

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG.



ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN.

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN
UND DEN LANDESKOMITEES FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN
BAYERN, SACHSEN, WÜRTTEMBERG, BADEN UND BRAUNSCHWEIG

IN VERBINDUNG MIT DEN

VEREINIGUNGEN FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN:

AACHEN, ALTONA, BARMEN, BERLIN, BEUTHEN, BIELEFELD, BOCHUM, BONN, BRAUNSCHWEIG, Breslau, Bromberg, Chemnitz,
Cöln, Danzig, Dresden, Duisburg, Düsseldorf, Elberfeld, Erlangen, Frankfurt a. M., Freiburg, Görlitz, Göttingen,
Greifswald, Halberstadt, Halle, Hannover, Heidelberg, Jena, Königshütte, Magdeburg, München, Münster i. W.,
Nürnberg, Posen, Pyrmont, Rostock, Stettin, Strassburg, Stuttgart, Tübingen, Wiesbaden, Zeitz

UNTER STÄNDIGER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. O. v. ANGERER,
KGL. GEHEIMER RAT, MÜNCHEN

PROF. DR. M. KIRCHNER,
GEH. OB.-MED.-RAT, BERLIN

PROF. DR. F. KRAUS,
GEH. MED.-RAT, BERLIN

REDIGIERT VON

PROF. DR. R. KUTNER IN BERLIN

REDAKTION: BERLIN NW. 6, LUISENPLATZ 2-4. — VERLAG: GUSTAV FISCHER IN JENA.

Alleinige Annahme von Inseraten durch Daube & Co., G. m. b. H., Berlin SW. 19, Jerusalemstr. 53/54.

Erscheint 2mal monatlich im Umfange von je 4 Druckbogen. Preis: halbjährlich 5 Mk. — Man abonniert bei allen Postanstalten, Buchhandlungen und der Verlagshandlung. — Nachdruck der „Abhandlungen“ nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, Referate nur mit Quellenangabe gestattet.

Sechster Jahrgang.

Mittwoch, den 15. Dezember 1909.

Nummer 24.

- Inhalt.** I. Abhandlungen: 1. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Cramer: Über die Frühsymptome der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, S. 753. 2. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus: Die Ernährungsbehandlung bei den wichtigsten Organerkrankungen, insbesondere bei Herzleiden und bei Nephritis (Schluß), S. 760. 3. San.-Rat Dr. A. Schanz: Ursachen und Behandlung der rachitischen Deformitäten, S. 765.
- II. Aus Wissenschaft und Praxis (Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten): 1. Aus der inneren Medizin (Dr. G. Zuelzer), S. 769. 2. Aus der Chirurgie (Prof. Dr. Frhr. v. Kuester), S. 771. 3. Aus dem Gebiete der Sprachstörungen und Sprachheilkunde (Prof. Dr. H. Gutzmann), S. 773. 4. Aus dem Gebiete der Tuberkulose (Dr. W. Holdheim), S. 775.
- III. Ärztliches Fortbildungswesen: 1. Verzeichnis der Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Ärzte im Deutschen Reiche während der Monate Januar, Februar, März 1910, S. 777. 2. Neunte Generalversammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen im Kaiserin Friedrich-Hause, Sitzungsbericht (Schluß), S. 779.
- IV. Neue Literatur, S. 779.
- V. Tagesgeschichte, S. 783.
- Beilage: „Medizinisch-technische Mitteilungen“, Nummer 12.

I. Abhandlungen.

I. Über die Frühsymptome der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.¹⁾

(Aus der Königlichen Universitätsklinik und Poliklinik für Psychische und Nervenkrankheiten.)

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Cramer in Göttingen.

M. H.! Daß zwischen Syphilis und Nerven- Zentralnervensystem leider wichtige Beziehungen system und namentlich zwischen Syphilis und bestehen, ist bei uns allgemein anerkannt. Es

¹⁾ Nach einem im Ärztlichen Verein in Hannover gehaltenen Vortrage.

gibt nur noch wenige, welche abseits stehen und von einem Zusammenhang zwischen Tabes und Paralyse auf der einen und einer vorausgegangenen syphilitischen Affektion auf der anderen Seite nichts wissen wollen. Man kann wohl sagen, daß das Gros aller Autoren heute der Überzeugung ist, daß die Paralyse und Tabes in den allermeisten Fällen Metatoxinerkrankungen der Syphilis sind und daß ferner Tabes und Paralyse ohne Syphilis in der Anamnese sehr seltene Vorkommnisse sind, ganz abgesehen davon, daß man in den Betracht kommenden sicheren Fällen die Überzeugung hat, daß diese Fälle sich doch noch im Laufe der Zeit von den anderen mit der erwähnten Anamnese werden abtrennen lassen. Im Auslande machen sich auch gegenteilige Stimmen laut. So namentlich in England und Amerika. Während man dort früher immer bestrebt war, namentlich rheumatische Erkrankungen mit der Paralyse in Zusammenhang zu bringen, ging man in den letzten Jahren soweit, bakterielle Erkrankungen und vor allem den Löffler'schen Diphtheriebazillus als wichtigstes ätiologisches Moment für die Paralyse anzusehen, und zwar als ein Moment, das erst den Boden vorbereiten müsse, damit Syphilis, Alkoholismus und andere Schädlichkeiten ihren Einfluß entfalten könnten.

Ich erwähne das nur, damit Sie sehen, daß wir einen sehr bestimmten Standpunkt präjudizieren, wenn wir ohne weiteres von metasyphilitischen Erkrankungen sprechen. Wir wissen heute, daß von 100 Tabikern 90, von 100 Paralytikern 75 syphilitisch gewesen sind. Wir können also bei diesem statistischen Ergebnis die Syphilis in der Anamnese nicht in allen Fällen nachweisen. Wir kennen auch nicht wenige Fälle, welche syphilitisch gewesen sind aber niemals eine syphilitische oder metasyphilitische Erkrankung des Nervensystems gehabt haben. Wir sehen ferner, daß bei einer syphilitischen Infektion der eine eine Hirnsyphilis mit echten Gummata, der andere lediglich eine syphilitische Neurasthenie, der dritte eine syphilitische Polyneuritis und wieder andere eine Tabes, eine syphilitische Spinalparalyse oder eine progressive Paralyse bekommen.

Ja wir sehen, das zeigen uns auch die von Nonne mitgeteilten Beobachtungen in außerordentlich charakteristischer Weise, daß wenn sich mehrere Personen bei ein und derselben Person einen Primäraffekt holen, das Resultat ein sehr verschiedenes sein kann. Auch kommt es nicht gerade häufig vor, daß an eine echte Hirnlues eine Paralyse sich anschließt.

Daraus ergibt sich, daß es auch sicher noch von anderen Momenten abhängen muß, ob ein syphilitisch Infizierter überhaupt eine syphilitische Erkrankung des Nervensystems bekommt und, falls eine Erkrankung erweislich, welcher Teil des Nervensystems befallen wird. Eine große Rolle spielt dabei sicher die individuelle Veranlagung, aber nicht nur die endogene Dis-

position im allgemeinen, sondern vor allem im Sinne der Edinger'schen Theorie der erschwertere oder leichtere Aufbrauch einzelner Systeme, der natürlich wieder durch exogene Einflüsse verstärkt werden kann.

Hier kommen also in Betracht eine von Haus aus vorhandene geringere Widerstandsfähigkeit und die Schädlichkeiten, welche das Leben mit sich bringt vom Alkoholismus und Unfall bis zu den Infektionskrankheiten.

Wir können also nicht sagen, daß die Syphilis allein die syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems hervorruft, sondern es sind dazu gewisse Vorbedingungen, eine gewisse Empfänglichkeit erforderlich. Wir sehen dasselbe ja auch bei den akuten Infektionskrankheiten. Es kommt immer auf die Empfänglichkeit an, ob eine Infektion erfolgt, und selbst bei einer so klaren Ätiologie wie bei der Diphtherie ist es uns im einzelnen Falle unmöglich zu sagen, ob die postdiphtherischen Lähmungen auftreten oder nicht, wenn auch die einzelnen Epidemien darin ein verschiedenartiges Verhalten zeigen.

Wenn wir also sehen, daß auch darin, was nach einer syphilitischen Infektion erfolgt, sich die einzelnen Individuen verschieden verhalten, so ist es uns auch ohne weiteres verständlich, daß die Frühsymptome der einzelnen syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems bei den einzelnen Individuen verschieden sein müssen, indem das Virus in den am leichtesten zu erschöpfenden Systemen zuerst seine schädliche Wirkung entfaltet.

Auf jeden Fall kommt für die Praxis und namentlich für die Praxis des Unfallversicherungswesens, das ja durch richterliche Beweisbeschlüsse den ätiologischen Zusammenhang in der Regel gern in mathematischer Weise bewiesen haben möchte, in Betracht, daß wir selbst bei sicher nachgewiesener Infektion noch nicht ohne weiteres jeden Einfluß eines Unfalls ausschließen können. Dies gilt besonders für die soziale Arbeiterversicherung, es kommt aber auch bei der privaten Versicherung in Betracht. Allerdings müssen wir in all den Fällen, wo wir dem Unfall einen Einfluß auf die Entstehung der Krankheit einräumen wollen, mit Sicherheit nachweisen, daß der Unfall nicht etwa Folge der bereits vorhandenen, aber bisher nicht bemerkten Krankheit gewesen ist. Das ist aber namentlich bei der Paralyse und nicht selten auch bei der Tabes der Fall. Bei den echten syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, namentlich bei der Lues cerebri, spielt dieser Zusammenhang eine weniger wichtige Rolle, wenigstens ist mir hier diese Fragestellung nur höchst selten vorgekommen.

Wir können also nach dem heutigen Stande der Wissenschaft, speziell, was Tabes und Paralyse betrifft, sagen: Die Patienten, welche an diesen Krankheiten leiden, sind mit allergrößter Wahrscheinlichkeit syphilitisch gewesen, die Syphilis allein hat aber die Krankheit durchaus nicht immer herbeigeführt. Denn nicht alle, die syphilitisch gewesen sind, bekommen eine derartige oder eine meta-syphilitische Erkrankung des Nervensystems.

Soviel in aller Kürze über das, was uns über die Ätiologie der syphilitischen Erkrankungen bekannt ist. Ich bin lediglich darauf eingegangen, weil ich überzeugt bin, daß uns gerade diese Verhältnisse das vielfach Wechselvolle in dem Auftreten der Frühsymptome besser verstehen lassen.

Die einfachste Form einer syphilitischen Erkrankung des Nervensystems ist die zuletzt von Jolly genauer beschriebene syphilitische Neurasthenie. Diese Erkrankung ist nicht sehr häufig, so häufig wir eine hypochondrische endogene Nervosität nach einer syphilitischen Infektion sehen, die ja auch sich einstellt, ohne daß überhaupt eine Infektion vorgelegen hat. Diese Fälle sind jedem Praktiker genügsam bekannt. Ich brauche nicht genauer darauf einzugehen. Bei der echten syphilitischen Neurasthenie nimmt man an, an, daß ihr Symptomenkomplex durch das im Blut kreisende syphilitische Gift hervorgerufen ist. Sie stellt sich gewöhnlich kurz nach der Infektion ein und besteht der Hauptsache nach in Unruhe, Schlaflosigkeit und oft stark ausgeprägten Beängstigungen, die sich durchaus nicht immer auf die Folgen der Infektion wie bei den Syphilishypochondern zu beziehen brauchen. Sie schwindet gewöhnlich rasch nach einer Inunktionskur. Dabei möchte ich auch noch besonders hervorheben, daß bei Disponierten, wie Ihnen allen ja bekannt ist, sich gelegentlich auch während und nach der spezifischen Kur, ausgelöst durch den starken therapeutischen Eingriff, ein schwerer nervöser Zusammenbruch einstellen kann.

