fehlen von Propeptonen im Kot aufgestellten Tabelle.

— Zur **Stillung der Hämorrhoidalblutungen** nimmt BOAS („Therap. d. Gegenw.“, 1904, Nr. 7) rektale Injektionen von Chlorkalzium vor. Die Injektionen, die völlig schmerzlos sind und in der Regel auch sonst keine Reizerscheinungen machen, werden mit einer 20 g fassenden, gut geölten Mastdarmspritze am Morgen nach dem Stuhlgang vorgenommen; die Flüssigkeit, die 10% Chlorkalzium enthält, wird einige Zeit zurückgehalten. Bei schweren Blutungen ist am Abend eine zweite Injektion zu machen. Nach dem Aufhören der Blutungen sind die Injektionen noch eine zeitlang, in schweren Fällen 4 Wochen täglich, später 2—3mal wöchentlich fortzusetzen. Diese rektalen Injektionen leisten nicht nur bei Hämorrhoidalblutungen, sondern auch bei starken Hämorrhagien bei Mastdarmkarzinomen, auch bei profusen Menorrhagien; Dienste. Mißerfolge sind selten, es ist jedoch von Wichtigkeit, ein chemisch reines Salz zu verwenden, da sonst die Injektionen erhebliches Brennen, Schmerzen und Tenesmus verursachen können.

— Die **Ekzembehandlung** mit neueren und neuesten Mitteln bespricht MAYER („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 30). Seine Therapie des Ekzems im Stadium der entzündlichen Rötung

und exsudativen Schwellung ist im allgemeinen die übliche. Anders im Stadium madidans. Hier dürfte statt der bisher als Panazee empfohlenen HERRASCHEN Salbe die von KROMAYER eingeführte Lenigallolzinkepaste die besten Dienste leisten. Das Nässen hört in zirka 2—3 Tagen, oft schon früher, auf; der Juckreiz ist sofort beseitigt. Morgens und abends wird die alte Paste mit Vaseline ohne Reiben entfernt. Man beginne mit 10% Lenigallolzinkepaste und gehe alsbald zu 20% Salbe über. Die Paste wird messerrückendick aufgetragen, mit Watte bedeckt, mit Binde fixiert oder mit Amylum trocken gepudert. Reizerscheinungen treten nie auf. Mit Ausnahme von Ekzema palmare, das energische Kalilaugeätzung erfordert, ist fast jede nässende Hautfläche durch 10—20% Lenigallolzinkepaste zu heilen. Zur eigentlichen Teernachbehandlung empfiehlt MAYER von den neuesten Mitteln das Anthrasol. Anthrasol ist ein farblos, wenig riechender Teer, der infolge seiner Reizlosigkeit wohl stets die gewünschte Nachbehandlung ohne Nebenwirkungen ermöglicht.

— Eine neue Nahtmethode bei Laparotomien publiziert JESUS BARTH („Norsk. Magaz. f. Laegevidensk.“, 1904, Nr. 6). Verf. wendet Silberfäden an und macht die Naht schichtweise. Zuerst näht er das Peritoneum, dann die faszio-muskuläre Schicht, schließlich die Haut. Die Enden aller Fäden werden durch die Haut geführt und am 18. oder 20. Tage entfernt. Die Nähte sind fortlaufend und derart angelegt, daß der Eintritt und der Austritt der Fäden zuerst an einer Seite der Wunde und parallel mit deren Rand stattfindet, dann an der anderen Seite; der Faden wird jedesmal so angezogen, daß die in natura sich entsprechenden Partien einander genähert werden. Was die Haut betrifft, so sind die Nähte interkutan, d. h. der Faden durchsticht zuerst die Epidermis, wird dann in der Kutis weitergeführt und geht unter der Epidermis wieder heraus; dann der gleiche Vorgang auf der anderen Seite. Diese intrakutan Methode ist nicht neu, allein sie war bis jetzt wenig verbreitet. Sind die Nähte angelegt, so spannt man sie an und bewegt sie durch die Gewebe hin und her, so daß sie gut gleiten, was später ihre Entfernung erleichtert. Auf diese Weise bilden die Nähte eine wellenförmige Linie und ebenso die einander genäherten Wundränder. Sie werden parallel zur Längsrichtung der Muskeln angelegt. Man vermeidet so die querwirkende Einschnürung der gewöhnlichen Knopfnäht, die leicht zu einer Schädigung der Ernährung und Innervation führen kann. Endlich hinterläßt die Naht in kosmetischer Hinsicht eine gut vereinigte, lineare und wenig sichtbare Narbe.

— In 32 Fällen von Keuchhusten hat BERGBAHR mit Aristochin gute Resultate erzielen können („Deutsche med. Wochenschrift“, 1904, Nr. 27). Bei der größten Mehrzahl (26) der behandelten Patienten wurde sowohl die Zahl wie die Intensität der Anfälle in oft recht kurzer Zeit ganz erheblich gemindert, etwa vorhandene Konvulsionen verschwanden; auch das häufig bestehende Fieber pflegte nach wenigen Dosen Aristochin aufzuhören und bei einzelnen Fällen schien die Krankheit dauernd behoben. Auf eine schon bestehende oder im Verlaufe der Behandlung eintretende Bronchopneumonie war keine Wirkung des Aristochins zu bemerken, ebensowenig bei gewöhnlicher Bronchitis. Die prophylaktische Darreichung des Aristochin ist in Erwägung zu ziehen. Die Kinder nehmen es gern, unangenehme Nebenwirkungen werden durch das Aristochin nicht hervorgerufen.

— Aus eingehenden Untersuchungen mit dem Fleischsaft Puro von WINTERBERG („Allg. med. Zentral-Ztg.“, 1904, Nr. 16) geht als besonders wichtiges Faktum eine bisher gewiß zu wenig gewürdigte Tatsache hervor, die nicht genug betont werden kann, d. i. die tonisierende, appetitregende Komponente, die einerseits das Puro gemeinsam mit dem gewöhnlichen Fleischextrakt hat und die wahrscheinlich auf den Gehalt von Extraktivstoffen zurückzuführen ist, der aber beim Puro in einer geringeren, gar nicht störenden Menge vorhanden ist, während Fleischextrakt zu viel von diesen Stoffen enthält und daher auf Herz und Magen nachteilig wirken kann, was bei Puro nicht der Fall ist; andererseits ist es, wie ja der im vorhergehenden gezeigte Stoffwechselversuch lehrt, ein ganz hervorragendes Nährpräparat. Durch die glückliche Kombination dieser beiden Komponenten hat das Puro vor allen

anderen Nährpräparaten einen Vorzug voraus, denn während diese meistens durch ihre ungünstige, oft störende Wirkung auf den Verdauungstrakt in ihrer Anwendungszeit sehr beschränkt sind, trifft dies beim Puro keineswegs zu, so daß selbst nach wochenlangem Gebrauch keinerlei unangenehme oder schädliche Wirkungen bemerkbar sind. Da es zudem den Stickstoffbedarf fast ganz zu decken imstande ist, so ist es in Fällen, wo vorwiegend oder ausschließlich die Ernährung nur mit flüssiger Nahrung stattfinden soll, das idealste Nährmittel, während es bei herabgekommenen Kranken die Appetenz anregt und damit die Heilung beschleunigt.

— Die unblutige Therapie der Luxatio coxae congenita erörtert BRAUN („Arch. f. klin. Chir.“, Bd. 74). Verf. strebt immer die anatomische Heilung an. Hat sich die Reposition im Verlaufe in eine Transpositionsstellung umgewandelt, so wird stets, auch bei günstigem Halt des Kopfes, die erneute Reposition versucht; sämtliche Fälle wurden rein manuell reponiert. Das von B. angewendete Repositionsmanöver ist folgendes: Der Operateur faßt den annähernd rechtwinklig flektierten Oberschenkel mit beiden Händen ober- und unterhalb des Knies und führt kreisförmige Exkursionen, immer von Adduktion in Abduktion übergehend, aus, zunächst ohne jede Gewaltanwendung. Ganz allmählich werden die Exkursionen ausgiebiger und die Abduktionsbewegungen nähern sich immer mehr der Horizontalebene: aus maximaler Abduktion geht dabei das Bein in maximale Flexion, aus ihr in Adduktion über und die Extensionsstellung des Hüftgelenks schließt den so beschriebenen Kugelabschnitt. Ist die Reposition noch nicht eingetreten, wenn die Abduktionen die Horizontalebene erreicht haben, so wird diese überschritten und die Exkursionen geschehen am hyperextendierten Hüftgelenk. Das Manöver führte in der größten Zahl der Fälle zum Ziel. Die Zerwalkung der Adduktoren nach LORENZ verwirft B., da die Zugwirkung der gespannten Adduktoren die Retention wesentlich unterstützt. Zur exakten Fixierung der günstigsten Stellung während der Anlegung des Verbandes benutzt B. einen speziellen Apparat, der im Original abgebildet ist. Zur prinzipiellen Innenrotation im Verband hat sich B. nicht entschließen können, da er auf die funktionelle Belastung des Gelenkes im Verbande, d. h. auf das Gehen mit demselben, nicht verzichten möchte; der Gipsverband wird deshalb stets nur bis zum Knie angelegt.

— Die in der Literatur beschriebenen Fälle von Mesotalexanthem führt KORACH („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 34) auf Idiosynkrasien, in erster Linie auf die Art der Anwendung des Mesotans zurück. In der Tat hat er, seitdem er von der Einreibung Abstand genommen hat und das Mesotan nur 1—2mal am Tage in einer 20—30%igen Verdünnung mit Olivenöl einpinseln läßt, keinen deckenden Verband appliziert und bei der geringsten Hautreizung die Einpinselungen sistiert, unter mehr als 40 Fällen keine nennenswerte Hautaffektion beobachtet. Hiermit stimmen auch die Erfahrungen anderer Autoren (SCHULTES, „Deutsche militärärztl. Zeitschr.“, 1904, Nr. 9) überein, welche vor dem Gebrauch des unverdünnten Mesotans, vor der Einreibung desselben, vor der Anlegung eines festen Verbandes oder der Verwendung eines undurchlässigen Stoffes und dem Gebrauche des durch geringe Feuchtigkeit zersetzten Mesotan warnen. Bei strenger Befolgung dieser Kautelen lassen sich die unangenehmen Nebenwirkungen, die wohl geeignet wären, ein so gutes Mittel mit Unrecht zu diskreditieren, mit ziemlicher Sicherheit vermeiden.

Literarische Anzeigen.

Die Lehre von den Geschwülsten, mit einem mikroskopischen Atlas. Von Dr. Max Borst. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann.

Seit VIRCHOWS monumentale Geschwulstlehre erschienen, hat kein Autor es gewagt, eine zusammenfassende Darstellung der Neubildungen zu liefern. Nicht als ob das Interesse an diesem Stoffe abgenommen hätte, im Gegenteil, die Geschwülste bildeten nach wie vor eines der meist bearbeiteten und meist umstrittenen Kapitel der pathologischen Anatomie und zahllose Einzeldarstellungen be-

schäftigten sich mit den verschiedensten Fragen der Geschwulstlehre. Eben der Umstand aber, daß die einschlägige Literatur überaus mächtig angewachsen war, dabei aber viele, wichtige Fragen bis auf den heutigen Tag ungeklärt blieben, die Ätiologie der Tumoren z. B. heute noch ebenso dunkel ist wie ehemals, hat wohl viele Forscher abgeschreckt. Zu um so größerem Danke sind wir dem Autor verpflichtet, daß er sich der großen Mühe unterzogen hat, von dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft aus eine umfassende, möglichst erschöpfende und die ungeheure Literatur nach Tunlichkeit berücksichtigende Darstellung der ganzen Geschwulstlehre zu liefern. Nicht nur der engere Fachkollege, auch ein weiterer Kreis von Lesern wird schon bei oberflächlicher Durchsicht des vorliegenden Werkes jene Arbeitslast bewundern müssen, die der Autor bewältigt hat. In zwei umfangreichen Bänden behandelt Verf. alle einschlägigen Fragen, indem er in einem allgemeinen Teile eine Definition des Geschwulstbegriffes entwickelt und sodann eingehend über Entstehung, Wachstum und Verbreitung der Neubildungen spricht, die Metastasen- und Rezidiventwicklung darstellt und endlich die Fragen der Benignität und Malignität sowie der Ätiologie der Tumoren erörtert, im zweiten, speziellen Teil die einzelnen Geschwulstformen im besonderen abhandelt, wobei im großen und ganzen, von einzelnen Abweichungen abgesehen, die allgemein übliche Einteilung beibehalten wird. Dem Werke ist ein sehr umfangreiches, übersichtlich angeordnetes Literaturverzeichnis und ein Atlas mit 296 farbigen Abbildungen beigegeben.

Was die Art der Darstellung anlangt, so muß im allgemeinen rühmend hervorgehoben werden, daß Verf. die einzelnen Fragen keineswegs einseitig behandelt, sondern stets auch den Anschauungen seiner Gegner volle Gerechtigkeit widerfahren läßt. Wo widersprechende Auffassungen einander gegenüberstehen, ist die Kritik meist eine sehr maßvolle und zurückhaltende, wengleich der eigene Standpunkt des Autors entsprechend hervorgehoben wird. Daß der Leser denselben nicht stets teilen und gegen manche Behauptung Einsprache erheben dürfte bezüglich mehrerer Fragen, beispielsweise auf dem Gebiete der Ätiologie der Geschwulste oder bezüglich ihrer Einteilung etc. bisweilen anderer Meinung als der Verf. sein dürfte, ist bei einem Werke, das ein so ausgedehntes und schwieriges Gebiet der pathologischen Anatomie behandelt, wohl selbstverständlich und kann die Anerkennung, die wir demselben in vollstem Maße zollen müssen, nicht schmälern, weshalb wir hierauf auch nicht näher eingehen wollen. Das Literaturverzeichnis, das dem Fleiße des Verf. das schönste Zeugnis ausstellt, wird dem Fachmann ein äußerst wertvoller Behelf sein; besonders lobend muß die treffliche Auswahl und tadellose Darstellung der Abbildungen hervorgehoben werden, die wirklich alles leisten, was man von einer Wiedergabe histologischer Präparate verlangen kann. Hier gilt unser Lob ebenso wohl dem Verf. als dem Zeichner, W. Freytag, und ganz besonders auch der rühmlichst bekannten Verlagsbuchhandlung J. F. Bergmann, die bei Herstellung des Werkes und des Atlas keine Kosten sparte. Alles in allem liegt hier ein Werk vor, das der deutschen Wissenschaft und speziell der deutschen pathologischen Anatomie zur Zierde gereicht. Indem Verf. es seinem Lehrer, Prof. v. RINDELSCHWIDMETE, hat er diesem ein herrliches Denkmal gesetzt. Dr. S.

stellung der Abbildungen hervorgehoben werden, die wirklich alles leisten, was man von einer Wiedergabe histologischer Präparate verlangen kann. Hier gilt unser Lob ebenso wohl dem Verf. als dem Zeichner, W. Freytag, und ganz besonders auch der rühmlichst bekannten Verlagsbuchhandlung J. F. Bergmann, die bei Herstellung des Werkes und des Atlas keine Kosten sparte. Alles in allem liegt hier ein Werk vor, das der deutschen Wissenschaft und speziell der deutschen pathologischen Anatomie zur Zierde gereicht. Indem Verf. es seinem Lehrer, Prof. v. RINDELSCHWIDMETE, hat er diesem ein herrliches Denkmal gesetzt. Dr. S.

Abhandlungen zur Geschichte der Medizin. Herausgegeben von Prof. Dr. Hugo Magnus, Doz. Dr. Max Neuburger und Sanitätsrat Dr. Karl Sudhoff. Heft VIII.

Medizinisches aus der altfranzösischen Dichtung. Von Oskar Kühn. Breslau 1904, J. U. Kern.

Nach einer kurzen Übersicht über die medizinische wissenschaftliche Literatur des alten Frankreich bespricht Verf. die Art und die Gründe des Vorkommens medizinischer Dinge in der eigentlichen poetischen Literatur und geht dann näher ein auf die verschiedenen, hier vorkommenden Bezeichnungen von Krankheiten, Gebrechen und deren Heilungsmethoden. Es bietet sicherlich jenen, „die sich für Geschichte der Medizin interessieren, mit dieser Arbeit eine nicht unwillkommene Darstellung eines nur selten ausführlich behandelten Zeitabschnittes“.

Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit und die Kriminal-Anthropologie. Für Juristen, Ärzte und gebildete Laien dargestellt von Dr. Hans Kurella. Halle a. S., Gebauer-Schwetschke. 123 S.

Verf. bezeichnet es als seine Absicht, zu zeigen, daß die jetzt geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit zu Widersprüchen in der Theorie und zu Unzweckmäßigkeiten in der Praxis führen müssen. Es handelt sich nicht um jene Psychosen, wo die Frage der Zurechnungsfähigkeit mit der Konstatierung der Psychose eigentlich bereits entschieden ist, auch nicht um Schwachsinn im engeren Sinne, sondern um Grenzgebiete, Homosexualität, nervöse Impulsivität und ähnliches. Im Vordergrund steht die Frage nach der Verbrechernatur. Die Tendenz geht dahin, zu bewirken, daß die Überzeugung von der Schädlichkeit und Zwecklosigkeit unseres Strafsystems verbreitet und auch von juristischer Seite begründet werde. INFELD.

Feuilleton.

Geheimnisse des Lebens und des Geistes.

Die im Reich der lebenden Dinge herrschenden Kräfte unterscheiden sich nicht von den für die unbelebte Welt maßgebenden. Der Vogel, dem wir Verstand zuschreiben, und die Blume, der wir bloß die Anziehung des Lichtes beimessen, sie sind den gleichen Kräften unterworfen. Beide werden von der gleichen mechanischen Kraft beherrscht. Die Tiere und die Pflanzen sind lediglich verwickelte Zusammensetzungen aus proteidartigen Stoffen, die in recht einfacher Weise den bekannten einfachen physikalischen Gesetzen gehorchen. Auf diesem Grundgedanken beruhen die bekannten biologischen Entdeckungen und Untersuchungen des deutsch-amerikanischen Forschers Dr. LOEB, eines jetzt 42jährigen Reichsdeutschen, der seit 10 Jahren an der Chicagoer Universität wirkt und mit seinem Jünger Dr. MATTHEWS zusammenarbeitet. Wenn alle Theorien dieser beiden, auf Grund von Experimenten aufgestellt, sich bewähren sollten, werden wir bald um eine neue Wissenschaft reicher sein, die alle Lebensvorgänge auf rein physikalischem Wege erklären wird.

„Die Hitze kann als abstoßende Kraft wirken. Wenn z. B. eine Motte in die Nähe einer Flamme gelangt, deren Licht sie anzieht, während ihre Hitze sie abstößt, wird sie entweder die

Flamme umkreisen wie die Planeten die Sonne oder kometenartige Zickzackbewegungen ausführen. Hier sind ausschließlich physikalische Kräfte im Spiel.“ Ein anderes Beispiel. LOEB verwirft die Idee der Morphologen, daß Gestalt und Aussehen der Tiere von verwickelten Anordnungen in den Ursprungskeimen abhängen. Zahlreiche Experimente LOEBs haben die Fälschlichkeit dieser Auffassung ergeben. Die Versuche waren „seltsam und phantastisch“. KARL SNYDER, der sie in einer hervorragenden englischen Zeitschrift („Fortnightly Review“, Juni 1902) schildert, bemerkt: „Die bloße Berührung mit einem festen Stoff vermochte ein Organ in ein anderes zu verwandeln. Organe ließen sich verpflanzen und wuchsen an den sonderbarsten Stellen. Hunderte von Forschern machten ähnliche Experimente, und RIBBERT hat kürzlich bewiesen, daß eine auf das Ohr eines Meerschweinchens versetzte Milchdrüse, nachdem Junge geworfen worden, in normaler Weise Milch abzusondern begann.“ Damit zerfällt die Lehre von einer verwickelten Zusammensetzung der tierischen Keimzellen in nichts; gleichzeitig ist erwiesen, daß die Tierformen die Ergebnisse einer Wechselwirkung zwischen einer bestimmten Art von Protoplasma und den physikalischen Kräften „Licht, Hitze, Berührung und Chemismus“ sind.

Diese neue Tatsache führte zu Experimenten, welche die Einwirkung chemischer Kräfte auf lebende und tote Organismen dartaten. Eines Tages beschäftigte LOEB sich mit dem Problem der rhythmischen Zuckungen der Qualle. Schon ROMANES, der bekannte englische Darwinist, hatte entdeckt, daß die Zuckungen

aufhören, sobald der obere Teil der Qualle weggeschnitten wird. LOEB nun erzielte durch Einlegen des Rumpfes in eine Salzlösung den Wiederbeginn der Bewegungen und durch Hinzufügung von etwas Kalzium oder Pottasche deren neuerliches Aufhören. Da lag denn der Gedanke nahe, daß auch das tierische Herz ähnliche Ergebnisse aufweisen müßte. In der Tat war Dr. LOEB imstande, ein ausgeschnittenes Tierherz durch Einlegen in verschieden veränderte chemische Lösungen nach Belieben zu stundenlangem Schlagen oder Stillstand oder zu beschleunigtem bzw. verlangsamttem Schlagen zu bringen. „In solcher Weise kann ein gewöhnlicher Muskel veranlaßt werden, rhythmisch zu vibrieren... Das waren aufregende Zeiten.“

Ist es verwunderlich, daß die Herren immer kühner wurden und, durch ihre sensationellen biologischen Entdeckungen ermutigt, an die künstliche Erzeugung des Lebens schritten? Es gelang ihnen auch wirklich, Eier durch künstliche Mittel zu befruchten.¹⁾ Während bislang niemand an die Möglichkeit gedacht hatte, daß ein Ei ohne Samen zur Entwicklung gebracht werden könnte, zeigte LOEB, daß hierzu chemische Einwirkungen genügen: „... Nach vielen Versuchen glückte es mir, mittelst einer Magnesiumchloridlösung unbefruchtete Eier ebensoweit zu entwickeln, wie dies in den Aquarien üblich. Später erzielte ich mit anderen Salzen und den Eiern anderer Tiere dieselben Ergebnisse; nachträglich gelangten viele ausländische Forscher ebenfalls zu diesen Resultaten, die anfangs bekämpft und verworfen wurden. Heute gilt die künstliche Parthenogenesis als unbestreitbare Tatsache. Genau genommen kann das unbefruchtete Ei nicht als lebender Stoff bezeichnet werden, denn das Hauptmerkmal des letzteren ist, daß er zu wachsen vermag. Das Ei ist ein organisches Produkt wie der Zucker, die Stärke oder die Fette, und es kann auf chemischem Wege in ein lebendes Wesen verwandelt werden.“

Auch der Vorgang des Empfindens ist etwas durchaus mechanisches. Der ebenso geheimnisvolle wie verwickelte Bau, den die heutige Physiologie den Ganglien und Nervenzellen zuschreibt, ist zur Erklärung ganz überflüssig; es genügt vollkommen, bei einem Nerv nach der elementarsten Eigenschaft des Protoplasma zu fragen, daß es leitet und auf die Reize reagiert. Die Nerven bestehen aus nichts anderem als gallertartigen Partikelchen in Schwebe, und sie leiten desto besser, je mehr sie sich dem gallertartigen Zustand nähern. Die Wirkung der Anästhesie ist hinwiederum bloß die, die Lösung dünner zu machen, so daß der Nerv seine Empfindlichkeit für Aufregungen verliert. MATTHEWS entwickelte diese Theorie weiter und ließ einen Nerv lediglich durch physikalische Mittel tätig sein, bzw. reagieren. „Wenn die negativen Ionen“, sagt Dr. MATTHEWS, „in der Lösung vorwiegen, im Nerv aber die positiven und die negativen Ionen einander das Gleichgewicht halten, würde die erste, positiv geladene Schicht der gallertartigen Partikelchen gefällt werden. Dadurch wird eine gewisse Anzahl negativer, in der Nervenscheide zunächst liegender Ionen frei und diese füllen ihrerseits die benachbarten Gallertpartikelchen. So entsteht eine Art Fällungswelle, die sich den Nerv entlang bewegt und am Ende desselben eine Gruppe negativer Ionen auslöst, welche bereit sind, den Muskel in Tätigkeit zu setzen. Der Nervenimpuls ist also eine fortgesetzte Reihe von Fällungen.“

Wie kann ein rein mechanischer Reiz — Stoß u. dgl. — diese Welle hervorrufen? Wahrscheinlich in derselben Weise, wie wenn die Regentropfen auf einem Fenster, an das man klopft, zusammenfließen. „Einige zusammentreffende Gallertpartikelchen“, schreibt SNYDER, „würden eine Verkleinerung ihrer Oberflächen und damit eine Verringerung ihrer elektrischen Ladung erfahren; die Folge wäre das Freiwerden einer entsprechenden Anzahl negativer Ladungen und daher die Entstehung der Welle.“

Von welcher Tragweite die LOEB-MATTHEWSSchen Forschungen, die noch fast unbekannt sind, für die Entwicklung der Physiologie sein können, entzieht sich der Berechnung. L. K.—r.

¹⁾ Wir reproduzieren diese Mitteilung unseres Korrespondenten mit voller Reserve. Red.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IX.

Abteilung für innere Medizin.

MOSSE (Berlin): Zur Kenntnis der Pseudoleukämie und der WERLHOFSchen Krankheit.

Vortr. hatte Gelegenheit, 9 Fälle von Morbus maculosus Werlhofii hämatologisch zu untersuchen. In 8 Fällen zeigte der Blutbefund keine charakteristischen Veränderungen. In einem Falle (11jähriger Knabe) bestanden intra vitam starke Haut- und Schleimhautblutungen; $W : R = 1 : 230$, 62% einkernige gegen 38% mehrkernige weiße. Post mortem fanden sich Blutungen in den verschiedensten Organen (Oberfläche des Herzens, Lungen, Innenfläche der Magenschleimhaut, Mark der Nebennieren — mikroskopische Untersuchungen). Lymphdrüsen nicht vergrößert, zeigten mikroskopisch Hyperplasie der Lymphzellen, so daß das normale Bild vollkommen verwischt war und Markstränge und Lymphbahnen kaum noch zu unterscheiden waren. Milz nicht vergrößert, mikroskopisch ähnliche, aber nicht so ausgesprochene Veränderungen. Knochenmark (der Rippen) zeigte Hyperplasie des lymphatischen Anteils. Vortr. faßt diesen Fall als (lymphatische) Pseudoleukämie auf — in Rücksicht auf die relative Lymphozytose und die Veränderungen der lymphatischen Organe, besonders der Lymphdrüsen. Das Fehlen der Vergrößerung dieser Organe dürfte nicht gegen die Diagnose sprechen, da es auch Fälle von echter lymphatischer Leukämie ohne Lymphdrüsenvergrößerung gibt. Vortr. verweist auf einen von SENATOR beschriebenen Fall, erwähnt, daß in der dermatologischen Literatur die Blutkrankheiten bei der Besprechung der Purpura meist unerwähnt bleiben, und stellt folgende Sätze auf: 1. Es gibt Pseudoleukämie ohne Lymphombildung; es ist mehr als bisher auf das mikroskopische Verhalten nicht vergrößerter Lymphdrüsen zu achten. 2. Beim eigentlichen Morbus maculosus Werlhofii finden sich keine charakteristischen Blutveränderungen. 3. Bei allen mit Hautblutungen einhergehenden Fällen ist eine genaue Blutuntersuchung in diagnostischer und prognostischer Beziehung von Wichtigkeit.

SCHMITZ (Wildungen): Die Heftpflasterverbandmethode bei der Nierenbehandlung.

Die Priorität gebührt den Amerikanern. 1901 wurde das Verfahren in Deutschland bekannt. Vortr. modifizierte es dahin, daß er mit einem einzigen 5—8cm breiten Segeltuchheftpflasterstreifen auskommt, den er nach Reposition der Wanderniere bei der stehenden Patientin so anlegt, daß er von der gesunden Seite ausgehend quer über die Symphyse und dann bis auf den Rücken geführt wird. Der Verband selber kann 14 Tage bis 3 Wochen getragen werden und fällt auch im Bade nicht ab. Am besten eignen sich schlaaffe Bauchdecken. Schwerer ist er bei starkem Fettpolster anzulegen. Seine beschwerdenlindernde Wirkung beruht auf dem Schutz der Nieren durch den Verband.

TUSZKAI (Marienbad): Ein neues Pulszeichen für Herzkrankheiten und dessen praktische Verwendung.

Der Puls verändert sich an Zahl und Rhythmus in verschiedenen Körperlagen unter normalen Verhältnissen. Diese „Labilität“ verschwindet während der Schwangerschaft und ist daher ein Zeichen der Verdickung des Herzfleisches (konzentrische Hypertrophie) als Folge der Mehrarbeit des Herzens in der Schwangerschaft. Im Momente, in welchem diese Verdickung einer krankhaften Ausdehnung des Herzens Platz macht (Dilatation), erscheint die Labilität des Pulses in gesteigertem Maße wieder.

REGER (Hannover): Über Purpura.

Vortr. will an der Hand eines von sämtlichen deutschen Armeekorps gesammelten Materials von 30 Fällen von Purpura beweisen, daß es sich dabei um regelmäßiges, schubweises Auftreten von neuen Herden in 6tägigen Intervallen handle. Es könne einmal ausbleiben, dann aber werde die Regelmäßigkeit insofern beibehalten, als es sich dann um ein Multiplum dieser 6 Tage handle. Oft trete zugleich eine Temperatursteigerung auf. Diese Blutaustritte wären dadurch bedingt, daß ein chemischer Körper entweder auf das Blut oder die Blut-

gefäßwand, oder die vasomotorischen Nerven wirke. Die Regelmäßigkeit der Intervalle sei nach Ansicht des Vortr. durch die Aufeinanderfolge einer neuen Generation von Mikroorganismen bedingt, die nach dem Absterben der alten wiederum ins Blut gelangt.

HAEDICKE (Berlin): Über die Bedeutung und Herkunft der Leukozyten.

Die Leukozyten sind charakterisiert durch: 1. die aktive Beweglichkeit. Sie könnten nicht nur ihre Leibesform verändern, sondern auch den Ort, an dem sie sind, verlassen. 2. Sie sind vom Nervensystem völlig unabhängig. Auch unterscheidet sich ihre Ernährung von anderen Geweben des Körpers, da sie mit ihren Fortsätzen andere Stoffe aufnehmen können. 3. Man könne ihre Abstammung nicht feststellen, sie vermehren sich durch Teilung. Vortr. möchte daher vorschlagen, sie „Amoeba sanguinis“ zu nennen, da sie wirkliche Amöben wären. Sie wären dem Organismus fremde Zellen. Auch wäre ihre Bedeutung bei Infektionskrankheiten nicht zweckmäßig, sondern sie schleppten die Bakterien in den Körper ein, welche sonst nicht imstande wären, das gesunde Epithel zu durchdringen. Sie übertragen sich von einer Generation auf die andere durch das Ei.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

RICHARD FREUND (Halle a. S.) demonstriert:

1. Einen Gefrierdurchschnitt (Sagittalschnitt) durch ein normales, weibliches Becken, welches, durch PICKSches Verfahren in natürlicher Farbe konserviert, in fester Glyzeringelatine zu Lehrzwecken in einem senkrechten Stativ aufgestellt ist.

2. Eine modifizierte TARNIERSche Achsenzugszange, bei der die Zangengriffe fehlen.

FRTZ FRANK zeigt an einem Präparat, das durch Sektion $\frac{1}{2}$ Jahr nach einer Karzinomoperation gewonnen wurde, eine glatt erfolgte Einheilung des Ileum in das S Romanum, die auf sehr einfache Weise dadurch erzielt wurde, daß das Ileum über einer Schlundsonde befestigt und durch einen seitlichen Längsschnitt in das S Romanum gezogen wurde.

Ferner zeigt **FRANK** 6 Präparate von ausgeschälter Uterusmukosa (extraperitoneale Uterusexstirpation).

FOGES demonstriert ein Instrument zur Inspektion von Portio und Vagina, das auch für Rektaluntersuchungen verwertbar ist. Es besteht aus einem kurzen Spekulum, das nach vorn durch eine Glasplatte verschließbar ist. Durch Druck auf ein Gummigebläse wird alsdann die Vagina aufgeblasen.

POLANO (Würzburg): Demonstration eines Steinovariums.

Das Präparat stellt einen kleinfaustgroßen, steinharten Tumor dar, welcher dem rechten Eierstock entspricht. Bei der Durchsägung präsentierten sich die Flächen als völlig solid, von specksteinähnlicher Beschaffenheit. Nur im obersten Pol des Tumors ist ein wenig Ovarialsubstanz erhalten. Die chemische Untersuchung stellte neben kohlen-saurem Kalk einen reichlichen Gehalt an Phosphorsäure fest. Auf einem Schliff ließen sich keine Knochenzellen nachweisen. Demnach wird diese Geschwulst als ein allerdings selten großes, völlig verkalktes Fibrom des Eierstockes zu deuten sein.

KAMANN (Breslau) zeigt einen nach vorderem extraperitonealen Uterusschnitt wegen Karzinom der Portio am Ende der Schwangerschaft vaginal exstirpierten Uterus mit Plazenta in situ. Das starke, lebende Kind wurde mit dem Forzeps extrahiert. Glatter Verlauf für Mutter und Kind.

HOFMEIER demonstriert 1. ein Präparat von Ovarialschwangerschaft; 2. ein Präparat von wiederholter Tubenschwangerschaft in derselben Tube. Die erste Operation wurde als Kolpotomie ausgeführt, die gravide linke Tube abgebunden, das Ovarium zurückgelassen. Bereits nach $\frac{1}{2}$ Jahr wieder schwerer Kollaps, die Laparotomie ergab an der linken Uteruskante, direkt dort, wo die Tube abgebunden worden war, einen kleinen Tumor, aus dem es aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung blutete. Das Corpus luteum saß im rechten Ovarium. Eine äußere Überwanderung ist äußerst schwer erklärlich, eine innere Überwanderung wird aber im allgemeinen von den Gynäkologen geleugnet, auch von **HOFMEIER** für unmöglich gehalten.

HOFMEIER demonstriert einen Fall von vollständiger Inversio uteri, bei der er den Uterus mit Scheide und Anhängen exstirpiert hat. Die Inversion ist spontan nach der Entbindung eingetreten.

NEUGEBAUER demonstriert a) aus der klinischen und anatomischen Kasuistik der pathologischen Beckenlehre zirka 200 Abbildungen; b) das Präparat einer Schwangerschaft in der Tube, bei der gleichzeitig eine intrauterine Schwangerschaft bestand; c) Photogramme von

3 Frauen; bei der ersten wurde der Kaiserschnitt wegen lumbosakral-kyphtischen Beckens gemacht, bei der zweiten, einer Zwergin von 104 cm Größe, war er vorbereitet, als das Kind spontan zur Welt kam, bei der dritten mit spondylolythetischem Becken (Abstand des 3. Lumbalkörpers vom oberen Symphysenrand 6 cm) hätte er an Stelle der Kraniotomie, die eine Vesikozervikouterinfistel erzeugte, gemacht werden müssen. Im Anschluß demonstriert **Redner** eine Reihe von Präparaten aus dem Gebiete der Beckenpathologie, darunter mehrere Unika, so ein rachitisches Becken mit so kolossaler Lendenlordose, daß der 4. Lendenwirbelkörper an der Bildung der Pfanne für den rechten Oberschenkelkopf partizipierte, ein lumbosakral-kyphtisches Becken mit gleichzeitiger, linksseitiger Synostosis sacro-iliaca und mehrere seltene Wirbelpräparate mit ein- oder doppelseitiger Spondylolysis interarticularis arcus vertebrae u. a.

WAGNER demonstriert a) ein Präparat von Verkalkung an den Tubon-Fimbrienden, das von einer jugendlichen Person stammt; es bestand ein schweres Vitium cordis, das vielleicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Abnormität zu bringen ist. b) Multiple Tumoren (Adenome) aus dem Fruchtsack eines Kaninchens.

DÖDERLEIN demonstriert Instrumente (GIGLische Säge und Umstechungsnadel), welche er bei der Ausführung der subkutanen Hebotomie (an Stelle der Symphyseotomie) verwendet. Mit Hilfe dieser Instrumente gelingt es, die Weichteile zu schonen. Vor der Operation legt er, um ein starkes Auseinanderklaffen des Beckens zu verhüten, einen Gummischlauch um das Becken. Bei Beckenendlagen, bei denen voraussichtlich eine Erweiterung des Beckens notwendig wird, legt er vor der Extraktion die Säge um den Knochen, durchsägt den Knochen aber erst, falls der nachfolgende Kopf sich nicht ohne diese Operation extrahieren läßt.

Aus

medizinischen Gesellschaften Deutschlands.

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

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.

Ein neues Bruchschnittverfahren für die ärztliche Praxis.

Die von **WITZEL** angegebene „Laparo-Herniotomie“ zerfällt in folgende Akte: 1. Freilegung der Bruchpforte und Isolierung der Bruchgeschwulst. Lokale Analgesierung für den Hautschnitt und um den Bruchsackhals herum. Langer Hautschnitt über die Bruchgeschwulst und über den als derben Zylinder fühlbaren Halsteil hinaus bis auf die Faszie; sämtliche Weichteile werden von letzterer in der Umgebung der Bruchpforte und von der Bruchgeschwulst mit deren vollständiger Isolierung stumpf zurückgedrängt; das Isolierte wird, zumal bei starkem Infektionsverdacht, sorgfältig aseptisch eingewickelt.

2. Inzision der Decken des Bruchsackhalses; Eröffnung des Peritoneums oberhalb der Abschnürung; Einschiebung eines Schutz-tampons nach dem Bauchraum hin.

Die **COOPERSche** Schere trennt mit kleinen Schnitten die Bruchhalsdecke vom Fasziende nach dem Bauchraume hin auf der Höhe des zylindroiden Halsteiles. (Verletzung größerer Gefäße ist ausgeschlossen, kleine Gefäße werden eventuell wie bei Laparotomie leicht erkannt, versorgt.) Der Halsteil drängt sich vor, mit Farbenunterschied oberhalb und unterhalb der Abklemmung. Durch Zug an der aseptisch umhüllten Bruchgeschwulst wird das Peritoneum oberhalb zugängiger gemacht und dann eröffnet. Revision der Einklemmungspartei von oben. Verklebung der in den Bruch hineinziehenden Teile, besonders aber Ausfließen von „Bruchwasser“ aus dem Bauchraum weist auf schwere Veränderungen hin: Erweiterung der Bauchöffnung, um Kompressen rings um die zur Einklemmung ziehenden Teile zu legen. Sonst war nur ein kleiner Gazetampon zum Abschluß erforderlich.

3. Spaltung der Bruchhüllen vom Laparotomieschnitt aus.

Diese geschieht zwischen zwei Pinzetten entsprechend einem Spalt zwischen den Schenkeln der Schlinge oder zwischen dieser und dem Netze von oben her, somit ist Zweifel über die einzelnen Gebilde unmöglich; etwas größere Vorsicht ist nur bei Einhüllung des Darmes durch Netz geboten. Kompressen unter die vom Bauchschnitt abgezogene Geschwulst geschoben, nimmt das Bruchwasser auf; sorgfältig wird dieses abgetupft. Eine Klemme faßt den oberen Abschlußtampon und das Mesenterium, um Zurückschlüpfen des ganzen zu verhüten.

4. Versorgung des Bruchinhaltes.

a) Lebensfähigkeit zweifellos: Reposition, Radikaloperation.

Nach wiederholtem, erst trockenem, dann feuchtem Abtupfen Darm versenkt, Netz, wenn klumpig, nach sorgfältiger Durchstechungsligatur abgetragen, erst ohne Druck auf Blutung revidiert, vernäht,

so daß im Saumse wunde Fläche nach innen eingeschlagen liegt, und dann zurückgeschoben. Laparoplastik an der Bruchpforte: mit tiefen, durchgreifenden Silberdrahtnähten, die innen gesundes Peritoneum an gesundes bringen und nicht prominieren; Enden der Suturen niedergehalten durch fortlaufende Naht mit feinem Silberdraht, der dann eventuell noch in seltenen Fällen zur weiteren Durchflechtung der Umgebung der Bruchpforte dient.

b) Darm verdächtig: wird, in Sacktampon gehüllt, innen vor die Darmöffnung gelagert.

Darm mit Rissen bis in die Muskularis (keine zwecklosen Nähversuche, danach nur größere Läsion bleibend!) und schwarzen Suffusionen — besonders nach Taxis — erholt sich am besten im Bauchraume, zum Schutze des letzteren, sicher, aber ohne Druck abgeschlossen in Gazehülle liegend. — Zunächst ergiebige Erweiterung der Bauchöffnung und Einlegung einer größeren Kompresse, nachdem die Schlinge weit bis zum Gesunden vorgezogen wurde. Die Mitte eines entsprechend breiten Gazestreifens wird am Mesenterium der Schlinge erst auf einer Seite quer von gesundem Darm zu gesundem Darm befestigt, lose über die Konvexität der Schlinge gelegt und andererseits in gleicher Weise fixiert durch fest angezogene Seidennähte. Das feste Anziehen läßt die zu bevorzugenden feinen Seidennähte später durchschneiden. Nach Entfernung des die Laparotomie wunde abschließenden Gazestückes gleitet die Schlinge mit dem Sack zurück, dessen Inneres durch einen Gazestreifen lose ausgefüllt wird. Über dem äußeren bleibenden Teile des Sacktampons wird die Hautwunde durch einige provisorische Nähte etwas zusammengezogen. — Bisher wurde die Schlinge nie sekundär gangränös — dann würde sich unter dem durch Tampon herbeigeführten Adhäsionsabschlusse eine Kottistel bilden — nach vier Tagen wurde das Füllsel, nach 8—10 Tagen — drehend, um nichts zu zerreißen! — der Gasesack entfernt. Heilung per secundam. Später Laparokelenoperation.

c) Darm gangränös: die Schlinge wird, vor die reichlich erweiterte, sicher abtamponierte Bauchöffnung gelagert, sich selbst überlassen.

Die Erweiterung der Bauchwunde geschieht mit sauberer Schere unter Verziehen der Schlinge bis weit in das Gesunde hinein. Eine große Kompresse wird ringsum durch Schlingenschenkel innen ziemlich tief hinein, jedoch ohne Druck angeordnet. Der Darm wird indirekt durch Fadenschlingen befestigt, die durch das Mesenterium gelegt werden. — Keine Inzision des Darmes, eventuell sogar fortlaufende Vernähung querer Druckstellen. Der Darm erholt sich gelegentlich wider Erwarten. Die Darmassage darf durch Druck an der Bauchwunde nicht gelöst sein. Dann Überleitung in Vertauf wie nach b). Gewöhnlich allerdings Entstehung eines Anus praeter naturam.

Die primäre Resektion des gangränösen Darmes bleibt trotz aller Verbesserungen der Technik ein gefährliches Unternehmen; in der allgemeinen Praxis unter keinen Umständen berechtigt, ist sie in chirurgischen Anstalten nur ausnahmsweise erlaubt, wenn der Anus praeter naturam durch Sitz an sehr hoher Ileumschlinge gefährlich werden würde. Die Schlinge wäre dann nach der Naht wie bei b) zu versorgen.

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

SAENGER: Über den Faserverlauf im Chiasma nervorum opti- corum.

Das Resultat der vom Vortr. im Vereine mit WILBRAND an einer größeren Reihe von Fällen mit einseitiger Optikusatrophie erhobenen Befunde geht dahin, daß in allen Fällen eine Partialkreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma angenommen werden mußte. Sehr bedeutungsvoll für den architektonischen Aufbau des Optikus in seiner Beziehung zum Chiasma ist ein Fortsatz der Pia (Pialleiste), welcher sich leistenartig in schräg medianwärts gestellter Richtung in den Sehnerven kurz vor dem Chiasma hinein erstreckt. Auf Horizontalschnitten sieht man die Optikusfasern durch diese Pialleiste in ihrem Verlauf in medianer Richtung abgelenkt werden. Auf Frontalschnitten erblickt man medial von dieser Pialleiste einen Zug gekreuzter Fasern, von der oberen Peripherie des Optikus herkommend, durch die Kommissur des Chiasmata hindurch nach abwärts und nach der anderen Seite hin verlaufend. Dabei kreuzen sie sich mit Fasern, die von der unteren Peripherie desselben Optikus herkommend nach aufwärts zur Kommissur hinstreben und in der anderen Chiasmahälfte als gekreuzte Schlingenfasern verlaufen. In Horizontalschnitten sieht man die Optikusfasern in ∞ -förmiger Krümmung durch das Chiasma verlaufen, und zwar so, daß die Konvexität des einen Bogens nach dem Traktus derselben Seite, die Konvexität des anderen Bogens nach dem Optikus der entgegengesetzten Seite gerichtet ist. Hierdurch kommt es zu der sogenannten Schlingenbildung (MICHELSCHE Schleifen). Die Kuppe der Schlinge ragt bei den verschiedenen Individuen verschieden weit in den Optikus

hinein. Sie sind stärker entwickelt und konvexer gegen die Optici als gegen die Traktus. In der unteren basalen Chiasmahälfte sieht man im vorderen Abschnitt in der Mitte gekreuzte, lateralwärts aber auch ungekreuzte Fasern. Im hinteren Abschnitt dagegen trifft man nur gekreuzte Fasern.

In den oberen dorsalen Lagen des Chiasma werden die Fasern des ungekreuzten Bündels immer mächtiger.

Auf den Horizontalschnitten durch die obersten Schichten des Chiasma sieht man die v. GUDDENSche und die MEYNERTSche Kommissur. Darunter befindet sich eine dünne Faserlage von sich kreuzenden Bündeln, die höchstwahrscheinlich den sich kreuzenden Faserbestandteil des papillomakulären Bündels darstellen.

Mediosagittal finden sich im Chiasma nur gekreuzte Fasern.

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.

BIER: Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie.

Vortr. berichtet, daß er akute Eiterungen mit Erfolg durch Stauungshyperämie behandelt habe, und erläutert das Verfahren im Anschluß an vorgestellte Fälle von akuter Osteomyelitis. Ganz beginnende Fälle kann man mit dem Mittel im Keime ersticken. Bei Fällen, wo schon Eiter nachzuweisen ist, wird der Abszeß punktiert oder durch einen kleinen Einschnitt gespalten. Die Abszeßhöhle wird mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen, es wird weder drainiert noch tamponiert. Alsdann wird Stauungshyperämie eingeleitet und 8 bis 22 Stunden täglich unterhalten. Sie beseitigt sofort die Schmerzen und das gestörte Allgemeinbefinden, das Fieber fällt schnell ab und die akute Osteomyelitis pflegt, wenn sie nicht zu spät in Behandlung kommt, ohne Nekrose zu heilen. Es ist fehlerhaft, die Abszesse durch große Einschnitte zu eröffnen oder den Knochen aufzumeißeln. Dadurch wird die Nekrose begünstigt. Vereiterung der Gelenke und Epiphysenlösung bilden kein Hindernis für die Behandlung mit Stauungshyperämie. Sind die vereiterten Gelenke nicht schon perforiert, so werden sie durch Punktion entleert. Auch bei den Gelenken soll man große Einschnitte, Drainage und Tamponade vermeiden. Diese Mittel sind bei Anwendung der Stauungshyperämie unnötig und führen Versteifungen herbei. In ähnlicher Weise werden andere Eiterungen — z. B. Phlegmonen und vereiterte Gelenke — behandelt. Verf. nennt unsere übliche antiphlogistische Behandlung, die, statt die Krankheit zu bekämpfen, im Gegenteil die nützliche Entzündungsreaktion, welche der Körper zur Unterdrückung der Krankheit benutzt, unterdrückt, eine der schlimmsten Irrlehren der Medizin. Man soll daher im Gegenteil diese natürliche Entzündungsreaktion nach Möglichkeit befördern.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

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

Sitzung am 2. Dezember 1904.

G. RIEHL stellt einen Mann mit Lichen pilaris des Capillitium vor, einer Affektion, die seit der Geburt des Pat. besteht und ein spärliches Wachstum dünner, brüchiger Lanugohaare zur Folge gehabt hat.

E. RANCI demonstriert ein Trichobezoar, welches v. EISELSBERG bei einer 20jährigen Frau durch Gastrotomie entfernt hat. Pat. erkrankte vor einiger Zeit vorübergehend unter den Symptomen eines Darmverschlusses, nach Darmspülungen gingen mit dem Spülwasser Haare ab. Später bestanden heftige Magenschmerzen, als deren Ursache schließlich ein Tumor des Magens konstatiert wurde, in welchem man, da die Pat. die Gewohnheit hatte, ihre ausgekämmten Haare zu kauen, ein Trichobezoar vermutete. Bei der Operation fanden sich der Magen und fast das ganze Duodenum von einem Haarballen ausgefüllt. Es erfolgte Heilung.

Ferner führt RANCI einen 26jährigen^m Mann vor, bei welchem ein Rhinosklerom, das um die Nasenlöcher und an der hinteren Pharynxwand saß, durch Röntgenbestrahlung in 35 Sitzungen zum Verschwinden gebracht worden ist.

M. Weinberger hat in einem analogen Falle von der Röntgentherapie keinen Erfolg gesehen.

V. CAMBI stellt einen Mann vor, bei welchem die Residuen einer Vorderarmfraktur durch Applikation des Fangoschlammes von Monfalcone günstig beeinflusst worden sind. Derselbe hat die nämliche Zusammensetzung wie der Fango von Battaglia, er ist nur etwas grobkörniger. Die Hauptindikationen desselben sind Neuralgien und chronische Gelenkprozesse.

K. HINTERSTOISSER demonstriert anatomische Präparate von källösen Magengeschwüren, welche er durch Operation in 3 Fällen gewonnen hat. Die Symptome bestanden in Blutbrechen, in lange andauerndem heftigen Magenschmerz, später in Erbrechen ohne Blut; im Epigastrium war ein dem Magen angehörender Tumor zu tasten. Die Operation ergab ein, resp. mehrere Magengeschwüre, welche von källös gewucherten Rändern umgeben waren, die einen ziemlich großen Tumor bildeten. Dieser sowie die benachbarte verdickte Magenwand waren mit der Nachbarschaft vielfach verwachsen. Die erkrankte Partie wurde reseziert und eine Gastroenterostomie ausgeführt. In allen Fällen erfolgte Heilung. Vortr. bemerkt, daß in so vorgeschrittenen Fällen die Gastroenterostomie allein nicht hilft.

v. Eiselsberg bemerkt, daß die Therapie des offenen Ulcus ventriculi in Resektion, Gastroenterostomie oder in manchen Fällen in Jejunostomie bestehe; wo es angeht, ist die beste Methode die Resektion.

J. Schnitzler spricht der operativen Behandlung des Magengeschwürs das Wort, auch wenn dasselbe keinen Tumor bildet und nicht zu Blutungen führt, namentlich wenn die interne Therapie erfolglos ist. In vielen solchen Fällen findet man weitgehende Veränderungen. Nach Gastroenterostomie allein kommt es manchmal zu Residuen oder zur Ausbildung eines Ulcus pepticum im Jejunum.

v. Eiselsberg bemerkt, daß er bisher das Auftreten eines solchen peptischen Ulkus nicht beobachtet habe. Bei geheiltem Magengeschwür ist die Gastroenterostomie vorzuziehen.

v. MOSETIG: Behandlung tuberkulöser Gelenkerkrankungen.

Bis vor kurzem war die Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen eine streng konservative oder, wie Vortr. sie nennt, operativ abstinente. Sie beschränkte sich auf die Ruhigstellung der erkrankten Extremität, Verband, orthopädische Maßnahmen und Hebung des Stoffwechsels. Im Jahre 1879 hat Vortr. zum ersten Male Jodoformemulsion in ein erkranktes Gelenk injiziert und diese Methode hat seither allgemeine Anerkennung gefunden. Als er in den siebziger Jahren beobachtete, daß sich in zwei Fällen sezernierende tuberkulöse Fisteln nach dem Überstehen eines Erysipels dauernd schlossen, erklärte er sich dies als Folge der eingetretenen aktiven Hyperämie des erkrankten Teiles und suchte diesen Vorgang nachzuahmen. Ein vorzügliches Mittel, lokal aktive Hyperämie hervorzurufen, fand er im Teucin, welches er auch jetzt noch bei tuberkulösen Abszessen und Lymphadenitiden anwendet. Derselbe Effekt kann auch durch die Heißluftbehandlung oder Glüheisen erreicht werden, auch die passive Hyperämie (Biersche Stauung) wirkt in diesem Sinne. Im Beginne der antiseptischen Ära wurden massenhafte Resektionen tuberkulöser Gelenke ausgeführt, es folgte aber bald ein Rückschlag, da bei diesem Vorgehen Schlottergelenke, Ankylosen und Wachstumsstörungen der Knochen resultierten; außerdem kam es öfter zu Rezidiven von zurückgelassenen fungösen Herden von der Kapsel aus. Nach dem Resultate der Therapie kann man 4 Gruppen unterscheiden: 1. Ausheilung mit relativ guter Gebrauchsfähigkeit bei Fungus der Kapsel, 2. Ausheilung mit Deformitäten der Gelenke bei Fungus der Knochen, 3. Heilung durch verstümmelnde Operationen (Amputation), 4. nicht operable Fälle, nämlich solche mit multipler Karies oder fortschreitendem Fungus. Vor der Massage ist bei Fungus zu warnen, weil sie die Verschleppung des tuberkulösen Materials begünstigt. Die lokale Tuberkulose heilt durch Narbenbildung aus, im Knochen erfolgt dies durch osteoide Massen; im Innern einer solchen Narbe bleibt fungöses Gewebe zurück, welches aus irgend einem Anlasse durchbrechen und zur Rezidive führen kann. Das rationellste Verfahren ist daher, das Krankhafte bis ins Gesunde hinein abzutragen und die im Knochen entstandene Höhle durch eine Knochenplombe auszufüllen, welche von den Granulationen aufgezehrt und schließlich durch osteoides Gewebe ersetzt wird. Vortr. hat in den letzten 5 Jahren 537 Operationen wegen Fungus der größeren Extremitätengelenke ausgeführt.

Notizen.

Wien, 3. Dezember 1904.

(Niederösterreichischer Gemeindeärztetag.) Die „Freie Organisation der Gemeindeärzte Niederösterreichs“ beruft für Mittwoch den 14. Dezember d. J., 12 Uhr mittags, einen Ärztetag nach Wien ein, der sich zu einer Protestversammlung gegen die Beschlüsse des n. ö. Landtages, die Alters- und Invaliditätsversorgung der Gemeindeärzte betreffend, gestalten dürfte, welche Beschlüsse in dieser Wochenschrift zur Genüge gekennzeichnet worden sind. „Eine solche Lösung unserer Reformfragen — erklären die Einberufer dieser Versammlung — weisen wir bedingungslos

zurück! Wir akzeptieren nur eine Versorgung, zu der wir nach dem Analogon anderer Stände — aber nicht mit 70% — beitragen haben, eine Versorgung, die uns auch tatsächlich erlaubt, nach einem Leben voll Mühs und Plage ein kurzes Optimum *oia dignitate* zu genießen und die Unserigen im Falle unseres Todes in hinlänglich geschützten Verhältnissen zurückzulassen! Und wir können uns heute, wo wir seit dem Jahre 1896 um eine Verbesserung unserer Lage kämpfen, überhaupt nicht mehr mit der Lösung einer Frage zufriedengeben, sondern bestehen entschieden und einmütig darauf, daß der ganze Komplex unserer Reformforderungen mit Beschleunigung in Verhandlung gezogen werde, und daß man sich zu diesem Zwecke mit unserer Kammer und mit der Leitung der gemeindeärztlichen Organisation ins Einvernehmen setze!“ — Es steht zu erwarten, daß die Gemeindeärzte Niederösterreichs an der geplanten Versammlung zahlreich teilnehmen werden. Der Obmann der Organisation, Dr. PAUL MEYER in Kornenburg, ist zu jeder Auskunfterteilung bereit.

(Wiener med. Doktoren-Kollegium.) Die wissenschaftlichen Versammlungen vom 21. und 28. November waren Vorträgen aus den Gebieten der Ohren- und Augenheilkunde gewidmet. Dozent Dr. F. ALT sprach über das Cholesteatom des Mittelohrs als Ursache intrakranieller Erkrankungen, Dozent Dr. M. SACHS über die kosmetischen Operationen in der Augenheilkunde. Beide Vorträge werden in dieser Wochenschrift zur Publikation gelangen.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor der Psychiatrie und Nervenpathologie an der Universität in Innsbruck Dr. KARL MAYER ist zum Ordinarius seines Faches, der Privatdozent für Histologie in Krakau Dr. STANISLAUS MARIARSKI zum Extraordinarius ernannt worden. — Privatdozent Dr. FUHR in Basel hat den Titel eines a. o. Professors der Psychiatrie erhalten. — Der ord. Honorarprofessor für Chirurgie in Bonn Dr. O. WITZEL hat seine Stelle niedergelgt, um ab 1906 in die Leitung der Düsseldorfer Akademie einzutreten. — An der Krakauer medizinischen Fakultät herrschen wahrhaft prekäre Verhältnisse. Bekanntlich schwebt daselbst noch immer der Streit um die Dotierung der Kliniken. Nunmehr droht der Fakultät auch ein Streik der Studierenden, welche gegen die ungenügende Bettenanzahl an den Universitätskliniken Stellung genommen haben. Der Streik ist vorläufig verschoben worden, weil die Direktoren der Kliniken erklärt haben, daß durch Intervention des Statthalters die Zahl der Betten ab Januar 1905 möglicherweise erhöht werden dürfte. — Professor MORITZ in Greifswald ist an Stelle RIEGELS nach Gießen berufen worden.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. ANTON LEIN ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOHANN POLASEK zum Kommandanten des Garnisonsspitals Nr. 5 in Brünn, St.-A. Dr. JOSEF SZILÁGYI zum Oberstabsarzt II. Kl., die Reg.-Ärzte I. Kl. Dr. BELA BRUCK, Dr. JOSEF RÉTI, Dr. STEPHAN TAMÁSY v. CSIKMINDSZENT und Dr. EMIL ELHENICKY sind zu Stabsärzten, die Reg.-Ärzte II. Kl. Dr. LUDWIG KÖNYI und Dr. PAUL OLEHVÁRY v. OLESVÁR zu Regimentsärzten I. Kl. ernannt worden.

(Sachverständigen-Gebühren.) Das Justizministerium hat in der Frage der Sachverständigen-Gebühren, die unsere Ärztekammern schon so oft beschäftigt hat, kürzlich Folgendes entschieden: Als sachverständige Zeugen sind jene Zeugen anzusehen, die zwar ebenso zufällig wie jeder andere Zeuge und nicht infolge Berufung als Sachverständige zur Wahrnehmung von Tatsachen oder Zuständen gelangen, aber vermöge ihrer Ausbildung für einen bestimmten Beruf zu einer sachlich umfassenden Wahrnehmung befähigt sind. . . . Beschränkt sich die Aussage auf das Gebiet dessen, was das Gesetz unter Zeugenaussage versteht, so ist auch nur ein Anspruch auf eine Zeugengebühr gegeben. Anders sind dagegen jene Fälle zu beurteilen, in denen das Gericht, welches die Einholung eines Sachverständigengutachtens für geboten hält, es für zweckmäßig findet, anstatt andere Sachverständige zu hören, über die von dem sachverständigen Zeugen bestätigten Wahrnehmungen diesen selbst zu einem Gutachten aufzufordern. In solchen

Fällen kommt dem Vernommenen der Anspruch auf die Gebühren eines Sachverständigen zu.