Von besonderen Frühsymptomen, die uns aufmerksam machen, können wir hier ebensowenig sprechen, wie bei der gewöhnlich rasch sich entwickelnden syphilitischen Neuritis. Sie kommt gewöhnlich bald nach der Infektion und befällt mit Vorliebe die besonders im Berufe angestregten peripheren Nerven.

Wichtig dagegen ist für unsere Betrachtungen die echte Hirnsyphilis, mag es sich dabei um eine mehr an den Gefäßen lokalisierte Hirnlues handeln, oder mag mehr die meningale Form mit basaler oder Konvexitätslokalisation oder mag mehr die zentrale Form vorherrschen. Gerade bei der echten Lues cerebri ist eine möglichst frühzeitige Diagnose von besonderer Wichtigkeit, denn je eher wir die Diagnose stellen und dementsprechend die spezifische Therapie einleiten, um so größer

ist die Wahrscheinlichkeit der vollen Wiederherstellung.

Die echte Lues cerebri ist ausgezeichnet durch ein Schwanken in der Intensität der Erscheinungen, eine Ebbe und Flut in der Art und Weise, wie die Symptome zum Ausdruck kommen (Oppenheim), und gerade dies Schwanken in dem Auftreten der Erscheinungen kann Frühsymptom sein. Wie wir bei jeder raumbeschränkenden Veränderung in der Schädel-Rückgratshöhle Allgemeinsymptome und Lokalsymptome haben, so auch bei unserer Krankheit. Die Allgemeinsymptome bestehen in Benommenheit, Kopfschmerz, Schwindel, seltener Erbrechen und in dem Auftreten der Stauungspapille. Oft sind lediglich einzelne dieser Symptome nur leicht angedeutet vorhanden und werden nicht genügend beachtet, bis eines Tages plötzlich eine Monoplegie oder eine Hemiplegie mit den deutlichen Erscheinungen des apoplektischen Insultes einsetzt, deren Folgeerscheinungen alsdann auch eine spezifische Therapie nicht immer beseitigen kann, weil die Lues cerebri mit der vorzugsweisen Lokalisation an den Gefäßen eine Blutung herbeigeführt hat. Oft gehen, wie auch bei anderer Lokalisation der Lues cerebri mehr an den Meningen, dem Ausbruch lokalisierbarer Symptome eine Neigung zu Ohnmachten, zum plötzlichen Zusammenfallen voraus.

Es ist also in diesen Fällen unsere Hauptaufgabe, möglichst frühzeitig an das Vorhandensein einer Lues cerebri zu denken. Mag auch nur ein oder das andere der genannten Frühsymptome und namentlich der Allgemeinsymptome flüchtig sich zeigen, mag der Patient noch so eifrig versichern, daß er keine Syphilis gehabt hat, namentlich solange die Frau oder andere Angehörige anwesend sind, unsere Pflicht ist es, zunächst eine antiluetische Behandlung zum mindesten mit Jodpräparaten zu versuchen. Gewöhnlich kommt auch die Wahrheit heraus, wenn man den Patienten allein vornimmt und ihm klar macht, daß er, wenn er syphilitisch gewesen ist, die meisten Chancen für eine Genesung hat. Auch kann die Untersuchung des Blutes nach Wassermann die Diagnose klären helfen.

Gar manche Fälle von zeitweise auftretendem Kopfschmerz sind durch eine einfache Jodmedikation zu beseitigen, und auch, wenn man sich zu einer Quecksilberbehandlung entschließt, muß doch später immer noch zeitweise ein Jodpräparat gereicht werden. In selteneren Fällen setzt die Hirnlues, nachdem die prämonitorischen Symptome nicht beachtet und übersehen worden sind, mit einem plötzlichen Zustande schwerer Benommenheit und mit Stauungspapille ein. Die Kranken werden uns im Wagen nach der Klinik gebracht, können nicht gehen, stehen und sprechen, haben Pulsverlangsamung, Übelkeit und Neigung zu brechen; machen einen sehr schwerkranken Eindruck, um schon nach kurzer Anwendung der spezifischen Therapie wieder aus

ihrer Somnolenz zu erwachen und nach einigen Wochen ganz zu genesen. Natürlich kann auch ein Tumor cerebri in Betracht kommen. Aber auch die Chirurgen gehen an einen solchen Fall nicht heran, wenn nicht wenigstens die spezifische Therapie versucht ist, und schließlich ist es keine angenehme Überraschung, wenn auf dem Operationstisch statt eines Tumors ein Gumma syphiliticum zum Vorschein kommt. Lediglich die rasch zunehmende Stauungspapille kann eine Operation zur Druckentlastung erlauben lassen. Bei der mehr zentralen und mehr meningealen Form können natürlich je nach der Lokalisation der Gummata auch einzelne Reiz- und namentlich Ausfallserscheinungen Frühsymptom sein. Hier kommen bei der mehr basalen Form die zeitweise vorhandenen und zeitweise mehr zurücktretenden Hirnnervenlähmungen in Betracht. Je eher hier therapeutisch eingegriffen wird, um so eher wird ein Erhaltenbleiben der Funktion erzielt. Alle die Fälle von Hirnluës, bei denen nach der Genesung eine oder die andere Lähmung zurückbleibt, sind zu spät in Behandlung genommen. Am leichtesten passiert uns dieses Mißgeschick, soweit die Augenbewegungsnerven in Betracht kommen. Es ist ja auch leicht begreiflich, daß ein so zartes Gebilde wie z. B. der Nervus trochlearis leicht einer gummösen Meningitis zum Opfer fallen kann. Auch bei der Meningitis luetica convexitatis sehen wir manchmal auffällige, gerade durch ihr Schwanken ausgezeichnete Erscheinungen. Monoplegien und Hemiplegien, die bald in aller Schwere vorhanden sind und dann wieder verschwinden, sind sehr charakteristisch; wiederholt habe ich aber auch das transitorische Auftreten von den verschiedenartigsten aphasischen Symptomenkomplexen gesehen. Bei dieser Konvexitätsmeningitis luetischen Ursprungs findet man nicht selten bei aufmerksamem Studium des Schädels Ödeme der Kopfschwarte, welche, offenbar durch Zirkulationsstörungen hervorgerufen, von einer durch die Meningitis bedingten Stauung herbeigeführt sind.

Ebenso ist für die Konvexitätsluës als Lokalsymptom sehr charakteristisch die Empfindlichkeit des Schädels auf Beklopfen an der betreffenden Stelle. Dieselbe Erscheinung können wir auch gelegentlich an den basalen Teilen des Schädels bei der mehr basalen Form nachweisen.

Wir haben also auf jeden Fall Frühsymptome genug, um bei einiger Aufmerksamkeit rechtzeitig eingreifen zu können.

Bei der Lues spinalis, welche sich häufig mit der Lues cerebrials kombiniert, aber auch nicht selten isoliert vorkommt, ist besonders charakteristisch, daß wir auch hier neben den Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen vor allen Dingen Symptome haben, welche sich sowohl auf eine Erkrankung des zentralen als des peripheren motorischen Neurons beziehen lassen.

Also neben dem Symptomenkomplex der spastischen Spinalparalyse Erscheinungen von Atrophie, von Schmerzen, von Parästhesien, von Empfindungslähmungen u. dgl., kurz Radikularsymptome. Manchmal sind auch die Dornfortsätze entsprechend der Lokalisation der syphilitischen Neubildungen enorm empfindlich, und in manchen Fällen entwickelt sich der Symptomenkomplex der Brown-Séguard'schen Lähmung. Dabei können Blasen- und Mastdarmstörungen bestehen und mehr oder weniger ausgesprochen gelegentlich auch die Erscheinungen der Tabes und der kombinierten Entartung sich zeigen. Oft sind es nur einzelne dieser Symptomenkomplexe, die flüchtig auftreten, manchmal ist man zunächst geneigt, wenn man nicht genauer untersucht, die gesamten Beschwerden als hypochondrisch anzusehen, und doch ist hier eine genaue Diagnose von außerordentlicher Wichtigkeit. Denn je länger man wartet, um so mehr verstärken sich die Erscheinungen, und je länger sie bestehen, um so mehr nimmt die Gefahr zu, daß die Veränderungen irreparabel werden, gerade so wie bei der Lues cerebri.

Ein Frühsymptom in allen diesen Fällen ist in gewisser Weise auch das Ansprechen auf eine spezifische Therapie. In der Regel sieht man schon nach den ersten 14 Tagen einer Schmierkur, ob die Therapie Erfolg hat. In allen Fällen muß sie aber energisch bis ans Ende durchgeführt werden. Im ganzen schmieren wir bei Männern 200 g graue Salbe ein, bei Frauen 180. Ausgesetzt wird nur, wenn blutige Stühle erfolgen oder ein Quecksilberexanthem sich einstellt. Gleichzeitig wird Jodkalium gegeben und die Mundhöhle sorgfältig behandelt. In den Fällen, wo die Haut zu empfindlich ist oder die äußeren Verhältnisse die Durchführung einer Schmierkur nicht erlauben (z. B. bei einer mißtrauischen Frau), greifen wir zur Spritzkur mit Hydrargyrum oxycyanatum.

Ich habe bisher die bei der Lues cerebri oft sich findende Sprachstörung und das Verhalten der Pupillen noch nicht erwähnt. Die Sprachstörung habe ich nicht hervorgehoben, weil sie häufig Frühsymptom der einen gleich zu besprechenden Krankheit, der progressiven Paralyse, ist und auf das Verhalten der Pupillen bin ich nicht eingegangen, weil eine träge Reaktion oder gar eine Lichtstarre der Pupillen bei der echten Lues cerebri nur selten vorkommt. Auf jeden Fall habe ich einen Fall von Lues cerebri mit lichtstarrten Pupillen, der zur Genesung gekommen ist, noch nicht gesehen. Die lichtstarre Pupille ist vielmehr sehr häufig Frühsymptom für die metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die progressive Paralyse und die Tabes.

Kommt auch bei diesen Krankheiten eine Genesung nicht vor, so ist doch eine frühzeitige Diagnose schon aus rein sozialen Gründen

für die betreffenden Patienten von der allergrößten Wichtigkeit. So z. B. bei der Tabes die Entscheidung der Frage einer eventuellen Verheiratung oder die Übernahme eines schwierigen Amtes oder einer größeren geschäftlichen Unternehmung, bei der Paralyse die Frage des finanziellen Ruins.

Bei der Tabes sowohl wie bei der Paralyse trifft der Satz zu, den ich oben aufgestellt habe, daß jedes Hauptsymptom Frühsymptom sein kann.