(Ein Fiasko der Kurpfuscherei.) Die Naturheilbewegung unter den deutschen Kurpfuschern hat kürzlich einmal in der Schweiz kläglich Schiffbruch gelitten. Von den deutschen Naturheilaposteln angespornt, hatten nämlich deren Genossen in Zürich für Freigabe der ärztlichen Praxis im Kanton Zürich fleißig agitiert und durch Sammlung von 5000 Unterschriften einen Volksentscheid herbeigeführt. Dieser aber hat sie gar jämmerlich zuschanden gemacht, denn der Antrag auf Freigabe der ärztlichen Praxis ist mit einer Majorität von 28.438 unter 51.319 Stimmen verworfen worden.

(Die mährische Ärztekammer) hat nach mehrmaligem Einschreiten von der mährischen Statthalterei und dem zuständigen Landesauschusse Formulare erwirkt, welche nunmehr als Anstellungsdekrete für Gemeinde- und Distriktsärzte in Kraft treten werden. Das Formular, welches auch das abzulegende Gelöbniß enthält, wird nach dem Beschluß der mährischen Ärztekammer nunmehr jedem neu ernannten Gemeinde- oder Distriktsarzte ihres Sprengels in nicht subventionierten Sanitätsgemeinden oder Distrikten zur Information zugeschiedt werden.

(Verstaatlichung des Ärzteswesens.) Die Stadt Zürich hat, wie die „Allg. Med. Zentral-Ztg.“ meldet, mit der Kommunalisierung ihrer Ärzte in der Weise begonnen, daß sie eine durchschnittliche Arztsteuer von 4.35 Fres. pro Kopf für alle Einwohner eingeführt und 40 Ärzte amtlich bestellt hat, die für je 12.000 Fres. Jahresgehalt allen Einwohnern ihre ärztliche Fürsorge angedeihen zu lassen haben. — Nähere Nachrichten stehen noch aus. Diese Form der Verstaatlichung müßte wohl dem Protektionswesen Tür und Tor weit öffnen und von der überwiegenden Mehrheit der Ärzteschaft als inakzeptabel bezeichnet werden.

(Forensisches.) Aus Berlin schreibt man uns: Der bekannte Forscher auf dem Gebiete sexueller Abnormitäten Dr. MAGNUS HIRSCHFELD ist aus Anlaß einer von ihm zur Frage der Homosexualität veranstalteten Umfrage unter den Studierenden der technischen Hochschule von einigen Studierenden wegen Beleidigung angeklagt und zu einer Geldstrafe verurteilt worden. — Eine interessante Frage ist kürzlich vor dem Obergericht verhandelt worden, die Frage nämlich, ob bei Selbstmordversuch Krankengeld zu bewilligen sei. Der Gerichtshof hielt daran fest, daß nur dann, wenn erweislich der Wille des Kassenmitgliedes auf Herbeiführung einer Krankheit gerichtet war, vorsätzliche Herbeiführung einer Krankheit vorliege. Diese Frage werde wohl in den meisten Fällen aus der Wahl des Mittels, mit dem der Selbstmordversuch zur Ausführung gelangte, zu entscheiden sein.

(Statistik.) Vom 19. bis inklusive 26. November 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7804 Personen behandelt. Hiervon wurden 1555 entlassen, 213 sind gestorben (12% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 106, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 116, Scharlach 31, Masern 191, Keuchhusten 15, Rotlauf 37, Wochenbettfieber —, Röteln —, Mumps 15, Influenza —, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 518 Personen gestorben (— 3 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Zahnarzt Dr. SIEGMUND WOLF im jugendlichen Alter von 35 Jahren; in Nagyvárad Dr. LUDWIG KORNSTEIN, 56 Jahre alt; in Kottingbrunn der hochbetagte Gemeindearzt Dr. THEODOR LÜDER, im Jahre 1848 Mitglied der akademischen Legion; in Memmingen Med.-Rat Dr. HOLLER, 73 Jahre alt; in Leipzig der Privatdozent für innere Medizin Dr. OSWALD NAUMANN im Alter von 71 Jahren.

In der rauhen Jahreszeit, wo katarrhalische Affektionen zur Alltäglichkeit werden, empfiehlt sich der Gebrauch von Mattonis Gießhübler, welches Heilwasser bei Erkrankungen der Luftwege, Katarrhen des Rachens, der Bronchien, bei Lungen- und Brustfellentzündung mit sehr gutem Erfolge angewendet wird.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- Th. Ziehen, Über den Einfluß des Alkohols auf das Nervensystem. 2. Auflage. Berlin 1904. M. — 20.
 F. Hueppe, Zur Sozialhygiene der Tuberkulose. Wien und Leipzig 1904, W. Braumüller. M. — 50.
 C. Pick, Hydrotherapie. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller.
 E. Schwarz, Die inneren Krankheiten in kurzer Darstellung etc. II. Theil. Wien 1905, M. Perles. K 9.—.
 A. Adamkiewicz, Über das unbewußte Denken und das Gedankensehen. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller. M 1.20.
 James Kerr Love, Diseases of the ear. Bristol 1904, John Wright & Co.
 Margaret A. Cleaves, Light energy. New-York 1904, Reban Company.
 A. Eulenburg, Enzyklopädische Jahrbücher. Bd. XII, N. F. III. Jahrgang. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.
 George Meyer, Erste ärztliche Hilfe. 2. Aufl. Berlin 1905, A. Hirschwald.
 W. Czermak, Augenärztliche Operationen. 18. u. 19. Heft. Wien 1904, Karl Gerolds Sohn.
 J. K. Proksch, Die Geschichte der Syphilis. Bonn 1904, P. Hanstein. — M 1.50.
 O. v. Schroen, Der neue Mikrobe der Lungenphthise. München 1904, C. Haushalter.
 Heinrich Fritsch, Geburtshilfe. Eine Einführung in die Praxis. Leipzig 1904, S. Hirzel.
 L. Brieger und A. Laqueur, Moderne Hydrotherapie. Berlin 1904, Leonhard Simion.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 5. Dezember 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. E. Schiff: Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst am Main über „Gujasanol“. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titrirten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Academie de Medecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diuresis, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM
 Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasocostriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

A 0,0001
 CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERZTONICUM
 Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; vorziehen Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON, Preis der Academie de Medecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“ Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3. Boulevard Saint-Martin.

VERTRETUNG F. OESTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
 IN WIEN: G. & R. FRITZ — ADLER-APOTHEKE, 1. Lärnterring 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz

Dr. Kahlbaum, Görlitz,

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.

Offene Kuranstalt für Nervenkranken.

Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

DARKAUER JODSALZ

Empfohlen von den ersten medizinischen Autoritäten zur Bereitung natürlicher Jodbäder im Hause.

Zu haben in allen Apotheken und Droguerien.

HEINRICH MATTONI

kais. u. königl. Hof- und Kammerlieferant

Tuchlauben 14-16 WIEN Maximilianstr. 5.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschermeisterpl. 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 Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von

Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Über Glaskörperablösung. Von Prof. Dr. A. Elschnig in Wien. — Der Einfluß des maritimen Klimas und der Seebäder auf die Erkrankungen des Gehörorgans. Von Dr. Hugo Frey, emer. Assistenten an der k. k. Universitäts-Ohrnklinik (Hofrat Professor Dr. A. Poltzer) in Wien. — Zur ambulatoischen Behandlung der sekundären Syphilis durch Weilandische Überstreichungen. Von Dr. Maximilian Bernstein, Stadtarzt in B.-Krupa. — Referate. Fosselius (Stockholm): Klinische Beiträge zur Kenntnis der akzeptischen Eiterungen der Hohlhand, besonders mit Rücksicht auf die Therapie. — L. Waeloch (Prag): Das Syphilliserum von Dr. Pabst (Hamburg). — Immerwohl (Paris): Intramuskuläre Injektionen von 5%igem Sublimat bei infantiler Syphilis. — Hammerstein (Königsberg i. Pr.): Die Ekklampsie in Ostpreußen. — Ladislaus Flaczynski (Lodz): Über den hygienischen Wert des Siegellackes. — Böttner (Freiburg): Über offene Wundbehandlung nach Transplantationen. — Heinicke (Großweidnitz): Über die ammonia kalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie und über Phosphaturie und Ammonurie als objektive Symptome von Psychosen. — Karl Colombo (Rom): Wirkung des absoluten Milchregimes auf den Blutdruck. — Kurt King (New-York): Über Wiederbelebung bei scheinbarem Tod in Chloroformarkose. — Fuchs (Bleistadt): Über Koryza und die Anwendung des Formans bei Schnupfen. — Edmond et Etienne-Sternert (Paris): Essai de campagne antipaludique selon la méthode de Koch. — G. A. Korotkow (St. Petersburg): Zur Frage der Veränderungen des Blutdrucks bei Herzkranken mit Kompensationsstörungen unter dem Einflusse des Adonis vernalis. — Kleine Mitteilungen. Ernährung und Pflege der Kinder. — Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel. — Morbus Basedowii. — Behandlung der skrofulösen Ophthalmie. — Salizylsäurenachweis in Früchten. — Therapie der Nephritis. — Abführmittel Pargen. — Indikationen der Aspirindarreichung. — Literarische Anzeigen. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die spezielle ärztliche Diagnostik. Unter Mitarbeit hervorragender Fachgenossen herausgegeben von Prof. Dr. A. Eulenburgo, Prof. Dr. W. Kollé und Prof. Dr. W. Weintraub. — Diagnostik der Bauchgeschwülste. Von Prof. Dr. A. Martin in Greifswald. — Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. — Feuilleton. Naturheilkunde und wissenschaftliche Medizin. Von Dr. Friedr. Winkler. I. — Verhandlungen ärztlicher Vereine Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“). X. — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Original-Bericht). — Notizen. — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — Ärztliche Stellen. — Anzeigen.

Hierzu 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.

Über Glaskörperablösung.

Von Prof. Dr. A. Elschnig in Wien.

HEINRICH MÜLLER hat zuerst den Befund der Glaskörperablösung anatomisch erhoben. Durch IWANOFFS und seiner Schüler Untersuchungen wurden unsere Kenntnisse darüber wesentlich vermehrt und die seither verflossenen Dezennien haben demjenigen, was IWANOFF aufgestellt, nur wenige und nebensächliche Details hinzugefügt. Wir wissen, daß nach perforierenden Traumen, nach Operationen mit ausgiebigem Glaskörperverluste, sowie nach Iridozyklitis Glaskörperablösung auftritt, deren Ursache leicht ersichtlich ist: die Volumsverminderung des Glaskörpers resp. die Schrumpfung des in demselben abgesetzten fibrinösen Exsudates. Diese Ablösung kommt in zweifacher Form vor, als kugelige Glaskörperablösung, d. i. gleichmäßige Ballung des Glaskörpers meist in den vorderen Bulbuspartien (hintere Glaskörperablösung), seltener in den hinteren Bulbuspartien (vordere Glaskörperablösung), und dann als trichterförmige Ablösung, wobei der schrumpfende Glaskörper an Papille und Ora serrata haftet und daher eine trichterförmige Gestalt — Spitze an der Papille, Basis im Linsendiaphragma — annimmt.

Außerdem hat IWANOFF eine zweite Art von Glaskörperablösung, spontan im myopischen Bulbus auftretend, beschrieben. ARLT hatte kurz vorher seine grundlegenden Untersuchungen über das myopische Auge publiziert, hatte das relativ häufige Vorkommen von Glaskörperverflüssigung im hinteren Bulbusabschnitte des hochgradig kurzsichtigen Auges konstatiert und auf ein relativ zu rasches und ausgiebiges

Größenwachstum des Auges im Verhältnis zum Wachstum des Glaskörpers zurückgeführt. Auf Grund eines analogen Befundes in zwei myopischen Bulbis, welchen IWANOFF als Glaskörperablösung ansprach, erlaubte er sich, einfach ARLTS Befunde mit seinem zu identifizieren, d. h. ARLTS Glaskörperverflüssigung schlechtweg als Glaskörperablösung zu bezeichnen. „Indem wir das Wort Verflüssigung (sc. ARLTS) mit der Bezeichnung Ablösung vertauschen, gelangen wir am leichtesten zu einer richtigen Auffassung über den Mechanismus dieses Prozesses“, IWANOFF usurpierte demnach auch ARLTS Erklärung der Entstehungsart der Glaskörperverflüssigung für seine Ablösung: der Glaskörper wachse bei Myopie nicht proportional mit dem sich in seinem Umfange allmählich vergrößernden Auge; zwischen Netzhaut und Glaskörper werde daher „seröser Erguß“ (ex vacuo nach ABLT) ausgeschwitzt, welcher den Glaskörper allmählich weiter und weiter von der Netzhaut abhebt. Daraus ergebe sich auch eine Erklärung für den ab origine angenommenen Zusammenhang zwischen Glaskörperablösung und Netzhautablösung — eine Erklärung, die trotz ihrer physikalischen Unmöglichkeit auch heute noch Anhänger zu zählen scheint: Das Exsudat findet, wenn es bis zur Stelle fester Verwachsung zwischen Glaskörper und Netzhaut (Ora serrata) vorgedrungen, keinen Platz mehr und hebt daher durch sein beständiges Drängen die Netzhaut von der Chorioidea ab (!).

IWANOFFS Eigenbeobachtungen und seine falsche Ausdeutung der richtigen ARLTSchen Befunde fanden um so mehr Anerkennung, als L. WEISS in zwei geringradig myopischen Augen den Beginn der Glaskörperablösung anatomisch festgestellt und in seinem nasalen Reflexbogenstreifen irrümlich den ophthalmoskopischen Ausdruck dieses Beginnes von Glaskörperablösung erkannt haben wollte. Auf Grund dessen wurde

bis heute recht allgemein angenommen, daß Glaskörperablösung in myopischen Augen ein recht häufiges Vorkommnis darstelle. Da dieselbe andererseits, wie erwähnt, in bestimmte ursächliche Beziehungen zur Entstehung der Netzhautablösung gebracht wurde, schien es mir geboten, das Verhalten des Glaskörpers im myopischen Auge neuerlich genauer zu studieren. Ich unterließ es daher nicht, bei der Bearbeitung meiner zahlreichen intra vitam ophthalmoskopierten myopischen Bulbi in den letzten Jahren ganz besonders auf den Glaskörper zu achten. Es ist selbstverständlich, daß nur unter besonderer Vorsicht in MÜLLERScher Flüssigkeit mit Zusatz von 10%iger Formalinlösung oder in Formalin allein fixierte Bulbi brauchbar waren, sie wurden nach kurzem Auswässern vor dem Einlegen in Alkohol eröffnet und dann erst weiter verarbeitet. Auch bei der Einbettung in Zelloidin wurde immer auf den Glaskörper speziell Rücksicht genommen. So erübrigen aus meinem ganzen Materiale 22 myopische Bulbi, unter denen wohl alle Grade von Myopie, alle verschiedenen Anomalien der Größe und Form vertreten sein dürften, über welche ich an dieser Stelle kurz referieren will.

Nur in 4 von den 22 Augen, und zwar in solchen mit Myopie 4, 10, 20 und 25 Dioptrien fand sich makroskopisch eine Beschaffenheit des Glaskörpers, welche als Glaskörperablösung imponieren konnte: der Linse-Netzhaut bis Oragegend hafteten kompakte Glaskörpermassen an, das Bulbusinnere war größtenteils von seröser, nur zarte Flocken suspendiert enthaltender Flüssigkeit erfüllt. Aber schon makroskopisch konnte bei genauerem Zusehen, ganz leicht dann bei mikroskopischer Untersuchung konstatiert werden, daß es sich um Verflüssigung der Glaskörper handle, daß allenthalben an Papille-Netzhaut Glaskörperreste anhafteten. In allen anderen Fällen füllte der gelatinöse Glaskörper völlig das Bulbusinnere aus.

Da in meinem Materiale die verschiedensten Arten und verschiedensten Grade von Myopie — von 2 bis über 30 Dioptrien — vertreten sind, kann als sicher festgestellt angenommen werden, daß Glaskörperablösung in myopischen Augen jedenfalls ein sehr seltenes Vorkommnis darstellt.

Auch heute noch hält man allgemein daran fest, daß die Ablösung des Glaskörpers von der Netzhaut bestimmte Beziehungen besitzt zur Netzhautablösung, wenn auch die Meinungen über das „Wie“ auseinandergehen. Es erscheint mir daher interessant, hier darauf hinzuweisen, daß in vier Augen mit Amotio retinae durch Retinitis albuminurica und in einem Auge mit spontaner Netzhautablösung in einem hochgradig myopischen Auge, die ich untersucht habe, eine Glaskörperablösung nicht vorhanden war. Stellt man diesen Fällen die häufig beobachteten Fälle von Glaskörperablösung (bei perforierenden Traumen, Zyklitis) ohne Netzhautablösung gegenüber, so muß der Glaube an den ursächlichen Zusammenhang beider Prozesse doch wohl erschüttert werden.

Über den ophthalmoskopischen Nachweis bestehender Glaskörperablösung war bis heute nichts Sicheres bekannt. L. WEISS hat seinerzeit in dem so häufigen, medial die Papille umkreisenden Lichtreflex den Ausdruck beginnender Glaskörperablösung gesucht, und die Häufigkeit dieses Lichtreflexes in myopischen Augen war mit ein Anlaß, an das häufige Vorkommen von Glaskörperablösung bei Myopie zu glauben. WEISS' Annahme wurde bald verlassen; nur in Fällen, in denen man im Glaskörperaume eine graulich schwappende Membran sah, glaubte man daraus den Bestand der Glaskörperablösung erschließen zu können. Ein glücklicher Zufall hat mich gelehrt, daß die trichterförmige Glaskörperablösung ophthalmoskopisch nachweisbar ist.

Unter dem ständigen Spiegelkursmateriales der Wiener Augenkliniken befand sich ein Mann mit Retinitis pigmentosa, bei dem das Bestehen einer Arteria hyaloidea persistens angenommen wurde. Von der Papille erhob sich an beiden Augen

ein glasig durchscheinender drehrunder Strang, der sich nach vorn zu in ein System pinselförmig divergierender feinsten Fasern auflöste. Ich hielt das Gebilde nicht für eine Arteria hyaloidea persistens, sondern für erworbene Bindegewebsbildung im Glaskörper. Die Eröffnung des kurz in MÜLLER-Formol fixierten Auges ergab jedoch, daß der Glaskörper trichterförmig von der Netzhaut abgelöst, der Raum zwischen beiden von seröser Flüssigkeit erfüllt war. Wir müssen also die besonders in myopischen Augen mit Chorioiditis in seltenen Fällen vorkommenden, nach Art einer Art. hyaloidea von der Papille ausgehenden und pinselförmig nach vorn ausstrahlenden Gebilde als den Ausdruck von Glaskörperablösung, nicht als erworbene Bindegewebsbildungen ansprechen.

Literatur: IWANOFF, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Auges. 1. Beiträge zur Ablösung des Glaskörpers. Archiv für Ophthalmologie, XV, 2, pag. 1, 1869. — ARLT, Lehrbuch, III. Bd. (1856) und Über die Ursachen und Entstehung der Kurzsichtigkeit. Wien 1875. — L. WEISS, Über den an der Innenseite der Papille sichtbaren Reflexbogenstreif und seine Beziehungen zur Kurzsichtigkeit. Archiv für Ophthalmologie, XXXI, 3, 1881.

Der Einfluß des maritimen Klimas und der Seebäder auf die Erkrankungen des Gehörorgans.

Von **Dr. Hugo Frey**, emer. Assistenten an der k. k. Universitäts-Ohrenklinik (Hofrat Professor Dr. A. POLITZER) in Wien.*

Das Seeklima und die Seebäder haben von altersher in der Ohrenheilkunde einen schlechten Ruf genossen. Nicht nur, daß man ihnen einen direkt schädlichen Einfluß auf die Erkrankungen des Gehörorgans zuschrieb, man beschuldigte sie sogar, daß sie bei sonst gesunden Personen Ohrenleiden hervorzurufen imstande seien. Kein Wunder, daß sie aus der Reihe der therapeutischen Behelfe der Otiatrie beinahe vollständig ausgeschaltet waren. Erst in den letzten Jahren hatte man Gelegenheit, neue, positive Erfahrungen auf diesem Gebiete zu sammeln und ihnen entsprechend die bis dahin festgehaltenen Anschauungen zu korrigieren.

Zu einer Zeit, wo die Einsicht in die pathologischen Vorgänge allgemeiner Natur noch eine lückenhafte war, wo, um nur etwas zu erwähnen, z. B. die bakterielle Natur der Eiterungen noch gar nicht bekannt war, war man auch in der Ohrenheilkunde leicht geneigt, verschiedene Faktoren zur Erklärung der Ätiologie gewisser Ohrerkrankungen herbeizuziehen, die man heute gewiß nicht mehr gelten lassen kann — aber einmal akzeptierte Meinungen wurden, wenn auch wenig begründet, in gutem Glauben durch die Tradition fortgeführt und aufrecht erhalten.

So kommt es, daß in einem großen Teil der älteren otiatrischen Literatur und in den Diskussionen auf verschiedenen Kongressen das Axiom der Schädlichkeit der Seebäder, ja sogar des bloßen Aufenthaltes an der Seeküste für das Gehörorgane stets wiederholt wurde. Wir werden später sehen, ob dieses Axiom vollständig zu Recht besteht.

Die Bedeutung, die der ganzen Frage zukommt, scheint mir nicht allein darin zu liegen, daß der Ohrenarzt sich durch eine nicht zureichend begründete ungünstige Meinung bewogen fühlt, die Seebäder als ein eventuelles Unterstützungsmittel in der Behandlung der Erkrankungen des Gehörorgans zu vernachlässigen, sondern, und vielleicht in höherem Grade, darin, daß bestehende Ohrenleiden unter Umständen als Kontraindikationen betrachtet werden können, wenn es sich darum handelt, Kranke, bei denen aus irgendwelchen Gründen der Gebrauch der Seebäder angezeigt ist und die zufällig auch an einer Ohrenerkrankung leiden, an die See zu schicken.

*) Vortrag, gehalten am IV. österreichischen Balneologenkongreß zu Abbazia.

Informieren wir uns aus der vorliegenden Literatur, so finden wir, wie eben erwähnt wurde, besonders in den früheren Jahrzehnten die Meinung von der Schädlichkeit der Seebäder verbreitet. Zur Unterstützung dieser Meinung wird sogar die Autorität des GALENUS angerufen, wie SACHSE¹⁾ dies tut, der behauptet, daß die Seebäder, ja schon der Aufenthalt an der Seeküste allein ein Grund seien, um Schwerhörigkeit hervorzurufen. Er und mit ihm andere Autoren glaubten, für diese Ansicht eine wesentliche Stütze in der Tatsache zu finden, daß bei den Küstenbewohnern und Seefahrern Schwerhörigkeit sehr häufig vorkomme.

Selbst wenn diese Tatsache sichergestellt wäre, was durchaus nicht der Fall ist, wäre sie immerhin noch nicht beweisend, weil ja hier eine ganz große Anzahl anderer ätiologischer Momente konkurrierend in Betracht kommen, denen gegenüber rein klimatische Einflüsse vermutlich erst in zweiter oder gar in dritter Reihe stehen.

Trotzdem finden wir auch viel später bei SEXTON²⁾, KNAPP³⁾ und BOBONE⁴⁾ die Meinung vertreten, daß zahlreiche Ohrenerkrankungen auf den Gebrauch von Seebädern zurückzuführen seien.

Als MAGNUS⁵⁾ im Jahre 1868 einen Vortrag über den Einfluß der Seebäder auf das Gehörorgan hielt, führte er darin aus, daß seiner Ansicht nach die Furcht vor Seebädern bei Ohrenerkrankungen übertrieben sei. Er teilte mit, daß er seine Patienten — zwar nur bei ruhiger und milder Witterung — baden lasse, ohne bisher davon einen Nachteil gesehen zu haben. Gewisse Allgemeinerkrankungen, wie Bleichsucht usw., kontraindizierten nach ihm vielleicht den Gebrauch dieser Bäder, aber der bloße Aufenthalt an der See sei vollkommen unbedenklich. Er habe selbst als Patient mit subjektiven Hörempfindungen keine schädlichen Einflüsse der Seebäder an sich bemerken können.

Es wurde MAGNUS damals vielfach, zum Teile recht energisch widersprochen. So beispielsweise von LUCAS⁶⁾, der ebenfalls schon den Aufenthalt an der Küste allein für schädlich hielt und Exazerbationen abgelaufener Krankheitsprozesse dabei für möglich ansah. Freilich gab dieser Autor zu, daß es von den allgemeinen klimatischen Verhältnissen, vom Wellenschlage usw. der betreffenden Orte abhängige, inwieweit diese Schädlichkeiten hervortreten.

Auch SCHUBIG⁷⁾ und SCHWARTZE⁸⁾ wollten MAGNUS nicht beipflichten. Der letztere glaubte, daß Seebäder bei Ohrenerkrankungen ohne Ausnahme als ein häufig schädliches, jedenfalls aber gefährliches Mittel, insbesondere bei trockenen chronischen Katarrhen zu vermeiden seien. Auch er meinte, daß abgelaufene Eiterungen mit Perforation bei Gebrauch solcher Bäder häufig rekrudeszieren.

Jedoch schon damals hielten diesen Ausführungen gegenüber ANDERSON⁹⁾, HINTON¹⁰⁾ und JONES¹¹⁾ daran fest, daß trotz mancher ungünstiger Erfahrungen doch wieder Fälle vorkommen, in denen ein vorteilhafter Einfluß der Seebäder unverkennbar sei.

Es ist vielleicht nicht uninteressant, daß gerade englische und amerikanische Ärzte, die ja offenbar häufiger als ihre kontinentalen Kollegen Gelegenheit hatten, einen Einfluß des Seeklimas tatsächlich zu konstatieren, sich weniger absprechend verhielten als diese.

Schon im Jahre 1872 modifizierte SCHWARTZE¹²⁾ seine Ansicht etwas, indem er sagte, daß er bei feuchten Katarrhen eher eine Besserung konstatieren konnte, wenn er auch das früher Gesagte, insbesondere für trockene Katarrhe, aufrecht erhielt. Weiterhin betonte er damals noch, daß, wenn überhaupt, nur die Seebäder der Mittelmeerküste wegen ihrer günstigeren klimatischen Verhältnisse zu empfehlen seien.

Zwei Jahre später äußerte sich SCHWARTZE¹³⁾ neuerdings ausführlich über dieses Thema, und zwar inhaltlich in ähnlicher Weise. Wiewohl er noch immer die Seebäder im allgemeinen für kontraindiziert bei allen Arten von Ohrenleiden hält, so muß er doch zugeben, daß er einige Male leichtere Formen von feuchtem Katarrh mit chronischer Pharyngitis durch Aufenthalt an der Seeküste sich bessern sah, wenn er auch meint, daß dies weniger dem klimatischen und dem Einfluß der Bäder als den vorgenommenen Gurgelungen mit Seewasser zuzuschreiben sei. Er empfiehlt auch neuerlich die englischen und mittelländischen Seebäder.

In derselben Zeit finden wir auch, daß GUYE¹⁴⁾ angibt, in einer Reihe von Fällen Seebäder mit großem Nutzen, in einer anderen wieder mit Schaden verordnet zu haben. Unter den letzterwähnten waren namentlich solche mit Labyrinth-schwindel.

GRUBER¹⁵⁾ glaubte damals, die Seebäder bei gewissen Labyrinth-erkrankungen, bei denen auch Störungen des Nervensystems allgemeiner Natur vorlägen, empfehlen zu sollen.

Auch STEUER¹⁶⁾ und JACOBI¹⁷⁾ sprachen sich in ähnlichem Sinne aus.

Die Ansichten über das in Rede stehende Thema hatten sich im Laufe der folgenden 15 Jahre so wenig verändert, daß noch im Jahre 1889 MOURE¹⁸⁾ auf dem Standpunkt steht, daß der Gebrauch der Seebäder und der Aufenthalt an der Seeküste Ohrenkranken zu widerraten sei. Letzterer glaubte, speziell die Unregelmäßigkeiten des Seeklimas für die Tubenaffektionen als ungünstig bezeichnen zu müssen, trotzdem er selbst über einen vollständig geheilten Fall von Tubenkatarrh aus eigener Erfahrung berichtet.

Die hier ausgesprochenen Ansichten verhinderten es vielfach, daß neue Erfahrungen gesammelt werden konnten, da die Gelegenheit hierzu aus Furcht vor üblen Folgen gemieden wurde. Trotzdem scheint es, als ob durch den im allgemeinen anwachsenden Besuch der Seebäder die Ohrenärzte häufiger in die Lage kamen, Patienten zu sehen, die sich daselbst aufgehalten hatten, nicht nur ohne Schaden, sondern sogar mit Nutzen.

WAGENHÄUSER¹⁹⁾ meint daher, daß „zurzeit allgemein angenommen werde“, daß der Aufenthalt an der Seeküste und der Gebrauch warmer Meerwasserbäder in Wannen bei den sekretorischen Katarrhen jugendlicher Individuen mit torpider Skroflose als erfolgreich empfohlen werden könne, während bei der Sklerose, insbesondere wenn Symptome von Labyrinthbeteiligung vorhanden seien, sowohl der Aufenthalt an der See als auch der Gebrauch von Seebädern als ungünstig und gefährlich bezeichnet werden müsse.

Eine ganz ähnliche Meinung vertritt auch BECKER.²⁰⁾ Angesichts des Umstandes, daß zur Beurteilung der uns hier interessierenden Fragen bisher nur auf allgemeinen Eindrücken und Erfahrungen basierende Ansichten herangezogen

¹⁾ Medizinische Beobachtungen und Bemerkungen, Bd. 1, pag. 213. Berlin 1835.

²⁾ SEXTON, „The medical Record“, New-York, 4. Mai 1878.

³⁾ KNAPP, „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“, Bd. 8, pag. 36.

⁴⁾ BOBONE, „Bolletino delle malattie de l'orechio etc.“, 1885, Nr. 4.

⁵⁾ MAGNUS, Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Dresden, 1868. Ref. im „Archiv für Ohrenheilkunde“, Bd. 4, pag. 145.

⁶⁾ LUCAS, ebenda pag. 146.

⁷⁾ SCHUBIG, ebenda pag. 145.

⁸⁾ SCHWARTZE, ebenda pag. 145.

⁹⁾ ANDERSON, ebenda.

¹⁰⁾ HINTON, ebenda.

¹¹⁾ JONES, ebenda.

¹²⁾ SCHWARTZE, „Archiv für Ohrenheilkunde“, Bd. 6, pag. 299.

¹³⁾ SCHWARTZE, „Archiv für Ohrenheilkunde“, Bd. 9, pag. 200.

¹⁴⁾ GUYE, Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Breslau, 1874.

¹⁵⁾ GRUBER, ebenda.

¹⁶⁾ STEUER, ebenda.

¹⁷⁾ JACOBI, ebenda.

¹⁸⁾ MOURE, De l'influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille. „Revue de laryngologie, d'otologie etc.“, X. Jgg., 1889.

¹⁹⁾ WAGENHÄUSER, Allgemeine Therapie der Ohrenkrankheiten, in SCHWARTZES Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Leipzig 1891, pag. 707.

²⁰⁾ BECKER, Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Bremen, 1890.

wurden, war es nur freudig zu begrüßen, daß von einzelnen Seiten endlich daran gegangen wurde, mit Hilfe zahlenmäßiger Aufstellungen und Zusammenstellungen exakter Detailbeobachtungen zu übersichtlichen Reihen ein reelles Tatsachenmaterial zu gewinnen.

Die erwähnte, gegen den Besuch der Seebäder ins Treffen geführte und oft wiederholte Meinung, daß die Küstenbewohner häufiger Erkrankungen des Gehörorgans unterliegen als die Binnenländer, wurde auf diese Weise zuerst widerlegt, und zwar durch die Untersuchungen von NIMIER.²¹⁾ Dieser Autor stellte die Anzahl der Ohrenkranken unter den Stellungspflichtigen Frankreichs nach den Rapporten der Assentkommissionen fest und berechnete daraus die prozentuelle Verteilung der Erkrankungen des Gehörorgans in den verschiedenen Departements, um auf diese Art den Einfluß der geographischen Lage ermessen zu können. Er fand nun für die am Meere gelegenen Departements des nördlichen und westlichen Frankreich, also der Küste des Atlantischen Ozeans und des Kanals, Zahlen, die bei einzelnen Departements den allgemeinen Durchschnittsziffern entsprachen, bei anderen diese, zum Teile sogar um ein Beträchtliches, übertrafen. Andererseits fand er jedoch in den Küstendepartements des Mittelländischen Meeres nur zwei, deren Zahlen den Durchschnitt, und zwar um ein Weniges, übertrafen. Die anderen 5 Departements derselben Kategorie zeigten Ziffern, die sämtlich unter dem Durchschnitt sich befanden, einige davon in sehr ansehnlichem Ausmaß.

Eine Nachprüfung dieser Resultate wurde von GRAND²²⁾ vorgenommen. Auch er bestätigt, daß gerade die Departements des Mittelmeeres recht niedrige Ziffern an Ohrenerkrankungen aufweisen, und er widerspricht auf Grund dieser Tatsache der Annahme, daß das Seeklima einen ungünstigen Einfluß auf die Erkrankungen des Gehörorgans habe, ein Ergebnis, das, wie er bemerkt, mit seinen persönlichen Spezialerfahrungen sich deckt.

Diese in großen Zügen, aber ohne Eingehen ins Detail gewonnenen Resultate wurden nun durch weitere Forschungen, die sich insbesondere mit dem Verhalten ohrenkranker Individuen an der Küste beschäftigten, bestätigt und unterstützt. In seiner Studie über den „Einfluß des Klimas und der Witterung auf die Entstehung, Verhütung und Heilung von Ohr-, Nasen- und Rachenkrankheiten“ berichtet z. B. HESSLER²³⁾ über einzelne Fälle sehr vorteilhafter Beeinflussung von Ohrenerkrankungen durch Seebäder und wendet sich mehrmals gegen die Vorurteile, die vielfach deren Anwendung im Wege stehen.

Hierher sind aber vor allem die Untersuchungen MORPURGO'S²⁴⁾ zu rechnen, die dieser Autor im Ospizio marino di Trieste anstellte. Er untersuchte 195 Pflöglinge bei ihrem Eintritte in diese Anstalt und fand bei der otoskopischen Untersuchung 81 = 41.5% derselben als erkrankt, resp. von 390 Gehörorganen zeigten 105 sichtbare Veränderungen. Die Hörprüfung ergab 110mal Schwerhörigkeit verschiedenen Grades unter 188 Untersuchten. (7 Kinder konnten in Bezug auf die Hörschärfe aus äußeren Gründen nicht untersucht werden.) 6 Wochen bis 3 Monate später — nach Beendigung der Seebadkur — wurde eine neuerliche Hörprüfung der Kinder vorgenommen. Von 24 Fällen, die vor der Kur Flüstersprache zwischen 0—2 m hörten, hörten nachher 4 auf 15 m, 1 auf 13 m, 2 auf 10 m, 2 auf 8 m, 3 auf 6 m, 2 auf 5 m;

²¹⁾ NIMIER, Contribution à l'étude de la répartition géographique en France des affections de l'oreille. „Annales des maladies de l'oreille, du nez etc.“, 1892, pag. 749.

²²⁾ GRAND, De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes. „Lyon médical“, Nr. 39. Zit. nach VIRCUOW'S Jahresbericht, Jahrg. 29 (Bericht für 1894).

²³⁾ Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Rhino-Pharyngologie, herausgegeben von HAUG, Jena 1897, Bd. 2, H. 7.

²⁴⁾ MORPURGO, Studio statistico sulle malattie negli scrofulosi et sull'influenza dei bagni di mare. „Archivio italiano di otologia etc.“, Vol. 5, 1897, pag. 113 u. ff.

es war demnach eine Besserung in 14 Fällen erfolgt, 10 Fälle blieben unge bessert.

Von 27 Fällen, die vor der Kur auf 2—4 m Flüstersprache hörten, hörten nachher 10 auf 15 m, 2 auf 12 m, 2 auf 10 m, 1 auf 8 m, 1 auf 7 m, 1 auf 6 m; es waren also 17 gebessert, 10 unge bessert.

Von 59 Kindern, die vor der Kur Flüstersprache zwischen 4—6 m hörten, hörten nachher 34 auf 15 m, 3 auf 12 m, 1 auf 11 m, 5 auf 10 m, 1 auf 9 m, 2 auf 8 m; es waren also 46 gebessert, 13 unge bessert.

Es ergab sich daher im ganzen eine Besserung der Schwerhörigkeit in 77 von 188 Fällen, also in 40.9%.

Was den objektiven Befund betrifft, wurde Folgendes bemerkt:

Von 11 Fällen eitriger Mittelohrentzündung war bei 4 eine deutliche Besserung des Gehörs aufgetreten, bei 3 derselben die Sekretion zum Teile wesentlich vermindert. Verminderung einer Retraktion des Trommelfells fand sich in 4 von 22 Fällen.

In keinem Falle war bei vorher normalen Ohren eine Erkrankung aufgetreten oder bei vorher Erkrankten eine Verschlimmerung ihres Leidens beobachtet worden, wobei hervorgehoben werden muß, daß es sich durchaus um schwächliche und wenig widerstandsfähige Kinder handelte. Eine spezielle Behandlung der Ohren hatte während der Zwischenzeit nicht stattgefunden.

MORPURGO zieht aus diesen Ergebnissen den Schluß, daß durch die Seebäder die Ohrenkrankheiten skrofulöser Kinder häufig gebessert werden, und zwar die katarrhalischen Formen häufiger als die eitrigen.

Sehr interessante Daten verdanken wir weiterhin KÖRNER²⁵⁾, der mehrere Untersuchungsreihen an den Pflöglingen des „Friedrich Franz-Hospizes“ zu Groß-Müritz an der Ostsee anstellte. Er nennt seine Untersuchungsergebnisse mit vollem Rechte „überraschende“, verglichen mit den „ganz bestimmten Meinungen“, die einige Kollegen über den Einfluß des Küstenklimas auf die Ohrenerkrankungen und auf die Hyperplasie der Rachenmandel ausgesprochen haben und die „weniger auf systematischen Untersuchungen als auf subjektiven Eindrücken zu beruhen scheinen“. Gemeint sind damit die eingangs zitierten absprechenden Urteile verschiedener Autoren.

Das Gesamtergebnis seiner Untersuchungen stellt KÖRNER in folgender Weise dar:

Er kontrollierte 334 Kinder. Unter diesen befanden sich 97 mit adenoiden Vegetationen. Davon waren bei 23 diese Wucherungen sehr groß, bei 49 groß und bei 25 mäßig vergrößert. Adenoide Vegetationen fand er bei Kindern aus der Küstenzone in 23 von 64 Fällen = 36%, aus der Übergangszone in 21 von 81 Fällen = 26% und aus dem Binnenlande in 53 von 189 Fällen = 28%.

Die durchschnittliche Gewichtszunahme verteilte sich bei diesen Kindern in folgender Weise:

Bei den	23 mit sehr großen	adenoiden Vegetationen	= 1725 g
" "	49 " großen	" "	= 2171 "
" "	25 " mäßig vergrößerten	" "	= 1786 "
" "	237 ohne	" "	= 2311 "

Diesbezüglich bemerkt Körner, daß offenbar die Rachenmandelhyperplasie an der Ostseeküste häufiger vorkomme als im Binnenlande. Dies kann jedoch auf den verschiedensten Ursachen beruhen und beweist durchaus nichts gegen das Seeklima.

²⁵⁾ OTTO KÖRNER, Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Küstenklimas und der Seebäder auf die Ohrenkrankheiten und auf die Hyperplasie der Rachenmandel. „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“, 1899, Bd. 34, pag. 21. — Derselbe: Weitere Beiträge zur Kenntnis der Wirkung des Küstenklimas, des Inselklimas und der Seebäder auf die Ohrenkrankheiten und auf die Hyperplasie der Rachenmandel. Ebenda, 1900, Bd. 36, pag. 224. — Derselbe: Küstenklima und Hyperplasie der Rachenmandel. Ebenda, 1901, Bd. 38, pag. 319.

Interessant ist es jedoch, daß der Gewichtszuwachs bei den nicht mit Hypertrophie der Rachenmandel behafteten Kindern bedeutender war als bei den daran leidenden, und diese Differenz vergrößert sich noch zugunsten der erst erwähnten, wenn man in Betracht zieht, daß ihre Durchschnittsziffer durch die vielfach an progressiven unheilbaren Erkrankungen Leidenden einseitig verschlechtert wird.

Einen merklichen Rückgang der hypertrophischen Tonsille durch den Aufenthalt an der Seeküste konnte KÖRNER nicht konstatieren.

Was nun die eigentlichen Ohrerkrankungen betrifft, so fand er, daß bei 49 Kindern mit starken Retraktionen des Trommelfells der Befund unverändert geblieben war, in vier Fällen waren geringe Retraktionen stärker geworden.

Unter 31 Fällen von Trommelfellnarben traten nur bei zweien Eiterungen auf. Von den 10 Fällen von trockenen Perforationen des Trommelfells, bei denen der ungünstige Einfluß der Seebäder ganz besonders gefürchtet wird, blieb trotz regelmäßigen Badens in 9 Fällen der Zustand unverändert, in einem Falle trat sogar eine Verheilung der Perforation ein.

Von 13 Mittelohreiterungen blieben 3 unverändert, acht heilten mit Zurücklassung einer Trommelfellperforation aus, bei 2 kam es sogar noch zum Verschlusse der Perforation. In 3 Fällen war bei der Aufnahme eine Rötung und Trübung des Trommelfells zu sehen, die in allen 3 Fällen verschwand. Starke Trübung war in 5 Fällen gefunden worden, zweimal waren stärkere Trommelfelltrübungen aufgetreten.

Von zwei am Warzenfortsatz radikal operierten Fällen heilte der eine unter dem Gebrauche der Seebäder und entsprechender Behandlung vollständig aus, bei dem anderen war zur Zeit der Entlassung beinahe vollständige Heilung zu verzeichnen.

Wie aus dem eben Angeführten ersichtlich, besteht ein erheblicher Kontrast zwischen der älteren Literatur und den Publikationen der letzten Jahre.

Während die älteren Autoren größtenteils eine absolute Schädlichkeit des Seeklimas für das Gehörorgan annehmen, und zwar nicht allein für das kranke, sondern sogar auch für das gesunde Ohr, geht aus den jedenfalls auf einem genauer beobachteten Material beruhenden Publikationen der allerletzten Jahre hervor, daß diese ungünstige Meinung nicht in ihrem ganzen Umfange aufrecht erhalten werden kann.

Was vor allem die Schädlichkeit des Seeklimas und der Seebäder für das normale Ohr betrifft, so muß man sagen, daß diese sehr wahrscheinlich bei weitem überschätzt wird. Sie wird zumindest kaum größer sein als die Schädlichkeit gewöhnlicher Schwimmbäder überhaupt. Freilich ist es bekannt, daß durch unzweckmäßiges Verhalten im Bade, tiefes Untertauchen, Springen, Aspirieren von Wasser durch die Nase usw. hie und da Erkrankungen des Ohres hervorgerufen werden können. Aber wie jeder Ohrenarzt aus eigener Erfahrung weiß, ist das tiefe Eindringen von Wasser in den Gehörgang schon wegen der anatomischen Konfiguration desselben kein allzu häufiges Ereignis, und selbst wenn es vorkommt, bleibt es meist ohne weitere üble Folgen.

Bei denjenigen Patienten, die ihre Ohreiterungen auf das Eindringen von Wasser zurückführen, handelt es sich außerdem zum allergrößten Teile um solche, bei denen vorhergegangene Eiterungen bleibende Perforationen zurückgelassen hatten, eine Tatsache, die erfahrungsgemäß vielen Patienten unbekannt ist und aus der häufig Irrtümer in der Anamnese resultieren.

Es ist also gewiß unstatthaft, vor den Seebädern als für normale Ohren besonders gefährlich zu warnen.

Will man über die Indikationen und Kontraindikationen des Aufenthaltes an der Küste und des Gebrauches der Seebäder bei den verschiedenen Erkrankungen des Gehörorgans bestimmte Ansichten formulieren, so wird eine kurze Übersicht über die hier in Betracht kommenden Erkrankungen

des Gehörorgans zu diesem Zweck nicht unangebracht erscheinen.

In erster Linie wären zu nennen die katarrhalischen Affektionen der Tuba Eustachii und der Trommelhöhle. Es sind dies Prozesse, die nahezu immer von akuten oder chronischen Schleimhauterkrankungen des Nasenrachenraums ausgehen und bei welchen die Schleimhaut der Tube und weiterhin die der Trommelhöhle sich im Zustand katarrhalischer Schwellung befindet, wobei ein seröses oder schleimiges Sekret in den Mittelohrräumen abgesondert wird; dadurch kommt es zu Störungen der Funktion verschiedenster Art. Es ist wichtig, hervorzuheben, daß bei diesen Prozessen Symptome echter Entzündung fehlen oder höchstens nur im Beginne und nur andeutungsweise vorhanden sind.

Weiterhin folgen die akuten und chronischen Entzündungen und Eiterungen im Bereiche des Mittelohrs und seiner Umgebung, bei welchen mehr oder weniger tief greifende Veränderungen der Mittelohrschleimhaut und oft auch des darunter liegenden Knochens sich finden.

Hieran schließen sich die Residualprozesse nach abgeheilten, akuten oder chronischen Mittelohrentzündungen, bei welchen es sich um trockene Perforationen, Narbenbildungen, kurz um pathologische Verdichtungen und Verdickungen des Gewebes handelt, und die dieser Gruppe sehr nahe verwandten, chronischen Adhäsivprozesse auf katarrhalischer Basis, Erkrankungen, die früher vielfach mit dem Namen der „chronischen Katarrhe“ bezeichnet wurden.

Eine von dieser Gruppe vollständig abgesonderte Stellung nimmt die Otosklerose ein, bei welcher es sich nicht um eine Erkrankung der Auskleidung des Mittelohrs, sondern um ein abnormes Knochenwachstum in der knöchernen Labyrinthkapsel mit Verschuß der Labyrinthfenster und Ankylosierung des Steigbügelvorhofgelenks handelt.

In letzter Linie wären dann zu nennen die Erkrankungen des inneren Ohrs und des Hörnerven.

Soweit es sich um eigentliche akute Katarrhe und Entzündungen handelt, kommt die Frage des Aufenthaltes an der Seeküste zu therapeutischen Zwecken wohl kaum in Betracht, da diese Affektionen in verhältnismäßig nicht zu langer Zeit ablaufen und ausreichende Behandlungsmethoden zu ihrer Beeinflussung zur Verfügung stehen.

Anders verhält es sich jedoch mit jenen Krankheitsprozessen katarrhalischer Natur, welche, akut einsetzend, späterhin einen mehr schleppenden und chronischen Verlauf nehmen.

Dieser Verlauf wird häufig bedingt durch das Bestehen von Allgemeinerkrankungen und Dyskrasien oder durch besondere lokale Umstände, wie chronische Veränderungen des Nasenrachenraumes etc. Während die meisten akuten Katarrhe im Verlaufe weniger Tage bis Wochen vollständig abheilen, sieht man nicht allzu selten Fälle, bei denen zwar die katarrhalische Sekretion und die Schleimhautschwellung sich vermindert, aber nicht vollständig schwindet. Hier handelt es sich in der Regel um Ursachen der angedeuteten Art.

Die erhebliche Besserung, welche nun Veränderungen der Schleimhäute des Respirationstraktes zeigen, wenn man die Kranken aus der so zahlreiche Schädlichkeiten enthaltenden Stadtluft unter hygienisch vorteilhaftere Bedingungen bringt, ist allen Fachärzten wohlbekannt. Man pflegte bisher solche Patienten meistens in milde Gebirgsluft zu schicken. Aber nach den gemachten und vielfach bestätigten Erfahrungen übt auch der Aufenthalt an der Seeküste in dieser Beziehung einen sehr günstigen Einfluß auf derartige Prozesse aus. Die Staubfreiheit und der geringe Gehalt der Seeluft an pathogenen Mikroorganismen, die geringen Temperaturschwankungen sowie der höhere Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Eigenschaften, durch welche sich nach GLAX²⁶⁾ insbesondere die Seebäder der Mittelmeerküste auszeichnen und

²⁶⁾ GLAX, Lehrbuch der Balneotherapie, Bd. 1, pag. 83.

die bekanntlich bei den Erkrankungen des Respirationstraktus so vielfach günstig wirken, sind daher auch wesentliche Agenzien für die Heilung katarrhalischer Mittelohrprozesse, deren Verlauf eine klimatische Therapie überhaupt erfordert.

Auch die nicht so selten nach Otitiden zurückbleibenden Infiltrate und Schwellungszustände der Schleimhaut, die das Gehör beeinträchtigen und subjektive Hörempfindungen hervorrufen, werden hier sehr oft günstig beeinflusst und schwinden rascher.

Was nun die chronischen Eiterungen anbelangt, so sind dieselben in der übergroßen Mehrzahl freilich die Folge ungünstiger lokaler Verhältnisse im Gehörorgan und tiefer greifender Veränderungen, die nur mit Hilfe einer entsprechenden, häufig operativen Therapie beseitigt werden können. Bei einem nicht zu unterschätzenden Teile derselben wird aber der Eintritt der Heilung dadurch verzögert und verhindert, daß der Allgemeinzustand des Organismus ein sehr geschwächter ist, daß der „Heiltrieb“ herabgesetzt ist, d. h. daß die Gewebe nicht die genügende Energie besitzen, um die notwendigen Regenerationsvorgänge Platz greifen zu lassen. Gerade diese Fälle sind es, die mir alle für eine klimatische resp. Bäderbehandlung geeignet erscheinen. Aus den oben angeführten Statistiken von MORPURGO und KÖRNER geht dies auch unzweifelhaft hervor.

Insbesondere wäre an dieser Stelle die Mitteilung KÖRNER'S hervorzuheben, daß Fälle, bei denen wegen chronischer Eiterung und Karies des Schläfenbeines ein ausgedehnter operativer Eingriff vorgenommen wurde, im Seebade einen auffallend günstigen Verlauf zeigten, eine Tatsache, die ich aus meinen persönlichen Erfahrungen nur bestätigen kann. Ich habe selbst über Auftrag meines verehrten gewesenen Chefs, des Herrn Hofrates Prof. Dr. A. POLITZER, eine Reihe von an der Wiener Universitäts-Ohrenklinik radikal operierten skrofulösen Kindern unseren Seehospizen übergeben, durchwegs Kranke, an denen bei der Nachbehandlung die Tendenz zur Heilung sich als eine sehr geringe erwies, und ich konnte mit Befriedigung konstatieren, daß diese Fälle teils geheilt, teils in der Heilung bedeutend fortgeschritten nach Wien zurückkehrten. Einen üblen Einfluß des Seeklimas oder der Seebäder konnte ich bei diesen Fällen niemals bemerken.

Ebenso wie die Skrofulose beeinflussen vorübergegangene schwere Infektionskrankheiten, wie Diphtherie, Scharlach usw., den Allgemeinzustand und die Heilungsvorgänge der Mittelohreiterungen in höchst ungünstiger Weise, und auch diese Fälle können zweckmäßig einem Aufenthalt an der Seeküste zugewiesen werden.

Unter den Residualprozessen nach chronischen Eiterungen kommen die trockenen Perforationen hier nur insofern in Betracht, als eine nachteilige Beeinflussung derselben durch die Seebäder im Bereich der Möglichkeit liegt. Das Eindringen von Seewasser u. dgl. kann die Eiterung neu hervorrufen, so daß man unter Umständen geneigt wäre, hieraus eine Kontraindikation für den Gebrauch der Seebäder abzuleiten. Die später zu besprechenden Schutzmaßregeln jedoch dürften diese Befürchtung gegenstandslos machen, wodurch die Kontraindikation natürlich wegfiel.

Die chronischen Adhäsivprozesse und insbesondere die Otosklerose jedoch müssen wir nach den bisher gesammelten Erfahrungen für den Gebrauch der Seebäder als ungeeignet erklären. Verschlechterung der subjektiven Beschwerden wurde bei derartigen Fällen häufig und von so autoritativen Beobachtern²⁷⁾ beschrieben, daß man solche Fälle besser von dem Aufenthalt in Seebädern zurückhalten wird. Einzelne mit solchen Leiden behaftete Personen behaupten zwar, daß ihnen der Aufenthalt an der See nicht geschadet habe, aber die übergroße Majorität der Erfahrungen entscheidet vorläufig die Frage doch noch zuungunsten der Seebäder. Trotzdem möchte ich bemerken, daß nach persönlichen Mitteilungen

einzelner in Seebadeorten praktizierender Kollegen auch in solchen Fällen Erleichterung der subjektiven Beschwerden aufgetreten sei.

Bei den Erkrankungen des inneren Ohres und des Hörnerven selbst nun ist die Frage unentschieden. Es ist sicher, daß in manchen Fällen, insbesondere bei solchen mit starken subjektiven Beschwerden, wie Schwindel usw. eine Verschlimmerung des Zustandes an der Seeküste beobachtet wurde; andererseits wieder bessern sich derartige Fälle häufig und insbesondere dann, wenn sie mit konstitutionellen Erkrankungen allgemeiner Natur, wie Anämie, Chlorose etc. oder chronischen Infektionskrankheiten vergesellschaftet sind.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, daß zwar der Aufenthalt an der Seeküste und der Gebrauch der Seebäder kaum in irgend einem Falle von Erkrankung des Gehörorgans ein unumgänglich notwendiges therapeutisches Hilfsmittel darstellt, soweit die Erkrankung des Ohres selbst in Betracht kommt, daß aber diese Therapie bei ihrer hervorragend günstigen Einwirkung auf den Allgemeinzustand des Körpers und im besonderen auf den Respirationstraktus sehr häufig ein wertvolles Unterstützungsmittel für die Behandlung darstellt und in vielen Fällen eine Abkürzung der pathologischen Prozesse im Ohre herbeizuführen, also heilend zu wirken imstande ist.

So vorteilhaft die Wirkung der Seebäder und des Seeklimas auch bei gewissen Erkrankungen des Gehörorgans sein mag, ist es doch wichtig, zu betonen — wenn auch fast selbstverständlich —, daß sie niemals die alleinige Therapie darstellen kann, vielmehr kann diese Wirkung nur dann zur Geltung kommen, wenn auch alle andern zur Besserung des Leidens erforderlichen Maßnahmen eingehalten werden. Es muß vor allem, sei es auf dem Wege der konservativen oder der operativen Therapie, alles das getan werden, was der Fall erfordert, erst dann können wir mit Aussicht auf vollen Erfolg die balneotherapeutischen Agenzien heranziehen. In dieser Beziehung verweise ich auch auf die oben zitierte Äußerung KÖRNER'S über die adenoiden Wucherungen des Nasenraums. Des weiteren wird es sich aber als unerlässlich herausstellen, daß die Affektionen des Gehörorgans auch während der Dauer der Kur im Seebade einer entsprechenden, lokalen Behandlung unterzogen werden. Daraus ergibt sich weiterhin das Bedürfnis, daß sich die in den Küstenkurorten praktizierenden Kollegen — wie dies ja schon vielfach der Fall ist — die wichtigsten Behandlungsmethoden der Otiatrie zu eigen machen.

Noch ein Wort über die Art, wie eventuelle Schädigungen vermieden werden können.

In allen Fällen von Ohrerkrankungen, insbesondere aber in jenen, wo Defekte des Trommelfells bestehen, ist das Eindringen von Seewasser in die Ohren unbedingt zu vermeiden; ebensowenig dürfen beim Bad abnorme Druckverhältnisse im Bereich des Gehörorgans hervorgerufen werden. Solchen Patienten wird demnach nicht nur das Tauchen, Springen u. dgl. unbedingt verboten werden müssen, sondern man muß sie auch anweisen, mit eingefetteter Watte die Gehörgänge vor dem Bade zu verschließen. Auch das Tragen einer gut anschließenden Gummihaut, die über die Ohren herabgezogen werden kann, ist zu empfehlen. Da, wo selbst diese Vorsichten nicht als ausreichend erscheinen, oder wo andere Gründe — Wassertemperatur, Wind etc. — das Baden im Freien als unzweckmäßig erscheinen lassen, ist man in der Lage, zu Seebädern im geschlossenen Raum, zu temperierten Wannebädern mit Meerwasser zu greifen, wodurch eine absolute Sicherheit in dieser Beziehung erreicht wird.

Die Frage, welche Küsten unseres Kontinentes vor allem als zweckmäßig für den Aufenthalt von Ohrenkranken zu betrachten seien, beantwortet sich leicht aus den bekannten klimatischen Besonderheiten derselben. Die Seebäder der Nord- und Ostsee sowie die des Atlantischen Ozeans werden sich nur zu ganz bestimmten Zeiten des Jahres, wenn die Tempe-

²⁷⁾ POLITZER, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 4. Aufl., pag. 256.

ratur- und Windverhältnisse sehr günstige sind, empfehlen. Die Küstenkurorte des Mittelländischen Meeres und insbesondere die der Adria hingegen scheinen mir wegen ihrer gleichmäßigen Temperaturverhältnisse und ihrer anderweitigen klimatischen Vorzüge die geeignetsten zu sein, eine Ansicht, die wohl allgemein geteilt werden wird.

M. H.! Ich war bemüht, nur in Kürze die wichtigsten Gesichtspunkte darzustellen, von welchen aus die Frage der Thalassotherapie der Ohrenkrankheiten sich leiten lassen muß; es sind sicherlich in dieser Angelegenheit für uns noch viele Erfahrungen zu sammeln, aber ich glaube, daß diese im großen und ganzen nicht ungünstig ausfallen werden.

Zur ambulativen Behandlung der sekundären Syphilis durch Welandersche Überstreichungen.

Von **Dr. Maximilian Bernstein**, Stadtarzt in B.-Krupa.

Allgemein ist bekannt, daß zur Behandlung der sekundären Syphilis unbedingt eine Quecksilberkur notwendig ist. Aber nicht jede im Ambulatorium angewandte Quecksilberbehandlung führt meiner Ansicht nach so rasch zur Beseitigung aller Symptome der sekundären Syphilis wie die WELANDERSCHEN Überstreichungen, die ich seit meiner hiesigen Tätigkeit an zahlreichen Ambulanten mit eklatantem Erfolg angewandt habe.