Bei der Tabes ist eines der bekanntesten Frühsymptome die Optikusatrophie und die reflektorische Pupillenstarre. Jede dieser Erscheinungen kann für sich dem Ausbruch der Krankheit jahre-, ja unter Umständen jahrzehntelang vorausgehen. Sehr oft sehen wir Fälle von Optikusatrophie aus der Augenklinik, welche häufig wiederkommen, ohne daß sich irgendein Symptom der Tabes nachweisen läßt, bis schließlich nach längeren Jahren auch die anderen Symptome der Krankheit sich einstellen. Wir beobachten nicht selten Fälle, wo eine totale Erblindung nach Optikusatrophie sich findet und erst nach Jahren die übrigen tabischen Symptome sich markieren. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Lichtstarre der Pupillen. Andere Krankheiten, abgesehen von der progressiven Paralyse, bei denen sich eine reflektorische Pupillenstarre namentlich als Frühsymptom findet, gibt es nicht. Daß reflektorische Pupillenstarre angeboren vorkäme, dafür ist mir weder aus der Literatur noch aus eigener Beobachtung ein Fall bekannt. Es ist also die reflektorische Pupillenstarre immer ein Symptom, das außerordentlich ernst zu nehmen ist, und wie der Träger einer Optikusatrophie muß auch der Patient, der eine Lichtstarre der Pupillen besitzt, sich in angemessenen Zwischenräumen immer wieder untersuchen lassen. Eine einzige Form von Lichtstarre der Pupillen gibt es, bei der die Prognose nicht so ernst ist, das sind die Fälle von Alkoholparalyse bzw. Alkoholtabes. Hier kann eine deutliche Lichtstarre vorhanden sein, und diese Lichtstarre kann, wenn die Patienten rechtzeitig in Behandlung kommen, wieder schwinden. Meist handelt es sich allerdings bei der Alkoholparalyse nur um träge reagierende, fast starre Pupillen. Jedoch habe ich auch ausgesprochen starre Pupillen gesehen, welche wieder zurückgingen. Im Anfang kann es auch bei der Tabes und Paralyse vorkommen, daß das Verhalten der Pupillen schwankend ist, daß die Lichtstarre zeitweise zurückgeht, um erst bei dem weiteren Fortschreiten der Krankheit dauernd zu werden. Sehr aufmerksam müssen uns auch schon die träge reagierenden Pupillen machen, obschon hier auch alkoholische und arteriosklerotische Prozesse und das Greisenalter differentialdiagnostisch in Betracht kommen. Weniger Bedeutung hat für die Tabes das Vorhandensein von ungleichen Pupillen. Dieses Symptom kommt natürlich auch bei Tabes und

Paralyse vor und kann sich auch bei Hirnsyphilis finden, ist aber differentialdiagnostisch ohne Bedeutung, weil es angeboren gefunden wird, von früheren pleuritischen Prozessen abhängig sein und auch durch überstandene Augenkrankheiten bedingt sein kann.

Die Fälle, bei denen Augenmuskellähmungen oder eine Facialisparesie bei der Tabes als Frühsymptom auftreten, sind selten, auch lassen diese Erscheinungen viel eher an andere Krankheiten als an eine Tabes denken. In Betracht kommen die Encephalitis haemorrhagica superior und andere organische Gehirnerkrankungen. Immerhin wird man aber bei ganz isoliertem Auftreten dieser Symptome auch an eine inzipiente Tabes denken können. In Betracht kommt hier namentlich das isolierte Auftreten einer Abducensparese.

Eine wichtige Rolle in der Frühdiagnose der Tabes spielt das Verhalten der Reflexe. Wie die Pupillenstarre und die Optikusatrophie kann ein Fehlen des Kniephänomens dem Ausbruch der Tabes oft jahrelang vorausgehen, dasselbe gilt für das Fehlen des Achillessehnenreflexes und das rechts und links verschiedene Verhalten dieser Reflexe. Ja ich kann hinzufügen, daß ich in letzter Zeit eine ganze Reihe Fälle gesehen habe, wo das Fehlen des Achillessehnenreflexes dem Schwinden des Kniephänomens vorausging. Oft bleibt es lange bei diesem Status, bis dann schließlich eine Kältehyperästhesie oder eine Herabsetzung der Sensibilität namentlich auf Brust und Rücken oder das Auftreten der Pupillenstarre und Optikusatrophie und andere tabische Symptome die Diagnose sichern.

Auch die Hypotonie, welche von den Patienten meist als eine Schwäche in den Beinen, ein Wackligsein empfunden wird, kann ausgeprägtes Frühsymptom sein, namentlich die Hypotonie der Beine. Da die Hypotonie auch bei anderen Krankheiten vorkommen kann, z. B. auch bei der Erschöpfung, ist dieses Symptom nur in Verbindung mit anderen Erscheinungen der Krankheit wichtig, etwa so wie die subjektiven Empfindungen, die lanzierenden Schmerzen und das Gürtelgefühl. Daß die Ataxie Frühsymptom ist, gehört zu den Seltenheiten, dagegen können Blasen- und Mastdarmstörungen oft schon sehr frühzeitig sich einstellen und zunächst, weil alle anderen Erscheinungen fehlen, ganz unverständlich erscheinen. In zwei Fällen sah ich, daß ein jahrelang vorausgehender Krampf des Sphincter ani, der sehr schwer zu bekämpfen war, die Tabes einleitete. Betont sei auch noch, daß nicht selten die Impotenz den Erscheinungen der Tabes weit voraus eilt, wie sie ja auch häufig das Symptom ist, das den Patienten zum Arzte führt. In einem Falle sah ich bei einem Offizier allen anderen Erscheinungen der Krankheit lange vorausgehen Attacken einer Crise gastrique von seltener Intensität und langer Dauer. Die 14 Tage bis 3 Wochen anhaltenden Attacken un-

stillbaren Erbrechens traten in der Regel nach besonderen Anstrengungen im Auslande auf. Als ich ihn das erstemal untersuchte, fand ich lediglich das Fehlen des Achillessehnenreflexes auf einer Seite, im nächsten Jahre kam dazu noch eine starre Pupille, und so trat langsam das Krankheitsbild immer deutlicher hervor.

Besondere Schwierigkeiten macht oft die Diagnose der Tabes, wenn sie sich mit einem anderen Krankheitsbilde kompliziert. In einem Falle von Hysterie habe ich trotz starrer Pupillen jahrelang gebraucht, bis ich die richtige Diagnose stellen konnte. Gesellen sich zu einer inzipienten Tabes die Symptome der arteriosklerotischen Atrophie des Großhirns, eine Kombination, welche ich ein paarmal gesehen habe, dann machen uns die Symptome der Erkrankung des zentralen motorischen Neurons Schwierigkeiten, das Krankheitsbild zu verstehen, wenn wir uns nicht einseitig von den tabischen Symptomen bei unserer Untersuchung gefangen nehmen lassen.

Die progressive Paralyse, welche ich jetzt besprechen möchte, ist im allgemeinen ausgezeichnet durch eine progressive Reduktion der Intelligenz in Verbindung mit dem Auftreten der körperlichen Kardinalsymptome, Pupillenstarre, Sprachstörung und Fehlen oder Ungleichheit des Kniephänomens. Auf psychischem Gebiete ist das erste und wichtigste Symptom eine Veränderung der psychischen Individualität, eine Charakterveränderung, welche zunächst besonders in einem Mangel an Initiative zum Ausdruck kommt. Gewiß hat ja nicht jeder Mensch Initiative, aber wenn bei einem Manne die sonst gewohnte Aktivität nachläßt, so ist das ein Symptom, das den sorgfältigen Hausarzt veranlassen muß, acht zu geben. Nicht selten gehen diesem Symptom Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und eine gewisse Reizbarkeit voraus, also ein gewisser nervöser Zustand. Daher stammt auch die Sage, daß der Paralyse eine Neurasthenie vorausgehe oder aus der Neurasthenie eine Paralyse sich entwickeln könne. Untersucht man aber um die Zeit genauer, so findet man, wenn eine Paralyse im Anzug ist, immer eines oder das andere der körperlichen Kardinalsymptome mehr oder weniger deutlich ausgesprochen. Haben wir aber auch nur eines der erwähnten körperlichen Kardinalsymptome deutlicher markiert und findet sich nur die bisher skizzierte Charakterveränderung, dann ist der Verdacht auf eine sich entwickelnde progressive Paralyse ein dringender. In die Rasemühle, unsere Nervenklinik und Poliklinik kommen jedes Jahr eine große Zahl von Fällen mit der Diagnose Neurasthenie; wird aus dieser Neurasthenie eine Paralyse oder richtiger gesagt, ist diese Neurasthenie eine inzipiente Paralyse, dann können wir die Diagnose schon bei der Aufnahme stellen und dafür Sorge tragen, daß die Kranken beizeiten nach einer

geschlossenen Anstalt gebracht werden. Es ist uns bisher nur ein einziges Mal passiert, daß wir trotz mehrfacher Untersuchung geneigt waren, einen Fall als Neurasthenie anzusprechen, bei dem schließlich trotzdem und ungewöhnlich rasch eine Paralyse kam.

Mit dem Einsetzen der Charakterveränderung schwinden gewöhnlich rasch die nervösen Erscheinungen, der Patient schläft wieder besser, erholt sich körperlich, und die Frau erzählt uns mit Freuden, daß sie sich freue, daß ihre Mann jetzt so ruhig sei. Diese Ruhe ist aber ein ominöses Symptom, sie zeigt den eigentlichen Eintritt der Krankheit an, bei einem genauen neurologischen Status finden wir eins oder das andere der körperlichen Kardinalsymptome jetzt schon deutlicher und auch andere Ausfalls- und Reizerscheinungen gesellen sich dazu, Facialisparesen, Mitflattern der Gesichtsmuskulatur, Hypotonie usw. In diesem allerersten Stadium bereits, wenn die Initiative nachläßt, wenn die Ruhe kommt und ein guter Schlaf, oft sogar zu viel Schlaf, sich einstellt, beginnt bereits die Gefahr für die soziale Stellung und das Vermögen. Man muß sich nur klar machen, was es bedeutet, wenn ein aktiv und lebendig in einem großen Betriebe stehender Mann plötzlich nachläßt, nicht mehr genau und rasch kalkuliert und nicht mehr energisch eingreift, wo es nötig ist. Oft gehen hier schon große Werte verloren, bevor noch jemand an Krankheit denkt. Ja, selbst wenn man die Angehörigen auf den Ernst der Situation hinweist, findet man kein Verständnis, ja ich habe es wiederholt gesehen, daß ein Arzt seine Praxis in dem Hause verlor, weil er nur wagte, eine Konsultation mit einem entsprechenden Spezialisten vorzuschlagen. Der weitere Weg ist vielmehr meist der, daß der Patient zur Erholung in eine der modernen Kurpfuscheranstalten, oft unter Aufbringung der größten Opfer, gebracht wird, um nun dort unter Einfluß der planlos angewandten physikalischen Heilmethode, des sog. Naturheilverfahrens, rasch in seiner Krankheit fortzuschreiten. Und doch wäre es für die Familie bei weitem das beste gewesen, wenn die hierfür verausgabten Summen als Notgroschen für die schwere Zukunft zurückgelegt worden wären. Denn gewöhnlich geht die Sache so weiter, daß die Diagnose nicht gestellt wird, die Durchführung der Entmündigung deshalb zur rechten Zeit versäumt wird und, wenn endlich der Aufenthalt in der sog. Kuranstalt infolge der einsetzenden Erregungszustände oder unsozialen Gebarens unmöglich ist, ein großer Teil des Vermögens verloren ist.