Mit dieser den Kranken nicht belästigenden und leicht auch von dem indolentesten Patienten durchführbaren Methode habe ich bei allen Arten der sekundären Syphilis sehr befriedigende Erfolge erzielt und dabei wahrgenommen, daß bei Anwendung dieser ambulativen Behandlung jeder Arzt, der täglich ein großes Ambulatorium abzufertigen hat, mehr entlastet wird, als es bei den anderen Quecksilberbehandlungen der Fall ist, ohne daß man den Kranken auch nur den kleinsten Schaden zufügt.

Für den Kranken selbst nämlich bietet die obengenannte Methode einen unverkennbaren Vorteil, denn sie ist für ihn leicht und angenehm auszuführen, hat selten ein Ekzem zur Folge, und wenn ausnahmsweise ein solches eintritt, ist es nur sehr leichter Natur.

Bei dieser Methode wird das Quecksilber in genügender Menge teils durch die Haut resorbiert, teils durch die Lunge eingeatmet, wie es die oft bei mangelhafter Mundpflege auftretenden Gingividen und das im Harn ausgeschiedene Quecksilber während der Behandlung genügend beweisen. Ich sehe daher nicht ein, warum man die armen Ambulanten durch tägliche langandauernde Friktionen plagen soll, die, regelrecht ausgeführt, doch meistens durch mechanisches Reiben ein lästiges Ekzem hervorrufen, wenn man eine eben so wirkungsvolle Methode zur Beseitigung der Syphiliserscheinungen hat, wie es die WELANDERSCHEN Überstreichungen sind.

Wir haben zwar in den Quecksilberinjektionen auch eine Art der Behandlung, die kein Ekzem hervorruft, diese Methode hat aber auch ihre Schattenseiten: erstens gehen die messerscheuen Patienten selten auf sie ein, zweitens entstehen trotz der antiseptischen und regelrechten Ausführung der Injektionen sehr oft harte schmerzhaftige Knoten an der Stelle der gemachten Injektion, die den Kranken sowohl bei der Arbeit wie auch beim Sitzen hindern.

Alle diese Nachteile hat die WELANDERSCHEN Methode nicht, ohne an Wirkung den anderen Methoden nachzustehen; im Gegenteil, sie bietet uns Vorteile. Der Kranke kann ganz ruhig seiner Beschäftigung nachgehen, weil die Überstreichungen am besten wirken, wenn sie abends nach vollendeter Arbeit durchgeführt werden, also zur Zeit, wo der Kranke schon das Haus hüten kann, um längere Zeit in der Quecksilberatmosphäre verweilen zu können.

Deshalb glaube ich mit vollem Rechte den Herren Kollegen, die ein größeres Ambulatorium täglich abzufertigen haben, sowohl zum Nutzen der von ihnen zu behandelnden Kranken als auch zu ihrer eigenen Entlastung die WELANDERSCHEN Methode anempfehlen zu können.

Die WELANDERSCHEN Überstreichungen werden im hiesigen Gemeindeambulatorium bei allen Stadien der Syphilis in folgender Weise appliziert:

Es werden 6·0 Ung. ciner. bei Erwachsenen, 4·0 bei Jünglingen und 2·0 bei Säuglingen mit der Spatel direkt auf die Haut aufgestrichen; mit einigen Bindetouren niedergebunden und bis zum nächsten Tage liegen gelassen.

Die Applikationsstelle wird täglich gewechselt, und zwar nach folgendem Turnus:

- Am 1. Tage: beide Waden,
 " 2. " Innen- und Außenfläche beider Oberschenkel,
 " 3. " die Seitenteile von Brust und Bauch,
 " 4. " die beiden Arme,
 " 5. " die beiden Vorderarme,
 " 6. " der Rücken unterhalb der unteren Skapularwinkel,
 " 7. " folgt ein Reinigungsbad, worauf
 " 8. " wieder auf dieselbe Weise begonnen wird.

Die Überstreichungen werden abends nach beendeter Arbeit im warmen Zimmer vorgenommen, also zur Zeit, wo der Kranke nach beendeter Beschäftigung zu Hause bleiben kann.

Die Zahl der Überstreichungen ist verschieden; im Durchschnitte genügen schon 30 zur Beseitigung aller wenn auch schweren Krankheitssymptome.

Als Regel aber muß gelten, die Streichungen nicht nur bis zum Verschwinden aller Krankheitserscheinungen machen zu lassen, sondern auch später noch so viele vornehmen zu lassen, daß man ein Drittel der früheren Gesamtzahl erreicht.

Selbstverständlich müssen bei dieser Behandlung sowohl die Mundpflege wie auch das diätetische Verhalten das nämliche sein wie bei jeder anderen Quecksilberkur.

Auch bei der WELANDERSCHEN Methode sollen die Lokalerscheinungen im Munde, Rachen, Kehlkopf, ad genitalia et ad anum einer separaten Behandlung unterzogen werden, um die Möglichkeit der weiteren Ausbreitung der Syphilis zu vermindern.

Dazu verwenden wir: 5%ige Alkohol-Sublimatlösung bei Symptomen in Mund und Rachen, 10%ige Kalomelsalbe bei Veränderungen ad anum und ad genitalia.

Bei Kehlkopfgeschwüren und Heiserkeit verwende ich Inhalationen von Sublimatlösungen 1:1000.

Diese Behandlung der sekundären Syphilis hat sich mir immer bewährt und hatte zur Folge, daß die Zahl der sich zur ambulativen Behandlung meldenden Syphilitiker größer, dagegen die Zahl der ein Spital aufsuchenden Kranken dem entsprechend kleiner wurde, was sicherlich am besten für diese Methode spricht.

Den wohlhabenden Ambulanten verordnete ich statt des gewöhnlichen Ung. ciner. das Ung. ciner. cum resorbino recenter parat. oder Merkurolcreme, welche zwar teurer, aber auch leichter resorbierbar sind.

Referate.

FORSSELL (Stockholm): Klinische Beiträge zur Kenntnis der akut septischen Eiterungen der Hohlhand, besonders mit Rücksicht auf die Therapie.

Verf. hat dieses für den Praktiker äußerst wichtige Kapitel der operativen Chirurgie auf das gründlichste bearbeitet und schildert seine Erfahrungen über die radikale Behandlung der Eiterungen, die geeignet ist, die bisherigen schlechten funktionellen Resultate zu bessern. Die Eiterung in der Umgebung der Sehnen der Hohlhand hat von altersher einen sehr schlechten

Ruf, weil die Krankheit vor allem sehr schmerzhaft ist und weil der Prozeß sich häufig rapid ausbreitet und die Veranlassung zu verstümmelnden Operationen gibt. Die Eiterung der Sehnenscheiden und der Hohlhand entsteht oft im Anschluß an kleine Verletzungen der Finger und an Panaritien; besonders Eiterungen des kleinen Fingers und des Daumens setzen sich häufig in die Hohlhand fort, weil die Sehnenscheiden dieser Finger mit den Sehnenscheiden der Hohlhand oft in direkter, offener Kommunikation stehen; die Kommunikation der radialen und ulnaren Hohlhandscheide bewirkt dann die rasche Ausbreitung der Eiterung auf die ganze Hand. Es erscheint daher in prophylaktischer Hinsicht äußerst wichtig, alle Verletzungen der Finger antiseptisch zu behandeln; infektiöse Prozesse an den Fingern sind rationell zu behandeln und frühzeitig der operativen Behandlung zuzuführen. Die Ansichten des Verf.s über dieses Thema verdienen von den Praktikern gewürdigt und auf das genaueste befolgt zu werden: „In Fällen mit subjektiv und objektiv gelinden Symptomen und in frühen Stadien dürfte wohl sehr oft eine abwartende Behandlung mit feuchtwarmen Umschlägen selbst von sehr erfahrenen Chirurgen angewendet werden; die langwierige „konservierende“ Umschlagsbehandlung dagegen, welche von manchem, nicht nur Laien, sondern auch Ärzte angewendet wird, in ihrer Abneigung, ein Panaritium schneiden zu lassen, bevor es „reif“ ist, hat doch sicherlich mehr als einmal verursacht, daß ein solches von im Anfang gelinder Art einen unerwartet ungünstigen Ausgang nahm. Die Haut an der Volarseite der Hand und der Finger bildet ja bekanntlich einen so starken Widerstand gegen Eiteransammlungen im darunterliegenden Gewebe, daß diese häufig gezwungen werden, sich in die Tiefe nach Sehnenscheiden, Bursae, Periost und Gelenken ihren Weg zu bahnen, anstatt sich nach außen zu entleeren.“ („Nord. med. Ark.“, Bd. 36, H. 3 u. 4.)

Es müssen daher möglichst früh ausgiebige Inzisionen bei vollständiger Blutleere und unter lokaler oder allgemeiner Anästhesie ausgeführt werden. Kleine Eiterherde müssen früher durch Palpation mit einer Knopfsonde lokalisiert werden. Bei der Nachbehandlung ist dafür zu sorgen, daß die Sekrete genügenden Abfluß nach außen haben. So gelingt es, die Infektion der tiefen Sehnenscheiden zu verhindern. Wenn die Infektion der Sehnenscheiden schon manifest ist, dann empfiehlt Verf. die Scheiden in ihrer ganzen Länge zu spalten und das Ligamentum carpi nicht zu schonen. Er hat nämlich die Beobachtung gemacht, daß die früher üblichen kleinen Inzisionen oberhalb und unterhalb des Ligamentum carpi und Einführung von Drainröhren unter dasselbe den Prozeß nicht immer zum Stillstand bringen; durch den großen Druck, den das Ligament auf die darunter liegenden Sehnen ausübt, entstehen gerade hier am frühesten Nekrosen der Sehnen. Die Eröffnung der unteren Bursa kann in ihrer ganzen Länge geschehen, ohne daß man dabei funktionell wichtige Teile verletzt, hingegen ist bei Eröffnung der radialen Bursa auf den die Thenarmuskulatur versorgenden Ast des N. medianus Rücksicht zu nehmen. Durch die Durchschneidung des Ligamentum carpi entsteht zwar ein Prolaps der Sehnen, der aber in dem Maße als die Eiterung aufhört, durch allmähliches Überstrecken der Hand zur Anheilung gebracht werden kann. Gute Dienste leistete dem Verf. die vertikale Suspension der Extremität während der Nachbehandlung und sehr wichtig ist eine frühzeitig einsetzende Bewegungsbehandlung von Fingern und Handgelenk. Trotz der ausgiebigen Inzision war die Sekundärnaht nie notwendig; das Zusammenziehen der Wunde mit Heftpflaster genügte vollständig, um die großen Substanzverluste mit verhältnismäßig schmalen Narben zur Heilung zu bringen. ERDHEIM.

L. WAELSCH (Prag): Das Syphilisserum von Dr. PAULSEN (Hamburg).

PAULSEN gewann sein Serum dadurch, daß er Pferde mit dem im Blute sekundär Syphilitischer auffindbaren Pseudodiphtheriebazillus immunisierte; je nachdem er diese Immunisierung durch subkutane oder intravenöse Impfung vornahm, erhielt er ein schwächeres oder stärkeres Serum. Es ist notwendig zu bemerken,

daß der genannte Pseudodiphtheriebazillus für PAULSEN den Erreger der Syphilis darstellt. Nun hatte sich WAELSCH bereits in einer früheren Arbeit, gelegentlich der Überprüfung der v. NISSENschen bzw. JOSEF-PIORKOWSKISchen Befunde, sehr eingehend mit diesem Bazillus beschäftigt. Das Fazit dieser Arbeiten war, daß WAELSCH diesem Mikroorganismus jede ätiologische Beziehung zur Syphilis absprechen mußte. Es ist darum auch überraschend, daß er die ihm von PAULSEN zur Verfügung gestellten Sera doch an der Klinik PICK der Nachprüfung unterziehen wollte. Es kam hierzu allerdings nicht. PAULSEN selbst hatte die hervorragende Pathogenität seines Serums für Meerschweinchen hervorgehoben. Weil nun tatsächlich, also den Angaben PAULSENS entsprechend, der Autor bei seinen Vorversuchen an Meerschweinchen fand, daß geringe Mengen des Serums diese Tiere töte, wurde von jedem therapeutischen Versuch beim Menschen abgesehen. Hätte WAELSCH die Nachprüfung abgelehnt, weil, seinen Arbeiten entsprechend, es sich um ein gegen Syphilis unwirksames Serum handeln mußte, so wäre dies jedenfalls verständlicher gewesen; so aber scheint die Ablehnung nicht ganz gerechtfertigt, denn dasselbe Serum erwies sich Kaninchen gegenüber indifferent. Dagegen ist der Autor („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. 70, 3) in der Lage, einer späteren Publikation von PAULSEN und APPEL Daten zu entnehmen, die das neue Serum als wirkungslos erscheinen lassen; seine Anwendung erzeuge lokal etwas Rötung und Schwellung und manchmal auch Temperatursteigerung, sonst aber keinerlei Schädigungen. Dagegen schienen die therapeutischen Erfolge sehr geringe zu sein, da die Autoren sich wiederholt genötigt sahen, zur Quecksilbertherapie überzugehen, weil die Besserung eine zu langsame war. DEUTSCH.

IMMERWOHL (Paris): Intramuskuläre Injektionen von 5%igem Sublimat bei infantiler Syphilis.

Die Behandlung der kindlichen Syphilis mit den bei Erwachsenen gebräuchlichen Methoden stößt bei Kindern gewöhnlich auf größere Schwierigkeiten („La semaine médicale“, 1904, Nr. 25). Die interne Medikation des Quecksilbers ist wegen der oft zugleich vorhandenen Magendarmerkrankung nicht gut durchführbar und überdies selbst in geeigneteren Fällen wenig Erfolge bietend. Die Einreibungen sind wegen schon bestehender Hautaffektionen, wie Intertrigo etc. kontraindiziert, oder rufen nach kurzer Frist Erytheme, Ekzeme, Furunkulosis, Abszesse u. a. m. hervor. Andererseits ist nach MONTI der plötzliche Tod des Kindes durch Lungen- und Hirnödem bei dieser Behandlung keine allzu große Seltenheit. Die subkutane und intramuskuläre Injektionskur ist bisher bei Kindern wenig versucht worden. Auch waren die bisher verwendeten Präparate — lösliche oder unlösliche — viel zu schwach dosiert, um wesentlichen und raschen Erfolg zu erzielen. Verf. hat nun mit einer 5%igen Sublimatlösung, von der er einmal wöchentlich, je nach dem Alter, eine gewisse Anzahl Teilstriche der Pravazspritze injizierte, eine der gewöhnlichen Behandlung Erwachsener analoge Methode in die Therapie der kindlichen Lues einzuführen gesucht. Nur Kinder, jünger als 3 Monate, bekommen eine bloß 2%ige Lösung. Die Injektionsstelle ist im oberen äußeren Quadranten der Gesäßmuskulatur. Da diese Stelle sehr nervenarm ist, empfindet das Kind bloß einen sehr geringfügigen Schmerz. Die Injektionsflüssigkeit soll vollkommen durchsichtig sein. 4—5 Injektionen genügen gewöhnlich, um die Erscheinungen verschwinden zu lassen. Tritt dieser erfreuliche Umstand schon nach 2—3 Einspritzungen ein, so macht IMMERWOHL noch 1—3 Injektionen behufs Rezidivverhütung. Unangenehme Reaktionen lokaler Natur wurden nie beobachtet; auch sonst wurde die Kur — abgesehen von einem 10jährigen Mädchen, das versehentlich anstatt 0.03 g um zwei Zentigramme mehr bekommen hatte und daraufhin an einer Enteritis erkrankte — anstandslos getragen. Das Beobachtungsmaterial sind 40 Fälle aller Formen von akquirierter und hereditärer Lues. Es scheint, daß auch Rezidiven durch diese Therapie besser verhütet werden.

J. St.

HAMMERSCHLAG (Königsberg i. Pr.): Die Eklampsie in Ostpreußen.

Aus eingehenden meteorologischen Angaben läßt sich zunächst im Gegensatz zu gewissen Thesen feststellen, daß irgendwie bestimmte Relationen zwischen Eklampsie und Witterung sich nicht auffinden lassen. Die Eklampsiefrequenz betrug im Durchschnitt 1 : 826·6 Geburten, war aber auf dem Lande bedeutend seltener als in der Stadt („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. 20, Ergänzungsheft). Die in Land- und Forstwirtschaft tätigen Frauen wurden im Verhältnis unvergleichlich viel seltener von Eklampsie befallen als die aller anderen Berufe. Die prozentuale Beteiligung der Altersklassen an der Eklampsie folgt der allgemeinen Geburtenfrequenz der betreffenden Klassen; jugendliche Erstgebärende sind etwas weniger, ältere Erstgebärende etwas mehr zur Eklampsie disponiert. Die Mortalität betrug 25% und war auf dem Lande höher als in der Stadt (in Königsberg 12%). Die Mortalität der Mehrgebärenden war höher als die der Erstgebärenden. Die Eklampsiemortalität in Bezug auf die gesamte weibliche Mortalität beträgt in europäischen Städten 0·1%, in Beziehung auf die Geburtenziffer 0·03—0·05%.

FISCHER.

LADISLAUS FLACZYŃSKI (Lodz): Über den hygienischen Wert des Siegellackes.

Verf. weist auf die gesundheitlichen Nachteile hin, die bei der Erzeugung und Verwendung des Siegellackes entstehen können („Hygienische Rundschau“, 1904, Nr. 16). Die größte Gefahr bildet das Vorhandensein giftiger Farbesubstanzen, insbesondere des Zinnober, der schon bei mäßig hoher Temperatur zur Entstehung von Hg- und SO₂-Dämpfen Veranlassung gibt, durch deren kontinuierliche Einatmung Post- und Expedierbeamte schweren Erkrankungen ausgesetzt sind. Auch andere Farben, welche Zink, Blei und Chrom enthalten, sollen bei der Herstellung des Siegellackes ausgeschlossen sein, ferner gewisse giftige Anilinfarben, die wegen ihrer Löslichkeit in alkoholischen Flüssigkeiten Gefahren mit sich bringen. Der Verf. verlangt, daß diese Farben durch unschädliche Tonfarben oder ungiftige Anilinfarben ersetzt werden, daß eine sanitäre Kontrolle der Siegellackfabrikation stattfindet und daß die bisher auf den Post-Zollämtern und Expeditionen übliche Weise des Versiegeln als den hygienischen Forderungen nicht entsprechend geändert werde.

A.

BRÜNING (Freiburg): Über offene Wundbehandlung nach Transplantationen.

Angeregt durch die Mitteilung WAGNERS, der granulierende Wunden tagsüber ohne Verband läßt und so eine Beschleunigung der Heilung erzielt, hat Verf. Transplantationen nach THIERSCH unmittelbar nach der Operation offen behandelt („Zentralbl. f. Chir.“, 1904, Nr. 30). Die Lappchen sind nach 6—8 Stunden mit der Unterlage schon so fest verklebt, daß man sie nicht verschieben kann. Zwischen den einzelnen Lappchen sieht man Serum heraus-sickern, welches sich manchmal auch unter den Lappchen zu Blasen ansammelt; dieselben müssen vorsichtig ausgepreßt werden. Für die Nacht kann ein Verband angelegt werden. Unter dieser austrocknenden Behandlung sind die Lappchen in 8 Tagen vollständig ausgeheilt. Der Vorzug der Methode liegt darin, daß die Mazeration durch die Salbe und die Wundsekrete wegfällt und daher eine sichere Gewähr für die Anheilung der Lappchen gegeben ist.

ERDHEIM.

HEINICKE (Großschweidnitz): Über die ammoniakalische Reaktion des Harns bei Phosphaturie und über Phosphaturie und Ammoniuurie als objektive Symptome von Psychosen.

Die Geisteskranken, deren Urin H. untersuchte, waren Fälle, die der Paranoia, der Dementia praecox, der senilen Demenz, dem manisch-depressiven Irresein und den Psychosen des Rückbildungsalters angehörten („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 29).

Es zeigte sich nun in allen Fällen entweder Ammoniuurie oder Phosphaturie (manifeste oder latente). Die Phosphaturie ergab stets die von FREUDENBERG zuerst beobachtete ammoniakalische Reaktion. Die Anwesenheit von Bakterien, die dieselbe hätten bedingen können, war ausgeschlossen. Die zur Untersuchung verwendeten Urine reagierten sauer oder neutral. Eine bestimmte Regel, und zwar derart, dass bei dem Höhepunkt der krankhaften psychischen Erscheinungen stets die manifeste Phosphaturie sich gefunden hätte und beim Abklingen des krankhaften Prozesses diese in die latente und später in die einfache Ammoniuurie sich verwandelt hätte, konnte nicht beobachtet werden. Es herrschte vielmehr die einfache Ammoniuurie vor der Phosphaturie vor. Immerhin entsprach aber die Phosphaturie, wo sie auftrat, einen Fall ausgenommen, stets der Höhe der Erkrankung. In dem einzigen beobachteten Fall von manifester Phosphaturie, der zur Heilung des bestehenden Depressionszustandes führte, verschwand die Phosphaturie gänzlich mit der Heilung des Anfalls; der Urin zeigte überhaupt keine ammoniakalische Reaktion mehr; die Patientin litt außerdem an Hysterie und hatte zur Zeit, als der Urin frei von der ammoniakalischen Reaktion war, noch deutliche hysterische Stigmata u. a. manschettenförmige Analgesien an den Vorderarmen. Bei den meisten Fällen, wo die einfache Ammoniuurie zur Beobachtung kam, hatte es den Anschein, als ob da, wo eine Besserung des psychischen Befindens zu konstatieren war, auch eine Abnahme der Reaktion an Deutlichkeit sich zeigte.

Man kann also die Phosphaturie mit Ammoniuurie oder die Ammoniuurie, ebenso wie dies FREUDENBERG für die Neurasthenie beansprucht, als objektive Symptome der obengenannten Psychosen bezeichnen.

Ob es sich nun bei den Urinbefunden um eine Steigerung des Ammoniakgehaltes des Blutes handelt, oder bloß um eine andere Zusammensetzung des Urins, bei der das Ammoniak leichter entweicht, muß unentschieden bleiben. Die Abnahme der ammoniakalischen Reaktion oder in seltenen Fällen deren vollständiges Verschwinden wird in Zukunft als eine Bestätigung der eingetretenen Besserung oder Heilung und als Richtschnur für eine eingeschlagene Therapie gelten können.

L.

KARL COLOMBO (Rom): Wirkung des absoluten Milchregimes auf den Blutdruck.

Verf. führte mit Hilfe des Sphygmomanometers von MOSS⁰ eine Reihe von experimentellen Untersuchungen aus über die Wirkung der Milch als modifizierendes Agens des Blutdrucks. Die Versuche wurden an Gesunden vorgenommen, wobei nur der Einfluß großer Milchmengen, die in einer relativ kurzen Zeit eingeführt wurden, auf das Verhalten des Blutdrucks studiert wurde. Dabei gelangt der Verf. („Zeitschr. f. diätet. u. physik. Therap.“, 1904, Bd. 3, H. 7) zu dem Ergebnisse, daß die in großen Mengen eingeführte Milch in einer ersten Periode eher den Blutdruck steigert als ihn herabsetzt und vom Herzen, sowie den Atmungsorganen eine größere Leistung fordert. Die Druckerhöhung, ist auf das eingeführte Flüssigkeitsübermaß zu beziehen, welches das Herz zwingt, die Anzahl und die Energie seiner Stöße zu vermehren, um die übernormale Flüssigkeitsmenge in Bewegung zu erhalten. Nach einiger Zeit ruft die eingeführte Milch eine Zunahme der Diurese und Peristaltik hervor, womit ein Absinken des Blutdrucks selbst bis unter die Norm verbunden ist. Parallel damit sinkt auch die Puls- und Atemfrequenz, so daß in dieser zweiten Periode die Wirkung der eingeführten großen Milchquantitäten sich in einer Herabsetzung des Blutdrucks und in einer Erleichterung der Herz- und Lungenarbeit äußert.

GRÜNBAUM.

EMIL KING (New-York): Über Wiederbelebung bei scheinbarem Tod in Chloroformnarkose.

Der Tod erfolgt gewöhnlich infolge Lähmung der lebenswichtigen Zentren („American Medicine“, 16. April, 1904), deren Reizung daher zunächst nützt. Künstliche Atmung, Zungentraktionen und Kompression des Herzens sind vor allem anzuwenden. Anwen-

derung von Kälte, insbesondere Aufgießen von Äther auf den Unterleib nach Angabe von HARE, Umkehrung und Aufhängen des Narkotisierten, Dehnung des Sphincter ani sowie Anwendung von Elektrizität sind gleichfalls sehr zweckmäßig. Subkutane Injektionen im Kollapstadium sind nach Meinung des Verf.s nutzlos, u. zw. sowohl vor diesem Stadium als auch nachher, wenn das Herz sich wieder etwas kräftiger zu kontrahieren beginnt. Äther- oder Alkoholinjektionen sind stets schädlich, da sie ähnlich wie Chloroform wirken und gleich diesem, sobald sie überdosiert werden, die lebenswichtigen Zentren schädigen. — Die mechanischen Wiederbelebungsversuche dürfen nicht zu gewalttätig sein, damit keine Verletzung innerer Organe stattfindet. Daß dies möglich ist, ergaben die Sektionsbefunde, bei denen nach forcierten Wiederbelebungsversuchen Verletzungen der Leber, Blutungen in den Pleurahöhlen und Zungenverwundungen entdeckt wurden. Da man nicht weiß, wann die molekularen Veränderungen, welche den tatsächlichen Tod vom scheinbaren trennen, eintreten, sind die Bemühungen wenigstens eine Stunde lang fortzusetzen. J. Str.

FUCHS (Bleistadt): Über Koryza und die Anwendung des Formans bei Schnupfen.

In letzter Zeit ist gegen Schnupfen, sowohl bei akuten als auch chronischen Formen, ein Präparat zur Anwendung gebracht worden, das sich durch seine vorzügliche Wirkung und durch die sehr bequeme Anwendung auszeichnet. Es ist der Chlormethylmenthyläther, kurzweg Forman genannt. Forman, $C_{11}H_{21}OCl$, spaltet sich bei Berührung mit feuchter Luft in seine drei Komponenten, nämlich 1. das anämisierende und anästhesierende Menthol, 2. das desinfizierende und desodorisierende Formaldehyd und 3. eine sehr geringe Spur von Salzsäure, welche letztere durch die stets vorhandene Feuchtigkeit absorbiert und unschädlich gemacht wird, während die beiden anderen Substanzen sich mit dem Wasserdampf verflüchtigen und ihre wohltätige Wirkung entfalten können. Das Dresdener chemische Laboratorium Lingner bringt nun das Präparat, das sich durch Reinheit und Reizlosigkeit auszeichnet, in Form von Formanpastillen (einem indifferenten Pulvergemisch wurde eine bestimmte Menge Forman beigegeben), einer $33\frac{1}{3}\%$ igen Formanwatte und $33\frac{1}{3}\%$ igen Formansalbe (in Tuben) in den Handel. Die Pastillen können mit Hilfe eines von der Firma beigegebenen, sehr zweckentsprechenden Nasenglases, das man zur Hälfte mit heißem Wasser füllt, zu Inhalationen benutzt werden. Bald erfolgt die Entwicklung der heilbringenden Dämpfe. BRESGEN empfiehlt, 4—5mal täglich diese Dämpfe einzusatmen. So lange bei Gebrauch von heißem Wasser Ätherdämpfe sich entwickeln, bedarf es keiner neuen Pastille. Zu beachten ist, daß das kolbenförmige Glas, wie schon erwähnt, nur bis zur Hälfte mit heißem Wasser gefüllt wird, so daß das mit dem Naseneinsatz verbundene Rohr nicht ins Wasser eintaucht. Von der Formanwatte darf nur ein sehr kleines Stück in die Nase gebracht werden, so daß man Luft durch sie einziehen kann. Bei kleinen Kindern, bei denen das Nasenglas und die Formanwatte nicht gut verwendet werden können, empfiehlt sich die $33\frac{1}{3}\%$ ige Formansalbe, von der BRESGEN 4—6mal täglich ein linsengroßes Stück am Tage in jedes Nasenloch schieben läßt.

EDMOND et ETIENNE SERGENT (Paris): Essai de campagne antipaludique selon la méthode de KOCH.

KOCH hat bekanntlich zur Prophylaxe der Malaria vorge schlagen, alle latenten Malariakranken in einer bestimmten Gegend (durch Blutuntersuchungen bei sämtlichen Einwohnern) ausfindig zu machen und dieselben einer Chininkur zu unterwerfen. Auf diese Weise sollte es gelingen, eine Gegend malariafrei zu machen. Die Verf. hatten nun Gelegenheit, dieses Verfahren auszuprüfen, erzielten aber keine günstigen Resultate („Annales de l'Institut PASTEUR“, 1904, pag. 49). Die mikroskopische Diagnose der latenten Malaria ist bei einer Bevölkerung wie jene, mit der sie es zu tun hatten, nicht möglich. Überdies kann es vorkommen, wie auch andere Untersucher bereits berichteten, daß man bei derartigen latenten Malariakranken keine Plasmodien trotz mikroskopischer Untersuchung des Blutes findet, wenn sie z. B. in zu geringer

Zahl in demselben vorhanden sind. Die Verf. geben ferner an, daß bei Landleuten, wenigstens nach ihren Erfahrungen, eine Chininbehandlung in den von KOCH vorgeschriebenen Dosen nicht möglich ist, da die hierbei auftretenden, durch das Chinin bedingten Erscheinungen sie zur Arbeit unfähig machen. Diese wenig ermutigenden Versuchsergebnisse im Vergleich mit den von den beiden Autoren in Algerien durch mechanischen Schutz gegen die Anophelen im Verein mit Petrolisierung der Sümpfe erzielten Ergebnissen zeigen deutlich die Überlegenheit des letzteren Verfahrens. Dr. S.

G. A. KOLOSSOW (St. Petersburg): Zur Frage der Veränderungen des Blutdrucks bei Herzkranken mit Kompensationsstörungen unter dem Einflusse des Adonis vernalis.

Bei der Behandlung mit Adonis vernalis treten zwei typische Krankengruppen in die Erscheinung (Dissert. St. Petersburg; „Wratschebn. Gazetta“, 1904, 30); bei der einen steigt der Blutdruck zugleich mit der Wiederherstellung der Kompensation; bei der anderen steigt zunächst der Blutdruck, um dann wieder zu sinken. Zwischen diesen beiden Typen gibt es Übergangsformen. Die Diurese steht mit der Blutdrucksteigerung nicht im Zusammenhang. Die Wiederherstellung der Kompensation kann auch ohne auffallende Veränderungen des Blutdrucks vor sich gehen. Die Steigerung des Blutdrucks tritt unter dem Einflusse des Adonis vernalis schon am 2. Tage nach Verordnung des Medikaments, besonders deutlich allerdings erst am 3. Tage, auf. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die Ernährung und Pflege der Kinder nach dem ersten Lebensjahre bespricht FREEMANN („Arch. of Ped.“, 1904, Juni). Er verlangt systematische Untersuchungen der Kinder in regelmäßigen Zwischenräumen, mit besonderer Aufmerksamkeit für den Stand der Schultern und der Hüften, Form der Wirbelsäule, sowie für Beschaffenheit der Augen, Ohren und des Halses, ebenso hausärztliche Überwachung der Ernährung, Ruhe, körperlichen Übung, der Zimmerventilation und des Aufenthaltes im Freien. Er stellt als wichtigsten Grundsatz auf, daß die Grundlage der Ernährung für das ganze Kindesalter die Milch bleiben soll, spricht sich gegen die zu frühzeitige Einführung des Fleisches in die Kinderdiät aus und rügt die auch von Ärzten häufig angestrebte oder zugelassene Verdrängung der Milch durch irrationelle Vielseitigkeit in der Ernährung. Nach seiner Ansicht sollte ein Kind im 2. Lebensjahre 5 Mahlzeiten bekommen, bestehend aus Milch, Schleim und Orangensaft, denen später (mit 15 Monaten) ein Ei, noch später (18 Monat) Brot und Butter und Suppe und erst am Ende des Jahres etwas Fleisch zugefügt werden soll. Im 3. Jahre gibt er neben einer Flasche Milch um 10 Uhr nur 3 Mahlzeiten, bestehend aus den gleichen Artikeln wie im 2. Jahre unter Zufügung von einfachen Gemüsen und Desserts. Vom 3.—6. Jahre sind nur 3 Mahlzeiten angebracht, bestehend aus den gleichen Nahrungstoffen, sowie einem Liter Milch täglich. Frühstück und Mittagessen sollen zur gewöhnlichen Zeit mit der Familie eingenommen werden, das Abendessen jedoch früher, zwischen 5 und 6 Uhr, und nur aus Zerealien, Brot und Butter bestehen. Kinder im 2. Lebensjahre sollen 12 Stunden bei Nacht und zweimal täglich für kurze Dauer schlafen, und nach dem 2. Lebensjahre 12 Stunden Nachtschlaf, sowie ein kurzes Schläfchen bei Tage haben. Zur körperlichen Übung empfiehlt Fr. den Schaukelkinderstuhl, das Kindergitter, systematische Spaziergänge für kurze Entfernungen und für spätere Jahre Radfahren, Reiten und weitere Märsche ins Land. Während der ganzen Kindheit sollen Kinder soviel als möglich von schlecht ventilierten Zimmern und besonders von gedrängt gefüllten Versammlungslokalen ferngehalten werden, die Wohnzimmer selbstverständlich ventiliert und die Kinder täglich mehrere Stunden im Freien gehalten werden.

— Die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel hat SINNHUBER studiert („Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 54, H. 1 u. 2). Er kommt zu folgenden Resultaten: Die Thymus ist im post-

embryonalen Leben kein lebenswichtiges Organ. Ihre Exstirpation hat keinen Einfluß auf die Kalkausscheidung. Die Thymus steht in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Rachitis, soweit es sich bei der Rachitisfrage lediglich um das Moment der Kalkein- und Ausfuhr handelt. Wenn sie bei der Rachitis mit atrophischen, bzw. hypertrophischen Veränderungen beteiligt ist, so ist weder die Rachitis, noch die Thymusveränderung das Primäre oder Sekundäre, sondern beides sind Folgezustände einer Grundkrankheit. Das Wesen dieser Grundkrankheit liegt in der lymphatischen oder lymphatisch-chloro-anämischen Konstitution und diese ist meist der Ausdruck einer durch mangelhafte oder unzureichende Ernährung hervorgerufenen Störung in der Darmtätigkeit. Auch Fütterung mit Thymus hat keinen wesentlichen Einfluß auf die Kalkausscheidung, nur wird die N-Ausfuhr etwas erhöht. Dagegen steigert Darreichung von größeren Gaben Thyreoidin die Kalkausscheidung merklich, auch die N-Ausscheidung wird wesentlich erhöht; sie übersteigt sogar die N-Einfuhr.

— Zwei von JOSIONEK publizierte Fälle („Med. Woche“, 1904, Nr. 37) von **Morbus Basedowii** beweisen den günstigen Einfluß, den das „Antithyreoidin-MÖBIUS“ auf diese Krankheit ausübt; zugleich aber ersieht man auch, daß ein frischer Fall schneller und mit geringerer Dosis von Serum günstig beeinflusst wird, als eine Erkrankung, die schon seit längerer Zeit den Organismus heimgesucht hat. Dieses Serum repräsentiert eines derjenigen Heilmittel, die dem menschlichen Körper Nutzen bringen, ohne zu schaden. Das Thyreoidserum ist wegen der Haltbarkeit mit einem Zusatz von 0.5% Karbolsäure versetzt; J. hat bei seinen Patienten ebenso wenig irgend welche nachteilige Wirkungen wahrgenommen wie MÖBIUS bei den seinigen. Das Mittel ist in Gläsern à 10g zu beziehen.

— Für die **Behandlung der skrofulösen Ophthalmie** empfiehlt HEDDÄUS („Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.“, 1904) frühzeitige Quecksilberbehandlung. Zuerst verordnet er Kalomel mit Sacch. lact. als Schachtelpulver, mehrmals täglich zu nehmen. Als Dosis wären zu geben so viel Milligramm pro die, als das Kind Monate, und so viel Zentigramm, als es Jahre zählt; vom 5. Jahre ab soll man langsam oder gar nicht ansteigen. Noch kräftiger als die Kalomelkur wirkt die Einreibungskur mit grauer Salbe (täglich ein Bad mit nachfolgender Einreibung des Rückens). Unter dieser Behandlung sieht man sehr oft bei der skrofulösen Ophthalmie die entzündlichen Erscheinungen sowie Infiltrate und Geschwüre zurückgehen und den ganzen Prozeß schöner zur Heilung kommen, als es bei der sonst üblichen Behandlung der Fall ist. Meist kommt es, wenn man früh genug mit der Behandlung beginnt, zu Lidkrampf, Lichtsehe und Blendungserscheinungen überhaupt nicht. Es kommt ferner oft vor, daß ein Kind beim ersten Besuch die Lider krampfhaft zusammenpreßt, so daß eine Besichtigung des Auges unmöglich ist; nach der Verordnung von Kalomel öffnet das Kind die Augen beim zweiten oder dritten Besuch von selbst. Bisweilen erlebt man aber auch im Anfang Verschlimmerungen, durch die man sich aber nicht abschrecken lassen darf. Man muß nur die Dosis des angewandten Mittels verringern und der schließliche gute Erfolg wird nicht ausbleiben.

— Über den **Salizylsäurenachweis in Früchten** berichten TRAPHAGEN und BURKE aus der Montana-Versuchsstation („The Canner and Dried Fruit Packer“, Chicago, 1904, 4. August) Folgendes: Unter den Früchten, bei denen Verf. die Salizylsäurereaktion erhielten, befinden sich die folgenden: Erdbeeren, Himbeeren (sowohl rote wie weiße), Brombeeren, Johannisbeeren, Pflaumen, Schwarzkirschen, Aprikosen, Pfirsiche, Konkordia-Weintrauben, Holzapfel, gewöhnliche Äpfel, Apfelsinen. Die erhaltenen quantitativen Werte sind nicht absolute, sondern nur vergleichsweise und zeigen die Menge, die man in jedem Falle extrahieren konnte. Verf. destillierte die Frucht mit Phosphorsäure, extrahierten das Destillat mit Äther, fügten eine kleine Menge Wasser zu und wandten die Eisenchloridprobe an, nachdem der Äther verdunstet war. Mit bekannten Mengen Salizylsäure gemachte Kontrollversuche zeigten, daß nicht annähernd alle Säure bei dieser Methode extrahiert wurde. Verf. haben auch gefunden, daß Tomaten, Blumenkohl und Stangenbohnen die Salizylsäurereaktion geben. Es scheint, daß die Tragweite dieser Arbeit sehr bedeutend ist, besonders in Bezug

auf die Untersuchungen von Nahrungsmittelchemikern. Wenn auch diese sehr kleinen Mengen auf die Salizylsäureprobe, wie sie gewöhnlich angewendet wird, nicht reagieren mögen, besonders in Anbetracht der geringen Substanzmenge, mit der gewöhnlich gearbeitet wird (25g), so kann doch die Kenntnis von der weiten Verbreitung der Salizylsäure gelegentlich Waren, denen Salizylsäure nicht zugefügt worden ist, davor bewahren, als verfälscht bezeichnet zu werden. Wenn es bekannt ist, daß Salizylsäure in vielen Substanzen vorkommt, so wird in jedem Falle entweder eine quantitative Bestimmung für nötig gehalten werden, oder man wird es für gut finden, nur bei starken Reaktionen einen Bericht darüber zu erstatten.

— Das Agurin hat PETITTI in der **Therapie der Nephritis** vielfach verwendet („Deutsche Praxis“, 1904, Nr. 11). Es wird von den Kranken sehr gut vertragen; man sieht keine Intoleranzerscheinungen, wie sich solche bei dem Diuretin zuweilen einstellen. Die Form der Darreichung ist für den Effekt gleichgültig; das Mittel kann in Pastillen, in Tabletten oder wässriger Lösung gegeben werden. Der Organismus gewöhnt sich allmählich an das Medikament, weshalb die Dosis nach und nach erhöht werden muß. Die durchschnittlich gebräuchliche Dosis liegt zwischen 1.5—3g pro die. Die Diurese steigt rasch, und zwar schon vom ersten Tage der Agurindarreichung an. Bei parenchymatöser Nephritis mit Ödemen ist das Agurin sowie überhaupt jedes Diuretikum zu vermeiden. Bei den Nephritikern, die noch keine Ödeme aufweisen, kann das Agurin, wenn vorsichtig gegeben, mit Nutzen angewendet werden. Bei der interstitiellen Nephritis ist die Wirkung des Agurins eine ähnliche wie bei Herzaffektionen. Bei Pleuritis und Peritonitis hat Verf. keinen merklichen Erfolg erzielt. Bei Herzaffektionen mit Anzeichen mangelnder Kompensation wirkt es vorzüglich. Die Harnstoffmenge steigt unter dem Einfluß des Agurins proportional mit der Urinmenge, während die Chloride und die Phosphate verhältnismäßig sogar noch zunehmen.

— Das **Abführmittel Purgen** hat GUNDRUM in mehreren Hundert Tabletten zu Versuchszwecken ordiniert. Er fand („Wiener klin. Rundschau“, 1904, Nr. 36): Ganz kleine Kinder können die Baby-Purgentabletten nehmen; Verf. gab sie sogar 3 Monate alten Säuglingen. Größere Kinder nehmen die Tabletten recht gern. Durch die Einwirkung des Mundspeichels löst sich die Tablette auf, doch ist es ratsam, ganz kleinen Kindern das Mittel zu zerkleinern und in Wasser oder Milch aufgelöst zu geben. Nach 3—4 Stunden entsteht eine, manchmal auch zwei schmerzlose, ganz weiche Stuhlentleerungen. Erwachsene Kinder von 4—6 Jahren bekommen am Abend 1 Stück. Der Stuhlgang zeigt sich dann 10 bis 12 Stunden später, also am nächsten Morgen. Die Wirkung versagt vollends, wenn die Kinder die Tabletten ganz verschluckt haben. Eine Angewöhnung an das Mittel wurde nicht bemerkt, die prompte Wirkung blieb selbst nach häufigerem Repetieren nicht aus. Durch eine lebhaftere Darmperistaltik findet eine vollkommene Entleerung statt und man kann infolgedessen die den Kindern sehr unangenehme Prozedur der Applizierung eines Klysmas entbehren. Zwei oder mehrere Tabletten sollen verabreicht werden, wenn die Wirkung einer allein versagt. Die gelben Purgentabletten gab G. Erwachsenen, und zwar entweder eine bis zwei à 0.10g oder eine große à 0.50g. Die Erwachsenen müssen ebenfalls das Mittel in zerkleinertem Zustande nehmen, sei es, daß sie es im Munde zergehen lassen, sei es, daß sie es in Wasser oder Milch auflösen. Verf. ließ versuchsweise 2 Stück ganz verschlucken; die purgierende Wirkung blieb vollkommen aus. Gewöhnlich war die erste Stuhlentleerung nach 3—5 Stunden flüssig, weich und nur in den seltensten Fällen fühlte man einen leichten Schmerz im Unterleibe, und zwar kurz vor der Entleerung. Selbst bei den schwersten Stuhlverstopfungsformen kommt man mit 2 Stück aus.

— Einige neuere **Indikationen der Aspirindarreichung** erörtert RUDOLPH („Heilkunde“, 1904, Nr. 9). Er sah eine ebenso eklatante Wirkung wie bei Gelenkrheumatismus bei Gicht. Auch bei den chronischen Formen der Arthritis urica ist Aspirin von Nutzen, zumal es lange genommen werden kann. Im Anschluß an apoplektischen Insult wird oftmals über permanenten Schmerz oder Druck im Kopfe Klage geführt. Durch Aspirin hat Verf. meist

Linderung schaffen können. Bei Keuchhusten erwies sich das Aspirin in mehreren Fällen — nicht in allen — als sehr nützlich. R. hat schließlich eine ganze Anzahl Bandwurmkurversuche mit der verbesserten Salizylsäure gemacht, aber die Erwartungen haben sich nicht erfüllt, weil sich das Aspirin erst im Darm spaltet. Glieder gingen ab, niemals der Kopf. Zur Kur selbst ist das Aspirin also nicht verwendbar. Zur Vorkur kann man es gebrauchen, um festzustellen, ob überhaupt ein Bandwurm vorhanden ist.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden und ihrer Anwendung auf die spezielle ärztliche Diagnostik. Unter Mitarbeit hervorragender Fachgenossen herausgegeben von **Prof. Dr. A. Eulenburg, Prof. Dr. W. Kolle** und **Prof. Dr. W. Weintraud**. Zweiter Band. Mit 309 Abbildungen im Texte und einer Tafel. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Der vorliegende zweite Band dieses ausgezeichneten Werkes, das dem derzeitigen Stande unseres Wissens sorgfältigst Rechnung trägt, enthält den lesenswerten und lehrreichen Artikel von F. MORITZ „Über den Gang der klinischen Krankenuntersuchung“, den mit trefflichen Bildern reich illustrierten Beitrag von A. BUSCHKE „Untersuchung der Haut“, die „Untersuchung des Auges“ von AXENFELD, WEINTRAUDS Darstellung der „Untersuchung der Respirationsorgane und der Zirkulationsorgane“, die klassische Erörterung von GRAWITZ „Untersuchung des Blutes“, die „Untersuchung der Digestionsorgane“ von D. GERHARDT, die „Untersuchung der Nieren und Nierenbecken“ von H. STRAUSS. A. BUSCHKE hat die „Harnwege und männlichen Geschlechtsorgane“, HERMANN W. FREUND die „weiblichen Geschlechtsorgane“, EULENBURG selbst in seiner unübertrefflichen Weise das „Nervensystem“, R. SOMMER die „Psychiatrische Untersuchung“, V. HINSBERG das „Gehörorgan“, W. KÜMMEL die Kapitel „Nase“, „Mund und Rachen“, AVELLIS „Kehlkopf und Luftröhre“ und Meister HENLE „Muskeln, Knochen und Gelenke“ besprochen. Alles in allem genommen, ein prächtiges Buch, von dem Grundgedanken der weisen Beschränkung auf das für den Studierenden Notwendige und einer klaren Darstellung getragen, einheitlich in der Anordnung, durchwegs von erfahrenen klinischen Lehrern verfaßt, denen Ziel und Zweck des gesamten Werkes jederzeit klar vor Augen stand. Nicht zuletzt sei der

schönen Abbildungen gedacht, welche den didaktischen Wert des Buches wesentlich erhöhen.
BRAUN.

Diagnostik der Bauchgeschwülste. Von **Prof. Dr. A. Martin** in Greifswald. Mit 26 Abbildungen im Text. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke.

Unter Berücksichtigung der neuesten Literatur gibt Verf. eine genaue Darstellung der Diagnose der Bauchgeschwülste, wobei auch die Veränderungen der Form und Lage der Bauchorgane berücksichtigt werden. Es wurden daher nicht nur die Tumoren im engeren Sinne, sondern auch Hernien, Perityphlitis, Hydrops der Gallenblase, Cholelithiasis, tuberkulöse Darmtumoren, Ileus usw. in knapper und zugleich übersichtlicher Darstellung beschrieben. Die neuesten Fortschritte der medizinischen Diagnostik (Gefrierpunktbestimmung u. a.) erfahren die ihnen gebührende Würdigung und stellenweise werden in Bezug auf Diagnostik interessante Krankengeschichten mitgeteilt.
E.

Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 1. H. Berlin 1904, Julius Springer.

Das vorliegende Heft enthält zwei umfangreiche Arbeiten; in der Mitteilung von KOSSEL, WEBER und HEUSS, vergleichende Untersuchungen über Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft, wird gezeigt, „daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von menschlicher Tuberkulose Tuberkelbazillen gefunden werden, welche sich von den Erregern der Perlsucht des Rindes morphologisch, kulturell und in ihrem pathogenen Verhalten unterscheiden, daß aber ausnahmsweise beim Menschen in tuberkulös veränderten Organen Tuberkelbazillen vorkommen, welche sich in ihren morphologischen, kulturellen und pathogenen Eigenschaften von den Erregern der Perlsucht des Rindes bisher nicht trennen lassen“. Auf Grund dieser Befunde glauben die Verf. die Anschauungen KOCHS gegenüber jenen BEHRINGS aufrecht erhalten zu müssen. Die zweite Arbeit ist eine eingehende Untersuchung der Hühnertuberkulose von WEBER und BOLLINGER, in der das morphologische und biologische Verhalten der Hühnertuberkelbazillen genau studiert wird. Aus den zahlreichen Befunden sei hervorgehoben, daß nach Ansicht der Verf. die Infektion der Hühner unter natürlichen Bedingungen immer vom Darm her erfolgt. Die Hühner sind für Hühnertuberkulose sehr empfänglich, während es bisher noch nicht gelungen ist, Säugetiertuberkulose auf das Huhn zu übertragen. Die Umwandlung von Säugetiertuberkelbazillen in Hühnertuberkulosebazillen gelingt nicht.
Dr. S.

Feuilleton.

Naturheilkunde und wissenschaftliche Medizin.

Von **Dr. Ferd. Winkler.**

I.

Vor dem Pariser Zivilrichter stand vor nicht langer Zeit Pierre Michelet, ein eleganter Mann in den besten Jahren, dessen weltmännisches Auftreten von einem guten Einkommen zeigte. Die Anklage lautete auf gewerbsmäßige Kurpfuscherei und die polizeiliche Note besagte, daß Michelet einen außerordentlich großen Klientenkreis besitze und daß die Kranken von nah und fern zu ihm kämen. Michelet war des Tatsächlichen geständig und der Richter meinte, er müsse ihn verurteilen, da er keine medizinischen Kenntnisse aufzuweisen vermöge. Da zog Michelet lächelnd ein von der Pariser Fakultät ausgestelltes Doktordiplom hervor, mit welchem er wirklich und wahrhaftig zum Doktor der Medizin und Chirurgie promoviert worden war. Nun war das Staunen auf seiten des Richters und Michelet gab folgende Erklärung: Nach seiner Promotion und nach Absolvierung seiner Spitalszeit habe er sich in einem der äußeren Bezirke von Paris als Arzt niedergelassen, doch niemand kam zu ihm, seine Klingel blieb immer ungezogen. Da wurde er eines Nachts zum erstenmal zu einer plötzlich Erkrankten gerufen, es war eine in der Gegend sehr bekannte Kurpfuscherin, die zu ihren eigenen Mitteln begreiflicherweise kein

Vertrauen hatte und die sofortige Hilfe des nächsten Arztes verlangte. Dieser Besuch brachte ihn auf den Gedanken, auf dem gleichen Wege wie die Kurpfuscher es zu versuchen. Er ließ sich in der Mitte der Stadt als Kurpfuscher nieder und durch geeignete Reklame hatte er sich bald einen großen Namen erworben. Von allerorts kam man zu ihm, die hohe Dame begegnete bei ihm der Fischverkäuferin, alle Standesunterschiede erschienen in seinem Wartezimmer wie weggewischt. Dabei gab er seine Wohnung draußen in der Vorstadt nicht auf; noch immer prangte seine Tafel unten am Tore und noch immer kam er täglich zu seiner Ordinationsstunde, er sein einziger Gast und er benutzte diese Stunde, um sich von des Tages Mühe auszuruhen. In der übrigen Zeit arbeitete er in der Stadt als Nicht-Arzt. Selbstverständlich wurde Michelet von der Klage der gewerbsmäßigen Kurpfuscherei freigesprochen, doch bevor er sich aus dem Gerichtssaale entfernte, stellte er an den Richter die Bitte, ja nicht sagen zu wollen, daß er wirklich Arzt sei, denn sonst wäre es mit seiner Praxis vorbei.

Diese Geschichte läßt tief blicken; sie regt zu Betrachtungen über die Psychologie der Massen an. Man möchte fast glauben, daß sich das Volk vor dem Arzt und vor seiner Ausbildung scheute; dann erstaunt man auch nicht mehr, daß das ungebildete Volk in Rußland in der Cholerazeit die Ärzte beschuldigte, sie hätten die Brunnen vergiftet und so die Todesfälle verschuldet. Und in Jekaterinoslaw schütteten sie dem Amtsarzt gewaltsam alle Medizinen, die in dem Orte verschrieben worden waren, auf einmal in den Mund. Es besteht zweifelsohne ein gewisser Gegensatz zwischen

dem Arzt und dem ungebildeten Volke und gar mancher Kassenarzt und gar mancher Bahnarzt weiß davon zu erzählen; zu dem Kurpfuscher aber fühlt sich der Mann aus dem Volke weit mehr hingezogen, vielleicht deshalb, weil er ihm standesverwandt ist und sich mit ihm viel leichter bespricht als mit dem Arzt, der ihm als studierter Herr ein fremdes Element ist.

Bezeichnend dafür ist ein Erlebnis von Professor BARTHEZ, der vor einigen Jahren als eine Leuchte der Pariser Fakultät gestorben ist. Auf einer Vergnügungsreise begriffen, hielt er sich durch einige Tage in Bordeaux auf und wohnte im ersten Hotel der Stadt. Am frühen Morgen hörte er einmal das Geräusch vieler Schritte, wie wenn viele Leute gleichzeitig die Treppe ersteigen würden und neugierig, wem dies wohl gelte, trat er vor seine Türe und sah auf dem Treppenabsatze eine Menge Leute vor einer Türe stehen, die die Aufschrift: Ärztliche Konsultation, trug. Auch an den folgenden Tagen sah er um die gleiche Stunde eine Menge Menschen seinem glücklichen Kollegen zuströmen und endlich erkundigte er sich nach dessen Namen. Es ist der berühmte Dr. Laurent aus Paris, wurde ihm zur Antwort; doch BARTHEZ hatte von dieser Berühmtheit noch nichts gehört und hatte den Wunsch, den Kollegen selbst einmal zu sehen; bald wurde er durch einen Angestellten des Hotels mit ihm zusammengeführt und statt der Begrüßung schauten sich die beiden Herren erstaunt an. BARTHEZ beguckte Laurent und Laurent beguckte BARTHEZ und auf beiden Gesichtern malte sich der Ausdruck höchster Verwunderung. Wie, Du bist Laurent? fragte endlich BARTHEZ, der in seinem Gegenüber einen seiner ehemaligen Diener erkannte. Ja, Herr Professor, ich bin es. — Aber wie bist Du Arzt geworden, wo hast Du Deine Studien gemacht? In Ihrem Hause, Herr Professor. Ich war immer bei Ihren Untersuchungen anwesend, ich habe Ihre Bücher gelesen und viele Rezepte auswendig gelernt und Sie sehen, wie gut mir das kommt. — Bravo, ich wünsche Dir Glück dazu, aber ich wundere mich nicht so sehr über Deine Geschicklichkeit, wie über Deine großen Erfolge. Wie zum Teufel hast Du denn diese Praxis erworben? Ich bin schon fast vierzehn Tage hier und noch kein Mensch hat nach mir gefragt. — Nun, erlauben Sie, Herr Professor, ich wundere mich, daß Sie bei Ihrer Erfahrung doch die Menschen so schlecht kennen. Sehen Sie, hier in Bordeaux leben 200.000 Menschen; wie viel, glauben Sie, haben davon gesunden Menschenverstand? Höchstens 2000—3000. Nun gut, diese 3000 kennen und schätzen Sie nach Ihrem wahren Werte, die übrigen 197.000 aber gehören mir zu und laufen zu mir. Ich verspreche meinen Klienten das Blaue vom Himmel herunter, während Sie ihnen nur das garantieren, was Sie ihnen leisten können.

Und der Diener hatte Recht; man muß der Menge imponieren; man kann ein dunkler Ehrenmann sein und doch von der Menge Beifall umrauscht sein, wenn man es nur versteht, ihren Instinkten zu schmeicheln und auf ihre Wünsche einzugehen. Am wichtigsten scheint es zu sein, dem im Menschen liegenden Hang zum Mystizismus zu huldigen. Darauf beruhen die an das Wunderbare grenzenden Wirkungen, die ein Cagliostro übte und der außerordentliche Einfluß, den ein Mesmer gewann. Ein schöner Mann, in Lila-Atlas und in die feinsten Spitzen gekleidet, besaß Mesmer all die Eigenschaften, um auf die Frauen einen unwiderstehlichen Zauber auszuüben. Ganz Paris lief ihm zu, die Damen vergötterten ihn und stritten sich um ihn und in kurzer Zeit fehlte es ihm an Zeit, seine Klienten einzeln zu behandeln. Er sammelte also Klienten und Klientinnen, wirkliche und eingebilddete Kranke in Gruppen von 10 bis 15 und ließ sie um eine mit schwarzem, polirtem Holze überdeckte Truhe Platz nehmen; die Truhe war mit Eisenstäben und Glassplittern gefüllt und zwei Reihen großer Flaschen standen symmetrisch geordnet um sie herum; aus ihren Öffnungen ragten Glasstangen hervor, die von den Patienten, die wieder untereinander durch ein Seil verbunden waren, erfaßt wurden. Mesmer berührte einen nach dem andern mit seiner Hand und alle behaupteten, sich leichter und besser zu fühlen, ganz gleichgültig, von was für Krankheit sie eigentlich befallen waren.

Und etwas ganz Ähnliches haben wir in Wien vor kurzer Zeit erlebt. Die Wunderdoktorin von Hernalts hat in ihrem Ordinationszimmer eine Reihe von seltsamen Apparaten aufgestellt, die

sie Sonnenstrahlenätherapparate nennt und aus denen sie die Patienten behandelt und die Leute laufen ihr zu. Ich habe einen Patienten, einen Postbeamten, der wegen einer Rückenmarkserkrankung nur sehr schwer gehen kann und lange Zeit in Behandlung dieser Frau stand. Er erzählt ganz merkwürdige Sachen, was für hohe Herrschaften dorthin kommen und dort ihre Zeit und ihr Geld verlieren. Natürlich schämen sie sich dann, so fürchterlich aufgefressen zu sein und suchen die Sache in Vergessenheit zu bringen. Diese ehrenwerte Frau hat durch lange Zeit mit einem Arzte zusammengearbeitet, der ihr gewissermaßen als Strohmann diente. Dieser Arzt hat sich nun selbständig gemacht und treibt das Gewerbe eines Magnetiseurs auf eigene Faust. Natürlich glaubt er selbst nicht daran, aber er verdient viel Geld. Eine Einnahme von 200 Gulden täglich ist nur eine schlechte Einnahme; er ordiniert von 9 Uhr bis 5 Uhr und das Wartezimmer ist immer voll von Hilfesuchenden. Ich habe ihn auch in der Privatpraxis gesehen; merkwürdigerweise nur bei Angehörigen der Krankenkasse. Er macht bei allen seinen Patienten, mögen sie was für Krankheit immer haben, mit seinen Händen Streichungen und streicht dafür das Geld ein, für jeden Besuch drei bis fünf Gulden. Eine lohnende Praxis!

Andere Patienten kenne ich, die bei jeder Erkrankung zum Dürrkräutler laufen; es befindet sich ein Dürrkräutler in der Inneren Stadt, der sich eines ganz besonderen Rufes erfreut. Er braucht den Patienten nicht zu sehen, man nennt ihm einzelne Symptome und er schickt einen Tee. Und da habe ich zu wiederholten Malen gesehen, daß der Tee für einen Lungenkatarrh der gleiche war wie für eine Gallensteinkolik; aber item, der Tee wird getrunken; hilft er nicht, sagte mir einmal ein Patient, so schadet er doch nicht. Es gibt doch nichts über den Glauben; la foie guérissante, der heilende Glaube! Und glauben nicht auch viele Leute aus den gebildeten Ständen noch steif und fest an die Wirksamkeit der Hausmittel? So kenne ich eine sehr kluge Dame, die alle äußeren Erkrankungen, eine Schnittwunde, einen bösen Finger, einen Abszeß, eine Verbrennung mit Hasenschmalz heilt und mit was für Hasenschmalz! Jahrelang steht es auf dem Kasten und sein Aussehen ist nichts weniger als appetitlich; das Beste an ihm ist sein Ranzigsein, denn die durch das Ranzigsein entstandenen Fettsäuren geben ihm tatsächlich einen gewissen antiseptischen Wert. Und der Gemahl dieser Dame, auch ein überaus gescheiter Mann, der auf vielen Gebieten eine nicht gewöhnliche Bildung besitzt, erklärt mit dem Brusttone der Überzeugung, daß Diachylonpflaster das allerbeste Heilmittel sei; ich habe mich wirklich schon gewundert, daß er es nicht auch einnimmt und ich bin überzeugt, daß er dies schon getan hätte, wenn er nicht dem Prinzip huldigte, ein Mittel könne nur an dem Orte der Anwendung seine Wirkung entfalten; wenn man ein Mittel einnehme, so könne es nur auf den Magen oder auf den Darm wirken; aber vom Magen aus sei eine Wirkung etwa auf die Luftwege bei Husten oder auf die Blutgefäße bei Kopfschmerz oder auf die Nerven bei Neuralgien ganz undenkbar und daher unmöglich.

Ein spanisches Sprichwort sagt, daß in jedem Menschen ein Stück Arzt stecke, und es muß wohl so sein; denn sonst würde sich nicht jedermann seine sogenannte eigene Meinung über Gesundheit und Krankheit bilden können; merkwürdigerweise nur über medizinische Verhältnisse, denn ich habe noch nie gehört, daß man sich seine eigene Meinung über die beste Art gebildet hätte, wie man eine Brücke baut oder wie man ein Haus aufrichtet. Aber daß jeder Mensch nicht nur sein eigener Arzt sei, sondern sich auch berufen fühlt, anderer Leute Arzt zu sein, lehrt eine köstliche Anekdote aus der Renaissancezeit.

Alfonso d'Este, Herzog von Ferrara, fragte eines Tages im Gespräche mit seinen Freunden, welcher Beruf wohl die meisten Angehörigen habe. Der eine riet auf die Barbieri, der andere auf die Schuster, ein dritter auf die Bauern usw., bis Gonella, der Hofnarr, meinte: Ihr habt alle Unrecht, die meisten Vertreter unter allen Berufen hat der Stand der Ärzte. Alle lachten, denn in Ferrara gab es nur drei Ärzte. Doch Gonella wiederholte seine Behauptung wie jemand, der seiner Sache ganz sicher war, und bot dem Herzog eine Wette auf hundert Zechinen an, daß er binne

24 Stunden für seine Behauptung den Beweis erbringen werde. Der Herzog nahm lächelnd die Wette an.

Als Gonella am nächsten Tag aus seinem Hause trat, um sich nach dem Palast des Herzogs zu begeben, hatte er den Kopf verbunden wie jemand, der heftige Zahnschmerzen hat; er trug außerdem noch eine Nachtmütze und einen sehr großen Hut. Schon an der Türe seines Hauses traf er einen Bekannten, der ihn fragte: Ja, Gonella, was hast Du denn? Wie schaust denn Du aus? — Nichts als starke Zahnschmerzen, war die Antwort. — Liebster Freund, da weiß ich Dir ein ausgezeichnetes Mittel, ich kenne das beste Rezept der Welt; drücke eine Feige aus, erwärme den Saft vorsichtig und reibe Dir damit den kranken Zahn ein, der Schmerz wird sofort verschwinden. Und Gonella dankte verbindlichst, schrieb den empfangenen Rat samt den Namen des gütigen Freundes in sein Taschenbuch und versprach den Ratschlag zu befolgen. Dann ging er seines Weges. Doch von den vielen Vorübergehenden hielt ihn bald der eine, bald der andre an; jeder fragte ihn nach dem Grunde der sonderbaren Vermummung und jeder war imstande, ein unfehlbares Mittel gegen die Zahnschmerzen anzugeben und Gonella notierte sich alles. Im Hofe des Palastes angekommen, sah er sich bald von den Dienern, von den Pferdeknechten und der Leibwache umringt, alle fragten ihn teilnehmend nach seinem Befinden und jeder wußte ein neues Mittel zu sagen und Gonella schrieb alle Mittel fein säuberlich auf. Nun stieg er die Treppe zum Saal des Herzogs hinauf. Kaum war er eingetreten, als ihm der Herzog zurief: Ah, mein lieber Gonella, was hast Du denn diesen Morgen? — Hoheit, ich habe schreckliche Zahnschmerzen, ich habe die ganze Nacht nicht schlafen können. — Gonella, da kenne ich ein wunderbares Mittel, es hat schon mir und sehr vielen anderen geholfen; ich habe es von einem Mönche aus einem griechischen Kloster erhalten; es gibt kein besseres Mittel auf der ganzen Erde. — Der Hofnarr warf nun Mütze und Binde zu Boden und rief lachend: Also auch Eure Hoheit sind Arzt und hier habe ich die Namen aller der anderen Ärzte notiert, die mir auf meinem Wege von meinem Hause bis hierher begegnet sind. Es sind über zweihundert und ich habe doch nur eine einzige Straße passiert. Lachend zahlte der Herzog die verwetteten hundert Zechinen.

Dieses Helfenwollen und stets zur Hilfe bereit sein hat den Anfang zur wirklichen Heilkunst gegeben und deshalb sind wir Ärzte ihm gewiß nicht gram. Bemühen wir uns doch selbst, durch Vorträge und durch Demonstrationen in Wort und Schrift, in Volksbildungsvereinen und in den Klubs die Gesundheitspflege in das Volk zu tragen und Anleitung zu geben, wie man in richtiger Weise helfen und nützen könne. Die Medizin von heute braucht den Schleier nicht, mit dem die Ärzte in unseren Vätertagen die Heilkunde umgeben haben; frei und offen liegt unser Wirken da. Wir wollen aber nicht und können es auch nicht dulden, daß geringwertige Elemente, indem sie den Instinkten des Volkes schmelcheln, unser mühsam errichtetes Gebäude beschmutzen und daß sie dort, wo wir Segen stiften wollen, Unheil bringen. Und was für Elemente sind unter diesen Leuten! Menschen, die es in keinem Berufe zu etwas Rechtem bringen konnten oder wegen irgend welcher Momente aus ihrem eigenen Berufe gedrängt worden. Wie recht hatte jener Beamte, der wegen einer verhältnismäßig kleinen Sache den blauen Bogen bekam und in seiner Entrüstung drohte, er werde sich an der ganzen Stadt rächen; und wie wirst Du das tun? fragte ihn einer seiner Freunde. — Oh, antwortete der Gemaßregelte, ich werde mich mit der Heilkunst beschäftigen.

Jeder entgleiste Hausdiener, jeder Badewärter, jedes entlassene Dienstmädchen und jeder Gevatter Schneider und Handschuhmacher hat die Möglichkeit vor sich, ohne weiteren Befähigungsnachweis sich als Vertreter der Naturheilkunde zu versuchen und bei ein bisschen Glück und ein ganz wenig Grütze wird es ihm auch gelingen, die Klippen des Gesetzes zu umgehen und sich selbst ungefährdet in den Besitz einer rentablen Praxis zu setzen. In den amtlichen Statistiken sind ganz interessante Angaben darüber zu finden, was für Vorbildung die Herren und Frauen Naturheilkundigen genossen haben. Mir liegt eine Statistik über 1753 männliche und 669 weibliche Kurpfuscher vor; davon waren 258 kleine Landwirte und Häusler, 587 Handwerker, vorwiegend Barbieri,

Schuster und Schneider, 300 kleine Handeltreibende, zu denen sich Lumpensammler, bankerotte Kaufleute, Hausierer und Gastwirte gesellten, 218 Beamte, Gemeindediener und Gemeindeschreiber, Forst- und Bahnbeamte, 76 Arbeiter, darunter Todtengräber, Laternenanzünder, Bergleute und Bauernknechte.

Und die Frauen? Sie waren vorher zumeist ohne Beruf oder sie waren Hebammen, Krankenpflegerinnen, Totenwäscherinnen, Handwerkersfrauen usw.

Und wie sie heilen? Da fand ich bei einem meiner Patienten einen gedruckten Zettel, unterschrieben Abdullah Khesser, Arzt aus Teheran, Wien, Novaragasse 12, mit folgendem Wortlaute:

A v i s !

Indem mir neue, ganz unbekanntes Dinge zu sagen und zu enthüllen obliegt über die Einheit Gottes und die des Menschengeschlechtes in klarer, deutlicher Sprache, zumal heute der Tag des Abschlusses der bisherigen Weltordnung ist und am heutigen Tage eine neue, göttliche Offenbarung der heiligen Namen und Eigenschaften sich vollziehen und Seine Majestät und Macht sich zeigen und kundgeben wird vor aller Welt, vor allen Königen und Völkern, angenehm für die Seele und heilsam für den Leib.

Im Anschlusse daran, entsprechend der wunderbaren und erhabenen geistigen Angelegenheiten, soll auch mit Rücksicht auf das Physische, wie auf das Psychische erwähnt werden, daß mir m. G. H. ein außerordentlich gutes Mittel, genannt: Ambra Durian zu Gebote steht behufs Heilung von Lähmungen der Hände und Füße, hinfällender Krankheit, Gelenks-Rheumatismus, Gicht, Nervosität jeder Art, ohne daß dadurch Schmerz oder irgend eine Gefahr verursacht würde, indem der Patient ganz ruhig und unbesorgt durch 3—5 Tage sich dieser Kur unterziehen kann, um die heilsame Wirkung dieses Mittels zu erproben, worauf derselbe dann m. G. H. bald eine Linderung und allmähliche Genesung erwarten darf, wenn er nur das rechte Vertrauen zur Wirksamkeit dieser Arznei und den Glauben daran besitzt.

Hochachtend und ergebenst

Abdullah Khesser,
Arzt aus Teheran,
II., Novaragasse Nr. 12 A.

Gegen solche Heilkünste kommt natürlich unsereins nicht auf; in diesem Sinne ist freilich der Geist der Medizin sehr leicht zu fassen. Haben wir aber noch ein Recht darüber zu lachen, wenn wir den alten Spruch lesen, mit dem die Warzen besprochen werden: Die Warze und die Wachtel, die fliegen übers Meer, die Wachtel die kommt wieder, die Warze nimmermehr.

Und mit welchem Rechte lachen wir über den armen Dorfbader aus Mähren, der während einer Choleraepidemie zu einem Schuster gerufen wurde und bei ihm auf den lebhaftesten Widerspruch gegen das Einnehmen von Medikamenten stieß. Der Schuster verzehrte mit gutem Appetit Sauerkraut mit Knödeln und starb nicht; er hatte eben keine Cholera. Der Bader aber dachte, hier ein neues Heilmittel entdeckt zu haben und verordnete es in einem nächsten Falle; unglücklicherweise hatte dieser die Cholera und starb. In dem Berichte, den der Dorfbader an sein Kreisamt ab lieferte, hieß es dann: „Sauerkraut und Knödel sind ein gutes Mittel gegen die Cholera, aber nur für Schuster.“

So verschiedenartig wie die Vorbildung dieser Leute, besser gesagt, wie die Nichtbildung dieser Herrschaften, so verschiedenartig sind auch die Methoden, die sie anwenden; mit Geheimmitteln aller Art, sympathetischen Kuren und Prozeduren und mit Besprechungen, wie solche für spezielle Erkrankungen angewandt werden, berühren sich diese hochgelahrten Herren, alle Leiden heilen zu können. Man hört von Naturheilkundigen, Wasserdoktoren, Magnetopathen, Kräuterärzten, Sonnenlichttherapeuten, Hygienologen usw. Besonderen Anwert unter ihnen genießt beim Publicum der Naturarzt, der Vertreter der sogenannten medizinlosen Heilkunde, der sich mit aufgeblähtem Halse stolz als Gegensatz zu dem Arzneien verordnenden, in langen Jahren der Schule gebildeten Arzte fühlt.

Es ist wohl richtig, daß es jedem Menschen gestattet sein sollte, seine Haut zu Markte zu tragen, wie und wohin es ihm gefällt, und uns Ärzten fällt es nicht ein, nur unsere Methoden

als wirksam hinzustellen. Wir wissen aber, was wir wollen und für uns gilt in erster Linie das Wohl der Kranken und nicht das Wohl unseres Geldbeutels. Es ist auch dem Staate, dessen kostbarstes Kapital der Mensch ist, nicht gleichgültig, daß seine Untertanen die Kurierfreiheit mit ihrem eigenen Leib und mit schweren Schädigungen ihrer Gesundheit zu zahlen haben. Für uns steht in erster Richtung vor dem Auge der Satz: Das Wichtigste ist, den Menschen vor Schaden zu bewahren; dazu muß man aber außer einzelnen Heilmethoden noch viele andere Dinge wissen und zu ihnen verstehen.

Nicht das Rezeptschreiben allein macht den Arzt von heute aus; in dem richtigen Auswählen aller für den einzelnen Fall notwendigen Heilfaktoren liegt seine Kunst; einer ganzen Welt von Unglauben und von Mißgunst gegenüber muß er seine Überzeugung aufrechterhalten und im Sturme der wechselnden Volksmeinung führt er das ihm anvertraute Lebensschifflein sicher zum ersehnten Ziele.

Das Rezept ist uns Ärzten nicht das Alleinheilbringende; wir verwenden gern die Heilkräfte, wie sie uns von der Natur in ihren Pflanzen dargeboten wird und wir bemühen uns, in ihre Geheimnisse einzudringen und uns in der wunderbaren Werkstatt umzuschauen, in der sie ihre heilbringenden Körper anfertigt. Und deshalb gelingt es uns, auch außerhalb des Pflanzenorganismus eine Anzahl von heilkräftigen Substanzen herzustellen; in den chemischen Fabriken wird in rastloser Weise gearbeitet, um dem spröden Boden die kostbare Frucht abzurufen. Und die Worte Goethes:

Was man an der Natur Geheimnisvolles pries,
Das wagen wir verständig zu probieren,
Und was sie sonst organisieren ließ,
Das lassen wir kristallisieren,

sind uns zur Wahrheit geworden. Wir stehen auf einem entscheidenden Punkte. Was gestern noch Traum war, ist morgen vielleicht schon Wahrheit geworden; denn die Herstellung von Zucker, von wirklichem Zucker, nicht von Süßstoffen, wie Saccharin, die mit dem Zucker nur den Geschmack gemeinsam haben, ist nahe daran, ein sicherer Erwerb der Wissenschaft zu sein.

Umwälzungen ungeahnter Art bereiten sich vor, unsere ganze Lebensführung wird sich den geänderten Bedingungen anschmiegen, und wer weiß, was in der Zeiten Hintergrund schlummert!

Mit allen diesen Faktoren zu rechnen vermag aber nur der gebildete Arzt; wem die Chemie nicht auf der Universität, im Laboratorium ihre Geheimnisse erschlossen hat, dem bleibt sie zeitlebens ein Buch mit sieben Siegeln und woher soll ein armer Naturheilkundiger solche Kenntnisse nehmen?

Er treibt zwar Wasserkuren, Luft- und Sonnenkuren, er verordnet diätetische Maßnahmen, Massage und Bewegung, er magnetisiert und hypnotisiert, er erzielt wohl auch manchmal Erfolg, aber heilen kann er nicht; die Natur hilft dem kranken Menschen auch bei den sonderbaren Vorschriften der Naturheilkundigen, oft sogar ihnen zum Trotze, sie ist eben vernünftiger als der Mensch, aber die Natur in ihren Heilbestrebungen zu unterstützen, ihr die Hindernisse aus dem Wege zu räumen, die sie in ihrem Heilbestreben aufhalten oder gar zu hemmen drohen, das vermag ausschließlich die bewußte, die wissenschaftliche Heilkunde.

Den gebildeteren Elementen unter den sogenannten Naturärzten, namentlich denjenigen, die schon ein langes Leben hinter sich haben, ist dies auch ganz klar; sie tun deshalb alle Wasser in ihren Wein und verordnen gern in ausgedehntem Maße Kräuterkuren, um die von der Natur dargebotenen Heilkörper für den kranken Menschen nutzbar zu machen. Und wie gern möchten sie anstatt der Kräuter die aus ihnen gewonnenen wirksamen Substanzen darreichen; aber sie dürfen nicht. Die Verwendung von Medikamenten, die vom Apotheker bezogen werden müssen, wird von der medizinlosen Heilkunde nur deshalb fallen gelassen, weil ihre Vertreter als Nicht-Ärzte gültige Rezepte überhaupt nicht abfassen dürfen. Das ganze Prinzip der Medizinlosigkeit beruht nur auf gesetzlichem Zwange. Am besten wird dies dadurch bewiesen, daß jene staatlich approbierten Ärzte, welche der Not des Lebens, nicht dem eigenen Triebe gehorchend, in das Lager der Naturmedizin übergehen und natürlich mit Jubel aufgenommen werden,

von der Verordnung der kräftigsten Medikamente, von großen Dosen Morphin, Kokain und Chloralhydrat nicht zurückschrecken.

Trotzdem halten die Gegner der Ärzte an der Bezeichnung „medizinlose Heilkunst“ fest, obwohl sie selbst von der Unrichtigkeit dieser Benennung überzeugt sind; sie müssen aber im Interesse der Agitation gegen das Ärztetum an einem gemeinsamen Namen festhalten, damit sie unter einer einzigen Fahne zu kämpfen scheinen. Und nicht bloß in ihrem Ganzen fehlt es an Einigkeit, auch in ihren einzelnen Teilen; sogar unter denjenigen, welche unter dem vulgären Namen der Wasserdoktoren kurpfuschen, herrscht keine Einigkeit. Wasser wird bei ihnen in allen möglichen Formen verwendet, aber nicht so wie bei uns Ärzten in einer dem Einzelfalle angepaßten Art, sondern alle Kranken, welche sich dem betreffenden Künstler anvertrauen, werden nach einer Schablone behandelt; der eine macht nur Einpackungen, der andere nur Güsse, der dritte nur Reibesitzbäder, der vierte verordnet nur Duschen und der fünfte läßt nur die Gelenke in kaltes Wasser tauchen.

Als Mittel der Beihilfe kommen dann diätetische Verfahren in Gebrauch; und wiederum für alle Kranke in einer bestimmten, der Naturheilkunde gewidmeten Anstalt ein einziges diätetisches Regime, ohne Rücksicht auf die Natur der Krankheit. Die einen sind fanatische Vegetarianer, die anderen Anhänger der gemischten Kost, die dritten fordern ungekochte Speisen und hauptsächlich Nüsse, die vierten Nudeln und saure Bohnen, der fünfte verordnet als bestes Heilmittel eine ausgedehnte Entziehung des Wassers, eine Trockendiät, während ein sechster als einziges Heilmittel der Welt den innerlichen Gebrauch von viel Wasser verlangt. Da fällt mir ein Erlebnis ein, das einer meiner hiesigen Professoren, der verstorbene Hofrath PUSCHMANN, aus jener Zeit erzählte, da er Arzt am Hofe des Vizekönigs von Ägypten war. Einer der arabischen Würdenträger kam zu ihm mit der Klage über Husten; er verschrieb ihm ein hustenstillendes Medikament in Wasser aufgelöst und vergaß der Lösung einen Sirup zuzusetzen, so daß das fertige Medikament wie reines Wasser aussah und wie reines Wasser schmeckte. Der Araber prüfte das Medikament, schüttelte den Kopf und gab endlich dem Arzte die Arzneiflasche zurück mit den Worten: Wenn Allah gewollt hätte, daß die Menschen durch Wasser allein gesund werden, dann hätte er keine Ärzte geschaffen. Sprachs und ging; sein Vertrauen zur europäischen Medizin war dahin.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

X.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

SELLHEIM (Freiburg i. Br.): Die mechanische Begründung der Haltungsveränderungen und Stellungsdrehungen des Kindes unter der Geburt.

Der Geburtskanal ist ein von elastischen Weichteilen allseitig umgebener Schlauch, der durch die Beckenknochen wie durch ein Gerüst vielfach gestützt ist. Im Anfangsteil verläuft er gerade, dann kommt ein ziemlich scharfes Knie, den Schluß bildet ein in sanftem Bogen auslaufendes Endstück. Die Progressivbewegung, die Haltungsveränderungen bilden zusammen die Geburtsmechanik.

Die Hauptsache bei der Haltungsveränderung des Kopfes unter der Geburt ist, daß er bei Hinterhauptlage durch Senkung des Hinterhauptes aus einer mäßigen Flexion, die seine „natürliche Haltung“ darstellt, in eine ausgesprochene „starke Flexion“ übergeht, die erst gegen Ende der Geburt einer immer stärker werdenden Deflexion Platz macht. Die unter der Geburt sich ausbildenden Haltungsveränderungen des übrigen Fruchtkörpers sind Geraderichtung der Wirbelsäule aus ihrer C-förmigen Krümmung, Zusammendrängung der Ober-

arme auf der Brust, zu gleicher Zeit das Emporsteigen der Schultern nach dem Kopfe zu und schließlich gegen Ende der Austreibung die Ausstreckung der unteren Extremitäten.

Die Haltungsänderung des Kopfes wird durch seine ellipsoide Gestalt erklärt. In dem geraden Teil des Geburtskanales stellt er sich so ein, daß die Längsachse des Ellipsoides mit der Längsachse des Geburtskanales zusammenfällt. In dem gebogenen Teil bildet die Längsachse des Ellipsoides jeweils eine Tangente an der gebogenen Achse des Kanales. Streckung der Wirbelsäule, paralleles Zusammenführen der Arme auf der Brust, Verschieben der Schultern kopfwärts, Ausstreckung der unteren Extremitäten werden durch Schnürung in dem elastischen Gebärtsschlauch bzw. durch Verminderung des Gebärtmutterquerschnittes hervorgerufen. Die Frucht wird dadurch zylindrisch gestaltet, Fruchtzylinder. Der Hauptfaktor für die Stellungsänderung ist in den Eigentümlichkeiten des Kindskörpers, und zwar in seiner ungleichmäßigen Biegsamkeit zu suchen. Das primäre „Biegungsfazillimum“ des Fruchtkörpers liegt an der Halswirbelsäule nackenwärts, an der Brustwirbelsäule schulterwärts, an der Lendenwirbelsäule hüftwärts. Dazu kommt durch die Geburtshaltung an der Halswirbelsäule bei Hinterhauptslage eine Verstärkung des primären Biegungsfazillimum durch eine „Deflexionstendenz“ und bei Gesichtslage eine das primäre Fazillimum überkompensierende „Flexionstendenz“.

Das mechanische Problem ist ein ziemlich einfaches geworden. Wir haben es bei dem Geburtsobjekt mit einem Zylinder zu tun, der sich unter der Geburt dem Knie des Geburtskanales entsprechend biegen muß, in dessen einzelnen Abschnitten aber eine ungleichmäßige Biegsamkeit herrscht. Es läßt sich durch mathematische Konstruktion und physikalisches Experiment beweisen, daß jeder ähnlich wie der Fruchtzylinder situierte Zylinder mit einem Biegungsfazillimum und Diffazillimum, wenn die verbiegende Kraft in irgend einem Winkel zu dem Fazillimum zieht, sich solange um seine lange Achse dreht, bis das Fazillimum mit der Richtung der verbiegenden Kraft zusammenfällt, ehe er bzw. während er die Biegung annimmt. Tatsächlich wälzt sich auch der Fruchtzylinder immer solange um seine Längsachse herum, bis sein Biegungsfazillimum mit der Ebene, in welcher der Geburtskanal gebogen ist, zusammenfällt.

Es wird weiter durch mechanische Berechnung und physikalisches Experiment bewiesen, daß für die Drehung des Kopfes noch ein zweiter besonderer Mechanismus in Betracht kommt, welcher sich durch Einzelkräfte erklären läßt. Die wirksame Kraft ist bei Hinterhauptslage die „Deflexionstendenz“ und bei Gesichtslage die „Flexionstendenz“. Diejenige Partie des Kopfes, welche das Bestreben hat, aus der ihm aufgezwungenen Geburtshaltung sich zu heben, gerät nach vorn.

Nach diesen durch vielfache Demonstrationen erläuterten Untersuchungen liegt der Hauptgrund für die Stellungsänderungen der Frucht unter der Geburt in den ungleichen Biegungsverhältnissen des Fruchtzylinders. Infolge der ungleichmäßigen Biegsamkeit der einzelnen Abschnitte des Fruchtzylinders nach verschiedenen Richtungen erfolgen bei der in dem Knie des Geburtskanales notwendigerweise eintretenden Verbiegung elastische Spannungen, welche durch das Verbiegen in ungünstigem Sinne immer von neuem erzeugt werden und den Fruchtzylinder an der betreffenden Stelle so lange um seine Längsachse drehen, bis die Stellung erreicht ist, in welcher die Abbiegung des Fruchtzylinders im Sinne des Geburtskanales am leichtesten erfolgen kann.

Bei dem Kopf wird dieser Drehmechanismus noch unterstützt (Hinterhauptslage) bzw. abgeändert (Gesichtslage) durch elastische Kräfte, welche durch die unter der Geburt notwendigerweise eingenommene Zwangshaltung hervorgerufen werden (Deflexions- und Flexionstendenz).

Durch zahlreiche Radiogramme und durch Vorführung von physikalischen Apparaten sowie durch Nachbildung von Kindskörpern wird der Ablauf des Geburtsmechanismus gezeigt, so daß man die Überzeugung bekommt, daß der Ablauf der Geburtsmechanik in der Tat so stattfindet muß, wie SELLHEIM es anführt.

H. FREUND (Straßburg): Über Eierstocksschwangerschaft.

Faustgroßes Ovarium dextrum, von einer jungen I. Gravida stammend, die nach 3monatlicher Menostasis an Genitalblutungen, aufgetriebenem Leib, Schmerzen, Schwächenanwandlungen litt. Laparotomie. Exstirpation der gesamten rechtsseitigen Anhefte. Im Abdomen wenig blutig-seröse Flüssigkeit. Ovar. sin. lang, schmal, auf dem Psoas liegend. Persistenter Urachus. — Beide Tuben von normaler Länge, die rechte ganz frei, auch mit der Fimbrie mit dem Tumor nirgends in Verbindung. Mesosalpinx frei. Tumor hängt an einem kräftigen Lig. ovarii; mäßig durchblutete Eierstockssubstanz mit mehrfachen Corpora lutea und Follikeln bildet die Wand des „Fruchtsackes“. Ringsum Chorion und Amnion. Große Eihöhle. 2 cm langer Fötus, frisch. Weder makroskopisch noch mikroskopisch ist eine Lutein-

schicht oder eine Dezidua nachweisbar. Zwischen Eihäuten und Ovarialsubstanz liegt nur eine Fibrinschicht. FREUND findet also in Übereinstimmung mit TOUSSENBROEK und FRANZ keine „Deziduazellen“. Dagegen hat er solche, d. h. große, blasse Zellen, eckig, mit multiplen Kernen, in dem mit Blut und nekrotischen Massen gefüllten Hämatovarium eines 2. Falles nachgewiesen, in welchem sonstige Beweise einer Schwangerschaft fehlen. Er zeigt, daß dies veränderte Luteinzellen sind.

Hinsichtlich der klinischen Diagnose der Ovarialgravidität macht FREUND auf die Derbheit des Tumors, seine im Gegensatz zu den Tubenschwangerschaften auffällig gute Konturierung, Eiform und Beweglichkeit aufmerksam.

GOTTSCHALK (Berlin): Zur Lehre von der Blasenmole.

GOTTSCHALK kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Ergebnis, das an der Hand mikroskopischer Präparate klargelegt wird:

1. Die Blasenmolenerkrankung des menschlichen Eies beruht auf primären Störungen in der fötalen Zottenzirkulation, die infolge Erschwerung und Behinderung des Blutrückflusses zum Embryo eine vonöse Stase in den Zotten veranlassen und so allmählich die Blutzirkulation innerhalb der befallenen Zotten aufheben.

2. Die stärkeren chorioepithelialen Wucherungen in der Blasenmole sind im Gegensatz zu der heutigen Auffassung sekundärer Natur; sie entstehen, sobald die blasig entarteten und außer Zirkulation gesetzten Zotten reichlicher von mütterlichem Blute umspült werden, also im Bereiche der Decidua capsularis im allgemeinen erst nach deren auf Druckusur beruhenden Zerstörung. Diese Wucherungen beruhen auf Überernährung des Zottenepithels, das die aus dem umspülenden mütterlichen Blute aufgenommenen Nährstoffe notgedrungen in sich aufspeichert.

3. Die in letzter Zeit bei der Blasenmole vielfach beobachteten und ursächlich angesprochenen cystischen Veränderungen und Ödeme der Eierstöcke sind Folgeerscheinungen der durch die Traubenmole gesetzten hochgradigen Zirkulationsstörungen innerhalb der Eierstockgefäße und haben keine ursächliche Bedeutung.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 1. Dezember 1904.

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

E. FRIEDJUNG stellt einen Knaben mit einer vielleicht hereditärluetischen Affektion mehrerer Gelenke vor. Die ersten Interphalangealgelenke der Zeigefinger, Mittelfinger und kleinen Finger sind verdickt, jedoch nicht schmerzhaft und ihre Beweglichkeit ist nicht eingeschränkt. Das Kind geht mit einwärts gewendeten Füßen und fällt schon beim geringsten Stoß zu Boden, die Gelenkteile des Kniegelenkes sind ebenfalls etwas verdickt. Das Radiogramm zeigt, daß die Verdickungen der Gelenke nur die Weichteile betreffen. Vortr. möchte den Fall als eine Synovitis auf der Basis einer hereditären Lues auffassen; für letztere sprechen allerdings keine anderen Momente als indolente Drüsenvergrößerungen und feine Narben nach Rhagaden an den Lippen.

J. Eisenschitz bemerkt, daß im Kindesalter chronische Gelenkprozesse nicht gar so selten sind, deren Deutung sehr schwer ist. So hat E. einen Fall beobachtet, bei welchem es zuerst zu einer Schwellung am Fußrücken kam; vom 3. Lebensjahre an wurden fast alle Körpergelenke mit Ausnahme einiger kleiner Gelenke von einer chronisch-entzündlichen Affektion befallen, unter deren Einfluß es sogar zur Luxation in einem Hüftgelenke kam. Viele dieser Fälle wären am ehesten durch die Annahme einer Intoxikation infolge Verdauungsstörung zu erklären.

G. NOBL demonstriert einen Knaben mit den Residuen einer Röntgndermatitis; der Knabe wurde angeblich wegen Psoriasis am Kopfe dreimal durch 10—12 Minuten bestrahlt. Nach einigen Wochen fielen die Haare aus und es stellte sich ein chronischer ulzeröser Prozeß der Kopfhaut und am Rücken ein. Erstere ist in eine glasige dünne Membran umgewandelt, in welcher sich narbige und sklerodermieartige Plaques und nävusartige Gefäßnetze befinden. Innerhalb der atrophischen und narbigen Stellen sind dunkel pigmentierte Stellen verstreut. Der Kopf ist bis auf eine einzige Stelle ganz kahl.

V. PIRQUET: Gewichtsbestimmungen bei Nephritis.

Vortr. hat bei Nephritis systematische Bestimmungen des Körpergewichtes vorgenommen. Bei akuter Nephritis (zumeist nach Scharlach)

stieg zirka am 8. Tage plötzlich das Körpergewicht an; nachdem der Höhepunkt erreicht war, sank es schnell fast bis zum ursprünglichen Gewicht ab, um dann allmählich in der Rekonvaleszenz wieder anzusteigen. Diese Körpergewichtszunahmen sind durch das Ödem bedingt, bei welchem Flüssigkeit in der Menge von 10—20% des Körpergewichtes sich in den Körpergeweben und in den Körperhöhlen ansammelt. Die Steigerung der Diurese bedingt den erwähnten Abfall des Körpergewichtes. Bei chronischer Nephritis zeigt das Körpergewicht periodische Schwankungen, indem es wie bei akuter Nephritis ansteigt und unter Steigerung der Diurese und Verschwinden der Ödeme abfällt, um dann wieder von neuem dieselben Veränderungen durchzumachen. Der Abfall des Körpergewichtes geht nicht mit der Eiweißausscheidung parallel, indem letztere beim tiefsten Stand des Gewichtes bis zu 10%, während des Höhestadiums desselben nur 3% betragen kann. Schwitzen und Medikamente (Digitalis, Theophillin, Koffein) hatten keinen Einfluß auf die Körpergewichtskurve. Es sieht so aus, als wenn es ein regulierendes Zentrum für den Wassergehalt des Körpers geben würde, welches, sobald der höchste Stand der Wasseransammlung in den Ödemen erreicht ist, eine Ausscheidung derselben veranlaßt. In einem Falle wich die Körpergewichtskurve in der Weise vom gewöhnlichen Bilde ab, daß der sonst steile Gipfel der Kurve eine langgestreckte Linie bildete, da die Ödeme und infolgedessen ein hohes Körpergewicht durch zirka 14 Tage konstant blieben. Bei einem dritten Typus stiegen die Ödeme und das Körpergewicht bis zum Tode stetig an. Die Höhe der Ödeme und des Körpergewichtes geht nicht mit der Schwere der Erkrankung parallel. Chronische Nephritiden können auch ohne Ödeme verlaufen, bei akuten ist dies kaum der Fall. Die Gewichtssteigerung tritt bei akuten Fällen früher als die Eiweißausscheidung im Harn auf.

J. EISENSCHITZ bemerkt, daß die periodische Gewichts- und -Abnahme bei chronischer Nephritis sicher von den Schwankungen der Herzfunktion abhängt, da die Ödeme bei Herzerkrankungen dieselben Gewichtskurven zeigen, wie sie der Vortr. demonstriert hat.

Notizen.

Wien, 10. Dezember 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. ALBRECHT einen Mann mit tumorartigen kavernösen Lymphangiomen beider Inguinalgegenden vor, aus welchen sich chylöse Flüssigkeit in großer Menge entleert. Hofr. NEUMANN ergänzte diese Mitteilung durch Erwähnung eines seinerzeit von ihm vorgestellten Falles. Primarius FRANK, Hofr. v. EISELSBERG und Hofr. WEINLECHNER erbrachten gleichfalls Beiträge zur Kasuistik dieser seltenen Krankheitsform, Prof. RIEHL reichte dieselben in die Kategorie der Naevi ein, während der Vortr. selbst darauf hinwies, daß der klinische Verlauf im vorgestellten Falle ein ganz kurzer und von seinen Anfängen her zu verfolgender gewesen sei. — Hierauf berichtete Dr. EXNER über Experimente zur Erklärung der Hautwirkung der Röntgenstrahlen. Er fand im Tierexperimente, daß von Röntgenlicht beeinflusstes Lecithin, im Gegensatz zu unverändertem Lecithin, intrakutan injiziert, schwere Ernährungsstörungen der Haut (Haarausfall, Geschwürsbildung) zur Folge habe. — Dr. O. FELLNER demonstrierte einen Fall von chronischer Gonorrhöe eines paraurethralen Ganges an einer Frau und 4 Frauen mit Abszessen der SKENESchen Drüsen mit Gonokokken- resp. Kolibazillenbefund. — Dr. NEUDÖRFER führte einen Knaben vor, bei welchem ein osteomyelitischer Herd der Tibia nach der Methode GOLDMANN'S (Ausräumung und Deckung mit einem Hautlappen) erfolgreich operiert worden ist. — Schließlich wurde die Diskussion über den Vortrag v. MOSETIG'S „Therapie der Gelenkstuberkulose“ eröffnet. Dr. HAUDEK betonte den großen Unterschied, welchen in der Therapie der Gelenkstuberkulose das Alter des Pat. bedingt: Kinder bis zu 10 Jahren zeigen bei jeglicher Behandlung einen enormen Heiltrieb, während ältere Individuen wegen der geringeren Heilungstendenz ein aktiveres Vorgehen rechtfertigen. Prim. SPITZMÜLLER (Hall) trat in überaus lebhafter Weise für v. MOSETIG'S Verfahren ein und schilderte die Vorteile desselben an einem ganz besonders markanten Falle.

Regierungsrat LOBENZ schied scharf die operative Therapie der Gelenkstuberkulose von der „abstinenten“; während die erstere seiner Meinung nach früher zu weit gegangen ist, hat auch die letztere ihr Ziel überschritten und es wird Aufgabe der Zukunft sein, noch mehr als bisher den Indikationen des Einzelfalles sorgfältigst Rechnung zu tragen. Hofr. v. EISELSBERG skizzierte in kurzen Worten die Entwicklung der Therapie der Gelenkstuberkulose und beschrieb das an seiner eigenen Klinik eingehaltene individualisierende Verfahren. — Das Schlußwort v. MOSETIG'S wurde auf die nächste Sitzung verschoben.

(Wiener medizinisches Dokorenkollegium.) In der wissenschaftlichen Versammlung vom 5. Dezember d. J. hielt Prof. E. SCHIFF den angekündigten Vortrag „Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen“, welcher in dieser Wochenschrift ausführlich erscheinen wird. Vortr. demonstrierte Photogramme zahlreicher Fälle von Epitheliom, welche mittelst Röntgenstrahlen behandelt wurden und nunmehr bereits seit 4—5 Jahren rezidivfrei geblieben sind. — In der Diskussion bemerkte Dr. HABERER, daß auf der Klinik v. EISELSBERG'S bei oberflächlichen Epitheliomen die Röntgenbehandlung mit Erfolg verwendet werde; Doz. L. FREUND führte die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen bei Epitheliomen darauf zurück, daß die Krebszellen weniger widerstandsfähig sind als die normalen Körperzellen und daher auf Reize rascher und intensiver reagieren, wobei sie sogar der Nekrose verfallen können. Leider sind — sagt F. — die Röntgenstrahlen aber nur bei oberflächlichen Epitheliomen wirksam. Große Krebsmassen soll man zunächst mit dem Messer möglichst gründlich entfernen und nur die zurückbleibenden Krebsherde mit Röntgenstrahlen behandeln. Bei großen Epitheliomen hat sich F. die Kombination von Radium- und Röntgenbehandlung bewährt; Hofrat WEINLECHNER bemerkte, daß uns die kurze Zeit, seit welcher die Röntgentherapie bei Epitheliomen angewendet wird, in prognostischer Hinsicht noch immer eine gewisse Reserve aufzulegen. Diese Therapie dürfte sich wohl am besten für initiale Fälle eignen.

(Jubiläum.) Der Geheime Medizinalrat Prof. Dr. HERMANN SENATOR in Berlin hat am 6. d. M. seinen 70. Geburtstag gefeiert.

(Habilitation.) Stabsarzt Dr. JOHANN FEIN hat sich als Privatdozent für Laryngologie und Rhinologie an der Wiener Universität habilitiert.

(Arzt und Publikum in Wien vor 100 Jahren.) In einem überaus lesenswerten Aufsätze über dieses Thema in der „Wiener Zeitung“ registriert MAX NEUBURGER unter anderem die interessante Tatsache, daß man in Wien schon im Jahre 1800 bei einer Zahl von 200—300 Ärzten wie heute über so unverhältnismäßige Überfüllung geklagt hat, daß der Primararzt JOSEF FRANK es für seine Pflicht hielt, in einer eigenen Schrift vor der erschreckenden „Jatromanie“, vor dem übergroßen Zudrange zu warnen, „weil nur die wenigsten durch ihre Karriere entsprechende Entschädigung für die Opfer, die sie an Zeit, an Mühe, an Geld darbringen, finden könnten“. Auch damals schon rekrutierten sich die Mediziner zum größten Teile aus der ärmeren Volksklasse; ihre ungünstigen materiellen Verhältnisse wirkten auf das Studium zurück und zwangen sie, die karg bemessene Studienzeit durch Stundengeben zu verkürzen. Die Saat der Scharlatanerie stand damals so hoch wie heute, das Kurpfuschertum verstand es auch damals schon, alle gesetzlichen Verordnungen zu umgehen, eine Taxe als Norm der ärztlichen Behandlung wurde im praktischen Leben nicht eingehalten, Eintreibungen von Forderungen waren schwer durchführbar usw., und darum — so schließt der Verf. — ersehnten manche Ärzte schon vor 100 Jahren als einziges Heil — die Verstaatlichung.

(Statistik.) Vom 27. November bis inkl. 3. Dezember 1904 wurden in den Zivilspitalern Wiens 7694 Personen behandelt. Hiervon wurden 1563 entlassen, 186 sind gestorben (10,6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 92, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 133, Scharlach 46, Masern 145, Keuchhusten 10, Rotlauf 54, Wochenbettfieber —, Röteln 5, Mumps 12, Influenza 1, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand 1.

Lyssa — In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 656 Personen gestorben (+ 33 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Neu-Weißensee bei Berlin der bekannte Operateur Dr. OTTO BODE, erst 44 Jahre alt, an Blutvergiftung; in Schotteck bei Bremen, wie der „Deutschen med. Wochenschrift“ nachträglich gemeldet wurde, der bekannte Tropenforscher und Regierungsarzt in Kamerun Prof. Dr. FRIEDRICH PLEHN an Maltafieber; in St. Louis der Pathologe am Washington-University Medical Department Prof. Dr. TH. F. PREWITT; in Nantes der Professor der Therapeutik Dr. PÉROCHAUD.

Stolls Kolapräparate aus der frischen afrikanischen Kolanuß, welche in der ärztlichen Praxis als diätetische Mittel eingang gefunden haben, bilden ein ausgezeichnetes Tonikum für den Magen und werden daher besonders bei jenen Personen mit bestem Erfolge angewendet, welche nervös, bejährt oder geschwächt, überhaupt geistig überbürdet, rekonvaleszent sind, oder an Verdauungsstörungen leiden. Stolls Kolapräparate enthalten einen bedeutenden Extraktgehalt aus der afrikanischen Kolanuß (cola acuminata) in Verbindung mit nur vorzüglichen, für den Körperorganismus bewährten Substanzen und bilden für diesen ein wahres Rekonstituens. Sämtliche Präparate wirken stärkend, anregend und belebend auf Muskeln und Nerven, daher auf den Gesamtorganismus überaus wohltuend; sie sind namentlich infolge des bedeutenden Gehaltes an Kolanin medizinisch sehr wertvoll. Sie beseitigen sicher jeden akuten Kopfschmerz, wenn derselbe durch Nerven- oder Verdauungsstörungen bedingt ist; sie sind ein gutes Nähr- und Kräftigungsmittel. Laut Urteil hervorragender Ärzte, wie REGNAULT, G. SES, MANASSEIN, DAVYDOFF, HALLEZ, DUJARDIN-BEAUMETZ u. v. a., ist der tonisierende Einfluß auf den Magen sowie die kräftigende Wirkung der Kolanuß vollständig erwiesen und ist es sichergestellt, daß der Stickstoffverbrauch im Körper durch die Kola herabgesetzt wird, ebenso der Verbrauch an Körpereweiß, daher die Kola einen Einfluß im konservativen Sinne auf den Stoffwechsel ausübt. Unzählige physiologische Prüfungen haben auch erwiesen, daß Kola die Assimilation der Speisen vermehrt, daher der tonisierende Einfluß auf den Verdauungsapparat. Die Präparate sind nach den Mahlzeiten des Morgens, Mittags und Abends je ein kleines Gläschen, Kindern die Hälfte, zu nehmen. Stolls Elixir oder Vin de Kola sind auch gut mit Wein, Kaffee, Tee, Mineral- oder auch gewöhnlichem Quellwasser zu nehmen. Zentraldepots in allen Hauptstädten der Monarchie sowie in allen größeren Apotheken. — Man verlange aber stets nur die echten Stolls Kolapräparate, da selbe ausschließlich nur aus teuren, direkt importierten frischen, nicht billigen getrockneten Kolanüssen erzeugt sind, ebenso nur aus allerbesten Ingredienzien, was allein den vollen Erfolg verbürgt. Die Fälschungen und Nachahmungen sind nur aus fast gehaltlosen, getrockneten Kolanüssen hergestellt und entbehren daher der Wirkung. Man beachte stets die Schutzmarke und eingebrannte Firma am Kork.

Niederösterreichischer Amtskalender 1905. Der auf Grund authentischer Quellen redigierte und soeben im Verlage der k. k. Hof- und Staatsdruckerei zum 40. Male erschienene niederösterreichische Amtskalender enthält nebst dem für alle Konfessionen berechneten Kalendarium einen ausführlichen Schematismus des Allerhöchsten Hofstaates, der legislativen Körperschaften, der Zivil-, Militär- und kirchlichen Behörden der Monarchie. dann aller Gemeindevertretungen, Unterrichtsanstalten, Advokaten und Notare Niederösterreichs, endlich der Wiener Aktiengesellschaften, Vereine etc. Für Sanitätspersonen werden von besonderem Interesse sein eine Übersicht sämtlicher öffentlichen Humanitäts-, Kranken- und Irrenanstalten Österreichs sowie der Bade- und Kurorte Europas, ferner speziell von Niederösterreich der vollständige Status der Sanitätsbehörden, der Ärztekammern, der Humanitäts-, Kranken-, Irren- und Wasserheilanstalten sowie Krankenordinationsinstitute, Übersichten sämtlicher Sanitätspersonen, endlich eine Zusammenstellung sämtlicher ärztlicher Vereine und Rettungsanstalten in Wien mit ihren Funktionären.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag den 12. Dezember 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums I., Rotenturmstraße 19.

Prof. Dr. S. FREUD: Über Psychotherapie.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung; Donnerstag den 15. Dezember 1904, 7 Uhr abends, im Hörsaal der Klinik ESCHERICH.

I. Administrative Sitzung. 1. Bericht über die wissenschaftliche Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Vereinsjahre. 2. Erstattung des Kassaberichtes pro 1904. 3. Bestimmung des Mitgliederbeitrages. 4. Wahl neuer Mitglieder. 5. Neuwahl des Ausschusses. 6. Freie Anträge.

II. Wissenschaftliche Sitzung I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. HOFBAUER, Dr. W. SCHLESINGER). 2. Dr. H. GOLDMANN (Brennberg): Die Infektion mit Ankylostoma hominis (syn. duodenale) durch Eindringen der Larven in die Haut. (Mit Demonstrationen.)

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Kronendorfer natürlicher alkalischer SAUERBRUNN Reinstes Tafelwasser ersten Ranges. Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der Athmungsorgane des Magens und der Blase. Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant WIEN BUDAPEST IX.,Kolingasse 4, Carlsbad. Krondorf V.,Zoltangasse 10.

Dr. Kahlbaum, Görlitz, Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Offene Kuranstalt für Nervenranke. Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Orthopädische Anstalt Dr. Max Haudek, WIEN, I., Bauernmarkt 10. Telefon 12.956. Orthopädisches und hygienisches Turnen, Hellsymnastik, Massage. Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung. Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen. Eigene Pension für auswärtige Patienten.

Mesotan, Creosotal, Duotal, Trional, Eisen-Somatose, Marenin Neues Antipyretikum bei Fieber aller Art, insbesondere bei Fieber der Phthisiker I. und II. Periode. Allmählicher Temperaturabfall. Keine Beeinflussung des Appetits. Dos.: 0.25-0.5 g 1-2mal täglich z. n. Cheocin-Natr. acetic. Mächtiges Diuretikum bei den meisten hydro-pischen Erscheinungen. Prompt wirkend, leicht löslich. Dos.: 0.3-0.5 g 3-4mal täglich gelöst nach den Mahlzeiten z. n. (Beim Nachlassen der Diurese im Wechsel mit Aguria, Dos.: 1 g 3-4mal täglich.) Citarin harnsäurelösendes Formaldehydderivat. Neues Mittel gegen Gicht, prompt wirkend, unschädlich, angenehm im Geschmack. Dos.: 2.0 g in kaltem Wasser gelöst, 3-4mal täglich (am ersten Tage 5mal) z. n. Helmitol neues verbessertes Blasenantiseptikum. Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie. Vorzügl. symptom. Mittel zur Unterstützung der lokalen Gonorrhoeotherapie. Dos.: 1 g 3-4mal täglich z. n. Aspirin, Cannigen, Protargol, Aristol, Aristochin. Vertreter für Österreich-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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Einreichung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Ein Beitrag zur Komplikation des Diabetes mit Gravidität. Von Prof. Ludwig Kleinwächter. — Die Herabminderung des intraarteriellen Druckes bei Arteriosklerose. Von Sanitätsrat Dr. L. FÜHR, Berlin. — Diphtherie und Krupp, mit und ohne Serum behandelt. Von Dr. J. FELS in Lemberg. — **Referate.** F. LESSER (Berlin): Zur Ätiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis. — GEORG FRIEDLÄNDER (Berlin): Zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. — ICHIRO KOKAWA (Leipzig-Japan): Zur pathologischen Anatomie der Kapselbazillen-Pneumonie etc. — WILHELM HAHN (Wien): Tuberkulose und Schwangerschaft. — IWANOFF (St. Petersburg): Unterbindung der Beckengefäße bei vernachlässigtem Uteruskarzinom. — BAKES (Trebitch): Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis. — AD. MÄZER (Prag): Zur physiologischen Wirkung heißer Wassertrinkkuren. — E. A. HEIKING (St. Petersburg): Chirurgische Behandlung der eitrigen Perikarditiden. — CRUVEILHIER (Paris): De la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la diphtérie suivant les doses et la voie de pénétration. — SABOURAUD (Paris): Les teignes cryptogamiques et les rayons. — **Kleine Mitteilungen.** Alpinismus im Kampfe gegen die Tuberkulose. — Behandlung der Amöbendysenterie. — Scharlachtherapie. — Verhalten des Pepsins bei verschiedenen Magenkrankheiten. — Lecithin. — Behandlung des Karzinoms des Pharynx und der Tonsillen. — Wirksame Bestandteile des Extractum Filicis maris. — **Literarische Anzeigen.** Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter. Von Dr. A. B. MARFAN, Professeur agrégé der med. Fakultät in Paris. — Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. Von Dr. E. HEINRICH KISKA, a. o. Universitätsprofessor etc. — Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien aus dem letzten Jahre. Von Prof. Dr. HANS KEHR in Halbrstadt. — Liebe und Ehe im alten und modernen Indien (Vorder-, Hinter- und Niederländisch-Indien). Von RICHARD SCHMIDT. — **Feuilleton.** Naturheilkunde und wissenschaftliche Medizin. Von Dr. FERD. WINKLER, II. — **Verhandlungen ärztlicher Vereine.** Aus den Abteilungen der 76. *Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.* Breslau, 18.—24. September 1904. (Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.) XI. — **Standesfragen.** Die Arbeiterversicherung der Zukunft. — **Notizen.** — **Neue Literatur.** — **Offene Korrespondenz der Redaktion 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.

Ein Beitrag zur Komplikation des Diabetes mit Gravidität.

Von Prof. Ludwig Kleinwächter.

Die Schwangerschaft stellt für den Diabetes eine sehr böse Komplikation dar. Sie übt sehr häufig einen höchst ungünstigen Einfluß auf das Leiden aus, wird aber selbst auch durch dasselbe gefährdet. Konsekutiv wird unter solchen Verhältnissen die Prognose für Mutter und Frucht eine sehr dubiose. Die Diabetische kann gravid, andererseits aber auch die Gravide diabetisch werden. Ersteres (18 bekannte Fälle) scheint sich häufiger, letzteres (12 bekannte Fälle) seltener zu ereignen. Das Hinzutreten der Schwangerschaft zum Diabetes wurde noch vor 15—20 Jahren für unmöglich gehalten. Man meinte, der Diabetes zöge stets eine so hochgradige Atrophie der Ovarien und des Uterus nach sich, daß dadurch die funktionelle Tätigkeit dieser Organe zur Gänze darniederliege und Konzeption nicht eintreten könne. Erst die Beobachtungen MATTHEW DUNCANS, LECORCHÉS und GAUDARDS erwiesen die Unrichtigkeit dieser Annahme.

Es ist wohl richtig, daß die Diabetische in der Regel nicht gravid wird; dies ist ohne Zweifel auf folgende Umstände zurückzuführen. In der Mehrzahl der Fälle stellt sich das Leiden erst in höheren Jahren ein, wenn die Frau bereits in der Menopause oder nicht mehr weit vor dieser steht, eine Altersstufe, in der sie auch sonst nicht leicht konzipiert. Andererseits kann in Fällen schwerer Erkrankung Konzeption nur im Beginn des Leidens erfolgen, solange

durch die von ihm herbeigeführte Erschöpfung noch nicht eine dauernde Funktionsunfähigkeit der Generationsorgane herbeigeführt wurde. Weiterhin verläuft der Diabetes bei jugendlichen Individuen durchschnittlich viel schwerer und rascher als bei älteren, wodurch ebenfalls der Eintritt einer Konzeption erschwert wird. Alles dies erklärt, warum man junge, in der Blüte des Geschlechtslebens stehende Frauen, die an Diabetes leiden, so selten als Gravide zu Gesicht bekommt.

Wie selten diese Komplikation ist, läßt sich daraus entnehmen, daß bisher nur 17 solcher Fälle bekannt sind (5, zusammengestellt von LECORCHÉ, 4, zusammengestellt von M. DUNCAN, 2, zusammengestellt von v. GAUDARD, sowie die Fälle von LUDWIG, MINOT, GRAEFE, NIENDORF, HERMANN und LIEPMANN, denen sich als 18. ein von mir beobachteter anschließt.

Derselbe betraf eine 22jährige Frau, bezüglich der die Anamnese aus ganz eigentümlichen, hier nicht zu erörternden Gründen von den Angehörigen nicht in gewünschter Klarheit eruiert werden konnte. Soviel nur ließ sich erheben, daß die nur wenig über ein Jahr verheiratete Frau bereits im Sommer 1901 eine Trinkkur in Karlsbad durchgemacht hatte. Kurz nach Eintritt in die Ehe erfolgte ein Abort in den ersten Wochen. Sommer 1903 reiste die Frau abermals nach Karlsbad. Bald nach dieser zweiten beendeten Trinkkur wurde sie abermals gravid. Während dieser Gravidität bestanden Symptome eines ausgesprochenen, wie es scheint, schweren Diabetes. Die Kranke litt an anhaltendem heftigen Durst, ließ sehr häufig viel Harn und es traten Ödeme des Unterleibes sowie der unteren Extremitäten ein. Ärztlich wurde die Kranke angeblich nicht behandelt.

Ungefähr in der 32.—33. Schwangerschaftswoche gingen, angeblich ohne vorausgegangene Wehen, die Wässer ab und wurde

auf dies hin die Hebamme gerufen. Letztere gab an, es seien enorme Mengen von Fruchtwässern abgegangen. 9—10 Stunden später setzten die Wehen ein, die 15 Stunden anhielten, zu welcher Zeit ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Als der Kopf der kleinen, nicht ausgetragenen Frucht nahe dem Durchtritt war, stellte sich plötzlich ein drohender Kollapszustand mit getrübttem Bewußtsein und ungemein frequentem, sehr kleinem Pulse ein. Der drohenden Gefahr wegen legte der Arzt den Forzeps an und entwickelte mit Leichtigkeit eine lebende, nicht ausgetragene, höchstens 32 Wochen alte männliche Frucht. Nach Extraktion der Frucht kontrahierte sich der Uterus gut und ging die Plazenta bald spontan ab. Der Blutverlust bei der Geburt war ein auffallend geringer. Durch Stimulantien und andere entsprechende Maßregeln gelang es wohl den Kollaps zu bekämpfen, doch kehrte das Bewußtsein der Kranken nicht vollkommen zurück.

Als ich die Kranke 5 Stunden nach der Geburt sah, fand ich sie in soporösem Zustande, schwer und nur unvollkommen auf in lautem Tone gestellte Fragen antwortend. Die Temperatur war normal, der ziemlich kräftige Puls eine Frequenz von 130 bis 140 zeigend. Der Uterus war gut kontrahiert. Der Unterleib, die äußeren Genitalien, ebenso wie die unteren Extremitäten waren ödematös. Einen Azetongeruch der expirierten Luft vermochte ich nicht zu verspüren.

Der sofort untersuchte Harn ergab einen Zuckergehalt von über 5 und einen Albumingehalt von 1%.

18 Stunden später ging die Kranke zugrunde, nachdem sie bereits 6—8 Stunden früher das Bewußtsein zur Gänze verloren hatte. Alle eingeleiteten therapeutischen Maßregeln blieben erfolglos. Koffein, Digitalis u. dgl. m. nützte nichts. Drastika führten zu keinen Stuhleerungen. Ebenso unwirksam blieb eine intravenöse Injektion von kohlensaurem Natrium in Kochsalzlösung.

Lustration wurde keine vorgenommen.

Nach der wenn auch nur lückenhaft zu entnehmenden Anamnese muß die Kranke zumindest bereits seit 2—2½ Jahren an Diabetes gelitten haben, da sie schon 1901, wohl ohne Zweifel wegen des bestehenden Leidens, Karlsbad aufsuchte. Ebenso ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der Abort, der dieser Geburt vorausging, auf das Leiden zurückzuführen war. Der Beginn der Erkrankung fiel daher zumindest in das 20. Lebensjahr.

Unter 16 der bekannten Fälle, in denen das Alter der Kranken angegeben wird, befinden sich nur 4, in denen die Kranken jünger als 30 Jahre waren. Die Kranke NIENDORFS war 28, die WILLIAM-DUNCANS 25, die MINOTS gar nur 20 Jahre alt. Nach der Anamnese zu schließen, kann die Kranke in dem von mir beobachteten Falle im Beginne ihres Leidens nicht älter als 20 Jahre oder vielleicht gar noch jünger gewesen sein. Trotz der ohne Zweifel wohl schweren Erkrankung konzipierte die Frau sogar zweimal.

Der Verlauf der Schwangerschaft wird, gleichgültig ob der Diabetes das Grundleiden oder die Komplikation darstellt, bekanntlich sehr häufig gestört, und zwar durchschnittlich in 30% der Fälle, in denen vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung eintritt. Ebenso wird relativ häufig das Vorkommen eines Hydramnion beobachtet. Beides ereignete sich auch in diesem Falle. Beide Schwangerschaften erfuhren eine vorzeitige Unterbrechung und im Verlaufe der letzteren kam es zu einem Hydramnion.