Um Ihnen nun ein Beispiel zu geben, so sah ich in einem Fall, daß ein ausgesprochener Paralytiker 3 Jahre in solchen Anstalten herumgeschleppt wurde, sich schließlich mit einer Prostituierten verlobte und erst, als er auf der Hochzeit alle Verwandten zur Türe hinaussetzte, für geisteskrank gehalten wurde. Jetzt kam er in eine Anstalt, jetzt wurde das

Entmündigungsverfahren eingeleitet, aber das Geschäft war ruiniert, das Vermögen verloren und 3 Tage vor dem Tode kam der Entmündigungsbeschluß!

An das Stadium der Ruhe und Gleichgültigkeit schließt sich gewöhnlich sehr rasch eine Steigerung der Krankheitssymptome an, die Gleichgültigkeit steigert sich jetzt zu einem Zustand, der am besten mit „einem Gefühl allgemeiner Wurschtigkeit“ bezeichnet wird. Jetzt kann passieren was will, nichts bringt den Kranken aus seiner Ruhe und gewöhnlich gesellt sich dazu auch eine gewisse heitere Zufriedenheit, die Euphorie, welche ihm die Welt in immer rosigerem Lichte erscheinen läßt, bis sich schließlich eine zunehmende Intelligenzschwäche oder das klassische Stadium mit den abundanten Größenideen entwickelt.

Nicht immer verläuft die Krankheit so gesetzmäßig, oft macht sich als Frühsymptom auf psychischem Gebiete die meist schon sehr zeitig in Erscheinung tretende Gedächtnisstörung geltend. Wir finden manchmal Paralytiker, bei denen schon ganz im allerersten Beginn ein auffälliger Merkfähigkeitsdefekt besteht, ja manchmal kommt als Frühsymptom der vollausgebildete amnestische Symptomenkomplex in Betracht. Am leichtesten sind die ersten Anfänge davon nachzuweisen, wenn man den Patienten vielsilbige Worte reproduzieren läßt, z. B. die bekannte „dritte reitende Gardeartilleriebrigade“, wobei gewöhnlich trotz mehrfachen Vorsprechens eine Silbe oder ein Wort ausfällt. Bei dieser Probe treten dann gewöhnlich auch die artikulatorische Sprachstörung und die amnestischen Störungen der Sprache in Erscheinung.

In selteneren Fällen kann auch Frühsymptom der auffällige Verlust der ethischen und moralischen Qualitäten sein. Der Patient fängt ganz gegen seine Gewohnheit in seiner Familie und in Damengesellschaft an zu zoten, er betrinkt sich häufiger, er läuft hinter den öffentlichen Dirnen her, verlobt sich tief unter seinem Stande usw. Dabei fällt oft auf, daß er gegen früher in auffälliger Weise rasch seine Direktion verliert, wenn er etwas getrunken hat.

Unter den körperlichen Symptomen kann jedes der Kardinalsymptome Frühsymptom sein. Sei es daß eine Pupillenstarre, das Fehlen der Kniephänomene oder der Achillessehnenreflexe oder die Sprachstörung lange Zeit dem Ausbruch der Krankheit vorausgeht. Oft leitet die Sprachstörung eine auffallend langsame Sprache ein.

Während Pupillenstarre und Fehlen oder Ungleichheit des Kniephänomens in Verbindung mit den erwähnten psychischen Veränderungen wohl fast immer auf eine progressive Paralyse hinweisen, wenn nicht gerade schwerer Alkoholismus im Spiele ist, muß man, so weit die Sprachstörung in Betracht kommt, etwas vorsichtiger sein, denn sie kommt auch bei schweren Erschöpfungszuständen, namentlich nach Überanstrengung, bei

der Lues cerebri und bei Vergiftungen transitorisch vor. Dasselbe gilt von dem auch oft sehr frühzeitig sich zeigenden Mitflattern der Gesichtsmuskulatur. Ebenso finden wir bei diesen Zuständen eine schwere Schreibstörung mit Versetzungen und Auslassungen von Silben, wie sie für die Paralyse charakteristisch ist. Wenn auch betont werden soll, daß auch diese Schreibstörung Frühsymptom sein kann.

In selteneren Fällen leiten rudimentäre paralytische Anfälle die Krankheit ein. Die einfachste Form ist das oft schon sehr frühzeitig einsetzende transitorische Versagen der Sprache, oder leichtere, rasch vorübergehende Zuckungen im Facialisgebiet, im Arm oder im Bein, gelegentlich auch ein ohnmachtartiges Zusammenbrechen. Schließlich sei auch noch betont, daß sowohl die körperlichen Symptome manchmal dem Auftreten der psychischen Störungen vorausgehen können und umgekehrt auch die psychischen Erscheinungen dem Auftreten der körperlichen Symptome. Das sind Ausnahmen. Gewöhnlich findet man aber doch, namentlich im letzteren Fall, bei genauer Untersuchung einzelne Ausfallserscheinungen, z. B. Hypotonie, Mitflattern der Gesichtsmuskulatur und leichte Facialis paresen.

Wesentlich gefördert ist in den letzten Jahren die Diagnose sowohl der Paralyse und der Tabes durch die Serum- und Cytodiagnose. Die verschiedenen Methoden der Untersuchung der Spinalflüssigkeit haben uns in den letzten Jahren weiterhin wesentliche Hilfsmittel für die Diagnostik der syphilitischen und post-syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems gegeben. Die Untersuchungen beziehen sich 1. auf eine Vermehrung des Zellgehalts, 2. auf eine Vermehrung des Gesamteiweißgehalts, 3. auf eine Vermehrung einzelner Eiweißarten und 4. auf die serologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Bei der Dementia paralytica und Tabes finden wir fast immer eine erhebliche Zellvermehrung im Liquor spinalis. Aber auch bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems können wir, wenn auch nur verhältnismäßig selten, eine Vermehrung der Zellen feststellen, so bei dem Alkoholismus, bei Epilepsie, Sclerosis multiplex, Tumor cerebri und vor allem auch bei solchen Individuen, die syphilitisch infiziert gewesen sind, aber zurzeit keinerlei Symptome einer syphilitischen oder postsyphilitischen Erkrankung bieten. Die Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit können wir entweder nachweisen, indem wir die einzelnen Zellen in der von Fuchs und Rosenthal angegebenen Zählkammer zählen oder auch die Spinalflüssigkeit zentrifugieren und dann das Zentrifugat färben und ein Gesichtsfeld dieses Präparates auszählen. Beide Methoden sind gleich zuverlässig. Von Alzheimer ist dann noch eine Methode angegeben, mit der man feststellen kann, um was für Zellformen es sich im einzelnen handelt; wenn auch hierbei ganz interessante Befunde erhoben

sind, so hat diese Methode für die praktische Diagnostik bisher doch noch keinen besonderen Wert.

Eine Vermehrung des Gesamteiweißgehalts der Spinalflüssigkeit haben wir fast bei denselben Erkrankungen, bei denen wir auch eine Zellvermehrung finden, also wir haben sie auch hier bei einigen anderen Erkrankungen, während wir bei Tabes und Paralyse in der Regel eine sehr beträchtliche Vermehrung finden. Die Untersuchung wird am besten nach der von Nißl angegebenen Methode ausgeführt, indem man 2 ccm Spinalflüssigkeit mit 1 ccm Esbach'schem Reagens versetzt und dann in einem Spitzglase zentrifugiert. Von Zimbal und Henkel sind noch andere Methoden angegeben worden, indem in der Spinalflüssigkeit mit Magnesiumsulfat eine Ausfällung gewisser Eiweißkörper, besonders der Globuline vorgenommen wird. Aber auch diese Methoden leisten nicht mehr als die anderen, schon früher besprochenen.

In neuerer Zeit ist von Nonne noch eine Reaktion angegeben, die außerordentlich einfach auszuführen ist. 1 ccm Spinalflüssigkeit wird zu gleichen Teilen mit einer gesättigten Ammoniumsulfatlösung versetzt. Bei der Tabes und Paralyse und auch bei echter Lues cerebrospinalis sehen wir dann in fast allen Fällen eine Trübung innerhalb der ersten 3 Minuten auftreten. Bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems bleibt die Trübung aus, nur ganz vereinzelte Ausnahmen sind bisher bekannt, so ist sie bei einigen Fällen von multipler Sklerose, von Tumor cerebri und von extramedullären Tumoren gefunden worden, hingegen ist diese Reaktion negativ bei funktionellen Neurosen, auch wenn Lues in der Anamnese vorhanden ist. Hierdurch erscheint sie wesentlich wertvoller als die anderen, eben besprochenen Methoden, welche diese letztgenannte Differenzierung in manchen Fällen nicht zulassen.

Was nun endlich die serodiagnostischen Untersuchungen anbetrifft, so nimmt hier sicherlich die von Wassermann und Neißer angegebene Methode die erste Stelle ein, während die Untersuchungen nach Fornet, Scherschewsky und Klauser praktisch für unsere Zwecke nicht in Betracht kommen. Ich will hier nicht eingehen auf die Theorie und die Spezifität der Wassermann'schen Reaktion. Dafür sind diese Dinge noch zu unsicher, und es fehlt mir auch an der nötigen Zeit, um auf die Einzelheiten einzugehen. Die Blutuntersuchung auf Lues hat verhältnismäßig für die Erkrankung des Zentralnervensystems nur geringen Wert, da sie uns im günstigsten Falle nur sagen kann, ob das Individuum früher Lues gehabt hat, aber nicht, ob die gegenwärtige Erkrankung syphilitisch ist. Auch haben wir gerade bei der Untersuchung des Blutes nach dieser Richtung hin auch bei anderen nicht syphilitischen Erkrankungen, wenn auch in seltenen Fällen mehrfach die Reaktion

positiv gefunden, ohne daß irgendein Anhaltspunkt für Lues vorhanden war. — Anders dagegen sind die Resultate bei der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Hier ist die Wassermann'sche Reaktion nur positiv gefunden bei Paralyse, Tabes und in einzelnen Fällen von Lues cerebri. Für die Diagnostik der Paralyse ist diese Untersuchung um so wichtiger, als sie auch immer, auch schon im Beginn der Erkrankung, vorhanden ist und als sie auch so gut wie in allen Fällen nachzuweisen ist. Anders verhält sich sonderbarerweise die Tabes, indem wir die Reaktion nur in 60 Proz. der Fälle positiv erhalten.

Wir sehen also, daß für die Diagnostik der postsyphilitischen Erkrankungen von den verschiedensten Untersuchungsmethoden die Wassermann'sche Serumreaktion die einwandfreisten Resultate gibt. An diese schließt sich an als fast gleichwertig die von Nonne angegebene Globulinausfällung, die sich auch besonders durch ihre außerordentliche Einfachheit auszeichnet. Aber auch die anderen Untersuchungen auf Zellen- und Eiweißvermehrung können uns sehr wichtige Anhaltspunkte geben, wenn sie auch an und für sich nicht pathognomonisch sind. Bei zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit daher dringend zu empfehlen, da wir in vielen Fällen durch die Untersuchung derselben auf die richtige Fährte bei unserer Diagnose gebracht werden.