In beiden Fällen, mag der Diabetes das Grundleiden oder die Komplikation darstellen, wird der Krankheitscharakter durch die Schwangerschaft in der Regel verschlimmert. Der Krankheitsprozeß kann einen geradezu gallopierten Charakter annehmen und allen therapeutischen Maßregeln trotzen. Milde Krankheitsformen werden leicht zu schweren und schwere nehmen leider gern einen ungemein akuten Verlauf an. Der Zuckergehalt des Harns nimmt bedeutend zu und außerdem steigern sich die anderen diabetischen Erscheinungen. Die Schwangere magert mehr und mehr ab, die Polyurie vermehrt sich, Hunger und Durst nehmen immer mehr zu, bis schließlich

der bedeutende Kräfteverlust, Koma oder irgend eine Komplikation dem Leben ein Ende macht.

Unter den bisher bekannten, sicher konstatierten 30 Fällen gleichzeitiger Gegenwart von Schwangerschaft und Diabetes finden sich 8, in denen Koma eintrat. Die Gefahr, von Koma befallen zu werden, ist daher eine hohe. Das Koma kann in der Gravidität ausbrechen, intra partum oder im Verlaufe des Puerperiums. Die Kranke MINOTS befand sich im 5. und die BORNs im 7. Schwangerschaftsmonate. Intra partum trat das Koma in den Fällen LUDWIGS, GRAEFES und in meinem ein. Im Puerperium wurden die Kranken LOEBs, FRYs und NEWMANN-DUNCANS komatös, und zwar die des ersteren, wie es heißt, bald nach der Geburt, die des zweiten am 5. und die des dritten am 3. Tage post partum. Von diesen acht Komatösen gelang es nur zwei aus dem komatösen Zustand zu erretten, und zwar die Kranken LUDWIGS und GRAEFES. Alle andern gingen zugrunde. Von diesen 8 Fällen entfallen 5 auf Diabetische, die gravid und 3 auf Gravide, die diabetisch wurden.

In Anbetracht des Umstandes, daß Diabetische konzipieren können und durch die Konzeption resp. die Gravidität die Prognose des Leidens noch mehr getrübt wird, empfiehlt es sich selbstverständlich, mit diesem Leiden behaftete heiratsfähige Mädchen vor dem Eintritte in die Ehe zu warnen. Aus den lückenhaften anamnestischen Daten in dem von mir beobachteten Falle konnte entnommen werden, daß das kranke Mädchen nach dieser Richtung hin gewarnt wurde. Die Außerachtlassung der Warnung rächte sich in bitterster Weise.

Die Herabminderung des intraarteriellen Druckes bei Arteriosklerose.

Von Sanitätsrat **Dr. L. Fürst**, Berlin.

Mag es sich um beginnende oder ausgebildete Arteriosklerose handeln, mag dieser Prozeß im präsenilen oder senilen Stadium des Lebens auftreten, mit degenerativen Veränderungen des Herzmuskels, der Brustaorta, der großen Gefäßstämme, zumal des Klappenapparates, verbunden sein oder nicht, immer besteht die Hauptgefahr in einer Ruptur der starren, spröden Gefäßwände an irgend einem Locus minoris resistentiae. Wohl sind auch die schweren Kreislaufs- und Ernährungsstörungen des Herzens und des Gehirns, eine Folge der Verengung arterieller Gefäßbahnen und des Elastizitätsverlustes ihrer Wandungen, häufig die Ursache eines letalen Ausgangs. Und nicht selten sind es Stauungen in den Nieren, durch welche sekundär ernste Komplikationen entstehen können. Aber die akuteste Gefahr droht den betreffenden Individuen zweifellos durch eine Kontinuitätstrennung der Arterienwand und durch die hiermit verbundenen Extravasate.

Eine Anzahl einschlägiger Fälle, die ich in den jüngst verflossenen Jahren zu behandeln Gelegenheit hatte und die ich durch vorsichtiges Regulieren der Lebensweise glücklich vor schlimmen Ausgängen zu bewahren vermochte, wenn ich auch die Gefäßentartung nur verlangsamten und aufhalten konnte, hat mir gezeigt, wie wertvoll gerade gegenüber der Arteriosklerose eine umsichtige Prophylaxis ist. Eine solche ist für manche Patienten geradezu von vitaler Bedeutung, einfach aus dem Grunde, weil wir noch keine essentielle Therapie gegen diese Gefäßerkrankung besitzen und kaum die Möglichkeit, ihr Auftreten rechtzeitig zu verhindern. Die bisher vorgeschlagenen, theoretisch konstruierten „Spezifika“ entbehren der Sicherheit.

Wohl aber können wir doch das ganze Verhalten des Kranken so regeln, daß wir ihn mit ziemlicher Gewißheit monate- und selbst jahrelang vor einer Verschlimmerung und Katastrophe schützen, allerdings nur, wenn er Willenskraft und Selbstbeherrschung genug besitzt, um gewisse Vorschriften für immer konsequent zu befolgen.

Ich habe gefunden, daß sich der an Arteriosklerose Leidende am wohlsten fühlt und die mit ihr verbundenen, bisweilen beängstigenden Attacken am sichersten überwindet, wenn er stets auf eine Verminderung des arteriellen Druckes bedacht ist. Die Steigerung desselben ist eine der Hauptursachen der mehr oder weniger stürmischen Symptome, wie Blutandrang nach dem Gehirn und nach der Lunge, Kurzatmigkeit, Druck und Spannung in der Herzgegend, Arrhythmie des Pulses, Störung des Schlafes und nervöse Angstzustände.

Allein abgesehen von diesen subjektiv beunruhigenden Erscheinungen verursacht der erhöhte Druck des Blutes gegen die in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzte Arterienwand eine stete Gefahr, welche, selbst bei anscheinendem Wohlbefinden in beschwerdefreien Intervallen, blitzschnell einen letalen Ausgang herbeiführen kann. Der Arteriosklerotische muß, besonders wenn die Brustaorta und die Kranzarterien mit ergriffen sind, jeden Augenblick darauf gefaßt sein, ohne doch von dem drohenden Eintritt eines solchen verhängnisvollen Ereignisses eine Ahnung zu haben. Hier kann man die Wahrheit des Ausspruchs verstehen lernen: „On a l'âge de ses artères.“

Die Druckschwankungen im Gebiete der unelastisch und brüchig gewordenen Arterien sind das Damoklesschwert, das über dem Haupte des Patienten hängt, und diese Schwankungen sind um so bedenklicher, je plötzlicher sie eintreten. Um sie zu verhüten, muß man sich ihre Ursachen vergegenwärtigen. Zunächst kommen hier alle Momente körperlicher und seelischer Erregung, welche auf das Herz und die Gefäßnerven einwirken, in Betracht. Jede Überanstrengung, die auch nur relativ für den Betroffenen zu groß ist und die (was als Gradmesser dienen kann) Herzklopfen und Oppressionsgefühl verursacht, jede physische Aufregung, welche vom Zentralnervensystem aus eine stärkere Füllung der Arterien herbeiführt, steigert auch den endoarteriellen Druck. Schon geringes und mäßig langes Steigen, ja selbst das längere Gehen auf ebener Erde kann die Erscheinungen hervorrufen, weshalb der Patient sich sehr bald und oft übertrieben schont, sich viel zu wenig Bewegung macht, dadurch aber wieder an Verdauungsträgheit laboriert. Dies bedeutet für ihn einen Circulus vitiosus; denn durch die Darmträgheit und die erschwerte Entleerung nimmt wiederum der Blutdruck in den Arterien zu.

Von rein physischen Ursachen ist ferner die relativ zu starke Anfüllung des Magens mit Speisen, vorzugsweise aber mit Getränken zu nennen und von diesen sind namentlich diejenigen nicht unbedenklich, welche sehr reich an Kohlensäure sind und sie rasch entweichen lassen. Die hierdurch verursachte Aufblähung des Magens in Verbindung mit der plötzlichen Resorption vieler Flüssigkeit erhöht die dem Herzen aufgebürdete Arbeitsleistung und bei deren notwendiger Bewältigung den Herzdruck.

Aus gleichen Gründen ist auch die Flatulenz des Darmes von ungünstiger Wirkung, weshalb man solchen Kranken blähende oder schwer verdauliche Kohlarten, Hülsenfrüchte u. dgl. mit Recht untersagt. Die größte Gefahr droht ihnen aber von der häufig als Folge des Mangels an Bewegung sich einstellenden Obstipation. Wie meist bei Darmträgheit ist zunächst der venöse Kreislauf im Becken und im Portalsystem erschwert. Es bildet sich sehr oft — man kann sagen, fast unmerklich — eine bedeutende venöse Stase aus, die sich durch Druck, durch Gefühl von Völle und Schwere im Unterleib, sogar durch Hämorrhoidalblutungen manifestiert und die man oft bei Sektionen an der strotzenden Fülle der betreffenden Venengebiete ad oculos demonstrieren kann. Bei Fettleibigen sind solche Zustände besonders unangenehm; sie bilden eine dringende Indikation zur Ableitung nach dem Darm.

Sind diese Erscheinungen für den an Arteriosklerose Leidenden schon eine Quelle von Beschwerden, die selbst eine Gemütsdepression bewirken können, so ist die Hartleibigkeit an sich auch eine Gefahr für ihn. Denn sie zwingt ihn zum Pressen, zu einer Überanstrengung der Bauchpresse, zum Anhalten des Atems in Verbindung mit längerer Kontraktion des Zwerchfells und der Bauchmuskulatur. Hierdurch aber entsteht zunächst, wie man an den Hautvenen und an der diffusen Rötung des Gesichts wahrnehmen kann, eine gewaltige Stauung im Gebiete der Hohlvenen, im rechten Herzen und in der Lunge. Diese Stauung löst notwendigerweise einen verstärkten Druck im Aortengebiete aus.

In diesem Augenblicke setzt nun die Gefahr für den Kranken ein. Gar mancher erliegt ihr gerade, während er sich bemüht, die trockenen, harten Kotmassen aus dem Rektum zu pressen und die mangelnde oder ungenügende Peristaltik durch Arbeit der willkürlichen Muskeln zu ersetzen.

Diese den intraarteriellen Druck täglich steigenden Verhältnisse werden meines Erachtens vom Standpunkte der Prophylaxis zu wenig beachtet. Gerade hier müßte sie in erster Linie ihre Tätigkeit entfalten und diese ist nicht fruchtlos, wie ich mich oft überzeugt habe. Es handelte sich mir in solchen Fällen um die Wahl eines milden, aber sicher wirkenden Laxans, welches den Magen nicht belästigt, frei von unangenehmen Reizwirkungen ist und ganz gelinde, schmerzlose Entleerungen, ohne die Bauchpresse in Anspruch zu nehmen, baldmöglichst herbeiführt.

Nach längeren Versuchen mit den verschiedensten, gerade bei Arteriosklerose empfohlenen Purgantien pflanzlicher oder mineralischer Provenienz habe ich doch das von mir schon seit vielen Jahren erprobte und geschätzte Hunyadi-Janos-Bitterwasser von Andreas Saxlehner (Budapest) immer wieder als das Zuverlässigste und Wohltuendste bewährt gefunden. Übereinstimmend haben mir alle derartigen Kranken versichert und an mir selbst habe ich es während und nach einer Nauheimer Kur bestätigt gefunden, daß das Trinken von 150·0 cm³ dieses Wassers, früh nüchtern, täglich oder jeden zweiten Tag, in wenigen Stunden eine reichliche, leichte Entleerung herbeiführt, die sich bisweilen im Laufe des Tages spontan wiederholt. Jedes Pressen fällt vollständig weg. In welchem hohem Grade dieser Vorteil die so ausgezeichnete balneologische Behandlung der Arteriosklerose mit kohlensauren Solbädern unterstützt, brauche ich nicht erst auseinanderzusetzen. Dazu kommt noch der nicht geringe Vorzug, daß der Organismus sich keineswegs an dies Abführmittel gewöhnt und daß es nicht, wie die bekannten Drastika, Kolikschmerzen verursacht. Solche Reizungen der Darmnerven bleiben beim Hunyadi-Janos aus; denn es wirkt in erster Linie nicht auf die abdominalen Sympathikusgeflechte, sondern auf die Schleimhaut und die sekretorischen Drüsen. Erst nach Verflüssigung des oft sehr konsistenten, selbst harten Darminhaltes stellt sich die Peristaltik ein, und zwar ohne alle subjektiven Beschwerden, die ja doch wieder den Blutdruck steigern würden. Vermag der Kranke so, frei von Oppression und Kolik, täglich eine geregelte Darmfunktion zu erzielen, so fällt damit auch ein Hauptanlaß zur Steigerung des Blutdruckes im Herzen, in den Koronararterien, dem Aortenstamme usw. fort. Das ist ohne Zweifel für Personen, deren Gefäßsystem eine stärkere Spannung unter keinen Umständen mehr verträgt, eine Wohltat, ja geradezu ein Mittel zur Verlängerung des Lebens.

Nicht zu unterschätzen ist bei der Bewertung dieses Bitterwassers, daß es den Darm von einer unnatürlichen Ausdehnung seiner Muskelemente befreit, diese vor dem Verluste ihrer Kontraktilität und ihres Tonus schützt und damit auch für die Folge eine Rückkehr der Peristaltik zur Norm ermöglicht. Blut- und Lymphkreislauf werden infolge der rascheren Entfernung lebhafter, die sonst leicht eintretenden Schädigungen durch Darmtoxine bleiben aus und es erfolgen

mit der Zeit wieder spontane Stühle ohne erhebliche Mitwirkung der Bauchpresse.

Natürlich genügt es nicht, bei dem Arteriosklerotiker ausschließlich die Darmfunktionen zu regeln, denn außer deren Beeinträchtigung bestehen, wie schon angedeutet, noch mannigfache andere Ursachen, welche den endoarteriellen Blutdruck steigern und deshalb zu beseitigen sind. Man wird dem Betroffenen zu verordnen haben, daß er so viel wie möglich Überanstrengung des Körpers, Reizung seines Nervensystems und psychische Affekte zu vermeiden hat. Langsames Gehen unter tunlichster Vermeidung des Steigens, häufiges Ausruhen, wenn nötig mediko-mechanische Übungen unter ärztlicher Leitung, bei denen der Kranke nicht aktiv tätig zu sein braucht, angemessener Wechsel zwischen Arbeit und Erholung, Unterlassen aller sexuellen Exzesse, aller aufregenden Beschäftigungen und Vergnügungen sind geboten.

Von Wichtigkeit ist es, durch öftere, ergiebige Atmung den Kreislauf in Ordnung zu halten. Die Kost soll einfach, schlicht und mild, aber leicht resorbierbar und verdaulich sein. In möglichst kleinem Volumen soll sie das genügende Tagesquantum enthalten, sättigen, ohne den Magen anzufüllen. Zeitweilige kleine Mahlzeiten sind besser als einzelne kopiose. Auf gründliches, langsames Kauen ist zu achten, Kaffee, Alkohol und Fleischkost sind einzuschränken, Vegetabilien zu empfehlen, zumal saftige, weiche Gemüse und Früchte. Gleichzeitigen übermäßigen Fettansatz suche man durch Regulierung der Diät zu reduzieren, jedoch mit Vorsicht.

Alle solche palliative Vorschriften dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß jede Steigerung des endoarteriellen Druckes direkte und plötzliche Gefahr verursachen kann. Ihn stets auf geringstem Niveau zu erhalten, ist eine der Hauptindikationen und diese wird durch eine methodische Anwendung des erwähnten Bitterwassers cito, tuto et secunde erfüllt.

Diphtherie und Krupp, mit und ohne Serum behandelt.

Von **Dr. J. Fels**, Lemberg.

Seit der Entdeckung des Diphtherieserums durch BEHRING und Einführung der Behandlung mit demselben sind bereits zahlreiche Berichte aus Kliniken und Spitälern erschienen, welche die wunderbaren Erfolge dieses Heilmittels beleuchteten. Nachstehend möchte ich nun die Ergebnisse der Diphtherie- und Kruppbehandlung in meiner Privatpraxis seit Oktober 1898, also aus einem Zeitraume von nahezu 6 Jahren, zusammenstellen. In der Praxis nämlich sehen wir die Kranken oft viel früher als in den Kliniken und Spitälern, wo wieder die schweren und komplizierten Fälle gewöhnlich überhandnehmen. Meine Diagnosen waren zwar nicht bakteriologisch begründet, was noch immer auf mannigfache technische Schwierigkeiten stößt, sondern sie waren stets das Ergebnis einer genauen Krankenuntersuchung. Die charakteristischen Erscheinungen der Diphtherie sind bekanntlich der schwere Allgemeinzustand, Kopfschmerzen, Übeligkeiten, Temperatursteigerung, die übrigens oft nur gering sein oder auch gänzlich fehlen kann, und frequenter Puls; ferner Schwellung der Submaxillardrüsen, Schmerzen beim Schlingen, die manchmal bis in die Ohren reichen, Rötung und Schwellung des Rachens, sowie gelbgraue oder auch gründlichgraue membranöse Auflagerungen auf den Mandeln und am weichen Gaumen, ziemlich häufig serös-schleimiges oder eitriges Sekret aus der Nase als Ausdruck der Nasendiphtherie und nicht selten auch Eiweiß im Urin. Die Erscheinungen beim echten Croup laryngis sind Hitze, Dyspnoe, besonders aber verlängertes und erschwertes In- und Expirium, verbunden mit einem sägenden oder pfeifenden Geräusch (Stridor), Einziehungen des Jugulum, Epigastrium und der ganzen unteren Thoraxpartie, sowie Zyanose, raube, heisere Stimme und klangloser Husten und als wich-

tiges Unterscheidungsmoment vom falschen Krupp der Umstand, daß dieser Zustand längere Zeit bei Tag und bei Nacht anhält, während der falsche Krupp am häufigsten bei Nacht auftritt. Bedenkt man, daß die genauen Schilderungen und die Kenntnis der BRÉTTONNEAUSCHEN Diphtherie und des Krupp aus früheren Zeiten stammen und hauptsächlich nur aus den klinischen Erscheinungen aufgebaut wurden, so braucht man wohl keinerlei Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose zu erheben trotz des Mangels der bakteriologischen Bestätigung derselben. Wo übrigens diphtheritische oder kruppöse Membranen im Rachen angetroffen werden, ist auch das positive Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung höchst wahrscheinlich, und nur zu oft würde diese Untersuchung die kostbarste Zeit in Anspruch nehmen. Daraus ergibt sich auch die Regel, daß wenn der Arzt die klinische Diagnose Diphtherie stellt, das Serum unverzüglich anzuwenden ist, ohne erst die bakteriologische Untersuchung abzuwarten. Was nun den Croup verus laryngis betrifft, so beobachten wir bekanntlich Fälle, wo derselbe gleichzeitig oder sekundär mit Rachendiphtherie auftritt und selbständige Fälle von Krupp, die seltener sekundär in den Rachen aufsteigen oder aber in die Trachea und Bronchien hinabsteigen. Die diphtherische Ätiologie der ersteren Fälle unterliegt wohl gar keinem Zweifel, aber auch für die Fälle zweiter Art haben die neueren Untersuchungen gezeigt, daß sie größtenteils durch die LÖFFLERschen Bazillen hervorgerufen werden, daß sie somit eine Diphtherie des Kehlkopfes darstellen und also die Serumbehandlung hier ebenfalls in jedem Falle angezeigt erscheint. Manchmal aber können bei selbständigem Larynxkrupp die Membranen im Rachen deswegen fehlen, weil sie sich bereits zuvor daselbst abtoben, oder man findet noch solche in der Nase neben einem diphtherischen Sekret aus derselben.

Auch hat bereits die Serumbehandlung der Diphtherie gewissermaßen aufgehört, ein lebhaftes Thema zu sein und wird gegenwärtig fast von allen Ärzten als die größte Errungenschaft der neueren Medizin angesehen und niemand zweifelt wohl noch an der heilsamen Wirkung des Serums. Trotzdem bleibt aber diese Behandlungsmethode noch ziemlich neu und so wichtig für jedermann, daß es sich lohnt, noch einmal zu ihr zurückzukehren und ein Thema zu berühren, welches jetzt den Stolz der Ärzte bildet. Meine Erfahrungen über Diphtherie- und Kruppbehandlung stammen aus den letzten 6 Jahren, also bereits aus der Serumperiode, und ich bin diesbezüglich günstiger daran als ältere Kollegen, welche die Resultate der früheren, vorserösen Behandlung leider selbst kennen lernten, die wir Jüngeren hauptsächlich nur von Vorträgen her und aus Büchern kennen. Ich kann deshalb auch nicht wie jene aus eigener Erfahrung die Ergebnisse der früheren und der Serumbehandlung miteinander vergleichen und doch steht mir nebst einer Reihe von Fällen, die ich mit Serum behandelte, fast die gleiche Anzahl von Diphtherie- und Kruppfällen zur Verfügung, die ich — man möge mich nicht eines Kunstfehlers zeihen — ohne Serum behandelte. Indem ich mir die genauere Besprechung auch dieser Fälle vorbehalte, muß ich zu meiner Rechtfertigung schon hier erwähnen, daß ich manchmal zu einer solchen Behandlung gezwungen war durch den Widerstand und die Saumseligkeit abergläubischer Mütter, die sich der Serumeinspritzung widersetzen, da sie dieselbe für einen schweren und schädlichen Eingriff ansahen. Andererseits aber muß auch zugestanden werden, daß sich das Serum bereits das Vertrauen des weiteren Publikums erworben hat. Mitunter konnte auch das Serum nicht sofort angewendet werden, weil sich die Leute an dem hohen Preise des Serums stießen. Aber auch diese Fälle nahmen einen glücklichen Ausgang mit Ausnahme der wenigen, wo es bereits zu einer Serumeinspritzung und selbst zu anderen Eingriffen zu spät war.

Bei der Besprechung der Krankheitsfälle selbst ziehe ich es vor, dieselben in zwei Kategorien zu sondern, das ist in Diphtherie- und Kruppfälle, die mit Serum behandelt wurden,

und in solche, die ohne Serum behandelt wurden. Um jedoch nicht die geehrten Leser zu ermüden, will ich nicht etwa einzelne Krankengeschichten anführen, sondern werde mich mit einer kurzen Zusammenstellung der Fälle, entsprechend der erwähnten Einteilung begnügen.

Mit Serum wurden 30 Fälle behandelt, von diesen waren 21 Diphtheriefälle (14mal beiderseitig und 7mal auf einer Mandel), 2 Fälle von Croup laryngis und 7 Fälle von Diphtherie des Rachens und Krupp des Kehlkopfes, einmal sogar mit absteigenden Erscheinungen in den Bronchien, die sich rechts hinten durch ausgesprochene Dämpfung und bronchiales Atmen kundgaben. Besonders hervorzuheben ist noch, daß in drei Fällen die Krankheit als Croup laryngis begann und erst sekundär in den Rachen hinaufstieg. Von all diesen Fällen ist bloß einer zugrunde gegangen und betraf ein zehntonatliches Kind mit Diphtherie und kruppösen Erscheinungen, wo jedoch die Mutter erst am 6. Krankheitstage den Arzt holte; trotzdem ich im Laufe von 15 Stunden 2000 A. E. injizierte, starb das Kind 14 Stunden darauf. Alle anderen Fälle, in denen ich zweimal am ersten Tage, 17mal am zweiten Tage, viermal am dritten Tage, dreimal am dritten und vierten Tage, einmal am zweiten und dritten Tage und einmal am zweiten und vierten Tage spritzte, endeten glücklich, ebenso ein Fall, der einen 24jährigen Mann betraf und dem am siebenten und achten Tage zu je 2000 A. E. injiziert wurden. Das ergibt also eine Mortalität von 3·3%, und doch kann dieser Todesfall nicht auf Kosten oder zuungunsten des Serums gerechnet werden, denn BEHRING und alle Autoren warnen mit besonderem Nachdruck, daß das Serum nur in den ersten drei Krankheitstagen einen sicheren Erfolg gewährt, was auch meine Ergebnisse bestätigen. In 23 Fällen genügte eine einmalige Injektion von 1000 Immunitäten, in vier Fällen mußte innerhalb 24 Stunden, einmal nach 48 Stunden die Dosis erneuert werden und einmal wurden innerhalb 24 Stunden zweimal zu 2000 A. E. injiziert. Sofort 3000 oder sogar 4000 Einheiten zu injizieren, wie LACHMANSKI¹⁾ und BAGINSKY²⁾ bei älteren Kindern und in schweren Fällen empfehlen, halte ich für unnötig. Bei Scharlachdiphtherie habe ich das Serum nie angewendet.

Schädliche Nebenwirkungen, wie Schwellungen der Gelenke nach Seruminjektionen sah ich nicht, dreimal trat ein universeller Ausschlag auf, und zwar einmal am achten Tage nach Einspritzung von 1000 Einheiten PALTAUF'schen Serums eine allgemeine Urticaria, die zwei Tage anhielt; einmal trat am 14. Tage nach Einspritzung von 2000 A. E. BUJWID'schen Serums ein universeller kleinfleckiger Ausschlag auf, der einen Tag dauerte, und einmal trat am 12. Tage nach der Einführung von 4000 Einheiten BUJWID'schen Serums unter Temperatursteigerung von 38° ein Erythem auf, ausgehend von den Einspritzungsstellen auf den Extremitäten, Bauch, Rücken und Kreuzgegend, welches fünf Tage anhielt, während die Temperatur langsam herabsank. Zähle ich noch zwei Fälle hinzu, in denen ich eine prophylaktische Seruminjektion vornahm, ebenfalls ohne Ausschlag, so ergibt das einen Prozentsatz von 9·3 postseröser Exantheme. Den technischen Fortschritten in der Serumbereitung ist es übrigens gelungen, ein hochwertiges Serum zu bereiten, welches in einer geringen Menge von Tiereserum eine größere Anzahl von A. E. enthält — das BUJWID'sche Serum enthält in 4 cm³ in 1000 Immunitäten — weswegen die Nebenwirkungen sowie Serumexantheme viel seltener und leichter geworden sind. Auch Blutungen und Nephritis wurden früher der Serumwirkung zugeschrieben, aber man kann im Gegenteil sagen, daß das Serum die diphtheritische Nierenentzündung hintanhält, um so mehr, als von dem hochwertigen Serum viel geringere Quantitäten genügen und alles dafür spricht, daß etwaige

schädliche Nebenwirkungen nicht dem Antitoxin als solchem, sondern dem Serum bzw. den im Serum enthaltenen Eiweißstoffen und Salzen zuzuschreiben sind. Dank den genannten Verbesserungen in der Serumgewinnung sind auch verschiedene Vorkehrungen, die früher empfohlen wurden, um die schädlichen Nebenwirkungen des Serums zu verhüten, z. B. das Erwärmen des Serums vor der Injektion, völlig entbehrlich geworden. Erwähnen will ich noch hier, daß gegen die Nebenwirkungen der Sera, wie Exantheme, Gelenkschmerzen und Temperatursteigerungen, die Salizylpräparate eine prompte Wirkung haben sollen.

Was nun die genaueren Erfolge der Behandlung betrifft, so ist in sieben Fällen schon am nächsten Tage nach der Injektion die Hitze gesunken oder völlig geschwunden, siebenmal sank die Hitze oder schwand völlig am dritten Tage, viermal am vierten Tage und 11mal dauerte die Temperatursteigerung über vier Tage oder fehlen mir diesbezüglich genauere Angaben. Mitunter verbreitete sich der Belag noch nach der Einspritzung und zweimal entwickelte sich noch ein solcher auf der anderen Seite und traten auch einmal kruppöse Erscheinungen auf. Dies kann jedoch nicht dem Serum zur Schuld gelegt werden, denn selbes ist ja nur gegen die Antitoxine und nicht gegen die Bakterien wirksam. Die Beläge, die sich noch nach der Injektion bilden, sind eine Folge der Ausscheidung auf den Teilen der Schleimhaut, die bereits vor der Injektion infiziert waren. In manchen Fällen trat noch nachher ein schleimig-eitriges Sekret aus der Nase hervor als Ausdruck des Übergriffes auf die Nase und in den Fällen von Krupp hielt die Heiserkeit noch zwei Wochen und manchmal länger an. Ich verwendete stets mit gutem Erfolge das Serum aus dem Institute des Prof. BUJWID in Krakau, das bislang das billigste war und in 4—5 cm³ 1000 A. E. enthält, einmal verwendete ich das Serum von PALTAUF, das die gleiche Anzahl Immunitäten in einer etwas größeren Serummengenge enthält. Die Injektionen nahm ich immer unter die Haut des Bauches vor, natürlich muß das Kind von zwei Personen sicher gehalten werden. Im Beginne pflegte ich die Injektionsstelle mit Jodoformgaze und Heftpflaster zu bedecken, seit längerer Zeit jedoch gebe ich nach Abtrocknung mit Watte bloß einige Tropfen Jodoformkolloidum. Schlimme Folgen, wie Abszesse, kamen mir nie vor; manchmal entstand an der Injektionsstelle eine leichte Suffusion, die von einer angestochenen kleinen subkutanen Vene herrührt, aber nichts zu bedeuten hat. Einige Male traten an der Injektionsstelle Schmerzen auf, ohne daß jedoch eine Rötung und Schwellung bestand. Diese Schmerzen verschwanden gewöhnlich schon nach 6 Stunden und wurden durch kalte Umschläge gelindert.

Es erübrigt mir noch hervorzuheben, daß neben der Allgemeinbehandlung mit Serum auch die Lokalbehandlung nicht gänzlich zu vernachlässigen ist. Hierin liegt nämlich ebenfalls ein bedeutender Fortschritt der Serumbehandlung, daß sie die kranken Kinder von der Plage der fortschreitenden Ausspritzungen des Rachens und der Nase sowie von den schmerzhaften ätzenden Pinselungen befreit hat, und wir können sagen, alle lokalen Mittel, die früher gegen die Diphtherie empfohlen wurden, haben jetzt ihre Rolle ausgespielt. In frischen und leichten Fällen ist die lokale Behandlung neben der Serumanwendung völlig entbehrlich und die diphtherischen Beläge stoßen sich selbst ab. Bei etwas älteren Kindern sind schon für die Hygiene der Mund- und Rachenhöhle häufige Spülungen mit 2—3% Borsäure- oder Salizylsäurelösung zu empfehlen oder auch mit Kalkwasser zu gleichen Teilen oder im Verhältnisse von 1:2 mit reinem Wasser, was ja auch die Abstoßung der membranösen Auflagerungen befördert. Bei kleinen Kindern kann man 1—2mal täglich mit diesen Lösungen den Rachen ausspritzen. Die früher geübten Pinselungen jedoch mit verschiedenen antiseptischen und ätzenden Mitteln sind völlig unnötig, ja sogar schädlich, da sie die nekrotischen Fetzen und Bakterien noch

¹⁾ „Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Vereinsbeilage pag. 76.

²⁾ PENZOLDT und STINTZING, Handbuch der Therapie der Infektionskrankheiten, 2. Auflage.

tiefer ins Gewebe hineintreiben können. Dagegen ist in schweren ausgebreiteten und vernachlässigten Fällen auch die Lokalbehandlung absolut indiziert, bestehend bei bedeutender Rötung und Schwellung des Rachens in häufigen Eisumschlägen oder in der Applikation der Eiskrawatte, Schlingen von Eisstückchen, Fruchteis oder auch Trinken von Eiswasser zur Linderung der Schmerzen sowie häufige Spülungen oder Ausspritzungen mit den oben genannten Lösungen. Als das wirksamste lokale Mittel in mittelschweren und schweren Fällen mit ausgebreiteter Nekrose habe ich jedoch das Natrium sozodolicum kennen gelernt, wofür ich mir noch später bei Besprechung der Diphtheriefälle, die ohne Serum behandelt wurden, einige Worte vorbehalte. Hervorheben will ich auch, daß noch in letzter Zeit CURTIUS³⁾ häufige Pinselungen mit der LÖFFLERSchen Lösung⁴⁾ als ein wirksames lokales Mittel empfiehlt, das sowohl selbständig als auch neben der Serumbehandlung die besten Erfolge gewährt. Bei Krupp mußten immer neben dem Serum auch häufige Inhalationen mit Salz- oder Kalkwasser angewendet werden, im übrigen habe ich nur noch hier und da bei Kindern ein Decoctum chinae oder wenn nötig ein Expectorans verordnet.

Nur zweimal habe ich das Serum zu prophylaktischen Zwecken eingespritzt; einmal bei einem zweijährigen Kinde, dessen älterer Bruder an Diphtherie erkrankte, und erst tags darauf, als man bereits auf der linken Mandel einen weißen Belag von 1 mm Breite und etwa 6 mm Länge sehen konnte, willigten die Eltern in die prophylaktische Einspritzung, die von bestem Erfolge gekrönt war. Der zweite Fall betraf ein einjähriges Kind in einer Familie, in der am 6. November ein vierjähriges Mädchen und am 10. November ein dreijähriger Knabe erkrankten. Jetzt erst waren die Eltern mit einer prophylaktischen Einspritzung für das dritte gesunde Kind einverstanden, das auch gesund blieb. In beiden Fällen spritzte ich zu 1000 A. E. ein, da mir jedesmal soviel zur Verfügung stand, wiewohl als prophylaktische Dose entsprechend dem Alter des Kindes 200—300 Immunitäten, somit von den hochwertigen Seris 1—1½ PRAVAZsche Spritzen genügen. Nach BEHRING genügen als prophylaktische Dose bereits 100 A. E. und 250 Einheiten, um sogar im Inkubationsstadium den Ausbruch der Diphtherie zu verhüten. Aber die Seruminspritzung immunisiert bloß für 2—3 Wochen, und wenn die Gefahr der Ansteckung noch weiter besteht, so muß nach 2—3 Wochen die immunisierende Einspritzung wiederholt werden. Jedoch auch nach dem Überstehen der Diphtherie hält die Immunisation nur sehr kurze Zeit an und erneute Infektionen (Reinfectio) und Rezidive kommen gar nicht so selten vor und können sich auch einige Male wiederholen. Wiewohl es nicht an Autoren mangelt⁵⁾, welche behaupten, daß die echte Diphtherie nur selten einen Menschen wiederholt befällt, so lehrt doch die Erfahrung, daß die Diphtherie und besonders der Krupp, ich meine den echten, sowie das Erysipel und die genuine Pneumonie ein Individuum gerade wiederholt heimsucht, im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten, die den Menschen nur einmal befallen. Manche⁶⁾ glauben auch, daß nach dem natürlichen Überstehen der Krankheit eine bedeutendere Immunisierung zurückbleibt als nach der Serumbehandlung. Ich hatte diesbezüglich zwei interessante Fälle, von denen ich den ersten, als mit Serum behandelt, hier anführen möchte:

D. R., 4½ Jahre, Kutscherssohn, untersucht am 11. Januar 1903 mittags; seit 2 Tagen krank, Temperatur 38·5°, Puls 132, Submaxillardrüsen geschwollen, beide Rachenmandeln gerötet, ge-

³⁾ „Münchener med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 36.

⁴⁾ Die Zusammensetzung der LÖFFLERSchen Lösung ist folgende:

Rp. Mentholi	2·5
Solve in Toluol.	9·0
Alcohol. absol.	15·0
Liq. ferri sesquichl.	1·0
M. da ad lagen. flav.	

⁵⁾ NEUMANN, Briefe über Behandlung der Kinderkrankheiten. Berlin 1903.

schwollen, auf der rechten zwei gelbe Beläge von Erbsengröße, auf der linken einer von der gleichen Größe. Da ich noch nicht eine Angina follicularis ausschließen konnte, verordnete ich innerlich Acid. hydrochl. dil. 1%, 3% Borsäurelösung zum Gurgeln und kalte Umschläge um den Hals. Jedoch ging es dem Kinde immer schlechter, der Atem wurde schwer, so daß ich um 9 Uhr abends wieder geholt werden mußte. Die Temperatur betrug 39°, beide Beläge auf der rechten Mandel zu einem einzigen von der Größe eines Hellers vereinigt, der Belag auf der linken Mandel ebenfalls größer, der Atem schwer, beschleunigt. Ich injizierte sofort 1000 A. E., das Kind fieberte noch 3 Tage.

Am 7. Februar, also nach etwa 3 Wochen, wurde ich wieder zu demselben Kinde geholt und die Untersuchung ergab: Seit zwei Tagen Hitze, klagt über Hals- und Kopfschmerzen, sehr abgeschwächt, kein Appetit, Temperatur 38·7°, Puls 144, die linke Rachenmandel gerötet, stark geschwollen und auf ihr ein gelblichgrüner Belag von über Zweihellergröße, am unteren Rande etwa 3 mm dick, der Rachen eng, die Drüsen unter den Kieferwinkeln geschwollen. Die Behandlung bestand auch diesmal in der Injektion von 1000 A. E. und Spülung mit 3% Borsäure.

Die Immunisierung dauerte also nach dem Überstehen der mit Serum behandelten Diphtherie nur drei Wochen. RAUTENBERG sah sogar einen Fall, wo ein Kind am 11. Tage nach der Injektion von 3000 Immunitäten an Diphtherie erkrankte, und CURTIUS erlebte bei einem nicht mit Serum behandelten Kinde eine erneute Infektion nach 14 Tagen.

(Schluß folgt.)

Referate.

F. LESSER (Berlin): Zur Ätiologie und Pathologie der Tabes, speziell ihr Verhältnis zur Syphilis.

Der Autor machte das ihm von LANGERHANS und BENDA zur Verfügung gestellte Obduktionsmateriale der Krankenhäuser Moabit und Urban zum Gegenstande seiner rein statistischen Untersuchungen. Dieselben mußten sich naturgemäß auf die seitens der Obduzenten erhobene anatomische Diagnose Syphilis stützen. So leicht nun dieselbe auch zu stellen sein mag, wo sich rezente Syphilisprodukte, Ulzerationen, Narben oder Gummen vorfinden, so schwierig in der Deutung können leichte Organ- und Gewebsveränderungen sein, die von den Autoren dann als Syphilis aufgefaßt werden. Nichtsdestoweniger glaubt L. zu verwendbaren Zahlen zu gelangen, weil die gleichen Fehlerquellen bei Beantwortung seiner beiden Fragen gleich schwer in die Waagschale fallen. Diese zwei Fragen sind: In wieviel Prozent bei Sektionen von Tabikern und in wieviel bei Sektionen aller über 35 Jahre alten Verstorbenen anatomisch Syphilis nachweisbar ist. Die Antwort auf Basis des genannten Obduktionsmaterials lautet („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 4): Bei Tabikern ist Syphilis in 28%, bei dem anderen Material bloß in 9·5% anatomisch zu erweisen. Es ergibt sich daher für einen Teil der Tabesfälle unbedingt ein Zusammenhang mit Syphilis. Ist nun für diesen Teil der Fälle die Tabes als direkte Syphiliserkrankung anzusehen? Der Autor bejaht diese Frage; er setzt die Tabes in Analogie zu der von ihm gleichfalls in einer früheren Arbeit beleuchteten glatten Zungenatrophie und sieht in beiden das sogenannte quartäre Syphilisstadium repräsentiert, das sich durch interstitielle Wucherung mit sekundärer parenchymatöser Degeneration und schließlich im Ausgang in irreparable Veränderungen charakterisiert, denen gegenüber auch Quecksilber und Jod ohne Einfluß sind. Nach ihm heilt die Syphilis in den meisten Fällen nicht aus, sondern führt mit Umgehung der tertiär-gummösen Prozesse zu den quartären Syphilismanifestationen. Die Tabes ist demnach eine interstitielle Entzündung mit nachfolgender Atrophie, resp. Degeneration der nervösen Elemente, in ähnlichem Sinne, wie auch die glatte Zungenatrophie das Resultat desselben Vorganges wäre. Nebenbei bemerkt wurden die Anschauungen des Autors bezüglich der letzteren von HELLER (Charlottenburg) zurückgewiesen. Für

jenen anderen Teil der Tabesfälle, bei welchen keine anatomische Syphilis zu konstatieren war, glaubt der Verfasser annehmen zu können, daß sicherlich auch andere Momente als Syphilis derartige interstitielle Entzündungen mit ihren Folgezuständen hervorrufen könnten.

DEUTSCH.

GEORG FRIEDLÄNDER (Berlin): Zur Frage der Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

Verf. sucht auf Grund eigener Beobachtungen (12), sowie auf Grund des Materials der chirurgischen Klinik der Charité seit Dezember 1895 und der ausführlichen Sektionsdiagnosen der pathologisch-anatomischen Anstalt des städtischen Krankenhauses am Urban seinen Standpunkt klarzulegen. („LANGENBECKS Archiv“, Bd. 70, H. 1):

Bei den 88 Sektionen am Urban lag immer mindestens eine gleichzeitige Erkrankung von Nachbarorganen vor; die zwingende Notwendigkeit, eine hämatogene Infektion anzunehmen, war niemals vorhanden. Es bleiben 9 Fälle, bei denen die Peritonitis tuberculosa die alleinige Todesursache gewesen ist, zu diesen fügt Verf. 22 chirurgische Fälle, bei denen ebenfalls Erkrankungen anderer Organe nur unwesentlich vorhanden waren. Für alle diese Fälle war die letzte Todesursache eine einheitliche: äußerste Macies und Kachexie, für deren Ausbildung neben der verminderten Nahrungsaufnahme der chronisch fieberhafte Zustand, die langdauernde Eiterung, außerdem in einem gewissen Teil der Fälle die Kotfistel verantwortlich zu machen waren. Um die Wirkung der Laparotomie zu beurteilen, sucht Verf. einzelne Gruppen von Fällen zusammenzufassen und in ihrem Verhalten zur Laparotomie zu betrachten. Die Analogie mit anderen subakuten und chronischen Ergüssen seröser Höhlen liegt sehr nahe. Solange der infektiöse Prozeß noch florid ist, hilft das einfache Ablassen des Exsudats nicht, das Exsudat kehrt wieder. Ist der infektiöse Prozeß vorüber und das Exsudat wird nicht resorbiert, so kann man es ablassen, ohne daß es wiederkehrt; ein derartiges Exsudat in der Bauchhöhle muß auf Darmbewegung, Digestion und Resorption höchst schädlich wirken und abgelassen werden. Es gibt außerdem Fälle, die mit größter Wahrscheinlichkeit ohne Operation zugrunde gegangen wären. Es haben sich z. B. mit Eiter gefüllte Abkapselungen in der Bauchhöhle gebildet — undulierende Tumoren, bei Frauen Ovarialzysten vortäuschend; hier ist der Prozeß längst zum Stillstand gekommen —, nur ein chronisches Fieber, von ständiger Eiterung unterhalten, führt zur Kachexie. Öffnet und reinigt man derartige tuberkulöse Abszesse, so heilen sie aus, das Fieber und die Kachexie hören auf. Die Laparotomie hat ferner die Entstehung von Adhäsionen zur Folge, durch die verhütet wird, daß neue Infektionen der Bauchhöhle erfolgen; außerdem soll durch das sich bildende Bindegewebe und seine allmählich erfolgende narbige Schrumpfung die fibröse Metamorphose der Tuberkel erreicht werden.

Verf. faßt das Ergebnis seiner Arbeit folgendermaßen zusammen: Es ist nicht nötig, unbekannte Vorgänge anzunehmen, um die Effekte der Laparotomie zu erklären. In Fällen, wo man vermuten kann, daß die entzündlichen Erscheinungen abgelaufen sind, soll man ein stagnierendes Exsudat beseitigen, am besten durch Laparotomie. In Fällen, in denen undulierende Tumoren fühlbar sind, Abkapselungen, die mit Eiter oder stagnierendem Sekret angefüllt, Zysten vortäuschen können, muß die Laparotomie gemacht werden, die in solchen Fällen häufig lebensrettend wirkt. Die Entstehung einer Darmfistel wird durch die Laparotomie begünstigt. In Fällen, wo man zweifelhaft ist, ob eine Laparotomie bereits indiziert ist oder nicht, muß man auch die Gefahr einer Darmfistel berücksichtigen, welche bei der chirurgischen Behandlung wesentlich größer ist als bei einer internen. Bei der Operation müssen vorhandene Verwachsungen nach Möglichkeit geschont, die Bauchwunde per primam geschlossen werden. B.

ICHIGIRO KOKAWA (Leipzig-Japan): Zur pathologischen Anatomie der Kapselbazillen-Pneumonie etc.

Die erkrankten Lungenteile erfahren gewöhnlich eine sehr bedeutende Umfangzunahme. Die Erkrankung kann einen ganzen

Lappen der Lunge oder herdweise eine Partie eines Lungenlappens betreffen („Deutsches Archiv für klinische Medizin“, Bd. 80, H. 1 und 2). Die Schnittfläche der erkrankten Lungenteile ist meistens mehr oder weniger deutlich körnig, selten ganz glatt. Sie zeichnet sich durch außerordentliche Schlüpfrigkeit und reichlichen Gehalt an Schleim im Exsudat aus, und zwar um so auffallender, je jünger das Krankheitsstadium ist. Allerdings kommt die schleimige Beschaffenheit der Schnittfläche nicht ausschließlich der Bazillenneumonie zu, sie wird auch in späteren Stadien der Diplokokkenpneumonie nicht selten beobachtet. Der Krankheitsprozeß äußert sich histologisch einerseits in der Veränderung des Lungenepithels, in Anschwellung, Wucherung, Desquamation, teilweise Nekrose und Zerfall der Epithelzellen, andererseits im Austritt von roten Blutkörperchen sowie Blutfüssigkeit und Leukozyten. Die Reihenfolge der histologischen Gewebsveränderungen scheint bei der Bazillenneumonie mehr oder weniger ähnlich zu sein, wie bei der Diplokokkenpneumonie. Im Stadium der roten Hepatisation kommt bei der ersteren auch mehr oder weniger Hämorrhagie vor, aber nicht so reichlich wie bei der letzteren, so daß man also bei Bazillenneumonie außer starker Füllung der Blutgefäße die Hämorrhagie nicht als Charakteristikum für die rote Hepatisation ansehen kann. Das Fibrin, welches bei der Diplokokkenpneumonie in dem Stadium der grauen Hepatisation am meisten ausgebildet ist, kommt bei der Bazillenneumonie auch zur Ausbildung, aber sehr viel spärlicher. Die ausgewanderten Leukozyten sind bei der Bazillenneumonie im ganzen sehr viel größer durch das Auftreten der bazillenhaltigen Vakuolen als bei der Diplokokkenpneumonie und machen mit den Epithelzellen in fortgeschrittenen Stadien den Hauptbestandteil des Exsudates aus. Sehr charakteristisch für die Bazillenneumonie ist das Verhalten der Bazillen im erkrankten Gewebe. Im Krankheitsbeginn machen sie mit dem Schleim und Epithelzellen den Hauptinhalt der Alveolarräume aus. Der größte Teil der Epithelzellen (im fortgeschrittenen Stadium auch viele der Leukozyten) erleidet dabei charakteristische Veränderungen, namentlich sehr starke Aufquellung und Vakuolenbildung durch Aufnahme der Bazillen. Daß diese Vakuolen von den schleimigen Hüllen der Bazillen stammen, ist daraus zu ersehen, daß fast in jeder Vakuole eine oder mehrere Bazillen vorhanden sind. Die Beteiligung der Bronchien und Pleura an dem Krankheitsprozeß ist bei der Bazillenneumonie genau dieselbe wie bei der Diplokokkenpneumonie. Die ersteren zeigen das Bild eines Katarrhs, die letztere (Pleura pulmonalis) zellig-fibrinöse Auflagerungen. Fibrinöse Gerinnsel in den Bronchien scheinen nicht vorzukommen. BR.

WILHELM HAHN (Wien): Tuberkulose und Schwangerschaft.

Die Schwangerschaft ist eine schwere Komplikation der Tuberkulose, und zwar desto schwerer, je öfter sie eintritt. In das Programm der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit muß die Verhütung der Konzeption tuberkulöser Frauen aufgenommen werden („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 50).

Ist Schwangerschaft eingetreten, so ist die Frau unter ständiger ärztlicher Kontrolle zu halten. Tritt Verschlimmerung ein, so kann der künstliche Abort in Gegenwart eines zweiten Arztes nach Aufnahme eines Protokolles und unter Zustimmung der Frau eingeleitet werden. Das Leben der Mutter steht, wie schon LEYDEN sagte, unter allen Umständen höher, als das des Kindes. In den späteren Monaten der Schwangerschaft bietet die Einleitung der künstlichen Frühgeburt gegenüber der Geburt am normalen Ende keine Vorteile und ist an und für sich ein für eine tuberkulöse Frau nicht unbedenklicher Eingriff. Da außerdem eine tuberkulöse Frau ein ganz gesundes Kind gebären kann, das, in entsprechende Lebensverhältnisse gebracht, günstige Lebenschancen hat, so wäre es ein Unrecht, das Kindesloben zwecklos zu opfern. Da die Schwangerschaft an und für sich an den menschlichen Organismus enorme Anforderungen stellt, so ist einer tuberkulösen schwangeren Frau desto mehr Fürsorge zuzuwenden, und wird es Aufgabe der Hilfsvereine für Tuberkulöse sein, diesen Kranken vor allen ihre Hilfe angedeihen zu lassen. Von einem prinzipiellen Standpunkte der Unterbrechung der

Schwangerschaft bei Tuberkulose, wie ihn MARAGLIANO und HAMBURGER einnehmen, kann somit keine Rede sein. Die Frage der Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft und der dagegen einzuschlagenden Maßnahmen ist vielmehr eine sehr komplizierte und kann vielleicht in der oben angegebenen Weise einer halbwegs befriedigenden Lösung zugeführt werden. G.

IWANOFF (St. Petersburg): Unterbindung der Beckengefäße bei vernachlässigtem Uteruskarzinom.

J. hat in 15 Fällen von vernachlässigtem Uteruskarzinom die Beckengefäße unterbunden. Von diesen 15 Patienten sind 12 noch am Leben und arbeitsfähig und von diesen ist die eine Patientin bereits 2 Jahre 8 Monate, zwei sind 2 Jahre 7 Monate am Leben. Verf. stellt folgende Schlüsse („Wratschebnaja Gazetta, 1904, Nr. 31): 1. Nach der Unterbindung der Beckengefäße bei Uteruskarzinom hören die Blutungen für mehr oder minder längere Zeit auf. 2. Der Zerfall der karzinomatösen Massen hört nur für kürzere Zeit auf. 3. Die Wucherung der Geschwulst hört nicht auf, sondern erfährt eine bedeutende Verlangsamung. 4. Der Uteruskörper verfällt der Atrophie, die Blutungen stellen sich nicht vor 4 Monaten nach der Operation wieder ein und sind ziemlich spärlich. 5. Die Kachexie tritt weit langsamer ein. 6. Gegen die Entleerungen beim Zerfall der karzinomatösen Massen sind Curettement und Kanterisation angezeigt. 7. Eine Indikation zu diesem Verfahren ist in denjenigen Fällen gegeben, in denen wegen zu großer Ausdehnung der karzinomatösen Geschwulst im kleinen Becken eine Radikaloperation durch die Bauchwand nach der Methode von WERTHEIM ausgeschlossen ist. L—Y.

BAKEŠ (Trebtsch): Ein neues Verfahren zur operativen Therapie der chronischen Nephritis.

Verf., der die Dekortikation beider Nieren nach EDEBOHLS in einem Falle von chronischer Nephritis mit anscheinend gutem Erfolge vorgenommen hat, schlägt eine Modifikation dieser Operation vor, die geeignet erscheint, den Erfolg rasch und sicher herbeizuführen („Zentralbl. f. Chir.“, 1904, Nr. 14).

EDEBOHLS ist bestrebt, durch Entfernung der derben Nierenkapsel neue, die Blutzirkulation in der kranken Niere begünstigende Gefäßverbindungen zwischen der Niere und ihrer Umgebung zu schaffen. Nun eignet sich nach Ansicht des Verf.s die relativ gefäßarme Fettkapsel wenig zur Bildung neuer Gefäßverbindungen, Verf. hat daher die Niere nach der Dekortikation von allen Seiten mit Netz umgeben, das er durch einen Peritonealschlitz durchgezogen und zum Teil an der Niere selbst, zum Teil an die Umgebung derselben befestigt hat. Als zweite Methode zur leichten Bildung von Gefäßverbindungen gibt Verf. die intraperitoneale Verlagerung der dekortizierten Niere, und zwar zwischen den Mesenterialwurzeln des Dünn- und des Dickdarms, an. Die erste Methode hat Verf. bereits in einem Falle von „großer weißer Niere“ angewendet, die zweite ist nur an Leichen ausprobiert worden.

ERDHEIM.

AD. MRÁZEK (Prag): Zur physiologischen Wirkung heißer Wassertrinkkuren.

Nach Genuß einer größeren Menge gewöhnlichen, 45—55° heißen Trinkwassers oder gleichmäßig temperierten, alkalisch-salinischen Karlsbader Wassers steigt die Temperatur, und zwar in der Achselhöhle bis um 0.89°, im Rektum bis um 1.10°, wobei gleichzeitig auch der Puls um 18 Schläge, die Respiration um 4.5 Atemzüge in der Minute erhöht werden („Rozpravy čes. akademie“, Bd. XI, Nr. 9). Je größer die Differenz zwischen der Wasser- und Körperwärme, desto größer sind die Veränderungen, die in 10—20 Minuten ihren Gipfel erreichen und erst nach Stunden zur Norm zurückkehren. In derselben Zeit kann eine Erschlaffung der Arterienwände sowie eine zwar kleine, aber konstant auftretende Leukozytose beobachtet werden. Alle diese Erscheinungen sind größer nach gewöhnlichem heißem Wasser als nach Karlsbader. Ebenso steigt danach bei gesunden Menschen die Diaphoresis, und

besonders die Diurese, und zwar wieder nach gewöhnlichem Wasser mehr als nach dem Karlsbader, nach welchem dagegen eher eine erhöhte Darmperistaltik zur Geltung kommt. Mit der erhöhten Diurese vergrößert sich auch entsprechend die Menge des ausgeschiedenen Stickstoffes, besonders nach dem Mineralwasser erhöht sich der Prozentsatz des fäkalen Stickstoffes. Die erhöhte Stickstoffausscheidung beschränkt sich nicht nur auf die eigentlichen Trinktage, sondern kann auch in den nächsten Tagen nachgewiesen werden, so daß sie nicht nur durch mechanische Auslaugung des vielleicht zurückgehaltenen Harnstoffs, sondern durch wirklichen Zerfall stickstoffhaltigen Gewebes im Organismus erklärt werden kann; dieser Zerfall ist bei gewöhnlichem Wasser größer, als bei dem Karlsbader. Die Erhöhung der Diurese, Defäkation und des Gesamtstickstoffgehaltes hat einen entschiedenen Einfluß auf das Körpergewicht, das sich somit verringert. Im Verhältnis mit dem Wachstum des Stickstoffgehaltes erhöht sich auch die ausgeschiedene Menge der Harnsäure, und zwar nicht nur an den Trinktagen, sondern auch später, so daß höchstwahrscheinlich angenommen werden kann, daß die Erhöhung mit dem Protoplasmazerfall der Gewebe und der erhöhten Leukozytose im Zusammenhange steht.

STOCK.

E. A. HEIKING (St. Petersburg): Chirurgische Behandlung der eitrigen Perikarditiden.

Es handelt sich („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 13) um einen 28jährigen Patienten, dem ein Balken gegen den Brustkorb geflogen ist und der dann unter Schüttelfrost und Atemnot erkrankte. Letztere war so schwer, daß der Pat. permanent in sitzender Stellung verbleiben mußte. Die Besichtigung ergibt auf der linken Seite des Brustkorbs vorn von oben bis nach unten durchwegs eine phlegmonöse Schwellung und an einer bestimmten Stelle zwischen der 2. und 3. Rippe Fluktuation. Von seiten der Lungen nichts Abnormes. In Anbetracht der hochgradigen Atemnot und des Nachlasses des Blutdrucks (die Harnentleerung war stark herabgesetzt) konnte man an eine Pericarditis per continuitatem denken. Am nächsten Tage Operation. In der Höhe der 3. Rippe wurde eine Inzision gemacht, dabei unterhalb des M. pectoralis ein großer Abszeß und Nekrose der Rippe konstatiert. Da die Geschwulst sich an dieser Stelle vorstülpte, so wurde unterhalb der Rippe eine 5 cm lange Inzision ausgeführt, wobei das Messer in das Perikard, und zwar in die Gegend der großen Gefäße gelangte. Ursprünglich waren die Herzkontraktionen unregelmäßig, dann aber wurden sie mit der fortschreitenden Entleerung des Eiters aus der Perikardialhöhle (es waren zirka 1½ l Eiter vorhanden) regelmäßiger. Auffallend war, daß das Herz auf dem Abszeße schwamm. Nach Entleerung des Eiters wurden ohne vorangehende Ausspülung der Perikardialhöhle zwei Drains eingeführt und ein Verband angelegt. Postoperatives Stadium gut. Am 12. Tage wurden die Drains entfernt, am 15. Tage stand der Patient auf und am 21. konnte er entlassen werden. Herzdimensionen bei der Entlassung: obere Grenze an der 3. Rippe, rechte am rechten Sternalrand, linke 1½ cm links von der Mammillarlinie. Nach 3 Monaten waren die Herzdimensionen ungefähr normal. Puls 72—76 in der Minute, nur bei Bewegungen steigt er bis 100.

An der Hand des vorstehenden Falles stellt Verf. einige epikritische Betrachtungen an. Vor allem ist die Lage des Herzens im Verhältnis zum Exsudat von Interesse. Diese Frage ist durch die experimentellen Untersuchungen von SCHAPOSCHNIKOW klargelegt, der bewiesen hat, daß das Herz bei exsudativen Perikarditiden dieselbe Lage einnimmt wie im Falle H.s. Bezüglich der Behandlung spricht sich Verf. gegen die Punktion des Perikards bei eitriger Perikarditis aus. Die Punktion des Herzens ist stets mit der Gefahr einer Verletzung der Pleura oder des Herzens verknüpft; viele Autoren haben bei der Punktion das Herz verletzt und bei der Extraktion statt Exsudat reines Blut austreten sehen, worauf gewöhnlich bald der Tod eintrat. Ferner fördert die Punktion die Entstehung von adhäsiver Entzündung und Verwachsung der Perikardialblätter. Infolgedessen treten einige Autoren sogar für vollständige Streichung der Punktion aus der Reihe der diagnostischen Hilfsmittel ein. Jedenfalls ist die Punktion so selten wie möglich und

nur als ultima ratio vorzunehmen. Sobald die Probepunktion seröse oder eitrige Flüssigkeit zutage fördert, muß man sofort zur Operation schreiten. Es gibt zwei Operationsmethoden: diejenige durch den Interkostalraum und diejenige der Rippenresektion. Als Operationsstelle kommt, wenn eine Wahl überhaupt möglich ist, der Interpleuralraum in Betracht, der dem unteren Ende des Brustbeins und einem kleinen Streifen links vom linken Sternalrand entspricht. Die Probeinzision ist im 6. Interkostalraum zu machen, wobei man sich an den Rand des Brustbeins anlehnt. Reseziert wird am besten der Knorpel der 6. Rippe. L—y.

CRUVEILHIER (Paris): De la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la diphthérie suivant les doses et la voie de pénétration.