Wir haben also gesehen, m. H., daß fast jedes wichtigere Symptom der besprochenen Erkrankungen Frühsymptom sein kann und daß wir somit imstande sind, die Krankheit so frühzeitig zu diagnostizieren, daß wir Schaden verhüten können. Wesentlich unterstützt werden diese unsere Bemühungen durch die neueren Forschungen über das Verhalten der Spinalflüssigkeit.

2. Die Ernährungsbehandlung bei den wichtigsten Organerkrankungen (insbesondere bei Herzleiden und bei Nephritis).

Aus dem Zyklus von Vorträgen über „Ernährungsbehandlung“, veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen (Wintersemester 1908/09).

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus in Berlin.

(Schluß.)

2. Die Flüssigkeitszumessung bei der Ernährung von chronischen Nephritikern und Herzkranken.

Bei Nephritis kommen außer dem nephrogenen Hydrops auch kardiale, d. h. infolge von sekundärer Herzmuskelsinsuffizienz ent-

stehende Ödeme in Betracht. Der nephrogene Hydrops der Brightiker resultiert, wie wir schon gesehen haben, wiederum aus zwei Ursachen. Die parenchymatöse Nephritis gibt Anlaß zur Kochsalzretention und abhängig davon zur Zurückhaltung von Wasser. Bei direktem nephrogenen Hydrops ist es die eigene Wassersekretionskraft der Niere, welche versagt. Beim Salzhydrops kann bzw. soll die Darreichung des Wassers liberal bemessen werden. In allen Fällen aber, wo die Nieren nicht mehr das Vermögen besitzen, bei größerer Wasserzufuhr einen unter $\Delta = -0,56$ diluieren Urin abzusondern, muß mit der Gefahr gerechnet werden, daß das Wasser im Organismus zurückbleibt und die schon vorhandene Neigung zu Hydrops (Oligurie!) noch vermehren hilft. Indem ich auf die klinische Erfahrung und die experimentelle Uranephritis verweise, schließe ich mich ganz und gar einschlägigen Gedankengängen v. Korányi's und Richter's an. Noch auf dem Internistenkongreß zu Wien (189c) ist von Senator die Parole ausgegeben worden, bei parenchymatöser Nephritis die Nieren durchzuspülen. Die in der Praxis übliche Milchkur wurde als den gebotenen theoretischen Erwägungen entsprechend hingestellt. Der Wert der Milchnahrung ist auch für den Zweck der Nierendurchspülung gewürdigt worden, ebenso die einschlägige Rolle anderer Getränke. Zur Hervorrufung von Diurese bei Oligurie wurde auch die reichliche Zufuhr von Flüssigkeit, besonders von Mineralwässern, welche die Salze des Serums enthalten, direkt empfohlen. Seither haben wir gelernt, in den Fällen von parenchymatösem Morbus Brightii, wo die Eliminationskraft der Nieren gegenüber dem Wasser versagt, vorsichtig umzugehen mit der Flüssigkeitszufuhr, auch mit der absoluten Milchdiät und der therapeutischen Darreichung von Mineralwässern.

Darüber können wir uns alle leicht einigen, daß eine möglichst lange durchzuführende reine Milchernährung mit 3—4 Litern täglich und ebenso die übermäßige Durchspülung der Nieren mit indifferenten oder alkalischen Wässern für die fortgesetzte Entfernung der Stoffwechselschlacken aus den parenchymatös entzündeten Nieren irrationell ist und vor der ärztlichen Erfahrung nicht standhält. Aber die Flüssigkeitszumessung hat bei allen Nephritikern aus 3 Gesichtspunkten zu geschehen: der Hydropsbehandlung, der Urämiabekämpfung und der Herzbelastung. Die Rücksichten auf die Abnutzung des Herzens und die Vorbeugung der urämischen Autotoxikose mußten hier miteinander in Konflikt kommen. v. Noorden forderte in der Tat aus Furcht vor Herzmuskelinsuffizienz eine Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr für alle chronischen Nephritiker. Strauß wiederum erklärt die Urämiabekämpfung als die wichtigere Aufgabe bei der Flüssigkeitsdarreichung. Er geht soweit, in den Bright'schen Hydropsien gewissermaßen nur „minderwertige“ Kompen-

sationen im Sinne einer Verminderung der Giftwirkung retinierter Substanzen zu sehen und führt auch bei hydropischen Patienten, sobald es gilt, eine Urämie zu verhüten, größere Mengen von Flüssigkeit per os oder auch in Form der tropfenweisen Rektalinstitution nach Wernitz ein, weil eine „feuchte“ Urämie noch immer besser als eine „trockene“ sei. Dieser kompensatorischen Auffassung von Strauß werden vorläufig nicht alle folgen wollen. Unbedingt recht geben müssen wir jedoch Strauß darin, daß die Ödeme leichter zu bekämpfen sind als die einmal ausgebrochene Urämie. Und deshalb werden wir eben einen Mittelweg einzuschlagen haben. Es wird also für den Praktiker alles darauf ankommen, einerseits die ersten Anzeichen beginnender Herzinsuffizienz (ein solches erstes Anzeichen ist z. B. die in Relation zur Tagesabsonderung immer stärkere nächtliche Diurese (Nykturie), andererseits den Beginn urämischer Intoxikation sofort zu erkennen. Die Kontrolle der Ausscheidung bestimmter harnfähiger Stoffe, vor allem der N-haltigen Stoffwechselprodukte, welche natürlich im chemischen Laboratorium auszuführen ist, ergibt maßgebende Anhaltspunkte in letzterer Beziehung. Wenn bei Zufuhr größerer Flüssigkeitsmengen die Hydropsien nach Maßgabe der Körpergewichtsbestimmung und der Inspektion tatsächlich zunehmen, werden wir ebenfalls von dem allgemeinen Grundsatz, mit Rücksicht auf die Urämiegefahr das Trinken nicht unnötig einzuschränken, abweichen müssen. Selbstverständlich sind in allen derartigen Fällen alle sonstigen therapeutischen Behelfe gegen Herzschwäche einer- und Urämie andererseits heranzuziehen (Digitalis, Hervorrufen einer Purindiurese, Punktion der Ödeme, Aderlaß, absolute Milchdiät).

Wenden wir uns nunmehr zu den teilweise oder durchaus kardiogenen Hydropsien der Nephritiker, welchen neben den nephrogenen eine praktische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann. Ein exakter Beweis für die allseits so gefürchtete übergroße Belastung der Herztätigkeit bei völlig kompensiertem Ren granulosus durch bloße Flüssigkeitsaufnahme scheint mir kaum erbracht zu sein. Völlig entziehen können wir uns jedoch den Ausführungen v. Noorden's über den Wert der Flüssigkeitsreduktion als eines Mittels zur Schonung und Entlastung des Herzens bei Nephritis ganz im allgemeinen nicht, soweit sie auf Beobachtungen an Patienten sich stützen, deren Herzmuskel durch übermäßig große Flüssigkeitszufuhr wirklich geschwächt schien. Um zur Flüssigkeitsreduktion bei Nierenkranken mit und ohne Hydropsietendenz richtig Stellung nehmen zu können, wird es sich aber empfehlen, zuvor die diätetische Beeinflussung des Wasserhaushaltes und der Körperflüssigkeiten in der Ernährungstherapie der chronischen Herzkrankheiten für sich zu erörtern.

Auf die Regelung des Wasserhaushaltes und

naturgemäß im Zusammenhang damit auf die Zufuhr von Salzen) ist bei Aufstellung allgemeiner Grundsätze für die Therapie der Herzkrankheiten besonders infolge der Anregungen Körner's und Oertel's Gewicht gelegt worden. Eine wichtige Einschätzung des Nutzens der einerseits gerühmten, andererseits wieder stark verketzerten Flüssigkeitsbeschränkung bei der Behandlung Herzkranker ist deshalb schwierig, weil wir überhaupt noch immer nicht eine ausreichende Kenntnis des physiologischen, chemischen und physikalisch-chemischen Verhaltens der Körperflüssigkeiten und der Wasserbilanz dekompensierter Herzkranker besitzen, so daß wir auch kaum den objektiven Erfolg eines „Trockenregimes“ ausreichend abschätzen können. Bei Gesunden können infolge tagelang fortgesetzter energischer Flüssigkeitsbeschränkung die Flüssigkeitsausgaben des Organismus durch den Harn allein die Wassereinnahme sehr bedeutend übersteigen. Das Plasma scheint eingedickt zu werden; die Gewebe verarmen an Flüssigkeit(?). Die Wasserausgabe durch Haut und Lungen nimmt ab. Inwieweit man diese Versuchsergebnisse auf den Herzkranken übertragen kann, weiß ich nicht. Kaum fehlgehen wird man, wenn man von Tag zu Tag festgestellte starke Körpergewichtszunahmen zunächst auf Flüssigkeitsretention im Körper bezieht. Unter physiologischen Bedingungen werden hyper- und hypotonische Flüssigkeiten in den serösen Säcken und den Gewebsspalten durch osmotischen Austausch bald isomolekular. Bei hydroptischen Herzkranken ist diese Regel erfahrungsgemäß öfter durchbrochen. Die Gefrierpunktdepression der Ödemflüssigkeiten ist häufig merklich niedriger als die des Blutes; und der Chlornatriumgehalt hält sich durchaus nicht immer einfach proportional der Molekularkonzentration. Der osmotische Austausch zwischen den Körperflüssigkeiten an bestimmten Stellen ist dauernd gestört. Die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes selbst wird bei dekompensierten Herzfehlern oft abnorm groß gefunden. Die Momente, welche dafür den Ausschlag geben, lassen sich kaum vollständig überblicken. Bloß von dem durchaus nicht genauer feststellbaren Mengenverhältnis zwischen solchen Hydropsien und einem solchen Blut hängt es ab, ob die gesamte Säftemasse als wässrig verdünnt zu bezeichnen ist und die Gewebe wässrig gequollen sind. Ganz unzweifelhaft ging Oertel in theoretischer Beziehung von einer unerwiesenen Voraussetzung bei seinen therapeutischen Forderungen aus: er nahm eine Verdünnung des Blutes neben einer gleichzeitigen stärkeren Vermehrung seiner Menge bei den Herzkranken an, so daß die Füllungen der Ventrikel wesentlich vergrößert und die Ansprüche an deren muskulöse Leistungen beträchtlich gesteigert wären. Mit einwandfreier Methodik hat mein einstiger Mitarbeiter Kossler nachgewiesen, daß bei schweren Herzerkrankungen mit Stauung und Wassersucht die Zusammensetzung des Blutes als

Ganzes, wie auch diejenige des Serums und der Erythrocytensubstanz, keine Anomalien aufzuweisen braucht. Jedenfalls erreicht die etwaige Hydrämie bei dekompensierten Herzfehlern nicht entfernt den Grad der Erhöhung des Wassergehaltes im Plasma wie bei gewissen Formen der chronischen Nephritis. Danach, ob hydrämische Plethora oder ob Hypalbuminämie besteht, darf sich also im Sinne dieser Auseinandersetzungen die Indikation zu stärkerer Reduktion der Wasserzufuhr nicht ausschließlich richten. Weit mehr Berücksichtigung als die Blutveränderungen verdienen der Flüssigkeitsgehalt der Gewebe und der Körperhöhlen, sowie die molare Ausscheidung der Nieren. In erster Linie hat sich die Absicht, welche einer Reglementierung der Wasserzufuhr zugrunde liegt, gegen bereits manifeste Flüssigkeitsretention zu wenden, welche begonnen hat oder eben wächst. Wir können nun die Flüssigkeitsverausgabung durch den Urin mittels der Cardiotonica und Diuretica nach der Haut, mittels Troikarts aus den Lymphspalten sehr wirksam vermehren. Demgegenüber fragt es sich, ob eine einfache Beschränkung der Wasserzufuhr eine quantitativ in Betracht kommende allgemeine und speziell die Hydropsien vermindernde gleichzeitige Entziehung von Wasser und Molen durch den Harn zu bewirken vermag? In zweiter Linie, bei einer erst drohenden kardialen Wassersucht, geht die Fragestellung dahin, ob eine Regelung des Wasserhaushaltes in Verbindung mit richtig geleiteter Salzzufuhr die Menge und die Molekularkonzentration der Säftemasse leichter auf der normalen Höhe erhalten wird, als eine völlig freigegebene, d. h. also meist zu reichliche Wasserzufuhr? In der ganzen Betrachtung wären sonach Fälle mit und ohne Ödeme zu trennen. Nach dem Gesagten können Sie sich, m. H., aber schon von vornherein kaum darüber täuschen, daß die Beeinflussung des Wasserhaushaltes bei der Behandlung dekompensierter Herzfehler nur einen verhältnismäßig bescheidenen Platz als Glied einer Reihe das gleiche Ziel erstrebender Maßnahmen beanspruchen kann. Jetzt, wo auch bereits ein ziemlich großes klinisches Beobachtungsmaterial vorliegt, kann man wohl abschließend sagen, daß uns wirklich, aber doch verhältnismäßig selten, Fälle begegnen, bei denen durch Reduktion der Flüssigkeitsaufnahme allein oder in Verbindung mit kurzdauernder und schwacher Digitalisbehandlung ein Schwinden sämtlicher Erscheinungen der Dekompensation herbeigeführt wird. Häufiger sind dagegen schon die Fälle, wo die Wirksamkeit der Cardiotonica, nachdem dieselben bereits versagt hatten, wieder hervortritt, wenn gleichzeitig der Wasserhaushalt der Patienten reguliert wird. Auch in dieser Beschränkung aber sollte eine Regelung der Flüssigkeitszufuhr nach den zu beobachtenden Ausscheidungen grundsätzlich immerhin eine nicht zu vernachlässigende Maßnahme bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten (kardialer Hydropsien) bilden. Was einer solchen diätetischen Beein-

flussung an momentaner Leistungsgröße abgeht, hat sie vielleicht durch die Möglichkeit dauernder Anwendung voraus. Noch weit schwieriger erscheint nun aber im zweiterwähnten Falle, bei erst drohendem Hydrops, die Begründung der Indikation zur Beeinflussung des Wasserhaushaltes und die Beurteilung des etwaigen Erfolges. Am besten hält man sich hier noch an die Höhe der Stauung im großen Kreislauf, d. h. an die Ursachen des Ödems. Die Retention von Molen im Organismus bei der Kompensationsstörung ist erfahrungsgemäß um so weiter hinausgeschoben, je länger die Nieren trotz der Cyanose suffizient bleiben. Renale Stauung und Niereninsuffizienz können sich aber natürlich in vorgerückten Stadien schwerer Herzfehler kombinieren; im ganzen ist letztere seltener, in frühen Stadien der Dekompensation wird die Oligurie durch erhöhte Molekularkonzentration annähernd kompensiert. Bei jeder Purin- und Hg-Diurese, auch bei einer solchen durch Cardiotonica, wächst erfahrungsgemäß das Verhältnis zwischen der Konzentration der Elektrolyte und derjenigen der Molen überhaupt im Urin, während die gleiche Relation während der Kompensationsstörung auffallend klein werden kann. Einen passenden Maßstab kann man in der vollständigen osmotischen Analyse (kryoskopische Untersuchung und Feststellung der elektrischen Leitfähigkeit des Stauungsharns), sowie in der quantitativen Bestimmung einzelner wichtiger Harnbestandteile, wie N, NaCl, finden. Gegen den speziellen Quotienten

A. v. Korányi's $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ hatte ich früher starke Bedenken, weil bei pathologisch geringer Ausscheidung der Elektrolyte nach Steyrer's Untersuchungen in meinem Laboratorium die Verminderung der Leitfähigkeit nicht einfach parallel geht mit dem Wert für NaCl. Die Erfahrung hat aber doch gezeigt, daß $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ (früher noch als Nykturie und andere Merkmale des Stauungsharns bei relativ intakten Nieren) einen brauchbaren Gradmesser der renalen Stauung abgibt, sofern nicht bloß einmalige Feststellung der Werte, sondern Beobachtungsreihen mit Kontrolle der in bezug auf N, Wasserquantum und Salz abgemessenen Zufuhr der Beurteilung zugrunde gelegt werden (also Berücksichtigung der Art bzw. der Gleichartigkeit der festen Nahrung). Aus dem Wachsen des Quotienten darf natürlich nicht geschlossen werden, daß der Patient zuviel getrunken, sondern nur, daß er sich überhaupt der Leistungsgröße seines Herzens nicht entsprechend verhalten hat. Auch eine gleichzeitige Feststellung desselben Verhältnisses im Blutplasma kann von Bedeutung sein. Wird der Urin verhältnismäßig gegenüber dem Serum elektrolytenärmer, so ist dies wohl gleichbedeutend mit zunehmender Retention im Organismus.

Ich selbst beschränke die diätetischen Maßnahmen nur ausnahmsweise auf eine „Durstkur“,

gehe bei der Reduktion der Wasserfuhr fast immer successive (mit 1500 ccm beginnend) und nie über eine gewisse Grenze (über 1000—800 ccm) vor, betrachte die Regelung der Wasserzufuhr vorwiegend als Präventivverfahren und kombiniere sie mit den anderen Methoden der medikamentösen und mechanischen Flüssigkeitsentziehung. So habe ich auch besondere Nachteile nicht häufig beobachtet. Besonders ist die Klage über quälenden Durst fast selten; viel häufiger ist Appetitverlust. Ich bevorzuge Fälle von chronischer Insuffizienz des Herzens mit noch nicht hochgradiger Dekompensation. Stärkere Wasserbeschränkung soll den Patienten anfangs nur periodenweise auferlegt werden.

Die Flüssigkeitszufuhr beim Nephritiker, dessen noch leistungsfähiges Herz nur für eine starke kompensatorische Mehrleistung aufzukommen und dessen Nieren die Wassersekretionskraft nicht eingebüßt haben, kann nun natürlich nicht ohne weiteres derjenigen bei Herzkranken an die Seite gestellt werden. Da die Flüssigkeit bei allen Nephritikern die Entgiftung des Organismus erleichtert, wird man präventiv eher eine das Durchschnittsmaß etwas übersteigende Getränkzufuhr durchzuführen geneigt sein. Um so mehr als vielleicht die Entgiftung wiederum den Blutdruck herabmindert und damit das Herz entlastet. Mohr und Dapper fanden in der Tat, daß bei akuter Nephritis und bei Schrumpfnieren durch eine stärkere Wasserbeschränkung (unter 1250) die Ausscheidung der N-haltigen Stoffwechselprodukte und der Phosphorsäure sinken kann. Und Ekehorn beobachtete bei Patienten mit insuffizienter Nierentätigkeit, bei welchen unter dem Einfluß einer Flüssigkeitsbeschränkung das spezifische Gewicht des Harns nicht zunahm, ein Wachsen des osmotischen Druckes im Blute bis über 0,6. Und wenn dann später die beginnende Herzschwäche in gewissen Stadien verschiedener chronischer Nephritiden uns dazu zwingt, die Getränkzufuhr zu reglementieren, sollten nach v. Noorden's bemerkenswertem Vorschlag wenigstens „Trinktage“ eingeschaltet werden. Der Patient möge an einem Tag der Woche soviel Wasser genießen, wie er will. Selbst periodische Auswaschkuren (14 Tage, 2 Liter Wasser oder noch etwas mehr pro die) können interpoliert werden. Zu rasche und unter 800 bis 900 ccm gehende Reduktionen perhorresziere ich überhaupt auch unter diesen Verhältnissen.

3. Die Milch in der Ernährungstherapie der Herz- und Nierenkranken.

Seitdem 1831 Chrestien in Montpellier die Milchdiät empirisch unter dem Schlagwort „Milch oder Tod“ für die Behandlung der Hydropsien präkonisiert hat, ist sie lange die alleinherrschende Methode geblieben. Die ihr nachgerühmten Hauptvorzüge sind: diuretische Wirksamkeit, Hypochloruration, vor allem aber die minimalste alimentäre Toxizität.

Da es immer mehr eine fundamentale Indikation wurde, im Dekursus jeder akuten oder chronischen Nephritis der urämischen Autointoxikation vorzubeugen, gewann die integrale Milchdiät besonders durch das letzterwähnte Moment eine wissenschaftliche Sanktion. Schon aus dem früher Gesagten geht aber hervor, daß wir gegenwärtig darin übereinstimmen, einer zahlreichen Gruppe von Nierenkranken mit Rücksicht auf die überhaupt nicht oder wenig geschädigte Permeabilität der Nieren eine reichere Ernährung zukommen zu lassen. Weiterhin haben die bereits dargelegten Beziehungen von Kochsalzretention und Ödem dazu geführt, das Milchregime in einer anderen sehr großen Zahl von einschlägigen Fällen durch das Dechlorurationsverfahren zu ersetzen.

Auch gegenwärtig aber bevorzuge ich noch die Milchdiät für die akuten Nephritiden. Bei chronischer Nephritis gibt dann vor allem die sich entwickelnde bzw. manifeste Urämie die Hauptindikation dafür ab. Ich finde, daß der Erfolg der Methode wesentlich mit abhängig ist von der höchstens vorübergehend absoluten, gelegentlich progressiven, immer aber geregelten Durchführung. Das Milchquantum von 3 Litern, welches beim muskelruhigen Erwachsenen annähernd die Erhaltungsdiät repräsentiert, verordne ich selbst nur ausnahmsweise und nur periodisch. Im übrigen kann ich wohl die Technizismen einer Milchkur hier übergehen.

Was weiter die Herzkrankheiten betrifft, so spielt hier die Milchnahrung zunächst eine Rolle bei einer gewissen Art von Entfettungskuren. Bei korpulenten Individuen mit eben nachweisbar werdenden Veränderungen des Herzens, aber noch gutem Puls, nicht minder auch bei fettsüchtigen Leuten mit deutlicher Herzschwäche und Stauungssymptomen hat Lenhartz die Anwendung der Karell'schen Diät empfohlen. Dabei erhält der Patient 4 mal am Tage, um 8, 12, 4 und 8 Uhr, je 200—300 mal gekochter und roher Milch von beliebiger, seinem Geschmack entsprechender Temperatur. Daneben wird während der ersten 5—7 Tage keinerlei Flüssigkeit oder feste Nahrung erlaubt. Alsdann werden konzentrierte fettarme Nahrungsmittel (etwas Fleisch, grünes Gemüse, 125 g Schwarzbrot, wenig gesüßtes, gekochtes Obst) zugelegt. Daneben sorgt man durch Abführmittel für regelmäßigen Stuhl. Bei wassersüchtigen Fettleibigen habe ich öfter während einer solchen einfachen Kur allerdings geradezu erstaunliche Diuresen mit Körpergewichtsabnahmen selbst von über 5 und 6 kg in einer Woche beobachten können.