Während über den Nutzen der Serotherapie der Diphtherie bereits Übereinstimmung besteht, sind die Meinungen über die anzuwendenden Mengen, über die Wiederholung der Injektionen und über den Ort der Einverleibung noch verschieden. Verf. versuchte es daher, diese Fragen im Tierversuch (an Meerschweinchen) zu lösen („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 41). Die wesentlichen Ergebnisse seiner Versuche sind, daß sowohl bei der Diphtherie als bei dem Tetanus das Heilserum nach einem gewissen Zeitpunkt wirkungslos ist, wie immer es auch angewendet werden mag, daß es ferner bei der Diphtherie vorteilhaft ist, auf einmal große Serumdosen zu verwenden, daß die Injektion wenigstens in den schweren Fällen wiederholt werden sollte und daß die intravenöse Injektion bei der Diphtherie sowohl wie bei der Pest am allerwirksamsten ist und therapeutisch den größten Wert hat.

Dr. S.

SABOURAUD (Paris): Les teignes cryptogamiques et les rayons.

Die eingehenden Untersuchungen des Verf.s („Annales de l'institut Pasteur“, 1904, pag. 7) führen ihn zu dem Schlusse, daß die Radiotherapie des Kopfgrindes einen enormen Fortschritt bedeute. Während die Behandlungsdauer früher im Mittel 18 Monate betrug, reduziert sie sich bei der neuen Behandlungsweise auf 3 Monate. Der große Gewinn, den diese Abkürzung der Behandlung bedeutet, ist erst ganz zu ermessen, wenn man bedenkt, daß Paris ungefähr 4000 Favöse beherbergt, daß l'assistance publique von Paris ungefähr 450 derselben in Spitalspflege hat, und daß ihre jährlichen Ausgaben für dieselben ungefähr 450.000 Franks (inklusive der in der Stadt Verpflegten) betragen. Während es daher bislang mangels an Platz im Spital und mangels an Geldmitteln nicht möglich war, alle Kranken zu behandeln, kann dies nunmehr in Anbetracht der wesentlich kürzeren Behandlungsdauer durchgeführt werden.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Über den **Alpinismus im Kampfe gegen die Tuberkulose** berichtet WEBER („Zeitschr. f. Tuberk. u. Heilst.“, 1904, Nr. 3). Vernünftig betriebener Alpinismus hat nach W. folgende Wirkungen auf den Körper: Erhöhte Hauttätigkeit und Ernährung derselben. Kräftigung der Herztätigkeit bei erschlafte Herz-muskulatur, so daß richtig organisierte Bergtouren als Spezifikum bei erschlafte Herz-muskulatur anzusehen sind. Das ist die sogenannte Herzmassage. Durch die vergrößerte Inspirationszahl im Anfang der Bergtouren und die tiefen Inspirationen bei längerer Dauer der Bergpromenaden wird das Lungengewebe bis zu den feinsten Bronchialverzweigungen kräftig entwickelt, dabei der Brustkasten erweitert und der Muskelapparat desselben in ganz außergewöhnlicher Weise tonisiert. Durch diese Touren wird die Ausscheidung von Flüssigkeiten bei der Evolution verstärkt, mit derselben der überflüssige Gehalt von Kohlensäure aus dem Organismus rascher entfernt. Der Appetit wird anfangs zeitweilig, später nachhaltig angeregt, wodurch der Blutbereitungsprozeß sowie die allgemeine Ernährung befördert werden. Die Energie des Nervensystems und der Muskulatur wird gesteigert. Der Schlaf wird verbessert und wirkt kräftigend. Der

Stoffwechsel wird erhöht. Es ist klar, daß wir diese Wirkungen zur Verhütung der Tuberkulose verwenden können, wenn wir schon die Jugend zum Wandern und Bergsteigen erziehen.

— Über die **Behandlung der Amöbendysenterie** und einige andere tropenmedizinische Fragen berichtet FISCH („Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene“, 1904, II. 5). Er spricht sich pessimistisch bezüglich der erfolgreichen Behandlung dieser „furchtbaren Krankheit“ aus, welches Mittel man auch anwenden möge. Bemerkenswert ist die außerordentlich ungünstige Beurteilung der Ipekakuanatherapie. Verf. empfiehlt Extract. Filic. mar. aether. à 1.0 g 4- bis 5mal täglich in Gelatine-kapseln 2—3 Tage lang. Später $\frac{1}{2}$ —1% Ichthyollösung als Klysma. Er legt den Hauptwert auf die Prophylaxe, die er aber ebenfalls für sehr schwierig hält, obgleich er anscheinend das Wasser als einzige Infektionsquelle betrachtet. Für die Chininprophylaxe ist Verf. von den früher empfohlenen wiederholten Grammgaben in langen Zwischenräumen (10—12 Tage) zurückgekommen und gibt jetzt jeden vierten Tag Chinin, wobei das Schwarzwasserfieber excessiv selten wird. Framboesia und Gundu erklärt er für syphilitischen Ursprungs. Er meint, daß der „klimatische Bubo“ nichts Syphilitisches habe, sondern lediglich die Folge von Hautinfektionen sei.

— In der **Scharlachtherapie** verwendet NASAROW reichlich Ichthyol und Oleum terebinth. („Deutsche Med.-Ztg.“, 1904, Nr. 78). Die Behandlung besteht in folgendem: Sobald die Diagnose feststeht, verordne man Ichthyol in Kapseln, wenn es sich um ein Kind handelt, welches Kapseln schlucken kann; ist dies nicht der Fall, so versuche man, das Ichthyol in Wasser zu geben, was wegen des höchst widerlichen Geschmacks des Mittels leider selten gelingt. Gelingt es nicht, Ichthyol in wässriger Lösung dem Kinde beizubringen, so verordne man Oleum terebinth. rectif. in Milch, was die Kinder lieber nehmen. Wenn auch das Oleum terebinth. nicht vertragen wird, so bleibt nichts anderes übrig, als dasselbe subkutan in Substanz einzuführen, wie es PIADOR Y FAWA getan hat. Das Ichthyol muß unmittelbar vor der Einnahme in die Kapseln hineingegossen werden, weil es sonst innerhalb einer halben Stunde die Kapseln auflöst. Erwachsenen gibt N. bis 50—60 Tropfen dreimal täglich. Vom Oleum terebinth. erhalten Kinder bis zu 5 Jahren 10 Tropfen, bis zu 10 Jahren 12—15 Tropfen, Erwachsene 30 Tropfen dreimal täglich.

— Über das **Verhalten des Pepsins bei verschiedenen Magenkrankheiten** berichtet ROBIN („Archiv f. Verdauungskh.“, Bd. 10). Der erste Teil der Publikation verfolgt den Zweck, die von HAMMERSCHLAG, bzw. METTE erhaltenen Resultate kurz zu betrachten und die gegen beide Methoden erhobenen Einwände kritisch zu würdigen. Das Ergebnis der Betrachtung ist, daß R. die HAMMERSCHLAG'sche Methode zur Prüfung der menschlichen Magensäfte für die geeignetere hält. Als normale Pepsinzahl ist 50—70% zu betrachten. Einen Parallelismus zwischen HCl- und Pepsinausscheidung gibt es nicht. Bei schleimigem Magenkatarrh sind fast immer normale Pepsinquantitäten zu beobachten. Beim Magengeschwür verhalten sich die Pepsinzahlen ähnlich wie bei Hyperazidität, jedoch vermindern sich beim Übergang von Ulkus in Karzinom vor allem die Quantitäten der freien HCl, dagegen die des Pepsins erst im Laufe der Zeit. Bei Magenkarzinom sind die Pepsinzahlen meist niedrig, zwischen 0—36% schwankend, doch findet man auch normale Mengen, keinesfalls darf man demnach bei mangelnder freier HCl und vorhandener normaler oder gesteigerter Pepsinmenge ein Magenkarzinom ausschließen. Auch ist man auf Grund der Pepsinzahl allein nicht imstande, Magenkarzinom und Achylia simplex zu unterscheiden.

— Das **Lecithin** ist bekanntlich nach den Untersuchungen von STRECKER, HUNDESHANGEN und GILSON eine ätherartige Verbindung der von zwei Fettsäureradikalen substituierten Glycerinphosphorsäure mit einer Base, dem Cholin („Therap. Monatsh.“, 1904; „Journ. d. méd. int.“, 1904 etc.). Es findet sich nach HOPPE-SEYLER in fast allen bisher darauf untersuchten tierischen und pflanzlichen Zellen und ebenso in fast allen tierischen Säften. Besonders reichlich kommt es im Gehirn, den Nerven, Fischeiern, den elektrischen Organen von Rochen, im Eidotter, sowie im Sperma und Eiter, dem Blutplasma, der Lymphe, Milch und Galle

und in anderen tierischen Säften oder Flüssigkeiten vor. Das Lecithin repräsentiert sich in trockenem Zustande als wachsähnliche, knetbare Masse, die von Chloroform, Schwefelkohlenstoff, Benzol, fetten Ölen und erwärmtem Alkohol gelöst wird. Weniger löst es sich in Äther. Die große Verbreitung des Lecithins schon spricht für seine Bedeutung. Es äußert eine günstige Einwirkung bei den verschiedensten Beschwerden des Greisenalters, verkürzt die Rekonvaleszenz nach akuten Krankheiten und bessert die verschiedensten Ernährungsstörungen. Die Lecithinbehandlung kann an Stelle der Phosphorbehandlung treten. GILBERT und FOURNIER verwendeten das Lecithin in vorteilhafter Weise bei Neurasthenie und verschiedenen anderen Nervenkrankheiten, LANCEREAUX und PAULESCO bei pankreatischem Diabetes sowie anderen Ernährungsstörungen. G. CARRIÈRE, der Rachitis mittelst Lecithinlebertran behandelte, konstatierte binnen 4—6 Monaten Stillstand der Krankheit und in einzelnen Fällen vollkommene Heilung. Ferner ist die Anwendung des Lecithins bei allen Krankheitsformen indiziert, bei welchen die Phosphorausscheidung im Harn vermehrt ist, also bei Diabetes, Phosphaturie, zerebralen und Rückenmarksleiden, Osteomalazie, Rachitis, Neurasthenie usw. HARTENBERG vermochte durch subkutane Injektionen von Lecithin bei Tabes, allgemeiner Paralyse, verschiedenen Psychosen, Hysterie und ähnlichen Zuständen wesentliche Besserung zu erzielen. Verordnungsformen sind u. a.: Lecithin in Pillen mit Pulv. aeth. und Glyzerin, 0·1 pro Pille; ferner subkutan.

Rp. Lecithin 0·5
Ol. oliv. spiritus vini lav. et steril. . . 10·0
S. Jeden 2. Tag 1—3mal zu injizieren.

— Die **Behandlung des Karzinoms des Pharynx und der Tonsillen** im Anschluß an 47 in den letzten zirka 20 Jahren an der Heidelberger Klinik behandelte Fälle bespricht LINDENBORN („Beitr. z. klin. Chir.“, 1904, Bd. 43). Aus seiner Arbeit geht hervor, daß die früher angenommene Seltenheit der Rachenkrebse nicht zutrifft. L. bespricht das Pharynxkarzinom nach Alter, Vorkommen, Ätiologie, pathologischer Anatomie und teilt dasselbe in die nasopharyngeale, die oropharyngeale und die laryngopharyngeale (seltener retrolaryngeale) Form ein, wovon erstere meist inoperabel, letztere doch wesentlich seltener ist als die oropharyngeale Form, die stets geschwürig an einer Tonsille oder am Fuß des Arc. palatoglossus auftritt. Auch sekundär können Karzinome von Zunge oder Larynx auf den Rachen übergreifen. Auf 21 oropharyngeale Fälle konstatiert L. 11 inoperable Fälle. Betreffs der Tracheotomie hält L. diese Operation bei laryngopharyngealen Karzinomen für berechtigt oder vielmehr geboten, während er sie bei der Operation oropharyngealer Karzinome für unnötig, ja gefährlich ansieht; bei 6 von 8 laryngopharyngealen Karzinomen wurde primär tracheotomiert, bei zwei nicht und bei beiden mußte sekundär tracheotomiert werden. Das typische Verfahren, um am mittleren Pharynx ausgiebig operieren zu können, ist die Methode der Resektion des Unterkiefers (meist temporär), die in den meisten Fällen angewandt wurde. Gegen die präventive Unterbindung der Carotis ext. in solchen Fällen ist nichts einzuwenden, solche der Carotis communis ist nicht unbedenklich, einmal wurden präventiv beide Linguales ligiert. Die Hauptsache bei einer so gefährlichen Erkrankung ist baldiges, bequemes und blutsparendes Operieren. Die Totalexstirpation der laryngopharyngealen Karzinome — für die L. 39·1% Mortalität berechnet — bietet bei richtigem Vorgehen doch Aussicht auf Dauerheilung. Die Frage, ob die Epiglottis bei Sitz des Karzinoms daselbst entfernt werden dürfe, ist nach der Anschauung der Chirurgen zu bejahen; große Aufmerksamkeit ist auf die völlige Entfernung erkrankter Drüsen zu verwenden; die Drüsen werden grundsätzlich zuerst oder im Zusammenhang mit dem inneren Tumor entfernt. Betreffs der Wundbehandlung wird die Wichtigkeit breiter Drainage nach außen anerkannt. Betreffs der Ernährung hat jede der 3 Arten (Schluckenlassen, periodische Sonde, Dauersonde) ihren Bedeutungskreis. Man wird den Pat. nach der Operation schlucken lassen, wenn der Defekt im Pharynx genäht ist, das Karzinom nur klein war. Wenn Pat. nicht schlucken kann und bei oropharyngealem Karzinom der Defekt nach der Exstirpation nicht zu groß ist, empfiehlt sich die periodische Son-

dierung; bei sehr großem Defekt, der ungeschlossen blieb, ist die Dauersonde das beste, doch ist stets an die Möglichkeit einer Gefäßarrosion bei letzterer zu denken. Betreffs der Gefahren in der Nachbehandlung ist die Pneumonie nicht selten. Betreffs der Dauerresultate sind die Erfolge bislang gering.

— Die **wirksamen Bestandteile des Extractum Filicis maris** und ihre therapeutische Verwendung bespricht A. JAQUET („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 8). Ein Hauptmangel des Farnkrautwurzelextraktes sind die großen Schwankungen in der Wirksamkeit der verschiedenen Präparate; einmal sind die einzelnen Präparate in ihrer Wirkung voneinander abweichend, dann kann ein gutes Extrakt in relativ kurzer Zeit einen Teil seiner Wirksamkeit einbüßen. Weitere Nachteile sind der schlechte Geschmack und die nach seiner Verabreichung eintretenden Reizerscheinungen (Übelkeit, Erbrechen; zurückbleibende Erscheinungen von Magenreizung: Appetitlosigkeit, Magendruck, Intoleranz gegen Nahrungsaufnahme). Ferner kommen ab und zu Vergiftungen vor, wenn auch die Gefährlichkeit des Mittels vielfach übertrieben worden ist. Das aus dem Extrakte dargestellte Filmaron, ein strohgelbes, amorphes Pulver, war in 28 von 38 Versuchen wirksam. In sechs Fällen wurde der Wurm zwar abgetrieben, der Kopf jedoch vermißt. Ein Mißerfolg wurde nur viermal verzeichnet; drei dieser Fälle betreffen Kinder; in zwei Fällen muß die niedrige Dosis (0·35) als Grund des Mißerfolges betrachtet werden. Eine Reihe von Kuren an Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren wurde mit Dosen von 0·5 bis 0·7 g Filmaron ohne die geringsten unangenehmen Nebenerscheinungen gemacht. Eine durchschnittliche Dosis von 0·7 g Filmaron reicht aus, um in der Mehrzahl der Fälle den Parasiten abzutreiben. Nach Angabe der Patienten, die früher schon Bandwurmkuren durchmachten, ist das Filmaron viel leichter zu nehmen, als das Extrakt.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Säuglingsernährung und der Ernährung im frühen Kindesalter. Von Dr. A. B. Marfan, Professeur agrégé der med. Fakultät in Paris. (Von der Akademie der Wissenschaften preisgekröntes Werk.) Übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Dr. RUDOLF FISCHL, Privatdozent für Kinderheilkunde an der deutschen Universität in Prag. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Wir sind dem bekannten französischen Pädiater für sein vorzügliches Werk überaus dankbar; der Übersetzer hat sich durch die Übertragung desselben in unsere Muttersprache ein großes Verdienst erworben. MARFAN hat ein Buch geschrieben, wie es kein zweites gibt, ein Buch, das tatsächlich ein Bedürfnis war. — Die letzten Jahre haben das chemische und biologische Verhalten der Milch, ihre vitalen Eigenschaften, andererseits die Verdauungsphysiologie des Säuglings zum Gegenstand wichtiger und ergebnisreicher Untersuchungen gemacht, deren wertvolle Resultate zu ordnen und in ein gewisses System zu bringen eine mühevoll, doch dankenswerte Aufgabe bildete. MARFAN löste dieselbe in gelungenster Form. Das Buch bildet vom Standpunkt des Theoretikers eine erschöpfende Darstellung unserer heutigen Kenntnisse der Milch (physikalische, chemische, vitale Eigenschaften, Milchsekretion, Mikroben der Milch, Stoffwechselforgänge bei ihrer Verdauung), kommt aber auch den Anforderungen des Praktikers in einer ähnliche Werke an Gründlichkeit weit übertreffenden Weise nach, indem es bis in die kleinsten Einzelheiten alle Fragen der Säuglingsernährung bespricht. So ist es ein unersetzliches Handbuch für den praktischen Arzt wie für den Forscher auf dem behandelten Gebiete.

FISCHL sagt zu wenig, wenn er sich den Übersetzer des Buches nennt. Er hat dem Text des Autors kritische und ergänzende Anmerkungen beigegeben, die unseren von der französischen Schule abweichenden Anschauungen Rechnung tragen und so beide Richtungen in eine instruktive Parallele bringen. FISCHLS Notizen, auf einer gründlichen Kenntnis des ganzen großen Stoffes fußend, sollten im Interesse unserer französischen Kollegen der nächsten Neuauflage des französischen Originals in entsprechender Über-

setzung beigegeben werden, denn FISCHL hat neben der Übertragung eines selbst vorzüglichen Werkes zu diesem ein vorzügliches deutsches hinzugefügt. Nicht gering ist auch das Verdienst des rührigen Verlages.
NEURATH.

Das Geschlechtsleben des Weibes in physiologischer, pathologischer und hygienischer Beziehung. Von Dr. E. Heinrich Kisch, a. o. Universitätsprofessor etc. Mit zahlreichen Abbildungen. Berlin und Wien 1904, Urban und Schwarzenberg. Gr. 8°, pag. 481—716.

Mit vorliegendem dritten Abschnitt schließt das KISCHSche Werk ab. Es enthält das Kapitel über die Sterilität und die Kapitel über die Menopause. Auch diese Abschnitte enthalten zahlreiche, für den praktischen Arzt wichtige Winke und Belehrungen, die man in den gynäkologischen Werken sowie in jenen über spezielle Pathologie und Therapie vermißt. Namentlich gilt dies von den Kapiteln über die Menopause, die in den gynäkologischen Werken höchst stiefmütterlich behandelt werden, trotzdem ihnen eine große praktische Bedeutung zukommt. Insbesondere möchte Ref. auf das Kapitel der Pathologie der Menopause hinweisen, das sich nirgends so gründlich bearbeitet findet wie im KISCHSchen Werke. Der rühmlichst bekannte Verf. kann mit Stolz auf sein Werk zurückblicken. Es wird überall seine Anerkennung finden, im Kreise der gelehrten Fachmänner, sowie in dem der praktischen Ärzte. Möge es die Verbreitung finden, die es seinem inneren Wert nach verdient. Dies ist der Wunsch des Referenten.
KLEINWÄCHTER.

Bericht über 137 Gallensteinlaparotomien aus dem letzten Jahre. Von Prof. Dr. Hans Kehr in Halberstadt. München 1904, J. F. Lehmann.

Der 13. Jahresbericht aus KEHRs chirurgischer Privatklinik bringt wieder interessante Ausblicke auf die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis und beweist, daß die Mortalität der unkomplizierten Fälle eine sehr geringe ist (3%). Bei gutartigen Komplikationen von Seite des Magens, Darmes, der Leber erhöht sich die Mortalität auf 13.3% und steigt bei Komplikationen mit Karzinom und Cholangitis auf 58%. Verf. verwarft sich dagegen, als ob er wahllos alle Fälle von Gallensteinen operieren würde und zeigt, daß er $\frac{2}{3}$ der Fälle ohne Operation behandeln läßt. Er ist nämlich der Ansicht, daß 70% der Fälle durch Ruhe und Thermophor-

behandlung in das Stadium der Latenz überführt werden können, das Karlsbader Wasser spielt dabei eine geringere Rolle. Er verlangt nicht Frühoperation im Sinne RIEDELS, sondern nur, daß die Internisten die Fälle nicht „zu spät“ dem Chirurgen zuweisen.
ERDHEIM.

Liebe und Ehe im alten und modernen Indien (Vorder-, Hinter- und Niederländisch-Indien). Von Richard Schmidt. Berlin W. 30. 1904, H. Barsdorf.

Der Autor glaubt sich im Vorworte dagegen verwahren zu müssen, daß das vorliegende Buch etwa als Konkurrenzunternehmen zu seinen „Beiträgen zur indischen Erotik“ gedacht sei; an dem buchhändlerischen Erfolge derselben habe er gar kein Interesse, indem er dafür keinen roten Heller bekomme, aber aus seinem Inhalte habe er selbstverständlich leben müssen. Damit ist auch die vorliegende Materie gekennzeichnet. Wir glauben aber doch, daß es immerhin eigentümlich ist, wenn „von diesem Werke eine Liebhaberausgabe in Quartformat auf Büttensatz in 25 nummerierten Exemplaren gedruckt wurde“.

Uns Ärzte speziell kann hauptsächlich das interessieren, was der Autor über die indischen Ärztinnen und die eingebornen Hebammen sagt und weiters, was über die Geschlechts- und Harnkrankheiten erzählt wird. Was die Ärztinnen und Hebammen anlangt, so finden wir entsprechend dem herrschenden Haremsystem Zustände, wie sie etwa unsere okkupierten Provinzen bezüglich der Mohammedanerinnen aufweisen, nur daß es jetzt, dank der Bestrebungen der „National Association for supplying femal medical aid and instruction to the Women of India“, erheblich besser geworden ist.

Störungen der Grundsäfte (Wind, Galle, Schleim) spielen bei der Entstehung der Krankheiten die Hauptrolle; in der naiven Beschreibungsart sind keine bestimmte Typen zu erkennen, doch ist Syphilis und Gonorrhöe, namentlich in den Küstenstädten, recht verbreitet. Ein Mangel des vorliegenden Buches ist es auch, daß hier zwischen älteren und jüngeren Quellen, älterer und neuerer Zeit nicht streng geschieden ist. Das reich angeführte Quellenmaterial kann bloß von Kennern der indischen Literatur gewürdigt werden, für uns Laien wäre weniger mehr gewesen. Zumindest berührt es eigentümlich, wenn der Autor, der selbst an der Quelle sitzt, sich der Ausführungen BLOCHs bezüglich des neuzeitlichen Ursprungs der Syphilis bedient. Als Heilmittel spielen Quecksilber und Sarsaparilla die Hauptrolle.
D.

Feuilleton.

Naturheilkunde und wissenschaftliche Medizin.

Von Dr. Ferd. Winkler.

II.

Man müßte fast an dem gesunden Menschenverstand zweifeln, wenn man sich in der Literatur der Naturheilkunde umschaute. Der Hauptsache nach ist es freilich einfache Reklamepublizistik; von dieser aber abgesehen, kann man zwei Richtungen unterscheiden, von denen die eine den Versuch einer Begründung macht, während die andere bestimmt ist, in der Form von bestimmten Vorschriften: So sollt ihr leben! zur Einführung in die Praxis zu dienen.

Wer in diesen Publikationen reife Ergebnisse einer langen, auf richtige Beobachtung gegründeten Erfahrung zu finden hofft, wird ganz enttäuscht; nur der Freund unfreiwilliger Komik kann auf seine Kosten kommen. Die Torheiten und Albernheiten würden wirklich unerschöpflichen Stoff zur Heiterkeit gegen, wenn nicht der Gedanke beschämend wäre, daß Tausende derartiges als Offenbarung mit unerschütterlichem Köhlerglauben entgegennehmen.

Es gibt kein Gebiet menschlichen Wissens, auf welchem notorisch sinnlose Behauptungen in Laienkreisen so wenig Anstoß erregen wie das naturwissenschaftliche und medizinische Gebiet. Die Darlegungen der naturärztlichen Kunst sind so naiv und öffnen zumeist einen Blick in einen bodenlosen Abgrund von Unwissenheit, daß man über die Verbreitung und Verteidigung solcher Schriften in Kreisen mit guter Schulbildung förmlich erschrickt.

Begreiflich macht dies nur der Umstand, daß die Unkenntnis in ärztlichen und in naturwissenschaftlichen Dingen bei vielen der Gebildeten noch größer zu sein pflegt als bei den Naturärzten selbst. Wie scharf verurteilt man einen Gebildeten, der ein Zitat aus einem Klassiker falsch wiedergibt, aber man schämt sich nicht der Unkenntnis in Bezug auf den eigenen Körper, hinsichtlich seiner Funktionen und seiner Pflege, eine Unkenntnis, die sich wie eine Krankheit von den Eltern auf die Kinder weiter erbt.

Die Naturheilkunde in der verwässerten Form, wie sie von diesen Herrschaften betrieben wird, ist allein auf die roheste Empirie aufgebaut; sie kennt kein Hilfsmittel der Naturforschung, kein Experiment, kein Studium am Krankenbette und kein Studium an der Leiche; alles soll die einfache Sinneswahrnehmung ersetzen. Diesen Grundsatz verallgemeinern, hieße die Medizin um viertausend Jahre zurückschrauben, denn die Naturbetrachtung war der Anfang der Heilkunst, und kann wirklich jemand es ernst meinen, daß wir dasselbe tun sollen, was man im Anfange der Kulturentwicklung getan hat?

Das ganze Streben in der Ausbildung der Ärzte geht dahin, daß die Sinne für die Beobachtung geschärft werden, denn nur auf einer sorgfältigen, durch alle möglichen Hilfsmittel unterstützten Beobachtung beruht unsere Kunst. Auf den Erfolg allein sich zu stützen, wie es die Vertreter der Naturheilkunde tun, führt immer und immer zur Selbsttäuschung und ist die Quelle ungezählter Irrtümer.

Mit der Erfahrung allein kommt man in ärztlichen Dingen nicht aus; wir müssen in erster Linie die Krankheit erkennen;

nur auf eine richtige Diagnose baut sich die richtige Behandlung auf. Wie kann man aber Mittel für Krankheiten verordnen, die man nicht erkannt hat? Und kann wirklich ein vernünftiger Mensch glauben, daß jemand an einem abgeschnittenen Haarbüschel die Krankheit des betreffenden Kranken erkennen kann? Da kenne ich in der Literatur der Naturheilkunde einen Augenheilkünstler, der die kranken Augen mit der Zunge ausleckt, dann einen viel gesuchten Mann, der gegen alle inneren und äußeren Erkrankungen Bärenfett und Mückentalg um teures Geld verkauft.

Mit der pulverisierten Kohle von Elstern, die in den heiligen Nächten zwischen Weihnachten und Neujahr geschossen sein müssen, behandelt ein geistlicher Herr in Deutschland die Fallsucht.

Ein Schäfer, der vor zwanzig Jahren in der Gegend von Nordhausen sehr in Mode war, legte den Kranken Blasenpflaster auf, die sie nach bestimmter Zeit wieder bringen mußten, damit sie der Heilkünstler um Mitternacht auf dem Kirchhofe vergrabe. Und in Thüringen empfängt ein Schäfer, der sich eines großen Ansehens erfreut, seine Patienten nur nachts zwischen Sonnenuntergang und Sonnenaufgang, und zwar Donnerstag und Freitag im letzten Mondviertel.

Sehr beliebt ist unter den Naturheilkundigen die Methode, aus eingesandten Wäschestücken die Diagnose zu stellen und sie dann, nachdem sie durch den Segen der Heilkundigen heilkräftig geworden, zu Heilzwecken zurückzusenden; oft werden auch die dem Heilkundigen übersandten abgeschnittenen Haare von diesem wieder mit dem stärksten Segen versehen an den Eigenthümer zurückgestellt.

In Sachsen erfreute sich 1895 ein Gastwirt in Gera der besten Praxis unter den Kurpfuschern; er pflegte schwächlichen Kindern einige Haare und Nägel abzuschneiden, bohrte Löcher in junges treibendes Holz, steckte in diese die abgeschnittenen Haare und Nägel und verschloß sie. Durch das Wachsen des treibenden Baumes sollte das in den Nägeln und Haaren befindliche krankhafte Öl, das noch immer in Beziehung zu dem Körper stünde, in gesundes Öl umgewandelt werden.

Mit einem ganz merkwürdigen Stoffe arbeitete im Jahre 1898 ein Naturheilkünstler in Paris; seine Patienten brachten ihm je ein Stück Zucker mit; inmitten der versammelten Patienten sah ich ihn auf einer Holzbank rittlings sitzen und die Zuckerstücke durch seine Finger gleiten, wobei er Gebete murmelte. Dadurch wollte er denselben sein Fluidum mitteilen; der so präparierte Zucker diente als Allheilmittel. Ich war von dem Zuspruch, den dieser Mann fand, ganz überrascht; einer der mich führenden Herren, ein Pariser Journalist, bemerkt ganz richtig in einem Bericht, den er in seiner Zeitung veröffentlichte, daß man in der langen Straße nicht lange nach der Wohnung des Künstlers suchen müsse; die Masse der Gichtbrüchigen, Lahmen, Buckligen und sonst Leidenden, die sich vor dem Hause drängen, läßt den Besucher nicht fehlgehen; jeder ist an dem Zucker erkenntlich, den er bei sich trägt.

Und alle diese Leute berufen sich auf ihre Erfahrung; jeder behauptet, unzählige Fälle bereits auf seine Art geheilt zu haben. Und doch sieht jeder bei ein bischen Überlegung ein, daß es unmöglich ist, mit den einfachen Sinnen Krankheiten zu erkennen, ebenso unmöglich, wie wenn man die Geheimnisse der Chemie durch das Aussehen, den Geschmack und den Geruch der Substanzen aufdecken wollte. Wenn jemand alles, was salzig schmeckt für Kochsalz, was sauer schmeckt für Essig und was süß schmeckt für Zucker hält, so weiß jeder von uns, daß dies auf grober Täuschung beruht und wir würden einen Menschen, der es unternehmen wollte, in dieser Art „Naturchemie“ zu treiben, nicht für geistig gesund halten. Ist es aber einfacher, ohne alle Kenntnisse der Medizin und der Untersuchungsmethoden als Naturarzt Heilversuche zu machen?

Die Herren aus dem Lager der Naturheilkunde glauben mit ihrer steten Berufung auf ihre Erfahrung den Sieg auf ihre Seite zu ziehen. Wo Begriffe fehlen, da stellt sich eben zu rechter Zeit das Wort ein; und dieses Wort ist das Wort „Erfahrung“; und wehe demjenigen, der die Erfahrung zu bekritteln wagte; sie ist die Ultima ratio, die letzte Waffe der Unerfahrenen, und nichts erregt mehr Widerspruch, als wenn man an diesem Fundamente zu rütteln versucht.

Und doch gibt uns die persönliche Erfahrung gerade innerhalb des Wirkungskreises, auf dem sie sich anscheinend am meisten zu betätigen pflegt, in den Erscheinungen des täglichen Lebens nur einen höchst mangelhaften Aufschluß.

Man läßt sich durch die Tatsache, daß sich sehr viele Menschen, was ihre Gesundheit anlangt, recht gut ohne alle wissenschaftlichen Kenntnisse im Leben zurechtfinden, täuschen und hält dieses Gesundbleiben für einen Beweis des Wortes der praktischen Erfahrung. In Wirklichkeit danken sehr viele ihre Gesundheit nicht den Errungenschaften des persönlichen Verstandes und der persönlichen Erfahrung, sondern der inneren Organisation.

Gerade so wie die Tiere ohne näheres Bewußtsein von den inneren Vorgängen doch gegen die schädlichen Einflüsse geschützt sind, welche in ihrem täglichen Lebenslaufe entstehen, so verlaufen auch bei dem Menschen die für die Erhaltung des Körpers notwendigen Vorgänge ohne unser bewußtes Zutun.

Die Empfindungen geben uns von dem, was außerhalb unseres Körpers vorgeht, nur eine ungenaue Vorstellung; was uns aber nicht genau bewußt wird, können wir zu Erfahrungen und zur Erkenntnis, zu Regeln und Lehren nicht verwerten. Der Hauptwert der wissenschaftlichen Forschung liegt gerade darin, daß sie über Methoden verfügt, welche die Sinne schärfen und gewissermaßen vervielfältigen und welche uns diejenigen Vorgänge, die dem bloß auf seine Sinne Angewiesenen niemals verständlich werden, in ihrem inneren Zusammenhange darlegen.

Wie sich aber die Laien die Art und Weise vorstellen, wie man zu neuen Entdeckungen gelangt, zeigt sich in der von ihnen vorgeschlagenen sogenannten „Forschung in der Natur“. Wenn man wissen will, was für den Menschen gesund ist und was ihn heilen kann, so braucht man sich nach dieser Methode nur im Pflanzenreiche und im Tierreiche umzusehen. Der Rhabarber ist gelb, folglich wirkt er gegen Gelbsucht und die Mohnkapsel heilt den Kopfschmerz, nicht weil sie Opium enthält und beruhigend wirkt, sondern weil sie die Form eines Kopfes hat. Besonders belehrend wirkt auf diese Art von Forschern das Studium des Tierreiches. Weil die Affen ihre Speisen nicht kochen, sondern Nüsse verzehren, so ist natürlich selbstverständlich, daß der Mensch, der doch von den Affen abstammt, hauptsächlich Nüsse verzehren muß, um gesund zu bleiben und ein langes Leben zu erreichen.

Die bisherige Badeweise des Menschen in Badewannen oder gar in einem komfortablen Schwimmbad gilt ihnen als verfehlt, weil das Schwein offenkundig eine andere Art zu baden hat; da das Schwein in seinem Gebahren den Vorschriften der Natur folgt, so hat sich, wie einer der bekanntesten Apostel der Naturheilbewegung, Pastor Felke, sagt, der Mensch nach ihm in seiner Badeart zu richten. Und nach seiner Lehre dürfen die Menschen nachts nicht im Bette, sondern müssen auf bloßer Erde schlafen, da dann der Erdmagnetismus dem Körper Stoffe entzieht und ihm dafür andere abgibt; und des Morgens muß dann in einem Erdloche ein Lehmbad genommen werden. Übrigens stammt die Lehmbehandlung von einem viel berühmteren Herrn, vom Pfarrer Kneipp. Wenn ein Stück Hornvieh, sagt Kneipp, sich durch einen Fall oder Stoß eine Verletzung zugezogen hat, so rührt der bayrische Bauer gewöhnliche Lehmerde mit etwas Essig und Wasser an und bestreicht damit die Verwundung; und diese Rindviehkur wird auf die Menschen übertragen und bei eiternden Geschwüren angewendet; und neuerdings wird diese Lehmbehandlung auch auf andere Krankheiten übertragen; so kenne ich hier einen Kranken, der an einer Leberverhärtung leidet und von seinem Naturheilarzte mit Lehmumschlägen über die Lebergegend behandelt wird. Wie recht hat also Mephisto, der dem Faust als Verjüngungsmittel rät:

„Begib Dich gleich hinaus aufs Feld,
Fang an zu hacken und zu graben,
Erhalte Dich und Deinen Sinn
In einem ganz beschränkten Kreise;
Ernähre Dich mit ungemischter Speise,
Leb mit dem Vieh als Vieh
Und acht es nicht für Raub,
Den Acker, den Du erntest, selbst zu düngen.
Das ist das beste Mittel, glaub,
Auf achtzig Jahr Dich zu verjüngen.“

Wer sich in der Geschichte der Medizin auskennt, der weiß, daß ähnliche Bestrebungen schon in den frühesten Zeiten des Mittelalters aufgetreten sind; man durchsucht die Natur nach Signaturen, nach Zeichen, mit denen Gott den Menschen die Heilwirkung kundgeben wolle; eine Menge von Pflanzen, die herzförmige Blätter oder herzförmige Frucht haben, wurden auf ihre Wirkung bei Herzkrankheiten geprüft und eine Pflanze, deren Bestandteile in irgend einer Art an die Nierenform erinnerten, wurde bei Nierenkrankheiten versucht. Auf diese Weise kam man zu einer ausgedehnten Erfahrung über das Vorhandensein von Heilwirkungen in den Pflanzen und wir danken diesem abenteuerlichen Suchen das Auffinden einer ganzen Reihe von heilkräftigen Pflanzen, ebenso wie die Chemie dem Suchen nach dem Stein der Weisen, der alles in Gold verwandeln könne, eine Reihe der wichtigsten Entdeckungen dankt. Aber es wäre ein Unglück für die Chemie, wenn sich wieder der Gedanke regen sollte, es müsse gelingen, einen Stoff zu finden, der jeden Körper in Gold verwandeln könne, und ebenso wäre es ein Unglück für die Medizin, wenn wir nochmals den Weg der Naturnachahmung gehen müßten, wenn wir erst erwerben müßten, was wir schon besitzen.

Zu was für Aberglauben die vermeintliche Naturnachahmung führt, möchte ich noch durch ein Beispiel aus der Geschichte des sechzehnten Jahrhunderts erläutern. Es war den Apothekern vorgeschrieben, was für Dinge aus dem Tierreiche sie auf Lager halten mußten; ganze spanische Fliegen, Kellerrasseln, Regenwürmer, Ameisen, Nattern, Skorpione, Frösche, Krebse, Blutegel und eine Menge kleiner Vögel. Dazu kamen noch einzelne besondere Sachen, an deren Wirksamkeit nicht bloß das Volk, sondern auch die höchsten Stände fest glaubten; ich erwähne davon den Schädel eines Toten, der nicht begraben worden ist; das Bein aus dem Herzen eines Hirsches; Sperlingshirn und Hasenhirn, Wildschweinzähne und Elefantenhauer, Froschherzen, Fuchslungen, Wolfsdärme, Schweinsblasen und Natterhaut; dann waren ihnen die mannigfaltigsten Arten von Fett vorgeschrieben, nicht bloß Schweinefett und Gänsefett, sondern auch Menschenfett und Schlangenfett. Am schwierigsten zu beschaffen war jedoch das gar nicht existierende Tier, das Einhorn. Ein Knochen von ihm, womöglich sein Horn selbst, war das trefflichste Mittel gegen eine Menge von Krankheiten, die Fallsucht, Gift und Pestilenz. Im Jahre 1565 während des nordischen siebenjährigen Krieges mußte Friedrich II. von Dänemark sein Einhornhorn für ein größeres Darlehen zum Pfande geben und 1588 schrieb Johann III. von Schweden an seinen Sohn, König Sigismund von Polen, er möchte ihm doch endlich Einhornhorn verschaffen.

Leute, die an der Existenz des Einhorns zweifelten, behaupteten, daß Klauen und Geweih des Elentieres, wenn es zwischen den beiden Marienagen erlegt war, in vielen Hinsichten die gleichen Wirkungen übe. Die Kurfürstin Anna von Sachsen hatte deshalb Löffel aus Elentierhorn.

Gegen die Fallsucht aber war solch ein Mittel unfehlbar, natürlich deshalb, weil das Elentier selbst zu dieser Krankheit neigte. Als ein Franzose, de la Mortinière, im 17. Jahrhundert in Norwegen an einer Elentierjagd teilnahm, stürzte wirklich ein Tier nieder und der zuvorkommende Wirt schenkte ihm sofort die Klaue des linken Hinterbeins als Mittel gegen Fallsucht. Der übermütige Empfänger meinte freilich: „Wenn das Mittel gut ist, so ist es wunderbar, daß sich das Best nicht hat selbst helfen können“ und er erhielt die Aufklärung, daß sich das arme Tier nicht hatte helfen können; das Elentier halte sich nämlich, weil es zur Fallsucht neige, in unbewohnten Gegenden auf; sobald die Krankheit zu kommen droht, streckt es sofort den Fuß des linken Hinterbeines in das linke Ohr und sei geheilt; aber das könne natürlich nicht geschehen, wenn das Tier gejagt werde.

Zu solchen Täuschungen führt die sogenannte Naturbeobachtung; nur vielfache und stetige Selbstkritik kann davor bewahren und zur Selbstkritik befähigt den Arzt seine Ausbildung. Der Laie ist in seiner persönlichen Erfahrung einem Mann ähnlich, der sich bei einem Gebäude durch die Betrachtung der Außenseite vergeblich abmüht, über Konstruktion, Einrichtung und über die Vorgänge im Innern des Gebäudes sich zu unterrichten; die wissenschaftlichen

Hilfsmittel sind aber dem Schlüssel vergleichbar, der uns den Eintritt in das Gebäude öffnet. Erst im Besitze unserer Kenntnisse, die sich von Tag zu Tag mehren, können wir sagen: „Zu neuen Ufern lockt ein neuer Tag.“

Die Geschichte der Wissenschaft zeigt uns, wie sich der positive Inhalt des Bewußtseins im Laufe einiger Jahrhunderte wunderbar ausgestaltete. Während die Geschichte der Völker und Staaten in ihrem Werden und Vergehen unseren Geist mit Schmerz und Zweifel füllt, während wir uns täglich mit Bangigkeit fragen, ob es besser und nicht vielmehr schlechter wird, ob das Menschengeschlecht nicht der Entartung, die Kultur ihrem Untergange zueilt, da zeigt die wahre Wissenschaft uns den Fortschritt.

Staaten gehen zugrunde, Völker verschwinden unter dem harten Tritte der Eroberer, aber die Wissenschaft bleibt. Jährlich welken die Blätter des Baumes, auf daß im neuen Jahr neue und vollständigere Krospen hervorsprossen können; und in steter Fortbildung wirft die Wissenschaft alle verbrauchten Meinungen ab und läßt neues Leben aus den Ruinen sprießen. Es welken die Völker, es wechseln die Kinder der Menschen und immer besser erkennt das nachfolgende Geschlecht sich selbst und die Natur, immer sicherer wird unser Bewußtsein, immer mächtiger und freier der Mensch. In der Erkenntnis des stets nach oben gerichteten Fortschrittes der Wissenschaft gewinnen wir jene Selbstachtung, welche eine finstere, dem Leben abgewandte Anschauung nur zu leicht gefährdet. Nichts ist so hoch, wonach der Starke nicht Befugnis hat, die Leiter anzusetzen, sagt Schiller, und wir sind stark, unserm Streben nach Wissen und Können sind keine Schranken gezogen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XI.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

KLEINHAUS (Prag): Experimentelles zur Corpus luteum-Frage.

KLEINHAUS berichtet über die Ergebnisse von Versuchen, die er gemeinsam mit SCHENK-Prag in Hinsicht auf die von BORN-FRAENKEL dem Corpus luteum vindizierte Funktion unternommen hat, nach denen 1. die Ovarien im ganzen die Funktion haben, nicht nur die Eier auszustoßen, sondern auch die Insertion zu überwachen und nach denen ferner 2. diese Funktion an die Corpora lutea gebunden ist, so daß nach Ausbrennen der Corpora lutea die Schwangerschaft zurückgehen müßte.

Die Versuche, über die KLEINHAUS berichtet, umfassen ausschließlich Fälle, in denen während der Gravidität die Corpora lutea beider Ovarien entfernt wurden. Sein Bestreben war dahin gerichtet, die Methodik möglichst schonend zu gestalten, und zwar folgendermaßen:

1. Ausführung des Versuchs ohne Narkose.
2. Flankenschnitt anstatt des Medianschnittes.
3. Ausschaltung der Fernwirkung des Thermokauters durch einfaches Herausheben der Corpora lutea aus ihrem Bette.

Resultate: Unter im ganzen 25 solcher Versuche 6 positive, d. h. Erhaltenbleiben der Schwangerschaft trotz Entfernung der Corpora lutea. Diese wurden in 2 Fällen am 9. Tage, in 1 Falle am 11. Tage, in 3 Fällen am 13. Tage nach dem befruchtenden Koitus entfernt.

Von den 25 Versuchen wurden 11 nach FRAENKELscher, 14 nach vereinfachter Methode vorgenommen. Von der ersten Serie gaben 2, von der zweiten 4 ein positives Resultat, was zur Vermutung berechtigt, daß der teilweise Wegfall der Operationstraumen von einigem Einfluß sein konnte. Kontrollversuche ließen die „Empfindlichkeit“ des schwangeren Kaninchenuterus gegen Eingriffe überhaupt hervortreten.

Aus den Versuchen geht jedenfalls mit Sicherheit hervor, daß Entfernung der Corpora lutea die Gravidität nicht zu unterbrechen braucht, wenigstens nicht vom 9. Tage ab. Es haben somit die Corpora

utea nicht die Funktion, der Weiterentwicklung der Schwangerschaft vorzustehen, zumindest nicht über den 9. Tag hinaus.

L. FRAENKEL: Dasselbe Thema.

In der diesjährigen Generationszeit der Hasen wurden den bisherigen zirka 120 Experimenten weitere 60 hinzugefügt. Es bewirkten:

a) 3 Ausbrennungen der Corpora lutea vor der Infektion der Eier, 2 partielle — Gravidität geht weiter, 1 total — Rückgang der Gravidität;

b) 2 Totalausbrennungen der Corpora lutea, die sich sämtlich auf dem einen Ovarium befinden (einseitige Ovulation), das andere bleibt unberührt — es trat eine Rückbildung aller Eikammern ein;

c) von 20 Tieren, deren Corpora lutea tief ausgebrannt wurden, werden später 18 von neuem gravid;

d) von 19 graviden Kaninchen, die zwischen 9—16 Tage post coitum kastriert wurden, hat kein einziges ausgetragen und geworfen.

Stehen diese Experimente in vollem Einklange mit der supponierten Funktion des Corpus luteum, so zwingen uns die Resultate von KLEINHAUS und der Umstand, daß

e) unter 29 Fällen mit Ausbrennungen nach der Insertion 6 austragen und warfen, zu der Annahme, daß der zeitliche Einfluß des Corpus luteum auf die Gravidität bei Tier und Mensch vermutlich nur noch kurze Zeit nach der Eiinsertion vorhanden ist.

Abteilung für Chirurgie.

REICHEL (Chemnitz): Über Harnröhrenplastik.

Die methodische Resektion der kallösen Harnröhrenstrikturen mit sofort folgender Nahtvereinigung der Harnröhrenstümpfe hat dem Vortragenden wie anderen Chirurgen recht zufriedenstellende Resultate ergeben. Bei Defekten der Urethra von mehr als 3 cm reicht es indes nicht zu. Die neuerdings von GOLDMANN empfohlene weitgehende Mobilisation der Urethra erscheint rationell und verspricht gute Erfolge; ihr definitiver Wert kann aber erst nach weiteren Erfahrungen beurteilt werden. Die LJUNGRENSCHE Methode, die Herstellung einer neuen Harnröhre aus den Dammweichteilen durch vielwöchentliches Einlegen eines Verweilkatheters, über dem der Damm sofort etagenförmig durch Naht geschlossen wird, hat die schweren Nachteile des langen Liegenbleibens des Verweilkatheters und bietet sicher auch keine völlige Garantie gegen Rezidive.

Zur Behandlung sehr langer Harnröhrenstrikturen, bei welchen durch die Resektion des Narbenkallus Defekte von 5 und mehr Zentimetern Länge gesetzt werden, empfiehlt sich daher auch heute noch ein plastischer Ersatz.

Vortr. hat einen solchen in 3 Fällen mit bestem Erfolge vorgenommen. Im ersten handelte es sich um eine 6 cm lange, sehr enge Striktur des vordersten Abschnittes der Harnröhre. Er spaltete sie in ganzer Länge, vernähte sofort Haut- und Schleimhautrand der so entstehenden Wunde und heilte die so künstlich geschaffene perineale Hypospadie nach der Methode von DUPLAY. Kontrolle nach 1½ Jahren ergab, daß Patient den Urin im Strahle entleerte, die Urethra für ein dickes Instrument durchgängig geblieben war.

In den beiden anderen Fällen handelt es sich um lange, nur für filiforme Bougies durchgängige gonorrhöische Strikturen des Pars bulbosa und membranacea, kompliziert durch periurethrale Eiterungen. Zur Deckung der nach der Harnröhrenresektion zurückgebliebenen Defekte der Harnröhre von 6 bzw. 5 cm Länge spaltete Vortr. das Skrotum median, präparierte das innere Vorhautblatt so weit ab, daß es nur noch an der rechten Seite mit dem Frenulum zusammenhing und von hier aus vernäht wurde, und verpflanzte den so gewonnenen zirka 6 cm langen, mehr als 2 cm breiten gestielten Schleimhautlappen auf den Defekt zwischen den Harnröhrenstümpfen. Nach 10 Tagen durchtrennte er die Basis des Lappens. Ein kleiner Teil des Lappens starb ab. Von dem zurückbleibenden größeren Teile erfolgte aber rasch eine solche Epithelwucherung, daß bald eine breite rinnenförmige Schleimhautbrücke die Harnröhrenstümpfe verband. Schluß dieser Rinne zu einem röhrenförmigen Kanal in einer 3. Sitzung brachte vollständige Heilung; starker Urinstrahl, bequeme Durchgängigkeit der ganzen Harnröhre für dicke Instrumente, normale Erektion, kurz: fast vollständige restitutio ad integrum.

HABERER (Wien): Ein Fall von multiplen Knochentumoren.

Knabe von 12 Jahren. Tumoren am rechten Scheitelbein, rechter Orbita, dem rechten Unterkiefer, linken Oberschenkel, linken Trochanter. Der Tumor am Scheitelbein, der fluktuierende, wurde punktiert und ergab Blut. Eine Probeexzision legte am Scheitelbein eine Knochenzyste frei, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose „osteoides Sarkom“

ergab. Therapie: Jodkali. Heilung. Ferner Mitteilung eines Falles und Demonstration von Röntgenbildern, der von v. MIKULICZ und v. EISELSBERG zusammen beobachtet wurde. Ein Knabe, der nach einer Kontusion der Schulter den Arm an der verletzten Stelle mehrfach brach. Die Röntgenaufnahme ergab deutliche Knochenzysten. Auch dieser Knabe blieb dauernd in einem vorzüglichen Gesundheitszustand.

v. Mikulicz hat noch weitere 4 Fälle beobachtet und ist der Meinung, daß wir hier eine Krankheit vor uns haben, deren richtige Beurteilung wir auch dem Röntgenbilde verdanken, die bislang nicht selten unnötigerweise zu Amputation und Exartikulation Anlaß gegeben hat. v. Mikulicz hat im ganzen 24 Fälle gesammelt, die meist das jugendliche Alter betrafen (nur zweimal war der Patient über 30 Jahre alt) und stets gutartig waren, wenn sie auch dem histologischen Bilde vollkommen widersprechen.

Dreesmann (Köln) hat einen ähnlichen Fall am Finger beobachtet.

Wohlgenuth (Berlin) hat einen zystischen Knochentumor von Faustgröße an der Tibia bei einem Mädchen von 12 Jahren operiert, dessen mikroskopische Diagnose Osteo-Chondro-Fibrosarkom ergab. Wohlgenuth zögerte auch mit der Exartikulation im Knie und exstirpierte die Geschwulst, deren Röntgenaufnahme in interessanter Weise das Platzen der dünnen Knochen-schale über dem Tumor zeigte. Quoad aetiologiam war Trauma angegeben worden. Es trat vollkommene Heilung ein.

Müller (Rostock) glaubt, daß man, um von einer Heilung zu sprechen, erst viele Jahre warten muß. Er hat nach 14 Jahren noch Sarkomrezidiv gesehen.

RANZI (Wien): Ein Fall von Trichobezoar im Magen. Demonstration einer 550 g schweren Haargeschwulst, die einen vollkommenen Abguß der Pars pylorica des Magens und des Duodenum darstellt. Bei der 20jährigen Patientin, die seit 1 Monat an heftigen Magenschmerzen litt, bestand vor 4 Jahren ein akuter Darmverschluß, der auf hohe Irrigationen zurückging und als dessen Ursache sich damals zusammengeballte Haare fanden. Gastrotomie. Heilung.

v. EISELSBERG (Wien) berichtet über einen Fall von Hernia ischiadica.

Standesfragen.

Die Arbeiterversicherung der Zukunft.

Vor wenigen Tagen ist im österreichischen Abgeordnetenhaus das „Programm“ für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung zur Verteilung gelangt. Dasselbe stellt eine Art „Vorentwurf“ dar, also Zukunftsmusik, mit nicht zu verkennender Tendenz einstiger Verstaatlichung des Kassenwesens. Obgleich bei den gegenwärtigen parlamentarischen Zuständen eine meritorische Beratung oder Beschlußfassung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, wollen wir jene Punkte des umfangreichen Elaborates hervorheben, die sich mit der Ärztesfrage bei der Krankenversicherung beschäftigen. In der Behandlung dieser Frage unterscheidet sich ja die Vorlage sehr wesentlich von der Haltung des Gesetzes vom 30. März 1888. Während dieses Gesetz bezüglich der ärztlichen Behandlung lediglich summarisch sagt, „als Krankenunterstützung ist zu gewähren: 1. . . . freie ärztliche Behandlung mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes, sowie die notwendigen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe (§ 6)“, enthält § 39 der Vorlage ganz bestimmte Vorschriften, die Bestellung der Ärzte betreffend, Vorschriften, welche — freilich in nichts weniger als präziser und bindender Fassung — den Forderungen der Ärzteschaft nach freier Arztwahl, die vom Entwurfe allerdings nur fakultativ vorgesehen ist, und nach Berücksichtigung der Ärztekammern als Vermittler zwischen Krankenkassen und Ärzten näher zu kommen scheinen.

Wir lassen den Wortlaut dieser Bestimmungen folgen.

§ 39. Das Kassenstatut kann bestimmen, daß die ärztliche Behandlung der erkrankten Versicherten nur durch bestimmte, vom Kassenvorstand bestellte Ärzte erfolgt und die Bestreitung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte erwachsenden Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, von der Kasse abgelehnt wird.

Das Kassenstatut kann auch den erkrankten Versicherten die Wahl zwischen sämtlichen oder mehreren Ärzten ihres Kassensprengels freistellen (freie Arztwahl).

Im ersteren Falle kann die politische Bezirksbehörde nach Anhörung der Kasse und der Ärztekammer die Gewährung der ärztlichen Behandlung durch weitere als die von der Kasse bestellten Ärzte des Kassensprengels anordnen, sofern durch die von der Kasse getroffenen Einrichtungen eine den berechtigten Forderungen entsprechende Gewährung dieser Leistung nicht gesichert ist. Wird dieser Anordnung nicht innerhalb der festgesetzten, mit nicht weniger als 3 Monaten zu bemessenden

Frist entsprochen, so hat die Behörde die erforderlichen Verfügungen an Stelle der zuständigen Kassenorgane mit rechtsverbindlicher Wirkung zu treffen.

Die Regelung des kassenärztlichen Dienstes und die Festsetzung der ärztlichen Honorare ist im allgemeinen der schriftlich zu treffenden Vereinbarung zwischen den Kassen und den Ärzten überlassen; doch können über die dabei zu beobachtenden Grundsätze nach Anhörung beteiligter Kassen und Ärztekammern für bestimmte Teile des Geltungsgebietes dieses Gesetzes verbindliche Vorschriften, insbesondere auch Minimal- und Maximaltarife, vom Ministerium des Innern erlassen werden.

Es steht zu erwarten, daß die Behandlung der Ärztesfrage in dem Elaborate der Regierung trotz der Schüchternheit seiner Diktion im sozialdemokratischen Blätterwalde schon deshalb Sturm erregen wird, weil der politischen Behörde im Entwurfe Machtbefugnisse zugesprochen werden, die sie bisher den Krankenkassen gegenüber nicht besaß. Auch wir Ärzte haben keinen Grund, von der Fassung des zitierten Paragraphen voll befriedigt zu sein, dessen Absicht nach dem Motivenberichte dahin geht, „auf diesem vielumstrittenen Gebiete befriedigende Verhältnisse anzubahnen“. Immerhin aber zeigt der Entwurf, daß die Regierung die Forderungen der Ärzteschaft in diesem Punkte zum mindesten gehört hat. Wir sind so wenig verwöhnt, daß uns schon diese Tatsache nicht vollständig gleichgültig lassen kann.

Auf die uns interessierenden Bestimmungen des „Programmes“ bezüglich der Familien-, Unfall- und der neu zu schaffenden Invaliden-Versicherung wollen wir demnächst zurückkommen.

Notizen.

Wien, 17. Dezember 1904.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. P. ALBRECHT anatomische und mikroskopische Präparate eines Hypernephroma malignum der linken Niere, das vollkommen symptomlos verlaufen ist und eine singuläre, kindskopfgroße Metastase an einer Klavikula zur Folge gehabt hat. Für zukünftige Fälle mit Verdacht auf Hypernephrom empfahl Vortr. die eventuelle probeweise Freilegung beider Nieren. Gegen diese letztere, zuerst von KÜSTNER gegebene Anregung sprachen sich in der Diskussion Prof. v. FRISCH und Dr. KAPSAMMER aus, indem sie darauf hinwiesen, daß man ja durch den Ureterenkatheterismus in viel ungefährlicher Weise feststellen könne, welche Niere der Erkrankung zum Opfer gefallen sei. Prof. HOCHENEGG betonte, es sei bei der betreffenden, an seiner Klinik beobachteten Patientin wegen weit vorgeschrittener Kachexie derselben die Ausführung der funktionellen Diagnostik nicht mehr möglich gewesen. — Hierauf zeigte Dr. NATHANSON das anatomische Präparat eines Uterus unicornis, vergesellschaftet mit Defekt einer Niere. — Prof. CHIARI demonstrierte sodann zwei operativ entfernte gefäßreiche zystische Polypen der Kieferhöhlenschleimhaut, zu deren Erkennung wiederholtes Nasenbluten und geringere Helligkeit der Höhle bei Röntgendurchleuchtung beigetragen haben. — Dr. SCHMARDA zeigte das anatomische Präparat eines Plattenepithelkarzinoms der Schädelknochen, welches als Metastase eines symptomlos verlaufenden Ösophaguskrebses aufgetreten war. Vortr. hob auch die bemerkenswerte Tatsache hervor, daß die Frau des Pat. an Magenkarzinom zugrunde gegangen sei (Cancer à deux). — Dr. HUGO GOLDMANN demonstrierte mikroskopische Präparate von Ankylostoma duodenale, welche das Eindringen der Larven dieses Parasiten in die Haut und die Gefäße zeigen. — Schließlich hielt Hofr. v. MOSERIO das Schlußwort zur Diskussion über seinen Vortrag: „Behandlung tuberkulöser Gelenkprozesse.“ Vortr. hob hervor, daß er in seinen Ausführungen nur für die schweren Fälle ausschließlich das operative Verfahren mit Anwendung der Knochenplombe empfohlen habe, ohne für die leichteren Fälle auf die Wirkung der Klimatherapie zu verzichten und die ganz besondere Heilungstendenz bei Knochentuberkulose der Kinder zu negieren. Die Ausräumung des tuberkulösen Herdes kürze in allen Fällen die Krankheitsdauer ab, und die langsame Resorption von Jodoform aus der Plombe, welche niemals zu Vergiftungen führe, wirke auf

den tuberkulösen Prozeß im ganzen Körper günstig ein. Bei Plombierungen der Gesichtsknochen könne man das stark riechende Jodoform in der Plombe durch Dermatol ersetzen.