Ich selbst verwende eine der Karell'schen sehr ähnliche, außerdem noch kochsalzarme Diät, oder auch ein fast exklusives Milchregime, in den allerersten Krankheitsstadien bzw. in leichten Fällen nur lacto-vegetabilische Kost periodisch für eine bestimmte Kategorie von Herzkranken, welche gar nicht an Adipositas leiden. Ich empfehle Ihnen, m. H., bei dieser Indikationsstellung von gewissen kardinalen Funktionsstörungen der Herz-

kranken, der kontinuierlichen Dyspnoe, dem Herzasthma und der Angina pectoris vera, auszugehen. Die Fälle von Herzdyspnoe kann man in 2 große Gruppen teilen, in solche mit normalem oder niedrigem und in solche mit pathologisch erhöhtem arteriellen Druck. Die erst erwähnte Reihe umfaßt die Fälle, wo die Atemnot (Hyperpnoe) im wesentlichen auf die Überladung des kleinen Kreislaufs zurückzuführen ist (Klappenfehler des linken Herzens, Myopathien und Insuffizienzen der linken Kammer). Die zweite Gruppe gehört dem Frühstadium und späteren Phasen des Decursus der Arteriosklerose zu. Manches spricht, ohne daß ich die betreffende Noxe direkt zu bezeichnen vermöchte (vielleicht kommt immer ein gewisser Grad von renaler Impermeabilität hinzu), daß diese Dyspnoe mit arterieller Hypertension von Anfang an eine toxische ist, und daß alimentäre Schädlichkeiten (besonders übermäßige Fleischezufuhr) dieses toxische Moment steigern. Diese Art von kardialer Dyspnoe besonders ist es, welche ich nach dem soeben dargelegten Diät-schema zu behandeln dringend empfehlen möchte. Sie werden damit bei Angina pectoris, selbst bei Adams-Stoke'scher Krankheit öfter ganz bemerkenswerte Erfolge erzielen. Ist die arterielle Hypertension stark ausgeprägt, verbinden Sie zweckmäßig mit diesem Regime noch diuretisch wirkende allgemeine und besonders abdominale Massage, sedative temperierte Duschen, Lichtbäder, elektrische Behandlung (Vierzellenbad, Hochfrequenzstrom). Die hypotensive Medikotherapie wobei hauptsächlich gewisse Diuretica eine Rolle spielen, gehört nicht hierher. Bei schwerer Stenokardie und bei ausgeprägter Schwäche des Individuums kommt auch noch längere Bettruhe dazu.

Ich schließe, m. H., indem ich Sie um Entschuldigung bitte, daß ich nicht systematisch alle in Betracht kommende therapeutische Gesichtspunkte erörtert habe. Ich mußte mich begnügen, einiges Aktuelle herauszugreifen, und freue mich, daß es durchaus eine auf funktionelle Pathologie und funktionelle Diagnostik gestützte funktionelle Therapie war, die ich vortragen konnte. Das eben ist der markanteste Unterschied des ärztlichen Denkens von gestern und heute. Wir haben uns lange begnügt, die Spuren zu betrachten, welche der Angriff der Krankheit auf den Organismus in diesem hinterläßt. Wir wollen ihm nunmehr ablauschen, wie er sich selbst gegen die Krankheit verteidigt und dieser Funktion der Selbsterhaltung zu Hilfe kommen.

3. Ursachen und Behandlung der rachitischen Deformitäten.¹⁾

Von

San.-Rat Dr. A. Schanz in Dresden.

Zu den Alltäglichkeiten in der orthopädischen Praxis und auch zu den Alltäglichkeiten in der allgemeinärztlichen Praxis gehören die rachitischen Deformitäten. Und wie es uns mit den Alltäglichkeiten überhaupt ergeht, so geht es uns auch mit diesen Deformitäten. Wir nehmen sie hin, als etwas Selbstverständliches, und wir pflegen uns nur ungern mit ihnen zu beschäftigen, da wir von vornherein überzeugt sind, daß sie Interessantes nicht bieten können. Sehen wir uns aber dann solche Alltäglichkeiten einmal näher an, so finden wir, daß unsere Kenntnis derselben durchaus nicht eine so umfassende ist, als wir annehmen, und wir machen die überraschende Entdeckung, daß man bei näherer Beschäftigung mit ihnen zu Fragen kommt, die recht interessant, und von denen manche gar nicht so leicht zu beantworten sind.

Nachdem ich selbst diese Erfahrung mit den rachitischen Deformitäten gemacht habe, lade ich Sie, meine Herren, ein, mit mir auf dieses Gebiet ein paar Streifzüge zu unternehmen. Ich stelle mir nicht die Aufgabe, Ihnen eine schulgemäße Darstellung der rachitischen Deformitäten zu geben, sondern ich will Ihnen nur eine Reihe von solchen Fragen, die mir des Interesses wert erscheinen, vorführen.

Nehmen wir zunächst einiges aus der Ätiologie dieser Deformitäten. Wir sprechen täglich von rachitischen Deformitäten. Wir diagnostizieren die Rachitis vielfach aus dem Bestehen der Deformitäten, und doch ist die Rachitis selbst gar kein deformitätenbildender Prozeß. Die Rachitis ist eine Erkrankung, welche zu einer Entkalkung des Knochensystems führt. Eine Entkalkung des Knochens aber kann bis zu den höchsten Graden fortschreiten, ohne daß deshalb der Knochen deformiert werden müßte. Für die Entstehung von Deformitäten hat die Rachitis nur die Bedeutung, daß sie die physikalischen Eigenschaften der Knochen verändert, und diese veränderten physikalischen Eigenschaften bedingen eine geringere Widerstandsfähigkeit des Knochens gegenüber deformierenden Einflüssen. Die Rachitis hat also bei der Entstehung der rachitischen Deformitäten nur eine indirekte Bedeutung.

Daher kommt es, daß wir wirklich spezifische Formen für rachitische Deformitäten nicht haben. Jeder pathologische Prozeß, der ebenso wie die

Rachitis zu einer Entkalkung des Knochens führt, und der die physikalischen Eigenschaften des Knochens ebenso verändert wie die Rachitis, führt, wenn die gleichen deformierenden Momente zur Wirkung kommen, genau zu denselben Formveränderungen, wie die Rachitis. Wir können deshalb an einem uns vorgelegten Deformitätenpräparat aus der Form der Deformität nicht die Diagnose der rachitischen stellen. Es ist wichtig, für die Praxis sich das klar zu machen. Ganz allgemein sind wir viel zu schnell bereit, aus einer Deformität auf eine vorausgegangene Rachitis zu schließen. Und dieser Schluß hindert uns sehr häufig, die Knochenerkrankung, welche die Deformität wirklich erzeugt hat und die keine Rachitis ist, zu diagnostizieren.

Nun etwas über die Formen der rachitischen Deformitäten. Überblickt man eine große Anzahl von rachitischen Deformitäten, so gewinnt man zunächst den Eindruck eines bunten Durcheinander. Man sieht in anscheinend regellosem Wechsel die verschiedenen Teile des Skeletts befallen, man sieht an demselben Skelettabschnitt ganz verschiedenartige Verbiegungen, und man sieht auch die Verbiegungsgrade in denkbar weitesten Grenzen wechseln. Eine Ordnung in dieses ganze Chaos kann man nur bringen, wenn man auf die Ätiologie der Deformitäten zurückgeht, und wenn man heraus sucht, welches in den einzelnen Fällen das Moment war, das den rachitisch erweichten Knochen zur Deformierung gebracht hat. Obgleich wir uns damit auf ein Gebiet von mehr theoretischem Interesse begeben, müssen wir uns doch dabei etwas aufhalten, weil eben sonst ein Verständnis für die Vielseitigkeit der Formen der rachitischen Deformitäten nicht gewonnen werden kann, und weil wiederum dies Verständnis notwendig ist, wenn man an die Korrektur der Deformitäten gehen will.

Bei weitem die meisten Fälle von rachitischen Deformitäten werden erzeugt durch die Belastung des Skeletts mit dem Gewicht des eigenen Körpers beim Gehen und beim Stehen. Es sind also statische Belastungsdeformitäten.

Diese Deformitäten sind Verbiegungen der Körpersäule, welche sich aus der Wirbelsäule und aus der Beinsäule zusammensetzt, und diese Verbiegungen haben die Eigentümlichkeit, daß sie mit einer Folge von Krümmung und Gegenkrümmung auftreten. Das heißt, wir sehen neben einer Verbiegung immer eine oder zwei solcher, die gerade entgegengesetzt gerichtet sind, und die an Biegung genau soviel enthalten, als die erste. Dieses Gesetz wird oftmals verdeckt dadurch, daß an die Stelle von Knochenverbiegungen differente Gelenkstellungen treten können. Diese Gelenkstellungen sind aber nichts anderes, als Äquivalente für Biegungen.

¹⁾ Nach einem in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden gehaltenen Vortrag.

Wir sehen dieses Gesetz von Krümmung und Gegenkrümmung immer sehr deutlich bei den seitlichen Verbiegungen der Wirbelsäule — bei den Skoliosen —, wo wir neben einer Hauptkrümmung darüber und darunter gelegen immer zwei Gegenkrümmungen finden. Im Beinschaft sind dagegen die Gegenkrümmungen recht häufig durch differente Gelenkstellungen ersetzt. So sehen wir z. B. bei einem Genu valgum eine Steilstellung des Schenkelhalses und eine damit verbundene Adduktion des Hüftgelenkes. Wir sehen dabei im Fußgelenk ebenso eine Adduktionsstellung. Recht häufig finden wir aber auch neben einer Verbiegung im Sinne des Genu valgum eine Gegenkrümmung im Sinne des Genu varum im oberen Teil des Oberschenkels und im unteren Teil des Unterschenkels. Diese eigentümliche Erscheinung des Auftretens von Krümmungen und Gegenkrümmungen an der Körpersäule hat ihre Erklärung darin, daß diese Säule bei ihren statischen Verbiegungen den Gesetzen folgen muß, welche die Verbiegung einer senkrecht stehenden und mit ihren Endquerschnitten an Horizontalebene festgelegten Tragsäule bei Überlastung regeln. Unsere Körpersäule ist eine derartige Tragsäule, die an die Fußbodenebene und an die Blickebene gebunden ist, und die bei statischer Belastung sich immer nur so verbiegen kann, daß sie an diese beiden Horizontalebene gebunden bleibt.

Sind diese statischen Belastungsdeformitäten unter den rachitischen Deformitäten die Überzahl, so gibt es doch daneben reichlich und regelmäßig auch solche anderer Ätiologie. Nicht selten finden wir so Fälle, bei denen Verbiegungen durch Muskelzug entstanden sind. Sie charakterisieren sich dadurch, daß eine bogenförmige Verbiegung des Knochens auftritt, welche durch die Muskulatur auf der Seite der Konvexität wie der Bogen von der Sehne überspannt ist.