(Erster niederösterreichischer Gemeindeärztes tag.) Die von uns angekündigte Versammlung der niederösterreichischen Gemeindeärzte hat am 14. d. M. in Wien stattgefunden und sich zu einer imposanten Kundgebung der „Freien Organisation“ gegen die Beschlüsse des n.-ö. Landesausschusses gestaltet. Nicht weniger als 178 Ärzte und zahlreiche Gäste, darunter Statthaltereirat Dr. NETOLITZKY als Vertreter der Regierung, die Präsidenten der niederösterreichischen und der Wiener Ärztekammer, Vertreter vieler ärztlicher Vereinigungen und eine große Zahl von Landtagsabgeordneten waren erschienen, um an einer Versammlung teilzunehmen, in welcher die nur allzu berechtigten Forderungen der Ärzteschaft Niederösterreichs laut und endlich auch korporativ zum Ausdruck kamen. Das ausführliche Referat Dr. JANETSCHKEs, worin derselbe betonte, daß wieder einmal Vorlagen ausgearbeitet worden seien, ohne die interessierten Korporationen zu befragen, fand denn auch allgemeine Zustimmung, und einstimmig wurde eine Resolution angenommen, in welcher die vom n.-ö. Landtage in Betracht gezogene Vorlage zur Schaffung einer Invaliditätsversicherung der n.-ö. Gemeindeärzte als in dieser Form unannehmbar bezeichnet wird. Die Resolution weist ferner unter anderem darauf hin, daß die ernste Inangriffnahme einer Reform der Anstellungs- und Verordnungsverhältnisse der Gemeindeärzte in Anbetracht der von Jahr zu Jahr trister werdenden Lage eines großen Teiles der Kollegen keinen längeren Aufschub erleiden dürfe, und daß die n.-ö. Gemeindeärzte die einheitliche Lösung der ganzen gemeindeärztlichen Frage, insbesondere auch die Ordnung ihrer Anstellungsverhältnisse auf Grund einer zu erlassenden Dienstpragmatik, als unabweisbare Notwendigkeit bezeichnen, daß daher jeder Versuch einer stückweisen Reform nach ihrer festbegründeten Überzeugung resultatlos verlaufen müsse.

(Universitäts-Nachrichten.) Der Experimentalpathologe PAWLOW in St. Petersburg, vor allem bekannt durch seine Untersuchungen über die Magenverdauung, hat den diesjährigen Nobel-Preis für Medizin erhalten. — Prof. Dr. KARL KATZ hat die Leitung der Augenklinik des Ludwig Wilhelm-Krankenhauses in Karlsruhe übernommen. — Fräulein Dr. OLGA v. LEONOWA ist als wissenschaftlicher Assistent der NISSLSchen Irrenklinik in Heidelberg angestellt worden. — Prof. EMMERICH v. NAVRATIL in Budapest hat den Hofrattitel erhalten. — Geh. Med.-Rat Professor HIRSCHBERG in Berlin hat vor wenigen Tagen sein 25jähriges Professoren-Jubiläum gefeiert.

(Ärztliche Praxis.) Die Ärztekammer von Niederösterreich mit Ausnahme von Wien hat in ihrer letzten Sitzung die Frage des Verbotes der Krankenbehandlung durch einen zweiten Arzt ohne Zustimmung des zuerst geholten verhandelt. Bekanntlich war diese Frage in einer n.-ö. Landtagssitzung der diesmaligen Oktober-Session Gegenstand einer Interpellation. Es wurde daselbst gesagt, daß derartige Vorgänge die Bevölkerung finanziell tief schädigen, daß ein solches Vorgehen einem Ringe gleichkomme, dessen Opfer Leben, Gesundheit und Eigentum der Bevölkerung sei, und andere dieser wahrhaften Liebenswürdigkeiten mehr. Die n.-ö. Statthalterei hat nun in völlig zweckentsprechender Weise bei der genannten Ärztekammer ein informatives Gutachten eingeholt und konnte aus demselben ersehen, daß die im Landtage angezogene Ärztekammerbestimmung nur einen schon längst bestehenden Gebrauch kodifiziert, der sowohl in den anderen Ärztekammern der Monarchie als auch in ärztlichen Vereinigungen des Auslandes seine Analoga findet. — Nun bleibt noch abzuwarten, ob die notwendige, offizielle Berichtigung der Darstellung in der Landestube auf Grund des Gutachtens der Ärztekammer erfolgen wird.

(Amerikanische Ärztezustände.) Über dieses interessante Thema hielt am 5. d. M. Dr. BAAR einen fesselnden Vortrag im „Ärztlichen Verein des I. Bezirkes“. Er schilderte die Leiden des europäischen Neulings im Osten Amerikas, die kollegialen Verhältnisse in den einzelnen Staaten und die Notwendigkeit tüchtiger eigener Leistung, wenn man dort als Arzt reussieren will. Wir werden die bemerkenswerten Ausführungen des Vor-

tragenden, an welche sich eine von Prof. LORENZ und Dr. M. KRAUS bestrittene Diskussion schloß, im Feuilleton dieser Wochenschrift publizieren.

(„Medizinische Klinik.“) Unter diesem Titel erscheint seit 1. d. M. im Verlage von Urban & Schwarzenberg in Berlin eine neue „Wochenschrift für praktische Ärzte“ unter Redaktion des Privatdozenten Dr. KURT BRANDENBURG (Berlin). Die bisher erschienenen Nummern des groß angelegten, von zahlreichen deutschen Klinikern — wir nennen nur BARDELEBEN (Jena), BIER (Bonn), BUMM, GAFFKY, KRAUS, v. LEYDEN, ZIEHEN (Berlin), NEISSER (Breslau), v. ROSTHORN (Heidelberg), v. STÜMPFEL (Breslau) — herausgegebenen neuen Fachblattes enthalten neben klinischen Vorträgen zahlreiche Abhandlungen, Berichte über Krankheitsfälle, Forschungsergebnisse, diagnostische und therapeutische Vorschläge, Vereinsberichte und Standesfragen. Von den monatlich auszugehenden „Ergänzungsheften“ ist bisher das von Prof. KROENIG (Freiburg) redigierte Monatsheft über Gynäkologie und Geburtshilfe erschienen. Der Preis der „Med. Klinik“ inklusive Ergänzungshefte beträgt 16 M. pro anno.

(Margaretner Ärzteverein.) In der Jahreshauptversammlung vom 23. November 1904 wurden folgende Funktionäre für das Vereinsjahr 1905 gewählt: Zum Obmann Dr. LUDWIG BOROSS, Obmannstellvertreter Dr. ALOIS KAPI, Kassier Dr. EMANUEL CIMLER, zu Schriftführern Dr. GUSTAV ABELES und Dr. JULIUS v. LINDHOUT.

(Der erste internationale Kongreß für Arbeiterunfälle) soll im Juni 1905 zu Lüttich stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen unter anderem: Der Begriff Arbeiterunfall nach den gesetzlichen Bestimmungen der verschiedenen Länder, die Frage der Hernien, Organisation, Unfallfolgen, Simulation. Beitrittserklärungen etc. übernimmt der Generalsekretär Dr. POËLS in Brüssel.

(Der Arzt in Frankreich.) In keinem Lande gibt es so viele Ärzte in sozial hervorragenden und einflußreichen Stellungen wie in Frankreich. So sitzen daselbst in Senat und Kammer nicht weniger als 60 Ärzte, das Arbeitsministerium besitzt 7, das Finanzministerium 6, das Innere 4, COMBES nicht inbegriffen, das Auswärtige 4, das Unterrichtsministerium 2 Ärzte, die Justiz — einen Chirurgen. Im Staatssekretariate der Post und Telegraphen sitzen 27 Ärzte, 2 Chirurgen und 5 Ärztinnen.

(Statistik.) Vom 3. bis inklusive 10. Dezember 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7823 Personen behandelt. Hiervon wurden 1496 entlassen, 153 sind gestorben (9,2% des Abganges). In diesem Zeitraum wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthaltereie als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 106, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 144, Scharlach 32, Masern 213, Keuchhusten 16, Rotlauf 38, Wochenbettfieber 1, Röteln 1, Mumps 18, Influenza 1, Rotz —, follicul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis 1, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 620 Personen gestorben (— 36 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Berlin Dr. KURT FREUDENBERG, ein Vorkämpfer der freien Arztwahl, früher Stadtverordneter von Berlin; in London GEORGE VIVIAN POORE, em. Professor der Medizin am Londoner University College, 61 Jahre alt; in Amsterdam der Chirurg Prof. WURFBAIN.

Von dem regen Interesse, das Se. k. u. k. Hoheit Erzherzog Franz Ferdinand während seiner Weltreise dem Export unserer vaterländischen Artikel entgegenbrachte, zeigt unter anderem auch eine Stelle im Tagebuche Sr. k. u. k. Hoheit, welche wir, ohne befürchten zu müssen, eine Indiskretion zu begehen, nachstehend im Wortlaute veröffentlichen; es heißt da auf pag. 539: „Port Kennedy, am 7. Mai 1893. Wir kehrten der kühlen Bleichstadt mit ihren sonderbaren Bewohnern bald wieder den Rücken und eilten an Bord, wohin ich den Residenten zum Speisen eingeladen hatte. — Beim Diner verschaffte ich voraussichtlich einem unserer vaterländischen Artikel ein neues Absatzgebiet; der Resident war nämlich von unserem Gießhüblerwasser so entzückt, daß er betauerte, er werde unverzüglich für seinen eigenen Bedarf eine Sendung dieses vortrefflichen Sauerlings bestellen.“

(Errata.) Im Artikel „Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstraktes“ von Dr. F. WEITLANER ist zu korrigieren: pag. 2350, Z. 2 v. o. lies statt 654: 546; pag. 2351, Z. 6 v. o. statt subkutane: subakute; pag. 2352, Z. 3 v. u. zirka 10%.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- W. Ebstein u. E. Schreiber, Fortschritte der inneren Medizin. Bericht über das Jahr 1901. 2. H. Stuttgart 1904, F. Enke. — M. 4.—
 Beck v. Mannagetta u. K. v. Kelle, Die österr. Universitätsgesetze. 1. Lief. Wien 1904, Manz. — K 1'50.
 W. Czermak, Die augenärztlichen Operationen. 16. u. 17. Heft. Wien 1904, Karl Gerolds Sohn.
 J. Pagel u. J. Schwalbe, Spemanns histor. Medizinal-Kalender. Berlin 1905, M. 2.—
 Ernst Salkowski, Festschrift zu Ehren seines 60. Geburtstages. Berlin 1904, A. Hirschwald.
 Lehmann-Hohenberg, Naturwissenschaft und Bibel. Jena 1904, H. Costenoble. — M. 2.—

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 19. Dezember 1904, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. W. Roth: Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das Dezemberheft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: „Die diätetische Behandlung der Albuminurie“, von Doz. Dr. Rudolf Kolisch, und „Albuminurie und physikalische Therapie“, von Doz. Dr. Alois Strasser.

Reich an Kohlensäure und vorwiegend Natriumbikarbonat enthaltend, gebört

Mattonis Gießhübler

wegen seiner ausserordentlichen arzneilichen und diätetischen Eigenschaften zu den beliebtesten und gesündesten Sauerlingen.

Als Heilmittel hat sich der Gießhübler Sauerbrunn bei Verdauungsbeschwerden, Katarrhen der Bronchien und Respirationsorgane (bei letzteren mit Milch), bei Blasen- und Nierenleiden vorzüglich bewährt.

Granules de Catillon

à 1 milligr. Titriten Extractes von

STROPHANTUS

Mit diesen Pillen wurden die Versuche ausgeführt, welche in den Sitzungen der Académie de Médecine im Jahre 1889 besprochen wurden. Sie haben gezeigt: sie erzeugen, in der Dosis von 2-4 per Tag, eine rapide Diurese, heben schnell die gesunkene Herzthätigkeit, — mildern

ASYSTOLIE — MITRALLEIDEN — DYSPNÖE — OEDEM Herzkrankheiten der Kinder und der Alten, etc.

Wirkung unmittelbar. — keine Intoleranz. — keine Vasoconstriction, man kann den Gebrauch ohne Hindernis fortsetzen.

Granules de Catillon

10.0001
CRISTALLIS.

STROPHANTINE

HERETONICUM
Nicht Diuretisch

Gewisse Strophantus sind unwirksam, andere toxisch, die Tincturen sind unzuverlässig; verwenden Sie gef. deshalb nur die echten GRANULES DE CATILLON.

Preis der Académie de Médecine de Paris für „Strophantus und Strophantine“ Goldene Medaille auf der Weltausstellung 1900, PARIS, 3, Boulevard Saint-Martin.

VERTRETER F. OESTERREICH: Dr. E. BLOCH, BASEL (Schweiz)
 IN WIEN: G. & R. FRITZ. — ADLER-APOTHEKE, 1, Karntnering 18 — ALTE K. K. FELDAPOTHEKE, Stephansplatz.

Dr. Kahlbaum, Görlitz,
 Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
 Offene Kuranstalt für Nervenkrankte.
 Ärztliches Padagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

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 Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 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 Einreichung des Betrages per Postanweisung an die Administration der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener

Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von
Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von

Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT: Originalien und klinische Vorlesungen. Beitrag zur Melaena neonatorum. Von Dr. ISIDOR FISCHER in Wien. — Über Heroin als Hustenmittel. Von Dr. KARL HELBIG in Prag. — Diphtherie und Krupp, mit und ohne Serum behandelt. Von Dr. J. FELZ, Lemberg. — Referate. SCHLOSS (Berlin): Erfahrungen über Nachweis und Vorkommen von okkulten Magenblutungen. Prüfung des Heilwerts von Wismut bei Ulcus ventriculi. — HOPPE-SEYLER (Kiel): Über chronische Veränderungen des Pankreas bei Arteriosklerose und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus. — GEORG SCHMIDT (Breslau): Über angeborene Hüft- und Kniebengekontraktur. — DE VLACOS (Mitylène): Beiträge zur chronischen Entzündung der Tunica vaginalis testis. — CHUTE (Boston): Über die Behandlung septischer Wunden. — HOLZINGER (St. Petersburg): Über die Rolle der Vasomotoren bei der Hydrotherapie. — H. PERHAM (Wien): Über Serumbehandlung bei Paerperalfieber. — PRŮŠÁK (Prag): Mit welchen Mitteln soll gegen den Alkoholismus vom Standpunkte des Strafrechtes gekämpft werden? — Kleine Mitteilungen. Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus. — Bromocoll. — Wirkung der Chinasäure auf den Kalkstoffwechsel des Menschen. — Diuretikum Theocin. — Einwirkung thermischer Hautreize auf die Herzarbeit und die Atmung. — Makroskopische GRUBER-WIDALSche Serumreaktion. — Veronal. — Literarische Anzeigen. Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. Von Prof. Dr. ADOLF LEBNER. — Der Aberglaube in der Krankenstube nach seinem Ursprunge betrachtet. Von FELIX FREIH. VON OEFELE. — Scientific reports on the investigations of the cancer research fund. — Verhandlungen ärztlicher Vereine. Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. (Original-Bericht.) — Notizen. — Neue Literatur. — Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration. — Ärztliche Stellen. — Anzeigen.

Dieser Nummer liegen Titelblatt, Autoren-Verzeichnis und Sachregister für den Jahrgang 1904 bei.

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

Originalien und klinische Vorlesungen.

Beitrag zur Melaena neonatorum.

Von Dr. Isidor Fischer in Wien.

Unter Melaena, dem Morbus niger, der schwarzen Ruhr, verstand man seit den Zeiten HIPPOKRATES' das Erbrechen und die Entleerung schwarzer, d. h. blutiger und blutgemengter Massen — ἐν τῇ μελαινα νόσῳ μελαινα ἐμεῖ etc. (HIPPOKRATES περι νόσων). Heute beschränken wir den Namen ausschließlich auf die bei den Neugeborenen auftretenden Fälle blutigen Erbrechens und blutiger Stühle, auf die sogenannte Melaena neonatorum¹⁾, eine Bezeichnung, die vorwiegend nur der deutschen und englischen Literatur eigen ist, während die Franzosen von hématemesis, von gastrorrhagie und hémorrhagies gastrointestinales chez les nouveau-nés sprechen.

Die ersten Fälle dieser Art wurden von EBART 1723 und BREBISIUS 1737 beschrieben; doch scheint die Kenntnis des Krankheitsbildes fast für ein Jahrhundert verloren gegangen zu sein, da wir in den Berichten der Gebäranstalten der späteren Zeit jede Erwähnung desselben vermissen. Im Jahre 1825 hat HESSE zum ersten Male eine monographische Bearbeitung der Erkrankung geliefert und seit dieser Zeit haben sich die Mitteilungen über die Melaena neonatorum stetig gemehrt. Insbesondere hat man der auch heute noch

¹⁾ Unser großer Sprachreiner KOSSMANN nennt das Wort neonatus eine scheußliche vox hybrida und er hat recht, da νέος griechisch, natus aber lateinisch ist. Ganz griechisch heißt der Neugeborene νεογόνος, νεογενής und νεογίλος (auch νεογίλος), ganz lateinisch recens a partu, recens partus, modo natus, editus, genitus. Er wird aber verzeihen, wenn wir den eingebürgerten Ausdruck der Kürze halber beibehalten, die jedenfalls die Bildung dieses Zwitters veranlaßt hat.

nicht aufgeklärten Ätiologie sowie der pathologischen Anatomie der Krankheit ein reges Interesse entgegengebracht, wobei es an Kontroversen und Meinungsverschiedenheiten wesentlicher Bedeutung nicht ermangelt hat.

Schon die Angaben über die Häufigkeit der Erkrankung weisen bedeutende Differenzen auf. Während man im allgemeinen einen Fall von Melaena auf 500—1000 Geburten rechnet, nennt sie JOACHIM eine Krankheit, die selbst erfahrene Pädiater nie in ihrem Leben gesehen haben und gibt LEOPOLD an, sie unter 7500 Geburten nur zweimal beobachtet zu haben.

Man hat zunächst die Melaena spuria von der Melaena vera abzusondern getrachtet und in die erstgenannte Kategorie jene Fälle eingereiht, in welchen der Sitz der Blutung außerhalb des Magen-Darmkanales der Neugeborenen zu suchen ist. Hierher gehören: Das Verschlucken von Blut bei frühzeitiger Lösung der Plazenta, bei Schrunden der mütterlichen Warzen, bei milchernen Brüsten, bei Verletzungen und Erkrankungen der Mundhöhle und des Pharynx (z. B. vom harten Gaumen aus — CITRON, von der Uvula aus — GREEF) und last not least der Nase. Insbesondere SWOBODA und HOCHSINGER haben in neuester Zeit den gewiß sehr häufig übersehenen, nasalen Ausgangspunkt der Melaena-Blutungen nachdrücklichst betont, ersterer sogar die Frage aufgeworfen, ob es wirklich eine Melaena vera gebe.²⁾

Man hat ferner zwischen primärer oder sogenannter idiopathischer und sekundärer oder symptomatischer Melaena unter-

²⁾ Ohne die Verdienste dieser beiden genannten Autoren schmälern zu wollen, sei hier im Interesse der historischen Wahrheit STORCH angeführt, der schon 1750 darauf hinweist, daß Blutbrechen und Melaena infolge von Nasenbluten bei Kindern etwas sehr Gewöhnliches sei, zumal wenn das Nasenbluten die Kinder des Nachts, wenn sie im Schlafe auf dem Rücken liegen, überfällt und das aus der Nase abfließende Blut verschluckt wird.

schieden und als letztere jene Magen-Darmblutungen zusammengefaßt, welche nur die Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung der Neugeborenen darstellen. Hierher würden die Fälle von Melaena bei Sepsis, bei hereditärer Syphilis, bei angeborener Hämophilie und der BÜHLschen Krankheit gehören, für welche FUHRMANN den Namen Melaena überhaupt gestrichen wissen will; nach FUHRMANN sollte man hier von einer Haemorrhagia intestinalis ex haemophilia, sepsi etc. sprechen.

Pathologisch-anatomisch wurden beschrieben: 1. ganz negative Befunde — freilich fehlen hier, was SWOBODA mit Recht hervorhebt, rhinologische Sektionen, 2. Veränderungen am Magen-Darmtrakt, 3. verhältnismäßig häufig Anomalien im Gefäßsystem. Ad 2 hat man überwiegend hyperämische Zustände der Magen-Darmschleimhaut, Erosionen und Ulzerationen derselben konstatiert. Von selteneren Befunden nenne ich Ulzera des Ösophagus (HENOCH, CHRZANOWSKI, H. SPIEGELBERG), intravitale Perforation des Duodenums (SCHMID), angeborene Atresie desselben an der Papille mit abnormer Ektasie von Duodenum und Magen (SIMMONDS), Mesenterialgeschwulst (zystisches lymphangiektatisches Angiom, SHUKOWSKI), angeborener Darmkrebs (WIDERHOFER). Von den sub 3 genannten Anomalien im Gefäßsystem werden angeführt: Offenes Foramen ovale, Entwicklungshemmung oder frühzeitige Obliteration des Ductus venos. arantii (BETZ), weit offener Ductus Botalli, über dessen Einmündung in die Aorta diese beträchtlich stenosiert und die Pulmonalarterien stark verengt waren (NIEBERDING, SCHLEIPP), Fortsetzung der Arteria pulmonalis nach Abgabe der beiden Pulmonaläste in die Aorta descendens, während der normal weite Aortenstamm mit der Bildung der drei großen Bogengefäße abzuschließen schien (DIEM), totaler Defekt des linken Ventrikels, der Mitralis und des Aortenostiums, während Aorta und Art. pulmonalis gemeinsam aus dem rechten Ventrikel entsprangen und rechtes und linkes Atrium durch ein abnorm weites Foramen ovale miteinander kommunizierten (SIMMONDS). Wie die pathologisch-anatomischen Befunde variieren, beweist am besten eine Mitteilung SCHMORLS, der über 5 Obduktionsbefunde bei Melaena berichtet. In zwei Fällen ließen sich makroskopisch keine Veränderungen des Intestinaltraktes erkennen, mikroskopisch aber eine nicht unbeträchtliche fettige Degeneration der Wände der kleinen Blutgefäße nachweisen. Bei 2 anderen Fällen lagen Geschwüre im Magen und Dünndarm vor, im fünften Falle war die Krankheit auf eine Infektion mit Bact. coli zurückzuführen. Hier fand sich eine eitrige Entzündung des Ductus choledochus, welche auf die Umgebung desselben und auf die Pfortader übergegriffen, infolge Entzündung der Wand der Pfortader zur Thrombose derselben geführt hatte, in deren Konsequenz es zu einer hämorrhagischen Infarzierung des Dünndarmes mit enormer Blutstauung im Magen und Blutungen in den Darm gekommen war.

Viel größer als die Zahl der zugrunde liegenden anatomischen Befunde ist die Zahl jener ätiologischen Faktoren, welche für die Entstehung der Melaena verantwortlich gemacht wurden. Sie beweist schon an und für sich am besten, wie wenig befriedigend bisher ein jeder Erklärungsversuch geblieben war. Ich führe an: Die angeblich physiologische Hyperämie der Mesenterialarterien und ihrer Kapillaren, welche durch den plötzlichen Verschuß der unmittelbar aus der Arteria hypogastrica entspringenden, beim Fötus sehr bedeutend entwickelten Nabelarterie bedingt sein soll; die korrodierende Wirkung des Magensaftes auf die in der Schleimhaut durch eben diese Hyperämie entstandenen Extravasate; besondere Dünnwandigkeit oder Brüchigkeit des betreffenden Gefäßsystems. Gefäßverfettung (STEINER); abnorm mächtige Entwicklung der Darmmuskulatur, welche die eben erwähnte Stauung zu vermehren in der Lage ist (ZEZSCHWITZ); zu kopiöse Ernährung des Neugeborenen (PIRINSKI); Einwirkung reizender Bestandteile des Magen- und Darminhaltes, im besonderen des aspirierten mit Vaginalsekret verunreinigten

Fruchtwassers (ZEZSCHWITZ); akute Entzündung der Magenschleimhaut (BILLARD). Von weiteren Ursachen werden genannt: abnormer Hirndruck, wie er auch bei normalen Geburten vorkommen kann. Geburtsanomalien, Kompression des Abdomens intra partum (HERMARY), Kompression der Nabelschnur infolge frühzeitigen Blasensprunges (STEVENSON), zu frühzeitige und zu späte Abbindung der Nabelschnur, Unterbindung der Nabelschnur während der Höhe einer stärkeren Uteruskontraktion, Ligatur des Nabelstranges vorerst am distalen Abschnitte, Thrombose der Nabelvene mit nachfolgender Embolie (LANDAU), ferner kürzere oder längere Atmungssuspension bei asphyktischen Kindern, angeborene Schwäche oder umgekehrt plethorischer Zustand derselben, Blutanhäufung in der Leber und Abgang (!) des durch den Ductus choledochus in den Darmkanal regurgitierten Blutes (LUMPE), Erkältung der Neugeborenen (non pas le froid brusque mais le froid lent, progressif et presque insensible à l'observation des sens — LORANCHET). Aus der neuesten Zeit stammen die mit großem wissenschaftlichen Apparate ausgearbeiteten Theorien über den zerebralen Ursprung der Melaena (POMORSKI, PREUSCHEN) und die bazilläre Entstehung derselben (GÄRTNER, KILHAM³), NEUMANN, NICHOLSON, RENNENKAMPF, ROMME). Diese letztgenannte Theorie führt im weiteren zu den mannigfachen Zusammenhängen, welche zwischen der Melaena einerseits (auch der sogenannten Melaena vera) und der Hämophilie, Syphilis und Sepsis andererseits konstruiert wurden. Es ist nicht möglich, an dieser Stelle an den vielen, im Laufe des letzten Hemisäkulums aufgestellten Melaenatheorien Kritik zu üben, wurde doch sogar schon „Versehen“ ernsthaft als Melaena-Ätiologie publiziert: Die Mutter des Kindes war Zeugin eines Hämatemesis-Anfalles bei ihrer Schwester gewesen (LINCOLN 1897). Es sei hier nur bemerkt, daß in der großen Zahl der als Melaena vera publizierten Fälle sich eine Reihe von solchen findet, die weder klinisch noch anatomisch genügend untersucht und beschrieben wurden, ferner Fälle, welche überhaupt nicht das typische Melaenabild darbieten, z. B. Magen-Darmblutungen aus späteren Alterswochen oder bei frühgeborenen, sicher hereditär-luetischen oder septischen Neugeborenen, schließlich Fälle von bloß präagonalen, meist geringfügigen Magen-Darmhämorrhagien.

Die Publikation der nachfolgenden Krankengeschichte, die freilich auch nicht die strengen Forderungen erfüllt, welche SWOBODA aufstellt, da eine Obduktion — wie so oft in der Privatpraxis — nicht zugegeben wurde, mag durch die Seltenheit der Beobachtung und die Art des therapeutischen Vorgehens gerechtfertigt sein.

Am 24. Februar 1902 wurde ich um 1/2 12 Uhr nachts zu der 26jährigen Frau L. C. (Pr.-Nr. X. 240) zur Hilfeleistung bei der ersten Entbindung gerufen. Wehen seit 6 Uhr abends; Blasensprung (klares Fruchtwasser) 11 Uhr nachts. Erste Schädellage; Herztöne gut. Schädel bereits sichtbar. Um 1/2 1 Uhr nachts Spontangeburt. Das Kind (Mädchen), gesund und von mittlerem Gewicht, schreit sofort. Abnabelung bei pulsloser Nabelschnur 10 Minuten nach Austritt der Frucht. Naht eines kleinen Dammrisses mit drei Nähten.

Am 26. Februar mittags (36 Stunden post partum) werde ich stürmisch alarmiert und finde das Kind hochgradig anämisch, kühl, Händ, Windeln, Stechkissen ganz in Blut getaucht. Erbrechen blutiger Massen und Entleerung frischblutiger⁴), etwas mit Meko-

³) Wenig bekannt ist der interessante Bericht von KILHAM und MARCELS, welche unter 54 Geburten zwischen dem 19. Februar und 11. Mai 1897 zehn Fälle von Hemorrhagic disease in einer New-Yorker Entbindungsanstalt beobachtet haben; unter diesen 10 Fällen waren 5 schwere Hämorrhagien aus dem Darne und 2 aus dem Mund. Der Verlauf der Erkrankung, welche bald in Genesung endet oder tödlich verläuft, ihre begrenzte Zeitdauer, ihr häufigeres Vorkommen in Instituten, die erhöhte Temperatur, die Tatsache, daß es sich meist um eine Allgemeinerkrankung und keine Lokalerkrankung handelt und der bakteriologische Befund sprechen nach SMALL für den Charakter der akuten Infektionskrankheit.

⁴) MARS meint, daß die Nasenschleimhaut als Quelle der Blutung ausgeschlossen werden könne, wenn nur die erbrochenen Massen kaffeesatzartig sind, während den Stuhlentleerungen frisches Blut beigemischt ist. Der Sitz der Blutung müsse dann unterhalb des Pylorus gesucht werden.

nium gemengter Stühle. Inspektion der Mundhöhle, der hinteren Rachenwand und der Nase ergibt ein negatives Resultat. Tamponade beider Nasenhöhlen ohne Effekt. Der von mir beigezogene Kinderarzt (Dr. R. NEURATH) verordnet Gelatinelösung per os und per anum. Unter zunehmendem Verfall, bei andauerndem blutigen Erbrechen und weiteren blutigen Stühlen Exitus am 27. Februar vormittags.

Wochenbett afebril, ohne Komplikationen.

Die nachträglich erhobene Anamnese ergibt, daß die Mutter bis auf Masern im 8. Lebensjahre stets gesund war, ebenso der Vater, der jetzt 29 Jahre alt Lues entschieden negiert. Hämophile Symptome sind weder bei den Eltern des Kindes, noch in der engeren oder weiteren Verwandtschaft zu eruieren.

Der Vater ist von mittelkräftigem Knochenbau, zeigt ein gesundes Aussehen; die Mutter blaß, Strabismus, hochgradig nervös. Organbefund bei der Mutter normal, keine Zeichen von Lues.

Am 26. April 1903 II. Partus, der in 6 Stunden vollkommen normal abläuft (Pr.-Nr. XV. 111). Kräftiges, gesundes, nicht asphyktisches Mädchen. Schon am selben Tage nach zirka 3 Stunden Auftreten typischer Melaenasymptome bei gleichem negativen Organbefund. Tod 12 Stunden post partum.

Am 14. Tage des afebrilen Wochenbettes eine stärkere Genitalblutung, die nach achttägiger Behandlung mit Styptizin und heißen Vaginalspülungen sistiert.

Es war leicht begreiflich, daß das junge Ehepaar, welches ich in der zweiten Schwangerschaft der Frau damit vertröstet hatte, daß eine Wiederholung eines solch unglücklichen Ereignisses nicht sobald vorkomme, sich nun verzweifelt an mich wandte und mich bestürmte, dem Auftreten der Melaena bei einer neuerlichen Gravidität vorzubeugen. Der Hinweis darauf, daß uns ja die Ätiologie der Erkrankung völlig unklar sei, fand wohl Verständnis, doch möge immerhin — der Mann meinte, wenn auch nur solacii causa für die Frau — irgend eine Behandlung versuchsweise eingeleitet werden. Da blieb mir trotz der Fülle der oben angeführten ätiologischen Faktoren nur die Lues, bei welcher allein von einer einzuleitenden prophylaktischen Behandlung die Rede sein konnte. Schon ein Jahr früher hatte ich, durch den eben erschienenen Vortrag RIEHLS angeregt, mit der vaginalen Quecksilberanwendung begonnen und günstige Erfahrungen gemacht. Hier war sie mir, um die Auffälligkeit einer Schmierkur zu vermeiden und bei der Frau den Anschein einer besonderen, ihre Generationsorgane betreffenden Behandlung zu erwecken, ganz besonders erwünscht. Ich ließ daher die Frau nach vorausgegangener Unterweisung selbständig 30 Vaginaltampons à 2:0 Quecksilberresorbin einführen. Tampons jeden zweiten Tag; daneben Kal. chloric. und Mundpflege.

Am 6. September III. Partus, der bei vorzeitigem Blasensprung (2 Tage vorher) nach 12stündiger Wehentätigkeit — also längerer Dauer wie bei den ersten zwei Geburten — spontan vor sich geht. Das gesunde, kräftige Kind (Mädchen) bot bis heute keinerlei krankhafte Erscheinungen.

Ich teile diesen Fall wiederholten Melaenaauftretens zunächst deshalb mit, weil er in der sonst überaus üppigen Melaenaliteratur zu den seltenen gehört. Ich finde in der mir zugänglichen Literatur folgende Angaben über das Auftreten mehrerer Melaenaerkrankungen bei Kindern derselben Mutter:

1. A. EPSTEIN (Zur Ätiologie der Blutungen im frühesten Kindesalter; Österr. Jahrbuch f. Pädiatr., 1876, Bd. 7, pag. 119) zitiert nach RAHN-ESCHER und BARRIER (mir nicht im Original zugänglich): Drei Kinder derselben Mutter erkrankten immer in den ersten Tagen nach der Geburt an Melaena und Darmblutungen; alle genasen. Dieselbe Affektion zeigten zwei Kinder einer anderen Mutter; beide starben. Drei Kinder eines später an Magenkarzinom verstorbenen Vaters gingen an Darmblutungen zugrunde.

2. S. REMBOLD (Beitrag zur Lehre von der Melaena neonatorum; „Deutsche med. Wochenschr.“, 1881, pag. 385) berichtet: Das Kind einer Frau mit hochgradig trichterförmig verengtem Becken war vier Tage später nach reichlichen Blutentleerungen

gestorben. Sektion ergibt Fraktur des linken Stirnbeins in seinem frontalen und orbitalen Teil bis zur Siebbeinplatte mit reichlichem Bluterguß unter Perikranium und Dara. Bei der 2 Jahre vorher unter Leitung eines Wundarztes erfolgten Niederkunft der Frau, wobei die Zange zur Entbindung in Anwendung kam, hatte das Kind so hochgradige Verletzungen des Schädels davongetragen, daß ihm das linke Auge aus der Orbita ausgequetscht war. In diesem Falle war die Melaena bald nach der Geburt eingetreten. Trotz der Blutverluste und der schauerhaften Verletzung lebte das Kind noch mehrere Monate. (PREUSCHEN hat diesen Fall zur Stützung seiner zerebralen Theorie herangezogen.)

3. A. HERGOTT (Contribution à l'étude de l'étiologie des hémorrhagies intestinales chez le nouveau-né; „Arch. de Tocologie“, 1894, Bd. 24, pag. 288): Die 42jährige Zehntgebärende gibt an, daß sie schon 2 Kinder in derselben Art verloren, aber weder sie, noch ihr Mann hätten je an Blutungen gelitten.

4. M. EDELMANN (Melaena neonatorum, Ärztliche naturwissenschaftliche Gesellschaft in Nagyvarad; „Pester med.-chirurg. Presse“, 1901, Bd. 37, pag. 330): Zwei Kinder der 32jährigen XI-Paraloben, und zwar das 1. und 7.; eine Frühgeburt im 8. Monat; 4 Kinder wurden tot geboren; 3 wurden lebend geboren, verstarben aber im 6. resp. 9. Lebensmonat, resp. in der 5. Lebenswoche, letzteres an Blutungen aus Mund und Nase. Für Lues der Eltern keine anamnestischen oder klinischen Spuren.

5. E. L. HOLT (A note on the treatment of gastro-intestinal hemorrhage in the newly born by suprarenal extract; „Arch. of Pediatr.“, 1902, Bd. 19, pag. 278): V Partus. Das erste Kind war totgeboren, das 2. und 3. leben und sind gesund. Das 4. starb an Blutungen, welche den 2. Tag nach der Geburt begannen und bis zum Tode am 4. Tage andauerten. Keine Andeutungen von Syphilis; beide Eltern waren kräftig aussehend und gesund. (Es ist zwar im Original nicht gesagt, aus welchem Organ die Blutung stammt; doch läßt sich aus dem Zusammenhang am besten entnehmen, daß es sich ebenfalls um Melaena handelte.)

An diese Beobachtungen seien noch folgende Fälle angeführt, und zwar zunächst die vielzitierte Beobachtung von RILLIET (Mémoire sur les hémorrhagies intestinales chez les nouveau-nés — melaena des enfants, „Gaz. méd. de Paris“, 1848, pag. 1029), der Zwillinge innerhalb weniger Stunden nacheinander an Melaena erkrankten sah. Von diesem Falle sagt HENOCH, daß man zur Annahme einer gemeinsamen hämorrhagischen Diathese geneigt sein könnte, wenn die Krankheit nicht schließlich einen glücklichen Ausgang genommen hätte und beide Kinder später von Blutungen ganz verschont geblieben wären. Dem RILLIETSchen Falle steht eine Beobachtung von PÜTTER (Ein Fall von Melaena neonatorum, Marburg 1887, zitiert nach SCHMIDT, Bd. 221, pag. 54) gegenüber, der in einem Falle von Zwillingen nur das eine Kind an Melaena erkrankten sah. Schließlich sei der Fall II Melaena vera von SILBERMANN (Über Melaena vera neonatorum; Jahrbuch für Kinderheilkunde, N. F., Bd. 11, pag. 378) erwähnt, in dem das vorangegangene Kind in den ersten 24 Stunden durch Verblutung aus der Nabelschnur gestorben war.

Die früher mitgeteilten, wenigen Fälle wiederholten Melaenaauftretens dürften aber kaum den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Die überwiegende Zahl der kasuistischen Mitteilungen stammt aus den öffentlichen Krankenanstalten und Gebärhäusern, deren Krankenmaterial überaus fluktuierend und wenig intelligent ist und bei welchem die Erstgebärenden das überwiegende Kontingent stellen. Die Mitteilungen aus der Privatpraxis aber, in welcher zur Beobachtung der wiederholten Melaena viel mehr Gelegenheit gegeben ist, werden aber jederzeit viel spärlicher fließen. Können wir aber in den Fällen wiederholter Melaena den Zufall ausschließen, der bei einer doch verhältnismäßig nicht häufigen Erkrankung hier eine Rolle spielen sollte, dann fallen sofort eine große Zahl von sogenannten Melaenaätiologien, die sich auf akzidentelle Ereignisse z. B. bei der Geburt beziehen; es bleibt dann nur — von exzeptionellen angeborenen Anomalien vielleicht abgesehen — die Beziehung auf Zustände der Eltern

oder Aszendenten, die in den Fällen von wiederholter Melaena fortbestehen, in denen vereinzelt Auftretens transitorischer Natur sind. Eine große Reihe von Fällen sogenannter Melaena vera fällt dann in die früher erwähnte Kategorie der sekundären oder symptomatischen Melaena. In erster Linie wäre hier an die Hämophilie zu denken, zumal wenn man in Betracht zieht, wie schwierig es oft ist, eine exakte Familienanamnese zu erhalten oder die Diagnose bei Frauen zu stellen, wo sich die Hämophilie oft nur unter starken Menstruationen verbirgt. Auf welchem Material sich die immer wiederkehrende Angabe basiert, daß sich die Hämophilie nicht vor Ablauf des ersten Lebensjahres manifestiert, vermag ich nicht festzustellen. Ich erinnere andererseits an die Bemerkung VIRCHOWS, daß sich die hämophile Diathese unter den Kindern einer Familie mehrfach zeigen kann, ohne daß die Eltern oder Vorfahren etwas Ähnliches gezeigt haben. Dem Einwande aber, den z. B. HOCHSINGER erhebt, dahingehend, daß auch bei Hämophilie ein äußerer Anlaß gegeben sein muß, widerspricht meine Erfahrung, der ich bei Blutern auch ganz spontane, ohne vorausgegangenes Trauma entstandene Blutergüsse z. B. in das Kniegelenk, in die Bauchhöhle auftreten sah. Die häufige Kombination von Magen-Darmblutungen mit Nabelblutungen, die aus TOWNSEND'S Tabelle hervorgeht (Haemorrhages in the new-born; „Bost. Med. and Surg. Journ.“, 1891, Bd. 125, pag. 128), würde für meine Annahme sprechen, eine angeborene Disposition zur Blutung vorauszusetzen, sei es infolge von Hämophilie oder Lues od. dgl.; daß bei diesen Kindern auch die Fälle von Melaena spuria infolge Erkrankungen oder Traumen der Nase häufiger vorkommen werden, ist ebenfalls einleuchtend.

Was schließlich die in meinem Falle eingeschlagene Quecksilbertherapie betrifft, so ist wohl das Geständnis überflüssig, daß sie mir von vornherein nur ein Auskunftsmittel bedeutete und daß es mir auch nach dem günstigen Erfolg nicht einfällt, aus dem post hoc ein propter hoc zu konstruieren. Hier kann nur ausgedehnte Erfahrung und speziell genaue klinische und anatomische Nachforschung eine Entscheidung bringen. Bezüglich der Therapie der Melaena haben BAGINSKY, BROWN, DÖLLNER, FUHRMANN, HOLTSCHMID, OSWALD und ZUPPINGER günstige Erfolge von der subkutanen Gelatineanwendung berichtet, deren Beurteilung jedoch dadurch erschwert ist, daß auch bei rein exspektativer Therapie 30—40% Heilungen zu beobachten sind. Über Heilungen bei ausschließlicher Anwendung per os und per anum berichten GEENSHEIM, GUTMANN, LUGENBÜHL, TORDAY. Über die Verwendung der Nebennierenpräparate lagen damals keine Mitteilungen vor, wie sie neuestens z. B. von HOLT gemacht wurden.

Über Heroin als Hustenmittel.

Von **Dr. Karl Helbich** in Prag.

Es ist in erster Linie der bellende, trockene Husten, der ein Brennen in der Brust und krampfartige Muskelschmerzen in der Muskulatur des Brustkorbes und Abdomens hervorruft, für welchen mir gegenwärtig das Heroin das einzige, höchst selten versagende Heilmittel ist. Daß man bei Schleimanhäufung und Bildung dicken Sputums, bei manchen chronischen Bronchitiden und bei vorgeschrittenen Phthisen vom Heroin nicht wahllos Gebrauch machen soll, darin stimme ich vielen Autoren bei; in solchen Fällen trachte ich, den Kranken bloß eine ruhige, vom Husten ungestörte Nacht zu verschaffen, und zwar entweder nur durch Heroin oder — bei auch anderswie begründeter Schlaflosigkeit — durch Heroin mit Chloralhydrat, während ich tagsüber der Expektorations freien Lauf lasse oder dieselbe noch unterstütze. Aus diesen Erfahrungen begreife ich recht gut den Rat mancher Kliniker, Heroin bei Lungenemphysem mit Vorsicht zu gebrauchen.

Bezüglich der sedativen Wirkung des Heroins kann ich den Ausführungen СВНАS („Lékarské rozhledy“, 1903) beipflichten: des Heroins bediene ich mich bei allen Fällen von Hämoptoe und gleichzeitigem Husten, und wenn ich auch mitunter in schweren Fällen, besonders bei sich wiederholenden Blutungen oder wenn diese aus einem Infarkt stammen, zum Morphium meine Zuflucht nehmen muß, komme ich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit dem Heroin aus, sowohl zur Unterdrückung des Hustens als auch zur Stillung der Blutung. Die gute Wirkung des Mittels bei dieser Affektion erkläre ich mir daher, daß die sedative Wirkung nicht auf die Atmungsorgane beschränkt bleibt, sondern sich auch den Zirkulationsorganen mitteilt.

Was den Husten bei Pharyngitis und Laryngitis betrifft, kann ich die günstige Wirkung ebenfalls bestätigen, die Grundaffektionen haben natürlich durch das Medikament keine Änderung erfahren, nur eine Beschleunigung ihres Verlaufes habe ich verzeichnet. Dagegen pflichte ich bedingungslos der Anempfehlung des Heroins bei Dyspnoe und Bronchialasthma bei, denn ich war Zeuge, wie schnell und sicher das Mittel bei diesen Kranken wirkt. Der erste Fall von Bronchialasthma, den ich mit Heroin behandelte, verschwindet nicht aus meinem Gedächtnis: Ein 40jähriger Perlmutterdrechsler wankte in mein Sprechzimmer, unregelmäßig, oberflächlich und schwer atmend; das pfeifende Atmen und eine bedeutende Zyanose des Gesichtes sowie die Anamnese, welche eine Reihe vorangegangener Anfälle nach verhältnismäßig freien Intervallen verzeichnete, würden auch ohne den typischen Lungenbefund zur Sicherstellung der Diagnose hingereicht haben. Ich reichte ihm Heroin und in einer Viertelstunde war ich Zeuge seiner Wirkung; die Atmung wurde tiefer, regelmäßiger und seltener, die Zyanose verschwand und der Kranke beruhigte sich. Diesem und anderen von Asthma befallenen Kranken ist dann das Heroin zu einem wahren Talisman geworden, welcher zwar einen jeden Anfall nicht im Keime ersticken konnte, aber einen jeden bedeutend abkürzte und dem Kranken stets Erleichterung brachte.

Ohne von den diesbezüglichen Mitteilungen der verschiedenen Autoren zu wissen, und wie wohl ein jeder Praktiker nach einem symptomatischen Mittel gegen die Geißel der Ärzte, die Pertussis, suchend, verfiel ich auf Heroin. Manchmal hatte es wirklich den Anschein, daß die Anfälle seltener wurden und die Kinder sich beruhigten; da ich das Mittel bei dieser Krankheit in der Regel gemischt mit Chloralhydrat verabreichte, kann ich das Kupieren der Anfälle nicht ausschließlich auf Rechnung des Heroins setzen.

Da ich oft Zeuge war, welche Atembeschwerden und wie starken Hustenreiz bei Kranken die Pleuritis hervorruft, versuchte ich auch da durch Heroin Linderung zu schaffen, und zwar mit solchem Erfolge, daß mir nunmehr auch bei dieser Krankheit das Heroin als Spezifikum gilt zur Behandlung der subjektiven Beschwerden. Es ist vor allem das unerträgliche Stechen bei jedem Atemzuge, welches schwindet und so eine tiefere und regelmäßige Inspiration ermöglicht. Ich halte dafür, daß in dieser Wirkung, welche ich gleicher Weise bei schmerzhaftem Atem infolge Rippenfraktur und Brustkorbkontusionen beobachtet habe, neben der sedativen auch die analgetische Eigenschaft des Heroins zur Geltung kommt.

Was meine Erfahrungen im ganzen betrifft, kann ich der Behauptung von der völligen Indifferenz des Heroins für das Herz beistimmen, aber eine Beeinflussung des Magens habe ich, wenn auch nur in einem Bruchteil der Fälle, doch beobachtet. Vielleicht hat es sich um individuelle Intoleranz gehandelt, vielleicht ist der Grund darin zu suchen, daß ich es auf nüchternen Magen nehmen ließ, kurz in verschiedenen Fällen stellte sich gleich nach den ersten Dosen entweder Erbrechen ein, oder nauseaartige Beschwerden und Unwohlsein. Die Mehrzahl dieser Kranken legte die beschriebene Reaktion auf das Mittel nur bei den ersten Dosen an den

Tag und bewies in weiterem Verlaufe eine komplette Akkommodation des Organismus an das Mittel. Es waren dies besonders Kranke, welche seit längerer Zeit vom Husten geplagt wurden, der sich zum Erbrechen steigerte; bei einigen blieb jedoch die Intoleranz hartnäckig bestehen und erzwang sich eine Änderung der Medikation. Weil jedoch solche Fälle 3—4% aller von mir mit Heroin behandelten nicht übersteigen und weil kein wirksames Heilmittel, besonders aus der Gruppe der Narkotika, sich mir als Arkanum für alle damit Behandelten bewährt hat, ist dieser kleine Bruchteil von Intoleranten nicht imstande, mich in geeigneten Fällen der Heroinmedikation abwendig zu machen; ich glaube, daß der Arzt ein solches Risiko ruhig übernehmen kann und soll, um so mehr, als die Reaktion nie ernster zu sein pflegt.

Eine hypnotische Wirkung, wie sie dem Heroin von mehreren Autoren zugeschrieben wurde, kann ich mit meinen auf einige Hunderte sich erstreckenden Erfahrungen nicht bestätigen. Es scheint mir, als ob man da nach dem Satze, *post hoc, ergo propter hoc* geschlossen hätte. Mir ist es nämlich ganz einleuchtend, daß, wenn man Kranken, welche des Hustens und der Schmerzen wegen einige Nächte des Schlafes haben entbehren müssen, Erleichterung verschafft, der entkräftete Organismus sich dann den Schlaf auch ohne ein Hypnotikum erzwingt. MIRTLE („Wiener klin. Rundschau“, 1899, 25) und ELISCHER („Heilkunde“, 1902, 2) haben Heroin in der Gynäkologie empfohlen, STRAUSS („Münchener med. Wochenschr.“, 1903, 36) gegen sexuelle Erregungszustände. Hierüber fehlen mir persönliche Erfahrungen. Wie SZABOKY („Orvosok lapja“, 1904, 11) habe ich das Heroin hauptsächlich als Hustenmittel gegeben.

Konform CRHA habe ich auch nicht die geringste Beeinflussung der profusen Nachtschweiß der Phthisiker durch Heroin beobachtet.

Zu erwähnen wäre noch, daß Heroin am besten in Form des salzsauren Salzes Heroinum hydrochloricum zu verschreiben ist, weil dieses löslicher und daher auch verträglicher ist. Man verschreibt es in Pulverform oder in Lösung wie Morphin, und zwar pro dosi 3—5 mg, selten mehr, doch kann man unter Umständen bei Kranken, die an narkotische Mittel gewöhnt sind, auch bis 1 cg pro dosi gehen, jedenfalls aber nicht, bevor man durch kleinere Dosen vorerst die Verträglichkeit konstatiert hat.

Man kann also, wenn man alles rekapituliert, das Heroin als ein ausgezeichnetes Hustenmittel und ein vorzügliches Sedativum bezeichnen, dessen Anwendung eine allgemeine sein sollte.

Diphtherie und Krupp, mit und ohne Serum behandelt.

Von **Dr. J. Fels**, Lemberg.

(Schluß.)

Nun will ich an die Besprechung der Diphtherie- und Kruppfälle herantreten, die ohne Serum behandelt wurden; es waren deren 29.

Von diesen 29 Fällen waren 12 mit doppelseitiger Rachendiphtherie, 5 mit Diphtherie einer Mandel, 10 Fälle von Croup laryngis und 2 Fälle von Rachendiphtherie mit kruppösen Erscheinungen. Die Kruppfälle betrafen natürlich nur Kinder, bei denen diese Krankheit eben auftritt. Während gegenwärtig die anerkannten Autoren den LÖFFLERschen Bazillus als Ursache des Krupp ansehen und deshalb in jedem Falle eine Seruminjektion empfehlen, und zwar sofort 2000 A. E., ja sogar 3000—4000 E. im Laufe von 24 bis 12 Stunden, hielten manche früher und besonders HENOCH den Krupp für eine Krankheit sui generis. Ich beabsichtige auch nicht, diese Frage hier zu entscheiden; in Fällen jedoch, wo die Diphtherie vom Rachen in den Larynx hinabsteigt oder gleichzeitig im Rachen und Larynx auftritt, unterliegt wohl

die Natur des Leidens gar keinem Zweifel. Ich erwähnte auch schon, daß in dreien meiner Fälle, die mit Serum behandelt wurden, die kruppösen Erscheinungen des Larynx das Primäre waren und erst nachher erschienen die Beläge auf den Mandeln. Ähnliches war auch in zwei Fällen, die ohne Serum behandelt wurden. Die diphtherische Natur des Krupp beweisen mitunter auch bestehende diphtherische Erscheinungen von seiten der Nase, endlich können geringe Beläge im Rachen bereits geschwunden sein, ehe der Krupp auftritt. Es genügt deshalb auch, hervorzuheben, daß von 10 Kruppfällen, die ohne Serum behandelt wurden, zwei tödlich endeten, das ist 18% Mortalität, und in drei Fällen mußte ich nachher zum Serum greifen. Die Schuld dieser zwei Todesfälle traf jedoch nur die Eltern der Kinder, die den Arzt erst am dritten Krankheitstag aufsuchten, als die Kinder beinahe in Agonie waren und jeder Eingriff umsonst gewesen wäre. Eines dieser Kinder war bereits ganz zyanotisch und ich fand es in der charakteristischen Stellung, gestützt auf Knie und Ellbogen um Luft kämpfend; das Kind starb innerhalb einer Stunde. Hier und in dem zweiten Falle hätte auch die Tracheotomie, von der übrigens die Eltern nichts hören wollten, das Kind nicht gerettet und unter solchen Umständen kam auch eine Seruminjektion gar nicht mehr in Betracht. Der zweite dieser Fälle ist auch aus dem Grunde merkwürdig, weil er drei Wochen zuvor (vom 9.—12. Dezember im hiesigen Sophienspital) wegen Rachendiphtherie mit Serum behandelt wurde. Es erhellt also zur Genüge, daß erneute Infektionen und Rückfälle bei Diphtherie und Krupp gar nicht so selten sich ereignen. Daß man aber auch wiederholt an Diphtherie erkranken kann, beweisen zwingend einige meiner Fälle, wie ein Kind, welches im Laufe von über drei Jahren dreimal von Diphtherie befallen wurde, davon zweimal auch mit ausgesprochenen kruppösen Erscheinungen und ein zweites Kind, welches im September 1900 wegen Diphtherie mit Serum behandelt wurde und im Dezember 1903 abermals daran erkrankte, als einige Familienmitglieder Diphtherie durchmachten. Die Fälle von Krupp, in denen die Eltern sich nicht sofort zur Seruminjektion entschließen wollten, behandelte ich nach der früheren Methode, das ist mit der Darreichung eines Brechmittels und von Expektorantien, mit Inhalationen von Kochsalz- oder Kalkwasser und der Applikation eines Senfpflasters oder von 1—2 Blutegeln auf das Manubrium sterni. Wie erwähnt, mußte ich aber in drei Fällen nachher zur Serumbehandlung meine Zuflucht nehmen. Jedenfalls besitzen wir heutzutage in dem Serum ein spezifisches und sicheres Mittel auch gegen den Krupp und die bislang empfohlenen Einreibungen grauer Salbe, sowie andere energische, aber keineswegs sichere Mittel können wohl als überflüssig und obsolet angesehen werden. Bei dieser Gelegenheit kann ich mich nicht einer Bemerkung enthalten, die sich mir während der Praxis wiederholt aufwarf. Es passierte mir nämlich einige Male, daß ich, sei es privat oder von seiten der Rettungstation, geholt wurde, um eine langdauernde Blutung am Halse zu stillen, entstanden nach Blutegelbissen, welche über dem Kehlkopf im Verlaufe von subkutanen Venen appliziert wurden. Und das geschah nicht immer durch die Schuld des ärztlichen Gehilfen, denn der Arzt hatte selbst zuvor diese Stellen zur Applikation bestimmt. Zweimal requirierte der Arzt selbst die Hilfe, um eine solche Blutung durch Naht zu stillen! Es genügt natürlich ein gewöhnlicher Druckverband. Und doch ist es in allen Handbüchern ausdrücklich gesagt, daß in ähnlichen Fällen 1—2 Blutegel am Manubrium sterni zu applizieren sind, wo wegen der harten Knochenunterlage die Blutstillung leicht gelingt und die Gegend des Kehlkopfes für eventuelle operative Eingriffe frei bleibt.

Von den 19 Diphtheriefällen betrafen neun ältere Personen im Alter von 18—40 Jahren, zwei Fälle betrafen 10jährige und zwei 9jährige Kranke. Bekanntlich befällt die Diphtherie besonders Kinder zwischen dem 2. und 6. Lebensjahre, aber sie

ereignet sich auch nicht so selten bei Erwachsenen. ⁶⁾ Gewöhnlich stellt auch die Diphtherie bei Erwachsenen keine so bedeutende Gefahr dar wie bei Kindern, schon wegen der großen Seltenheit der kruppösen Komplikationen bei den ersteren. Aber die Ausnahmen sind gar nicht so selten, wo die Diphtherie bei älteren Leuten einen bösartigen Verlauf nimmt und infolge von Degeneration und Lähmung des Herzmuskels oder Sepsis der Tod eintreten kann. Aus meiner Spitalspraxis erinnere ich mich an einen Mann in den vierziger Jahren, bei dem infolge von Rachendiphtherie Sepsis eintrat und bei der Sektion fand sich eine Mediastinitis anterior suppurativa diffusa.

Es bleiben nun noch zur Besprechung fünf Diphtheriefälle bei Kindern von 1—7 Jahren und ein tödlicher Fall bei einem neunmonatlichen Kinde. In den ersten fünf Fällen trat entweder rasche Besserung ein oder der Zustand war von Haus aus nicht so gefährlich, daß man sofort hätte zur Seruminjektion greifen müssen. Ich will jedoch damit nicht gesagt haben, daß man in ähnlichen Fällen so vorzugehen habe, denn die lebensrettende Wirkung des Serums steht ja außer allem Zweifel. Aber wir wissen aus früheren Zeiten, wo die Diphtheriebehandlung in schweren Fällen noch fast machtlos war, daß in leichten Fällen und besonders bei älteren Individuen oft jedes Mittel gut war und auch gegenwärtig erachten manche Autoren die Anwendung des Serums in leichten Fällen bei älteren Kindern oder bei Erwachsenen fast immer für überflüssig. ⁷⁾ Wissen wir doch, daß manche Fälle von Diphtherie, besonders aber bei älteren Personen, so leicht sind, daß sie der ärztlichen Beobachtung ganz entgehen. Einen analogen Fall sah ich z. B. in der eigenen Familie, den ich jedoch nicht in dieser Statistik unterbrachte: Frau in den Zwanziger-Jahren erkrankt in der Nacht mit Klagen über Halsschmerzen; die sofortige Untersuchung ergibt Temperatur 37·5° und leichte Rötung und Schwellung der linken Rachenmandel, darauf ein gelblich-grüner Belag von Kleinbohnengröße. In der Früh spuckte die Frau unwillkürlich ein Häutchen von 2 mm Dicke aus, der Hals blieb rein, sie fühlte sich vollkommen gesund und die Schmerzen waren geschwunden. Das sind natürlich seltene Fälle, die der ärztlichen Beobachtung nur unter solch günstigen und zufälligen Umständen wie diesmal nicht entgehen.

Trotzdem aber möchte ich nicht raten, selbst in leichten Fällen, von der Serumbehandlung abzusehen, da man nie voraussehen kann, wie sich der weitere Verlauf eines Diphtheriefalles gestalten wird, der anfänglich sehr leicht erschien. Wir wissen sehr wohl, daß selbst nach Abschluß des lokalen Krankheitsprozesses die im Organismus zurückgebliebenen Toxine sehr unangenehme Überraschungen in Form von Nephritis, peripheren Lähmungen und leider auch von Herzparalyse bereiten können. Deshalb habe ich auch, nur dem dringenden Verlangen der Umgebung nachgebend, in leichten Fällen oder bei älteren Kindern von der Seruminjektion abgesehen und mußte manchmal nachher in den folgenden Tagen zu diesem sicheren Mittel zurückgreifen. Keineswegs jedoch möchte ich dem Ausspruch beistimmen, den unlängst ein deutscher Arzt ⁸⁾ getan hat, daß man nämlich einen Arzt, der in einem Diphtheriefalle nicht das Serum angewendet hat, eines Kunstfehlers zeihen sollte. CURTIS ⁹⁾, der vor der Entdeckung BEHRINGS gute Erfolge durch Pinselungen mit der LÖFFLERSCHEN Lösung erzielte, pflegt auch jetzt oft dieses Mittel mit gutem Erfolge zu gebrauchen.

Ein ohne Serum behandelter Diphtheriefall endete tödlich. Da derselbe in jeder Beziehung von Interesse ist, verdient er hier kurz angeführt zu werden:

⁶⁾ In letzter Zeit veröffentlichte KRYES einen Fall von Diphtherie bei einem 76jährigen Manne. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 10. Referat.

⁷⁾ NEUMANN l. c.

⁸⁾ WINSELMAN, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 50.

⁹⁾ „Münchener med. Wochenschr.“, l. c.

F. G., 9 Monate, Kondukteurssohn, untersucht zum ersten Male am 17. September 1900. Anamnese: Krank seit einigen Tagen, fiebert, die Mutter machte ihm „Petroleumumschläge, was die Diphtherie verhüten soll, nachher erschienen Blättern im Munde“. Vor 2 Tagen war sie mit dem Kinde im Kinderspital (wie ich unlängst aus dem Protokolle des hiesigen Sophienkinderspitales feststellen konnte, wurde damals bei dem Kinde „Stomatitis aphthosa“ diagnostiziert). Status: Gesichtsfarbe blaß, schwach genährt, Temperatur 39·2°, Puls frequent, säugt schlecht und weint wenig. Die Schleimhaut des Mundes zeigt zahlreiche kleine Geschwürchen, die mit weißen oder weißlich-grauen Belägen bedeckt sind, ähnliche wenige Beläge sind auch im Rachen; am Zungenbändchen befindet sich ein ebensolcher Belag von Kleinbohnengröße; über den Lungen Rasselgeräusche, Diarrhöe (das Kind bekam breiige Nahrung). Diagnose: Stomatitis aphthosa, Bronchitis. Therapie: Kalii chlorici 1·0 : 120·0, 2stündlich ein Kaffeeöffel, 5% Boraxlösung zum Pinseln des Mundes, außer der Brustnahrung kalte Milch, Bäder.

22. September. Temperatur 37·9°, die aphthösen Geschwürchen auf den Lippen sehen besser aus, Tuschieren mit dem Lapisstift, Expektorans.

23. September. Temperatur 38°, trockener, klangloser Husten, das Kind schreit nicht, Tuschieren mit Lapis, Brechmittel.

24. September. Erbrach nicht, trotzdem 1 g Brechwurzel verabreicht wurde, Diarrhöe; in der Nacht schlief das Kind, ist überhaupt ruhiger, trinkt Milch, Temperatur 37·2°.

25. September. Temperatur 37·4°, die Mundhöhle ist reiner, klangloser, trockener Husten, oft Opisthotonus.

26. September. Das Kind kann seit gestern nicht schlucken und die Mutter demonstriert mir, wie die dargereichte Milch zur Nase herauskommt. Jetzt erst stellte ich aus der Lähmung des weichen Gaumens die Diagnose: Diphtherie. Da nun die postdiphtherische Gaumenlähmung gewöhnlich in der dritten Krankheitswoche auftritt, muß das Kind am 11. oder 12. September erkrankt sein, d. h. eine Woche bevor ich das Kind zum ersten Male sah. Als aussichtslos kam hier eine Seruminjektion nicht mehr zur Anwendung; ich verordnete Syr. ferri jodati 20·0, Syr. simpl. 80·0, 3 Kaffeeöffel täglich und Strychnin nitr. 0·01 : 10·0, wovon jeden zweiten Tag eine PRAVAZSche Spritze unter die Haut des Nackens injiziert wurde. Das Schlingen besserte sich zwar bald, aber trotzdem ging das Kind in der fünften Woche an Inanition zugrunde.

Hier hatte also die Diphtherie ähnliche Geschwürchen an der Mundschleimhaut gebildet wie bei der Stomatitis aphthosa und ein etwas größeres Geschwürchen am Zungenbändchen. Aber wer weiß, ob nicht im Beginne der Erkrankung diphtherische Auflagerungen im Rachen vorhanden waren und ob nicht die Diagnose früher hätte gestellt werden können, wenn die Mutter sofort ärztliche Hilfe gesucht hätte, statt Petroleumumschläge zu machen. Die schon früher aufgetretene oberflächliche Atmung und der kraftlose Husten waren wohl der Ausdruck einer Lähmung der Atemmuskulatur.

Auf 29 ohne Serum behandelte Fälle von Diphtherie und Krupp kamen also drei Todesfälle, d. h. 10·3% Mortalität, also ein ziemlich niedriger Prozentsatz, wenn man bedenkt, daß manche Autoren ¹⁰⁾ für ohne Serum behandelte Fälle 40—50% Mortalität und 9—15% für die mit Serum behandelten Fälle angeben. Jedoch ist in Betracht zu ziehen, daß die Diphtheriefälle größtenteils entweder leichte waren oder ältere Kinder und Erwachsene betrafen oder sogar schon in der Besserung begriffen waren, und wenn der Zustand sich verschlimmert hätte, hätte ich wohl ohne jeden Vorbehalt Serum injiziert, was ich auch in manchen Fällen tat. Ähnlich hatte RAUTENBERG ¹¹⁾ während der Diphtherieepidemie in Königsberg im Jahre 1902 auf 39 ohne Serum behandelte Diphtheriefälle nur einen Todesfall, das ist 2·5% Mortalität, dagegen auf 210 mit Serum behandelte Fälle

¹⁰⁾ SOLTSMANN, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 17.

¹¹⁾ „Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, Nr. 10, Vereinsbeilage.

sogar 18 tödliche, das ist 8·6%. Aber dieser Widerspruch ist nur ein scheinbarer, denn die ohne Serum behandelten Fälle betrafen Erwachsene oder es waren ebenfalls leichte Fälle oder solche, wo der Prozeß bereits in Besserung begriffen war. Die Fälle aber, welche trotz der Serumbehandlung schlimm ausgingen, waren vorwiegend sehr schwere Fälle bei Kindern mit Erscheinungen einer intensiven Intoxikation, in denen der Exitus auch rasch erfolgte und in sieben Fällen wurde das Serum sehr spät, nämlich am 4.—12. Tage eingespritzt.

Dagegen haben die allgemeine Statistik und genaue klinische Erfahrungen an ausgedehntem Krankenmaterial eine sehr bedeutende Herabminderung der Diphtheriesterblichkeit seit dem Jahre 1894, das ist seit Einführung der Serumbehandlung, erwiesen. Das Diphtherieserum ist ein sicheres spezifisches Mittel, welches heutzutage fast ohne Nebenwirkungen bleibt, und wenn es rechtzeitig im Beginne der Krankheit angewendet wird, können wir die Eltern mit Selbstbewußtsein und Stolz dessen versichern, daß ihr Kind zwar Diphtherie habe, aber sicher gesunden werde. Das Wort Diphtherie hat den Schrecken eingebüßt, der ihm früher anhaftete und die Krankheit ist kein Würgengel der Menschheit mehr. Denn das Serum ist nicht bloß ein sicheres Mittel gegen die bereits ausgebrochene Krankheit, sondern sie verhindert auch das Ausarten in schwere Fälle und ist das beste Prophylaktikum nicht bloß für das Einzelindividuum, sondern auch im allgemeinen, denn es schränkt auch das Ausbreiten der Epidemien ein. Früher dauerten die leichten Diphtheriefälle 1—2 Wochen, die schweren, wenn sie überhaupt gut endeten, 3—4 Wochen und länger. Heute ist die Diphtherie in wenigen Tagen abgelaufen und nur mit Mühe vermögen wir es, die Kinder länger im Bett zu halten, und lehrten uns nicht die genauen Untersuchungen der Bakteriologen, daß sich toxische Diphtheriebazillen noch mehrere Wochen lang in der Mundhöhle vorfinden, wäre eine Isolation für 4—6 Wochen völlig überflüssig. Der Allgemeinzustand bessert sich bald nach der Seruminjektion, die Temperatur kehrt rasch zur Norm zurück und das Serum befördert auch, allerdings nur indirekt, die Abstoßung der Membranen, indem durch die antitoxische Wirkung desselben den Körperzellen die Kraft erhalten bleibt, die natürlichen Heilungsvorgänge zu beschleunigen. Früher lebte man durch einige Wochen in Angst um das Schicksal des Kindes und mußte eine ganze Reihe von Komplikationen und Nachkrankheiten fürchten, die wir heutzutage bei der Serumbehandlung nur sehr selten zu sehen bekommen. Deshalb sind auch schon die Skeptiker der Serumbehandlung fast überall still geworden und das Diphtherieserum gilt theoretisch und praktisch als ein sicheres Spezifikum. Tatsache ist es auch, daß die Diphtherie seit dem Jahre 1894 seltener und in ihrem Verlaufe gutartiger geworden ist, und wenn auch viele Autoren behaupten, daß es eine natürliche Erscheinung in der Biologie der Infektionskrankheiten darstelle, daß diese mit der Zeit seltener und gutartiger werden oder auch, daß sich diesbezüglich verschiedene Schwankungen beobachten lassen, so wird doch niemand der Entdeckung BEHRINGS das hohe Verdienst schmälern wollen, das ihr wirklich gebührt, wenn man auch die Möglichkeit zugeben kann, daß die Infektionskrankheiten, mit Erfolg bekämpft, seltener werden und an Malignität einbüßen müssen.

Die Behandlung in den nicht gespritzten Diphtheriefällen war bloß eine lokale und bestand in der Applikation von Umschlägen, Spülungen und in den schweren Fällen in Einblasungen von Natrium sozodolicum. Im Jahre 1894 hat zuerst Dr. SCHWARZ in Konstantinopel Einblasungen mit Natr. sozod. als ein wirksames Mittel gegen Diphtherie empfohlen und ich konnte mich in der Tat von der guten Wirkung dieses Mittels bei Diphtherie, bei ausgedehnter Angina follicularis und namentlich bei der skarlatinösen Angina necrotica überzeugen. Ich habe den Eindruck ge-

wonnen, daß die membranösen Auflagerungen unter dem Einflusse dieser Einblasungen viel rascher zerfallen und schwinden. Erscheinungen von Jodismus sind nicht zu fürchten, denn wie bereits zahlreiche Autoren erwiesen haben, sondern die Sozodolsalze im Organismus kein Jod ab, sondern passieren denselben unzerlegt. Ich verordne gewöhnlich für Kinder unter zwei Jahren: Natr. sozodol., Flor. sulf., Sacch. lactis aa. 2·0, für ältere Kinder: Natr. sozodol., Flor. sulf., aa. 3·0 und für Erwachsene entweder reines Natr. sozodol. oder mit einer geringen Beigabe von Schwefelblumen. Die Einblasungen lasse ich einige Male täglich mit einem Pulverbläser oder einem längeren Röhrchen, z. B. einer Zigarettenspitze, vornehmen.

Zum Schlusse möchte ich nur noch einige anderweitige Bemerkungen auf Grund der von mir beobachteten Fälle vorbringen. Die Inkubationsdauer der Diphtherie wird gewöhnlich nicht genau bestimmt und auf 2—6 Tage oder auch 8 Tage angegeben. In fünf meiner Fälle, in denen ich diesbezügliche Notizen machen konnte, betrug die Inkubationsdauer 2—7 Tage.¹²⁾ Größere Diphtherieepidemien herrschten in Lemberg in der Zeit meiner Beobachtungen nicht und ich könnte nur die Tatsache bestätigen, daß Diphtherie und Krupp in der rauheren Jahreszeit, also im Herbst, Winter und auch im Frühjahr, sich häufiger ereignen als im Sommer. HENOCH sah seine Fälle gleichmäßig auf das ganze Jahr verteilt, CURTIUS hatte die meisten Fälle in der Zeit von Oktober bis Dezember. Aus meinen 59 Fällen ist ersichtlich, daß ich im Oktober die meisten Fälle hatte, worauf dann in der Häufigkeit die Monate Januar und April folgen. Im Sommer kamen die wenigsten Fälle vor und im Monate Juli hatte ich durch jedes Jahr keinen einzigen Fall. Wie auch andere Beobachter erwähnen, habe ich die Bemerkung gemacht, daß zur Zeit des gehäuften Auftretens von Angina und namentlich von Angina follicularis auch reichlichere Fälle von Diphtherie und Krupp vorkamen. In einer Familie habe ich direkt beobachtet, daß zwei ältere Personen an Angina follicularis erkrankten, worauf nach 7 resp. 11 Tagen ein vier- und siebenjähriges Kind an typischer Rachendiphtherie erkrankten. Mitunter macht auch die Diagnose im Beginne Schwierigkeiten und einige Male habe ich ursprünglich Angina follicularis angenommen, wo sich dann eine Diphtherie herausstellte. Was schließlich das Alter der Kranken betrifft, so wird als das häufigste das 2.—6. Lebensjahr angenommen. In meinen Fällen nimmt das zweite Lebensjahr die höchste Spitze ein, worauf dann das 1., 3., 4. und 9. Lebensjahr folgen. Postdiphtherische Krankheiten, Komplikationen von seiten des Herzens und der Nieren hatte ich glücklicherweise nicht. Zwei Fälle von Diphtherie und Krupp ereigneten sich am 5. und 6. Tage der Masern.

Referate.

SCHLOSS (Berlin): Erfahrungen über Nachweis und Vorkommen von okkulten Magenblutungen. Prüfung des Heilwerts von Wismut bei Ulcus ventriculi.

Die Untersuchungen von SCHLOSS ergeben eine günstige Wirkung des Wismuts auf das Ulcus, während und so lange das Mittel gegeben wird. Subjektiv äußert sich die Wirkung durch Nachlassen der Beschwerden, objektiv durch selteneres Auftreten, allerdings nur in der Minderzahl der Fälle durch vollständiges Sistieren der vorher vorhanden gewesen Blutungen. Eine nachhaltige Wirkung auf das Ulcus hat das Wismut allein aber nicht, die okkulten Blutungen treten bald nach dem Aussetzen des Mittels früher oder später wieder auf. Ein spezifisches Heilmittel in dem Sinne, daß unter seiner Einwirkung allein das Magengeschwür vernarbt, ist das Wismut nicht („Archiv für Verdauungskrankheiten“, Bd. 10, H. 3). Halten wir hiergegen die Tatsache, daß ein Ulcus durch Diät, Ruhelage, heiße

¹²⁾ Einmal 2 Tage, einmal 4, 5, 6 und 7 Tage.

Breiumschläge, also eine typische Ulkuskur, sicher geheilt wird (in der Klinik von BOAS werden solche Fälle stets durch Untersuchung auf okkultes Blut kontrolliert), so scheinen diese Resultate der Ansicht derjenigen Autoren Recht zu geben, welche in dem Wismut zwar ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung des Ulkus sehen, die diätetische Ruhetur aber in den Vordergrund der Behandlung stellen und diese als die Hauptbedingung für die Heilung eines Magengeschwürs ansehen. Dieser Ansicht gibt auch FLEINER, der Begründer der modernen Wismuttherapie, mit großen Dosen, Ausdruck, indem er die diätetische Ruhetur bei der Behandlung des Ulcus ventriculi an die erste Stelle setzt und die Anwendung des Wismut begrenzt wissen will: auf die Zeit des Überganges von der flüssigen zur festen Nahrung „im Verlauf der diätetischen Ruhetur“ (3 Wochen), ferner für alte Geschwüre mit hartem, schwierigem Grunde und für solche mit spastischen Reizerscheinungen. Seine Ansicht, das Wismut bilde eine Schutzdecke für das Ulkus, erhält durch SCHLOSS' Untersuchungsresultate eine Stütze. Das Wismut bildet mit dem Schleim, Blut und Wundsekret eine feste Decke über dem Geschwür, welche den kleinen Blutungen keinen Ausweg mehr gestattet und sich innig mit der Geschwürsfläche verbackt. B.

HOPPE-SEYLER (Kiel): Über chronische Veränderungen des Pankreas bei Arteriosklerose und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus.

Der Diabetes mellitus verläuft im Alter milder, die Toleranz gegen Kohlehydrate ist besser, Komplikationen wie Azidosis und Koma sind seltener. Hingegen kommt die Gangrän häufiger vor und neben ihr treten auffallende Zeichen von Arteriosklerose in den Vordergrund („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 81, H. 1 u. 2). Bei senilem Diabetes müssen wir immer auf eine arteriosklerotische Grundlage, hauptsächlich an Veränderungen im Pankreas, denken. Verf. hat nun in der Tat schon vor einiger Zeit arterielle Pankreasveränderungen an einschlägigen Fällen beschrieben, und zwar Verdickungen, Verengerungen, Obliterationen der Arterien, daneben diffuse Bindegewebswucherungen im Parenchym. Den damaligen Beobachtungen fügt er nunmehr 18 neue hinzu, in welchen ebenfalls arteriosklerotische Veränderungen an den Gefäßen, Intima- und auch Mediaverdickungen, ja selbst Obliterationen aufzufinden waren. Wichtig sind die Unterschiede in dem Pankreas bei Arteriosklerose zwischen Diabetikern und Nichtdiabetikern, wenn man die Gefäß- oder LANGERHANSschen Inseln in Betracht zieht. Bei den Diabetikern finden sich immer Veränderungen an ihnen, bei den Nichtdiabetikern fehlen dieselben. Die Stärke dieser Veränderungen geht mit dem Grade des Diabetes parallel. Die beschriebene Pankreaserkrankung zeigt einen allmählich über längere Zeit sich hin erstreckenden, zunehmenden Charakter. Der auf Arteriosklerose des Pankreas beruhende Diabetes wird in seinen frühen Stadien oft übersehen, da andere Erscheinungen der Arteriosklerose zu überwiegen pflegen. Symptome von seiten der Pankreasverdauung sind selten, da ja zumeist noch sezernierendes Parenchym vorhanden ist. Die Behandlung wird wohl vorwiegend diätetisch sein müssen; Fett wird nicht gut vertragen. Verf. möchte den Prozeß, der sich hauptsächlich im Pankreasschwanz abspielt, als Pankreatitis interstitialis angiosclerotica bezeichnen. Br.

GEORG SCHMIDT (Breslau): Über angeborene Hüft- und Kniebeugekontraktur.

Die Mitteilungen über angeborene Kniebeugekontrakturen sind außerordentlich spärlich und lückenhaft. Verf. berichtet („Zeitschrift für orthopädische Chirurgie“, Bd. 12, H. 4) über einen selbstbeobachteten Fall einer doppelseitigen angeborenen Hüft-, Knie- und Fußkontraktur bei einem 7 Wochen alten Kinde. Die Geburt desselben war regelrecht verlaufen, es bestand keine erbliche Belastung. Schon am zweiten Tage nach der Geburt bemerkte die Mutter, daß das Kind die Beine in den Knien gebeugt, in den Hüften an den Leib unverändert angezogen hielt. Wenn dasselbe flach auf dem Rücken lag, dann berührten beide Oberschenkel, in der Hüfte spitzwinkelig gebeugt, nach außen rotiert und nahezu bis zur Frontalebene abduziert, beiderseits die Außenseite des Unterleibes nahe der vorderen

Achsellinie. Passive Streckung, Abduktion und Auswärtsrollung nur in ganz geringem Umfange möglich. Die Trochanteren beiderseits in der ROSER-NELATONSchen Linie. Die Unterschenkel lagen in spitzwinkliger Beugung den Oberschenkelhinterflächen unmittelbar an und ließen sich nur ganz wenig passiv strecken. Die Füße zeigten einen mäßigen Grad von Equinovarusstellung. Daß es sich um eine intrauterine Deformität handelte, bewies die Beobachtung derselben durch die Mutter schon am zweiten Tage nach der Geburt. Als einziges ätiologisches Moment für die Entstehung dieser Deformität konnte nur die intrauterine mechanische Behinderung herangezogen werden. Unterstützt wird diese Annahme durch die Angabe der Hebamme, daß das Kind eine schlechte Lage gehabt habe. Therapeutisch käme nur vorsichtige Anwendung der mechanischen Behandlungsarten (Redression, passive Bewegungen), kombiniert mit entsprechenden blutigen Eingriffen (Tenotomie, Sehnen transplantationen), in Betracht. GRÜNBAUM.

DE VLACCOS (Mitylène): Beiträge zur chronischen Entzündung der Tunica vaginalis testis.

Auf Grund von zwei operierten Fällen ist Verf. zu der Annahme gelangt, daß die Tunica vaginalis testis primär erkranken kann („Revue de Chir.“, 1904, Nr. 6). Beide Fälle wurden als Hydrokele diagnostiziert und bei der Operation fand sich die Tunica vaginalis übersät mit Tuberkelknötchen, ohne daß bei der Eröffnung des Hodens und des Nebenhodens ein tuberkulöser Herd entdeckt werden konnte. Verf. meint, daß auch anderweitige Infektionen die Tunica treffen können, ohne daß die Nachbarorgane erkranken. ERDHEIM.

CHUTE (Boston): Über die Behandlung septischer Wunden.

Trockene, sterile Gaze ist für die Behandlung septischer Wunden das geeignetste Verbandmaterial („Boston Medical and Surgical Journal“, 1904). Denn dieser Verband besitzt das größte Absorptionsvermögen, gibt eine wirksame Drainage ab und unterstützt durch die geringe mechanische Reizung am wirksamsten das Wachstum der Granulationen und die natürlichen Wiederherstellungsbestrebungen. Die feuchten, antiseptischen Verbände dagegen haben einen ungünstigen Einfluß auf die Granulationsbildungen, doch muß man sie benutzen, wenn ein steriler Verbandstoff fehlt oder das Wartepersonal mit einem solchen nicht umgehen kann. Unzweckmäßig erscheint der mehrfach empfohlene Gebrauch von Hydrogenium peroxydatum bei teilweise geschlossenen Wundhöhlen, da durch die Gasentwicklung eine Verschleppung der Infektionskeime leicht möglich ist. J. ST.

HOLZINGER (St. Petersburg): Über die Rolle der Vasomotoren bei der Hydrotherapie.

1. Die Reizung der sensiblen Nerven ruft ein energisches reflektorisches Spiel der Vasomotoren hervor.
2. Im allgemeinen ist der Grad der Reizung für den vasomotorischen Effekt von großer Bedeutung. Schwache und starke Reize üben augenscheinlich auf das Gefäßsystem eine entgegengesetzte Wirkung aus.
3. Der vasomotorische Grundeffekt erfährt Veränderungen durch verschiedene, vorläufig noch unbekannte Momente.
4. Die Reizung der sensiblen Hautnerven ruft reflektorische Veränderungen im Gefäßsystem hervor, die sich in Verengung oder Erweiterung der Gefäße der verschiedenen Abteilungen des Organismus äußern.
5. Unter dem Einflusse desselben Reizes kann zugleich Verengung des einen und Erweiterung des anderen Gefäßgebietes hervorgerufen werden.
6. Ein solcher Antagonismus kommt gewöhnlich zwischen oberflächlich und tief liegenden Gefäßen zustande.
7. Im allgemeinen äußert sich der Grund- und der reflektorische vasomotorische Effekt von seiten schwacher Hautreize in seinem Endresultate in Vergrößerung der Kapazität des Gefäßsystems.
8. In Bezug auf den reflektorischen Effekt und auf das vasomotorische System kann eine qualitative Differenz zwischen Reizung der Haut durch Kälte und Wärme nicht nachgewiesen werden.

9. Die unmittelbare Einwirkung von Kälte und Wärme auf die Gewebe überhaupt und auf die Gefäße insbesondere ist verschieden.

10. Man muß zwischen reflektorischer und unmittelbarer Einwirkung der hydrotherapeutischen Prozeduren streng unterscheiden.

11. Je nachdem die eine oder die andere Wirkung überwiegt, können die hydrotherapeutischen Prozeduren in 3 Gruppen eingeteilt werden: a) reflektorisch wirkende, b) unmittelbar wirkende, c) gemischt wirkende.

12. Erscheinungen von positivem und negativem Dermographismus (Phänomen von MARRY) und besonders das Verhalten beider Arten dieser motorischen Reaktion zueinander werden in ihrer Bedeutung für die Hydrotherapie ungenügend angeschlagen („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 20). L—Y.

PEHAM H. (Wien): Über Serumbehandlung bei Puerperalfieber.

Zur Verwendung kam ein von Prof. PALTAUF im Wiener Serum-Institut erzeugtes Antistreptokokkenserum, welches in Dosen von je 50 cm³ an der Innenfläche beider Oberschenkel injiziert wurde („Archiv f. Gynäk.“, Bd. 74, H. 1, 1904). Auf Grund der Beobachtungen in 44 Fällen (mit 13 Todesfällen), welche bei der Schwierigkeit der Prognosestellung und der Verschiedenartigkeit der anatomischen Grundprozesse mit besonderer Sorgfalt verwertet wurden, werden folgende Schlüsse gezogen: 1. Durch Streptokokkeninfektion veranlaßte Puerperalerkrankungen selbst schwerster Art scheinen durch die Verabreichung von PALTAUF'schem Serum beeinflusst zu werden. 2. Die gemachten Erfahrungen sprechen dafür, daß die Wirkung abhängt von der möglichst frühen Verabreichung verhältnismäßig großer Dosen. 3. Bei lange dauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden schweren Organläsionen ist das Serum wirkungslos; es scheint auch die Weiterentwicklung lokalisierter Herde nicht immer verhindern zu können. 4. Ein schädlicher Einfluß des Serums selbst in den Fällen, die nicht durch Streptokokken verursacht sind, konnte nicht beobachtet werden. FISCHER.

PRUŠÁK (Prag): Mit welchen Mitteln soll gegen den Alkoholismus vom Standpunkte des Strafrechtes gekämpft werden?

Verf. befaßt sich mit der Frage, wie der Alkoholismus vom strafrechtlichen Standpunkte aus bekämpft werden soll. Er kommt zum Schlusse, daß das Strafrecht kein rationelles Heilmittel ist; er wünscht die gesetzliche Durchführung des Systems „Göteborg“, sowie dies in Schweden und Norwegen der Fall ist. Das Ziel des Gesetzgebers muß in folgendem Grundsatz liegen: Wer alkoholische Getränke verkauft, darf vom Verkauf keinen Nutzen haben oder sein Nutzen soll in einem womöglich geringen Absatze liegen. Strafrechtliche Verfolgung der Trunksucht ist nicht am Platze. Ihr einziger Zweck kann höchstens darin liegen, die Trunkenbolde von der Gasse zu entfernen, und dies fällt nicht der Rechtspflege, sondern der Polizei zu. Im Gegenteil, man muß strafrechtlich verfolgen 1. denjenigen, der einen anderen absichtlich betrinkt, 2. das Abgeben von starken Alkoholgetränken (Branntwein) in jeder Form und aus welchem Grunde immer an unmündige, geistig kranke und unzurechnungsfähige Personen überhaupt, ausgenommen Fälle von Hilfe in Unfällen oder Erfüllung einer ärztlichen Anordnung, 3. das Abgeben von berauschenden Getränken an Personen („Revue v. neur., psych., fys. a. diaet. ther.“, Bd. I, H. 6), die sub 2 angeführt wurden und notorischen Trinkern in einem Maße, das nach Wissen des Abgebers eine Berauschung zur Folge haben oder die Gesundheit bedrohen kann. STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Die Ergebnisse der Serumbehandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus erörtert MENZER („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 33). Er hat Einzeldosen von 5 cm³ Serum (Antistreptokokkenserum) benutzt. Chronische Fälle von sehr langer Dauer müssen in einzelnen Etappen behandelt werden. Verf.

empfiehlt hier zunächst in 2—3tägigen Intervallen Dosen à 5 cm³ einzuspritzen, nach der Injektion von 30 cm³ eine längere ein- bis mehrwöchentliche Pause zu machen und dann in ähnlicher Weise fortzufahren. In Fällen, in denen besondere Vorsicht geboten ist, muß man kleinere Dosen injizieren (1/2, 1, 2 cm³). In chronischen Fällen kam neben der Serum-Behandlung die physikalische (Bäder, Massage) zur Anwendung. M. hat eine Umfrage betreffs der Dauerresultate bei den früher von ihm in der dritten medizinischen Klinik der Charité mit dem Serum behandelten Kranken veranstaltet und teilt die Ergebnisse im einzelnen mit. Die Ergebnisse sind als sehr gute zu bezeichnen. Es geht aus ihm hervor, 1. daß die Serumbehandlung auch chronisch gewordene Erkrankungen noch zu heilen, bzw. zu bessern vermag; 2. daß sie die Heilungsbedingungen des akuten Gelenkrheumatismus im Allgemeinen günstiger gestaltet und vor allem wesentlich günstigere Chancen für die Heilung der Endokarditis herbeizuführen scheint; 3. daß sie besser als die bisherigen Behandlungsmethoden vor Rückfällen zu bewahren scheint und selbst bei veralteten Fällen auf längere Zeit hin Heilung bzw. erhebliche Besserung herbeizuführen vermag.

— Das Bromocoll in löslicher Form hat MAX JOSEPH viel gebraucht („Derm. Zentralbl.“, V, Nr. 7). Es lassen sich nämlich mit Hilfe von verdünnter Natronlauge oder Sodalösung wässrige Bromocoll-Lösungen herstellen. Man kann aber auch ganz schwach alkalisch reagierende Salze verwenden und mit Hilfe derselben haltbare und reizlose Lösungen gewinnen. Hierzu verwendet man am besten den Borax. Die Herstellung einer 10%igen Bromocoll-Lösung wurde nach folgender Vorschrift ausgeführt:

Rp. Bromocoll	100
Aq. dest.	300
Mixtis adde solutionem farvidam e	
Natr. bibor.	60
Aq. dest.	540
Paratam filtra.	
D. S. Bromocoll-Lösung 10%.	
Äußerlich.	

Diesen Stamm, Bromocollum solubile, hat JOSEPH in zahlreichen Versuchen erprobt und kann es für schwere Formen des Pruritus warm empfehlen. Als Schüttelmixtur dient folgende Verordnung:

Rp. Bromocollum solubile	50—100—200
Zinci oxydati,	
Amyli	aa. 200
Glycerin	300
Aq. dest. ad	1000
D. S. Schüttelmixtur.	

— Die Wirkung der Chinasäure auf den Kalkstoffwechsel des Menschen hat OBERNDÖRFER untersucht („Berliner klin. Wschr.“, 1904, Nr. 41). Er bespricht eine Reihe von Arbeiten, welche die Einflüsse untersuchen, welche auf die Kalkretention oder auf die vermehrte Kalkausfuhr aus dem Körper wirksam gemacht werden können. Es ist möglich, dem menschlichen Körper durch Säuren Kalk in erheblicher Menge zu entziehen. RUMPF hat in dieser Hinsicht praktische Versuche durch die von ihm angegebene Kostzusammenstellung gemacht. Verf. erörtert diese Versuche eingehend und schildert dann im einzelnen die Ergebnisse eigener Versuche, die Kalkausscheidung zu beeinflussen. Er verwendet hierzu nicht wie RUMPF die Milchsäure, sondern die als Gichtmittel bekannte Chinasäure. Aus einem Stoffwechselversuch ging hervor, daß durch die Aufnahme der Chinasäure die Kalkmenge sowohl im Harn als im Kot bedeutend zunimmt und die Einfuhr beträchtlich übertrifft. Es ist anzunehmen, daß eine gesteigerte Abgabe von Kalk nach der Darmschleimhaut dabei stattfindet. Ein Urteil über den therapeutischen Wert dieser Feststellung kann noch nicht gefällt werden.

— Den Wert des Diuretikum Theocin erörtert KUSCHEFF („Wratsch. Gas.“, 1904, Nr. 23). Er sagt darüber Folgendes: Die Therapie hat im Theocin ein sehr gutes Mittel erworben. Bei Hydrops infolge Herzfehler kann das Theocin die gefährlichen und unangenehmen Erscheinungen abwenden und die Flüssigkeitsansammlungen in Pleura und Abdomen zum Schwinden bringen. Die harntreibende Wirkung tritt gewöhnlich in 3—4 Tagen ein, wobei das Quantum des Urins sich 3—4mal steigert; in einem

Falle stieg das Quantum bis 4500 cm^3 , sonst bis $2000-3000\text{ cm}^3$. Parallel der Urinmenge schwanden die Ödeme, Dyspnoe und andere subjektive Erscheinungen. Auf den Puls besteht scheinbar keine Wirkung. Nebenerscheinungen, bestehend in Übelkeit, einmal auch Diarrhöe und einmal Salivatin, zeigten sich nur selten. Die Dosis betrage nicht über 0.9 pro die.

— Die **Einwirkung thermischer Hautreize auf die Herzarbeit und die Atmung** hat WINKLER studiert (Aus dem Laboratorium von v. BASCH in Wien, „Zeitschr. f. klin. Med.“, Bd. 84). Er fand an Hunden zunächst eine Beschleunigung und Vertiefung der Atembewegungen nach Aufgießen von 55° warmem Wasser auf die Bauchhaut. Der Arteriendruck stieg unmittelbar nach der Einwirkung des heißen Wassers an und sank darauf bald mehr, bald weniger. Auch der Druck im linken Vorhofe stieg etwas an. Der Nutzeffekt der Herzarbeit steigt im Mittel etwas, schwankt aber sehr hin und her; der thermische Reiz führt also zu einem labilen Herzzustand und manchmal zu einer Verschlechterung der Herz-tätigkeit, wie auch der negative Ausfall der Ischiadikusreizung dabei zeigt. Die wechselwarmen Prozeduren zeigen die gleichen Wirkungen. Der Gebrauch der Heißwasserprozeduren einschließlich der wechselwarmen (der schottischen Dusche etc.) ist daher kontraindiziert bei allen Zuständen, bei denen Stauungen im kleinen Kreislauf entstehen können und der Druck im linken Vorhof leicht steigen kann, also bei Klappenfehlern, bei Koronarsklerose und kardialem Asthma, ferner bei Neigungen zu Blutungen, bei Aneurysmen, Neigung zu Hämoptoe und allgemeiner Atheromatose. Auch bei Chlorosen wirken heiße Bäder häufig ungünstig; die nervösen Herzzustände bei Alkoholikern und Rauchern werden auch durch Applikation von Wärme gesteigert. Endlich ist bei Behandlung von Ischiadikusneuralgien vor Anwendung von schottischen Duschen bei Individuen, deren Herz nicht intakt ist, zu warnen, ebenso bei Emphysematikern.

— Über die **makroskopische GRUBER-WIDALsche Serumreaktion** bei Typhus berichtet CURTIUS („Zeitschr. f. Medizinalbeamte“, 1904, Nr. 17). Von den verschiedenen makroskopischen Verfahren ist das FICKERSche jetzt wohl das bekannteste und bequemste. Der makroskopisch erkennbare Beginn der Reaktion ist nicht an eine bestimmte Zeit geknüpft, sondern hängt von der Agglutinationskraft des Serums ab. Das Blut entnimmt man am besten einer kleinen Ohrvene durch Einschnitt. Die Reaktion ist meist außerordentlich klar. Es bilden sich zuerst kleinste, pulverartige Flöckchen, die allmählich deutlich erkennbar und größer werden. Bei stärker reagierendem Serum scheiden sich bisweilen einzelne ziemlich große Flocken ab, die gerade so wie kleine Wolkenbildungen aussehen. Sie haben mit diesen Wolkenbildungen auch das gemein, daß sie fast alle einen größeren Querdurchmesser haben und horizontal stehen. Die pulverförmigen Flöckchen und die Wölkchen sinken daher allmählich zu Boden und bilden einen weißlichen Niederschlag, teils bleiben sie auch an der Gefäßwand hängen. Durch diese Vorgänge tritt dann Klärung ein. Schwierig zu deuten sind die schwachen Reaktionen. Die mikroskopische Beobachtung des Agglutinationsphänomens bei dem FICKERSchen Diagnostikum wird am besten mit geringer Vergrößerung und bei starker Abblendung vorgenommen.

— Über das **Veronal** liegt eine Reihe von Publikationen vor, unter anderem von v. KAAH („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 9), von MONTAGNINI („Rev. Ven. d. Scienz. med.“, 1904, Nr. 11), von BONVECCHIATO („Ärztl. Bericht a. d. Irrenanstalt in Clemente“, 1904), von ROY („Bull. med. d. Quebec“, 1904, Nr. 10) und von ERDHEIM („Arch. gén. d. méd.“, 1904, Nr. 30). Die Angaben lauten übereinstimmend dahin, daß man zumeist mit Dosen von $0.25-0.75\text{ g}$ des Mittels auskommt. Veronal hat auch eine sedative Wirkung, in Tagesdosen von $0.1-0.2\text{ g}$ mehrmals täglich, in Fällen, wo nur eine beruhigende Wirkung ohne Schlaf bezweckt wird. Die Resultate waren aber weniger günstig, als die bei den größeren Abendgaben bis zu 0.5 g , so daß diese Versuche schließlich eingestellt wurden. Unwirksam erwies sich Veronal als Mittel gegen Schmerzen aller Art und somit auch gegen die durch Schmerzen hervorgerufene Schlaflosigkeit. In solchen Fällen empfiehlt sich die Kombination mit einem der gebräuchlichen schmerzberuhigenden Medikamente, so

insbesondere mit Pyramidon, Antipyrin, Phenacetin etc. Das Gesamtergebnis der Erfahrungen aller Autoren gipfelt in der absoluten Unschädlichkeit des Veronals bei seiner kaum jemals versagenden Wirkung als Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Literarische Anzeigen.

Stereoskopischer gerichtsarztlicher Atlas. Von Professor Dr. Adolf Lesser. 1. Abteilung, Tafel 1—50. Breslau 1903, Schlesische Verlagsanstalt von S. Schottlaender.

Die erste Abteilung des vorliegenden Atlas behandelt die Verletzungen des Kopfes und der Wirbelsäule und bringt eine Reihe ganz vortrefflicher, sorgfältig ausgewählter stereoskopischer Aufnahmen. Es finden sich unter denselben mehrere sehr instruktive Fälle, an welchen die einzelnen Details, die ja gerade bei der gerichtsarztlichen Beurteilung oft von so einschneidender Bedeutung sind, sehr schön sichtbar werden. In dem beigegebenen Text sind möglichst knappe Erläuterungen zu den einzelnen Präparaten enthalten und wird hierbei auf die wesentlichen Veränderungen, die der Beschauer beachten soll, kurz und präzise hingewiesen. Die Vorteile der stereoskopischen Aufnahmen hier besonders hervorzuheben, ist wohl überflüssig. Wir können mit Sicherheit behaupten, daß der vorliegende Atlas dem Studierenden sowohl als dem Gerichtsärzte, der nur über ein geringeres Material verfügt, ein willkommener Studienbehelf sein wird. Dr. S.

Der Aberglaube in der Krankenstube nach seinem Ursprung betrachtet. Von Felix Freiherrn von Oefele. (Medizinische Volksbücherei, laienverständliche Abhandlungen, herausgegeben von Dr. WITTHAUER.) Halle, Marhold.

Das Büchlein ist sowohl zweckentsprechend als auch interessant geschrieben. Verf. ist nämlich nicht nur Arzt, sondern auch ein bekannter Assyriologe. Es wird gezeigt, daß der medizinische Aberglaube der nachgeschleppte Rest einer niedrigen Kultur ist, der zum Schaden der Volksgesundheit fortlebt. Seine tiefere Ursache liegt in dem Umstande, daß in früheren Zeiten der Entwicklungsgedanke den Menschen fehlte, daß ihnen die Welt eine Summe von mehr oder weniger gleichmäßig nebeneinander verlaufenden Erscheinungen war, d. h. daß sie ein Gesetz der Parallelismen oder Analogien als Grundgesetz der Natur annahmen. Diese Analogien sind bekanntlich zum Teil sehr weitgehende, so daß es vieler wissenschaftlichen Arbeit bedurfte, den Irrtum aufzudecken, zum Teil erscheinen sie aber kindisch. Das ist an vielen, zum Teil auch weniger bekannten Beispielen durchgeführt. INFELD.

Scientific reports on the investigations of the cancer research fund. Nr. 1. London 1904, Taylor & Francis.

Das vorliegende Heft enthält Untersuchungen über die Verbreitung des Karzinoms unter den Tieren, ferner über seine Übertragbarkeit von einem Tiere auf ein anderes, sowie vergleichende Zellstudien bei malignen Neubildungen der Tiere. Die interessantesten und exakt durchgeführten Untersuchungen ergaben im wesentlichen eine Bestätigung der aus der menschlichen Pathologie bekannten Tatsachen. Dr. S.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 15. Dezember 1904.

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

H. GOLDMANN (Brennberg): Die Infektion mit Ankylostoma hominis (syn. duodenale) durch Eindringen der Larven in die Haut.

Die Ankylostomiasis ist gegenwärtig in den Bergwerken von Österreich, Deutschland und England verbreitet. Bisher war es nur bekannt, daß die Infektion mit demselben per os erfolge, indem die Eier oder Larven des Wurmes durch die verunreinigten Hände in den Mund gebracht wurden. Im Jahre 1898 trat LAWS mit

der Ansicht hervor, daß das Ankylostomum auch durch die unversehrte Haut in den Körper eindringen könne. Bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit hat Vortr. festgestellt, daß bei Bergleuten auf den Körperteilen, mit welchen sie mit dem Grubenschlamm in Berührung kommen, Furunkeln und urtikariaähnliche Dermatitiden auftreten; dieselben Erscheinungen wurden auch in manchen anderen Bergwerken, sowie auch bei den Plantagenarbeitern in Indien beobachtet; neun Wochen darauf traten Eier in den Fäzes auf. Ein gleiches Resultat boten Versuche mit Affen, denen Fäzes mit Ankylostomularven in die Haut eingerieben wurden. Daß die Larven imstande sind, in die Haut einzudringen, zeigten Versuche, bei welchen man Fäzes mit Ankylostomumeiern, mit Kohle verrieben, im Brutschrank bei 22° stehen ließ; innerhalb 4 Tagen entwickelten sich enzystierte Larven, welche beim Filtrieren ein dickes Filter passierten. LAWS erklärt den Infektionsmodus durch die Haut auf folgende Weise: Die enzystierten Larven stoßen, wenn sie mit der Haut in Berührung kommen, ihre Hülle ab und wandern längs des Haarschaftes in die Haut und dann in deren Gefäße ein, von wo sie mit dem Blut- oder Lymphstrom in den Darm gelangen. Der Grund der letzterwähnten Ansiedelung ist nicht bekannt, ebenso nicht der Ort, wo sich die Larve zum Tiere entwickelt. Vortr. hat bei zirka 5000 Wurmabtreibungen in den Fäzes nie Larven gefunden, sondern nur immer reife Tiere oder Eier; vielleicht findet die Entwicklung im Kutisgewebe statt. LANGALI hat darauf aufmerksam gemacht, daß das Ankylostomum sich nicht vom Blute, sondern von der Darmschleimhaut ernährt; dafür sprechen vom Vortr. demonstrierte mikroskopische Präparate, welche im Darm der Würmer Darmepithelien zeigen. Vortr. zeigt außerdem mikroskopische Präparate, welche die Parasiten beim Eindringen in die Haut und ihre Anwesenheit in den Gefäßen nachweisen.

H. E. GERBER demonstriert den günstigen Erfolg der Röntgen-therapie bei lymphatischer Leukämie an einem 58jährigen Pat., welcher Lymphdrüenschwellung, Milztumor und einen lymphämischen Befund aufwies; 20.800 Leukozyten, unter diesen 16.200 Lymphozyten, 4.350.000 Erythrozyten und 80—90% Hämoglobingehalt. Bei dem Kranken wurden die Milzgegend, die Lymphdrüenschwellungen und die platten Knochen des Thorax in Zwischenräumen von 10 bis 20 Tagen je einmal bestrahlt. Der Effekt der Behandlung war, daß sich die Drüsen und die Milz verkleinerten und die Leukozytenzahl sank, nachdem sie unmittelbar nach der Bestrahlung vorübergehend rasch angestiegen war (Ausschwemmung von Leukozyten aus dem Lymphsystem). Vortr. hält den Heilungseffekt jedoch nicht für sicher definitiv.

G. Holzknacht hat bisher 12 Fälle, fast ausschließlich Lymphämien, mit Röntgenstrahlen behandelt. Es zeigte sich, daß die Technik der Röntgenbestrahlung für den Effekt fast gar nicht in Betracht komme. Auch er beobachtete unmittelbar nach der Bestrahlung ein Emporschnellen und dann ein Absinken der Leukozytenzahl, Verkleinerung der Milz und der Lymphdrüsen, Ansteigen der Erythrozytenzahl um 1—3 Millionen, Besserung der Beschwerden, dabei aber eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens (Kopfschmerz, Erbrechen). Auch Vortr. ist der Ansicht, daß es sich nicht um eine Dauerheilung, sondern nur um eine Besserung der Krankheit handle, aber auch in diesem Falle ist die Anwendung der Röntgenstrahlen gerechtfertigt.

Karl Sternberg bespricht den weiteren Verlauf eines von **HOLZKNACHT** erwähnten Falles, in welchem es zu schwerer Röntgendermatitis, aber zu keiner Änderung des Blutbildes kam.

Emil Schwarz weist darauf hin, daß in der Literatur zumeist über das Verhalten des Blutbildes unter der Röntgentherapie keine Angaben vorliegen. Solange sich die Blutzusammensetzung nicht ändert, kann man von keiner Heilung sprechen. Die Änderung des Krankheitsbildes erinnert an die Wirkungen der Verbrennung.

A. Hock äußert sich zu letzterer Bemerkung zustimmend.

L. HOFBAUER berichtet über einen Fall von **PEL-EBSTEIN**'schem Rückfallfieber. Ein 41jähriger Pat. hatte seit 6 Monaten 6 bis 7 Tage andauernde, stets durch Schüttelfröste eingeleitete Fieberanfälle bis zu 38—40°, in der Zwischenzeit war er vollkommen fieberfrei. In einem Fieberanfall starb der Kranke. Klinisch war nichts nachzuweisen als Schwerhörigkeit und Milzschwellung, welche mit dem Fieber parallel gingen, ferner Anämie. Bei der Obduktion fand sich ein Bild, welches an chronische Tuberkulose erinnert; tuberkulösen Produkten ähnliche Massen in den Nieren, Nebennieren und Bronchialdrüsen, Blutungen und Geschwüre im Magen, es konnten aber nirgends Tuberkelbazillen nachgewiesen werden.

Karl Sternberg bemerkt, daß der anatomische Befund der Affektion eine weitgehende Ähnlichkeit mit der Pseudoleukämie aufweise, er unterscheidet sich aber bereits makroskopisch von der echten Pseudoleukämie dadurch, daß die Milz ebenso wie die Lymphdrüsen eigenartig trocken, weißgelbliche wie verkäste, nekrotisierte Herde einschließen. Die histologische Untersuchung ergibt einen eigenartigen Befund, nämlich chronische Entzündung mit Bildung von Granulationsgewebe. Bei der Mehrzahl der Fälle fanden sich

gleichzeitig typische tuberkulöse Veränderungen, so daß an eine ätiologische Beziehung der Tuberkulose zu dem Krankheitsbilde zu denken und letzteres von der Pseudoleukämie scharf zu trennen ist. Nicht alle Fälle gehen mit Fieber einher, der typische ist der histologische Befund.

W. Türk hat ebenfalls einen analogen Fall beobachtet. Die Bronchialdrüsen boten einen geradezu sarkomatösen Befund, es waren aber zahlreiche Nekrosen und Verkäsung vorhanden; in den Herden wurden Tuberkelbazillen nachgewiesen.

Notizen.

Wien, 24. Dezember 1904.

(Universitätsnachrichten.) Die mit dem Titel eines a. o. Universitätsprofessors bekleideten Privatdozenten **Dr. ENOCH HEINRICH KISCH** und Regierungsrat **Dr. THEODOR PETRINA** sind zu a. o. Professoren der Balneologie bzw., der internen Medizin, der Privatdozent **Dr. ALFRED KOHN** ist zum a. o. Professor der Histologie, sämtlich an der deutschen Universität in Prag, ernannt worden. — Die Privatdozenten an der nämlichen Universität **Dr. ROBERT WOLF RAUDNITZ**, **Dr. EDUARD PIETRZIKOWSKI** und **Dr. RUDOLF FISCHL** haben den Titel eines a. o. Universitätsprofessors erhalten. — Der Privatdozent **Dr. HEINRICH EGGELING** in Jen a ist zum Extraordinarius für Anatomie ernannt worden.

(Personalien.) Geheimrat Professor **ROBERT KOCH** hat den Wilhelms-Orden erhalten. — Die Universität Straßburg i. E. hat den Bürgermeister **BACK** in Anerkennung seiner Verdienste um die sanitären Verbesserungen der Stadt zum Doctor medicinae honoris causa ernannt. — Oberbezirksarzt **Dr. ERWIN VAŠIČEK** in Brünn hat anlässlich seiner Versetzung in den Ruhestand den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten.

(„Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.“) Diesen Namen führt eine soeben gegründete Vereinigung, welche den Zweck verfolgt, dem Kurpfuschertum in jeder Form entgegenzutreten. „All diejenigen — sagt der Aufruf —, die ohne Wissen und ohne Berechtigung sich anmaßen, kranken Menschen Ratschläge, Behandlung, Heilmittel in marktschreierischer Weise zu selbststichtigen Zwecken anzubieten, sollen entlarvt und dem öffentlichen, bzw. gesetzlichen Urteile übermittelt werden. All die großen Torheiten, die bisher wunderlicherweise vom Volke geglaubt worden und daher allen für die Volksgesundheit wichtigen sanitätsbehördlichen, hygienischen Maßnahmen hinderlich im Wege stehen, sollen als solche aufgedeckt, alle Angriffe auf die medizinische Wissenschaft widerlegt werden. Die vielen Geheimmittel, Wundersalben, Kräutertränke etc. sollen analysiert, kurz alle Scharlatanerien, ob von graduerter oder nicht graduerter Seite, sollen einer Kritik unterworfen werden. Auf Grund volkstümlicher Vorträge wird der Kurpfuscherei in zielbewußter Weise der Boden entzogen werden. Zahlreiche aufklärende Flugschriften und Broschüren sollen für diese Ziele der Gesellschaft mitwirken.“ Der Beitritt zur Gesellschaft, welcher zahlreiche Personen aller Stände und neben dem Wiener med. Dokorenkollegium fast sämtliche ärztlichen Bezirksvereine Wiens angehören, kann beim Schriftführer **Dr. H. GRÜN**, II., Hillerstraße 5, angemeldet werden (Jahresbeitrag 1 K).

(Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde.) Im Verlage von Urban & Schwarzenberg ist soeben der 29. Band dieses medizinisch-chirurgischen Handwörterbuches, zugleich der neuen Folge III. Jahrgang, in dritter, gänzlich umgearbeiteter Auflage erschienen. Er zeigt, wie sehr es dem Herausgeber darum zu tun ist, seine Leser über alle Fortschritte auf den einzelnen Wissensgebieten der Medizin zu orientieren, und daß ihm dies ebenso geglückt ist, wie in den Vorjahren. Hervorragende Mitarbeiter, treffende Wahl der Themen, gründliche Bearbeitung derselben, umfassende Quellenangaben, Tiefe der Darstellung und musterhafte Illustrationen sind nach wie vor dieses großen, weitverbreiteten und berühmten Werkes unbestreitbare Qualitäten. Von den einzelnen Artikeln seien unter anderem genannt: Akromegalie (**EULENBURG**), Antiseptika (**COSTE**), Bad (**KISCH**), Blitz- und elektrische Starkstromverletzungen (**S. JELLINEK**), Blutuntersuchung (**H. HIRSCHFELD**), Darmkolik (**EWALD**), Diabetes (**KLEINWÄCHTER**),

Digitalis (ZUELZER), Eklampsie (E. FRAENKEL), Gallensteine und Gallensteinikolik (EWALD), Glykolyse (BLUMENTHAL), Heißluftdusche (A. FREY), Knieverkrümmungen und -Verletzungen (JOACHIMSTHAL), Kreislaufstörungen (ZUELZER), Magensaftfluß (ALBU), Masern (FÜRBRINGER), Mittelohrerkrankungen (BAGINSKY), Morphinum als Heilmittel (ROSENBACH), Multiple Sklerose (L. BRUNS), Neurome und Neurofibromatose (BRUNS), Nierendiagnostik (L. CASPER), Pankreaschirurgie (COSTE), Prostatahypertrophie (CASPER), Radiumstrahlen (LEVY-DORN), Scharlach (FÜRBRINGER), Schlaf und Traum (BORUTAU), Schwachsinnformen (ESCHLE), Speiseröhrenerweiterungen (ALBU), Stauung (A. BUM), Syphilis (IWAN BLOCH), Tetanus (BLUMENTHAL), Totenstarre, intrauterine (KLEINWÄCHTER), Trypanosomenkrankheit (MARTINI), Uteruskarzinom (E. FRAENKEL), Venendruckmessung (A. FREY), Willensschwäche (ESCHLE).

(Publizistisches.) Eine neue, von Prof. BURGERSTEIN und Dr. VIKTOR PIMMER redigierte Zeitschrift, betitelt „Viertelsjahrschrift für körperliche Erziehung“, hat sich die Verbreitung aller die physische Ausbildung unserer Jugend befördernden Kenntnisse und Errungenschaften zur Aufgabe gemacht.

(Statistik.) Vom 10. bis inklusive 17. Dezember 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7825 Personen behandelt. Hiervon wurden 1607 entlassen, 169 sind gestorben (9,5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 108, ägypt. Augentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 178, Scharlach 46, Masern 213, Keuchhusten 24, Rotlauf 40, Wochenbettfeber —, Röteln 2, Mumps 13, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospinalis —, Milzbrand —, Lyssa 1. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 581 Personen gestorben (— 39 gegen die Vorwoche).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- H. Frey, Behandlung der Tuberkulose. Leipzig und Wien 1905. F. Deuticke. — K 1.—
- S. Türkel, Die kriminellen Geisteskranken. Wien 1905, M. Perles. — M. 1.50.
- W. v. Leube, Spezifische Diagnose der inneren Krankheiten. Leipzig 1904. F. C. W. Vogel. — M. 1.3.—
- J. Sobotta, Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. II. Abteilung. München 1904. J. F. Lehmann.
- R. Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen. II. Bd., I. Hälfte. Stuttgart 1904. F. Enke. M. 9.—
- Mütttert-Siebert, Jahrbuch der Therapie. München 1904, Seitz & Schauer.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Orthopädische Anstalt

Dr. Max Haudek, WIEN,
I., Bauernmarkt 10. Telefon 12.956.

Orthopädisches und hygienisches Turnen, Heilgymnastik, Massage.

Operative Orthopädie — Ataxie-Behandlung.

Hessingsche Korsette, Apparate und Prothesen.

Eigene Pension für auswärtige Patienten.



Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.2% Eisen, als Ferrisaccharat.
Haltbar! Wohlschmeckend!
Kein Magendrücken!
Keine Stuhlverstopfung!
(selbst bei längerem Gebrauch).
Appetiterregend!
Vorzüglich bei allen Schwächezuständen,
Blutverlusten, chron. Magenleiden etc.

Liebes Sagrada-Tabletten
mit Schokolade-Überzug.
à 0.5 0.25 0.15 g.
Billige, sichere und milde
Abführmittel.
Pappkästchen à 50 h.

LIEBE'S
SAGRADA
WEIN
Mild
abführendes
Verdauungsmittel!

J. PAUL LIEBE. * TETSCHEN A/E.

Dr. Kahlbaum, Görlitz,
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offene Kuranstalt für Nervenkranken.
Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Kronendorfer

natürlicher
SAUERBRUNN
alkalischer

Reinstes Tafelwasser ersten Ranges.
Bewährtes Heilwasser gegen die Leiden der
Atemungsorgane des Magens und der Blase.

Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Carlsbad
CARL GÖLSDORF k.u.k. Hoflieferant
WIEN BUDAPEST
IX, Kollingasse 4, Carlsbad. Krondorf V., Zoltán-gasse 10.

Die vor- ist das vorzüglichste u.
besserte **Louhe-Rosenthal'sche Fleischsolution** leichtverdaulichste-
Nahrungsmittel bei
allen Schwächezuständen, Magen- und Darmleiden,
Magengeschwüren, Darmblutungen, Typhus u. s. w.
nach Prof. Dr. Rossbach, à 0.0005 und 0.001 in
jedem Täfelchen. Bestbewährtes Mittel bei asthmati-
schen Beschwerden, Angina pectoris etc.
Proben meiner Erzeugnisse stehen den Herren Ärzten jederzeit kostenfrei zur Verfügung.
Um die Originalpräparate zu erhalten, achte man genau auf die Firma
Rathsapotheke — Jena, Bes. Dr. R. Dütschke.
Generaldepôt für Oesterreich: **O. Brady's Apotheke „z. König v. Ungarn“**
Wien, I., Fleischmarkt 1.

Mesotan

äußerlich.

Ersatz für Gaultheriaöl,
nahezu geruchlos, leicht resorbierbar.

Anw.: mit gleichen Teilen Olivenöl gemischt,
3mal täglich aufzutupfeln.

Salizylpräparate

zur Behandlung
rheumatischer Affektionen.



Aspirin

innerlich.

Beste Ersatz für Salizylate, angenehm
säuerlich schmeckend, nahezu frei von allen
Nebenwirkungen.

Dos.: 0.5—1.0 g 3—5mal tägl. zu nehmen.

Veronal

Mittlere Dosis 0.5—0.75—1.0 g, in heißen
Flüssigkeiten gelöst zu nehmen
(geruchlos, fast ohne Geschmack).

Isopral

Dos.: 0.5—1.0 g bei einfachen Agrypnien;
1.0—2.0—3.0 g bei Erregungszuständen,
entweder in Lösung oder in Form von Tabletten.
(In Glas verschlossen und kühl aufzubewahren.)

Citarin

Salophen

Protargol

Medonal

Theocin
Natr. acet.

Vorzügl. Hypnotica
durch Intensität und Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet; frei von schädigenden Nebenwirkungen.

Vertreter für Oesterreich-Ungarn: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Hegelgasse 17.**