Werden die Erweichungen des Skeletts so hochgradig, daß der Patient überhaupt nicht gehen und stehen kann, so bildet der Druck der Bettdecke, der Druck der Kleider oder der Druck der aufeinandergelegten Beine das deformierende Moment. In diesen Fällen erhalten wir außerordentlich wechselreiche Formen, die sich nur dadurch klären lassen, daß wir den Patienten in die gewohnte Stellung bringen.

Als ein weiteres ebenfalls nicht unwichtiges Moment ist der Luftdruck zu erwähnen, welcher die rachitischen Verbiegungen des Brustkorbes erzeugt, indem er die Brustwand eindellt, wie die Wand eines nicht genügend gefüllten Gummiballes.

Um endlich noch ein interessantes Faktum zu erwähnen, will ich anführen, warum in dem einen Fall sich ein rachitisches X-Bein, im anderen ein rachitisches O-Bein bildet. Die Erklärung für diese Differenz liegt darin, daß die Deformitätenbildung sich anschließen kann an das physiologische O-Bein, welches das

Kind bis etwa zu Ende des ersten Lebensjahres besitzt, oder an das physiologische X-Bein, welches dann entsteht. Die Fälle, wo man X- und O-Bein am selben Patienten zu beobachten bekommt, erklären sich dadurch, daß die Deformitätenbildung durch den Armdruck der Kinderwärterin eingeleitet worden ist, ehe das Kind zum Laufen kam.

Erwähnen möchte ich noch, daß bei schwerster Rachitis auch scharfe Knickungen von Röhrenknochen vorkommen, sogar mit Pseudarthrosenbildung an der Knickstelle, ohne daß in der Anamnese ein stärkeres Trauma verzeichnet wird.

Nun, m. H., nach der Theorie etwas Praktisches, und zwar zunächst etwas über die Prognose der rachitischen Deformitäten. Die Mutter des krummbeinigen Proletariers macht sich für die Zukunft ihres Kindes wegen der Verkrümmung seiner Beine keinerlei Bedenken. Sie weiß, daß sie selbst als Kind krumme Beine gehabt hat, ebenso wie ihre Geschwister, und sie hat am eigenen Leib erfahren, daß die Deformitäten ohne irgendwelche Behandlung verschwunden sind, oder wenigstens nur geringe Reste zurückgelassen haben, und daß eine Störung der Arbeitsfähigkeit dadurch nicht bedingt wird. Wenn diese Frau eine so günstige Prognose für die rachitischen Deformitäten stellt, so hat sie damit für die überwiegende Mehrzahl der Fälle tatsächlich auch Recht. Die meisten rachitischen Deformitäten heilen ohne jede Behandlung aus.

Diesen günstigen Verlauf nehmen aber nicht alle. Zunächst machen Ausnahmen davon die rachitischen Verbiegungen der Wirbelsäule, welche nur eine sehr geringe Tendenz zu selbständiger Ausheilung erkennen lassen. Ja, rachitische Skoliosen machen sogar recht häufig weitere Fortschritte, auch nachdem die Rachitis im übrigen ausgeheilt erscheint, und sie gehen dann in die schweren Formen der sogenannten konstitutionellen Skoliosen über.

Aber auch die rachitischen Beindeformentäten haben nicht in allen Fällen die gewöhnliche günstige Prognose. Unsere Krüppelstatistik ergibt, daß von 75000 Krüppelkindern 6665 ihr Krüppeltum auf die Rachitis zurückzuführen haben, die rachitischen Skoliosen nicht mitgezählt. Derartige Zahlen müssen doch als ein Ausrufezeichen gelten und müssen uns veranlassen in der täglichen Praxis den rachitischen Deformitäten eine größere Beachtung zu schenken, als es im allgemeinen geschieht. Ich glaube, daß man für unser ärztliches Handeln daraus die Forderung ziehen muß, daß in jedem Fall, wo rachitische Deformitäten entstehen, eine energische antirachitische Allgemeinbehandlung stattzufinden hat, und daß alle diejenigen Deformitäten, welche nach ihrer Lage und nach ihrer Schwere geeignet erscheinen, den Träger dauernd zu schädigen, der Korrektur unterzogen werden müssen.

Die Behandlung der rachitischen Deformitäten hat sich zusammensetzen aus einer Allgemeinbehandlung und aus einer Lokalbehandlung, und davon ist die gewöhnlich vernachlässigte Allgemeinbehandlung der erste und der wichtigere Teil. Das ergibt sich aus folgendem: Solange die Rachitis florid ist, hat es natürlich nur dann Zweck in eine Lokalbehandlung der Deformitäten einzutreten, wenn wir vorher die Rachitis zur Ausheilung gebracht haben, oder wenigstens zugleich mit der Deformitätenkorrektur zur Ausheilung bringen können. Denn im anderen Fall müssen wir ja unsere Korrektionsresultate immer wieder an den weiter spielenden deformierenden Prozeß verlieren. Nun haben pathologisch-anatomische Untersuchungen bewiesen, daß die Kennzeichen der Rachitis noch lange jenseits der ersten Lebensjahre an den Knochen der erkrankten Kinder aufzufinden sind. Ja an skoliotischen Wirbelsäulen sieht man solche Zeichen noch bis jenseits der Pubertät.

Die Erfolgsmöglichkeiten für die Allgemeinbehandlung ergeben sich aus dem, was wir über die Prognose gesagt haben. Die Spontankorrektur führt der Körper aus, nachdem die Rachitis zur Heilung gekommen ist. Bringen wir diese Heilung durch eine Allgemeinbehandlung zustande, so machen wir die Spontanheilungskräfte frei, und wir gewinnen deren Hilfe zur Deformitätenkorrektur. Bei der bedeutenden Neigung der Beinverkrümmungen zur Spontankorrektur können wir uns diesen gegenüber fast immer zunächst auf die Allgemeinbehandlung beschränken. Nur wo der Körper dabei nicht genügende Korrektionskräfte zur Produktion bringt, oder wo ganz besonders ungünstige Formen der Verbiegungen uns dazu zwingen, müssen wir in eine Lokalbehandlung eintreten.

Bei den rachitischen Deformitäten der Wirbelsäule ist dies anders. Ihre geringe Neigung zur Spontankorrektur, ihre Neigung zu fortschreitender Verschlimmerung, die günstigen Aussichten einer Lokalbehandlung im Beginn der Deformitäten, die sehr verminderten Aussichten bei den vollentwickelten, müssen uns veranlassen, den rachitischen Wirbelsäulenverbiegungen, sofort bei ihren ersten Erscheinungen nicht nur mit einer Allgemeinbehandlung, sondern auch mit einer sehr sorgfältigen Lokalbehandlung entgegenzutreten.

Wie sollen wir nun die Allgemeinbehandlung führen? Die Antwort auf diese Frage wird im allgemeinen kurz und bündig so gegeben: Gute hygienische Verhältnisse, gute Milch, Lebertran mit oder ohne Phosphor. Die guten hygienischen Verhältnisse — Licht, Luft, Wasser und Seife — sind davon unzweifelhaft richtig. Anders ist es mit Milch und Lebertran. Die Kinder, welche wegen rachitischer Deformitäten zu mir gebracht

werden, sind ausnahmslos, solange sie leben, oder wenigstens solange sie Deformitäten haben, mit Milch und Lebertran vollgestopft worden. Geholfen hat es ihnen nichts. Die Deformitäten haben sich nicht korrigiert, ja sie sind schlimmer geworden, und das allgemeine Aussehen der Kinder bezeugt keinesfalls eine zweckmäßige und bekömmliche Ernährung. Diese Kinder präsentieren uns ein ganz charakteristisches Bild. Sie sind in ihrem Wachstum zurückgeblieben, sie sind blaß, haben Ringe um die Augen und sind ziemlich dick; wenn man sie angreift, fühlt man eine schlaaffe, welke Haut, ein weiches, unelastisches Fleisch. Dazu haben die Kinder noch einen sogenannten schwachen Magen, das heißt, sie leiden an Verstopfung, sie zeigen wenig Eßlust und haben sehr leicht Verdauungsstörungen.

Solchen Kindern ist mit der Verordnung von Milch und Lebertran nicht gedient. Diese Kinder sind milch- und lebertrankrank! Um sie zu kurieren, muß man ihnen Milch und Lebertran entziehen!

Das ist bei unseren heutigen Ansichten über Kinderernährung ein überraschender Schluß. Aber wie so manches verliert auch er sein Paradoxes, wenn man ihn prüft. Wenn bei den Kindern, die ich geschildert habe, das Heil in der Milch und in dem Lebertran läge, da müßten sie alle längst gesund und gerade sein, denn immer und immer haben die Kinder ja Milch und Lebertran schmecken müssen! Dann überlege man sich doch einmal, daß die Milch in der Säuglingszeit gewiß die einzig natürliche Nahrung, danach aber eine ebenso unnatürliche ist. Kein Säuger außer dem Menschen gibt seinen Jungen nach der Saugzeit noch Milch. Rachitische Deformitäten gibt es in der Pathologie der freilebenden Tierwelt aber nicht. — Trotzdem oder deshalb? — Wenn man junge Tiere (Ferkel und Kälber) zu lange saugen läßt oder sonst mit Milch fortfüttert, so bekommen sie krumme Beine. Jeder Tierzüchter weiß das. Sollte da wirklich das krummbeinige Menschenkind in der Milch ein Heilmittel finden? Ich will diese Reflexionen nicht weiter ausspinnen. Man mache den Versuch, und man wird an dem Erfolg erkennen, daß es besser ist, jenen Kindern die Milch und ihren Appendix, den Lebertran, zu nehmen, als zu geben.

Den Kindern, welche ich wegen rachitischer Deformitäten in Behandlung bekomme, entziehe ich also Milch und Lebertran, und verordne eine wechselreiche, möglichst rein vegetabile Kost mit besonderer Bevorzugung von frischen Gemüsen und Obst, und ich empfehle dazu reichlich Zucker zu geben. Die Erfolge sind ausgezeichnet. Die Kinder bekommen frische Farben, sie bekommen straffe Haut und festes Fleisch, ihre Verdauung regelt sich, sie werden munter und fröhlich, wie Kinder sein sollen, und diese Änderung der Konstitution führt eine Anregung der Spontanheilungskräfte den Deformitäten gegenüber mit sich.

Diesen Ausführungen will ich ein paar Worte anfügen, zur Betonung dessen, was ich nicht damit gesagt habe. Ich habe natürlich nicht empfohlen, Kindern, welche in der Säuglingszeit an Rachitis erkranken, die Milch zu entziehen, ebensowenig habe ich gesagt, daß man hungernen rachitischen Kindern nicht auch nach der Säuglingszeit in Milch und Lebertran gute Nahrungsmittel bieten kann. Diese hungernden Rachitiker scheinen aber, wenigstens nach meiner Klientel, sehr selten zu sein.

Über die lokale Behandlung der rachitischen Deformitäten will ich mich recht kurz fassen. Es sind uns da die Grundsätze maßgebend, die wir bei der Behandlung von Knochenverbiegungen auch sonst anwenden. Die Erfolge unserer Therapie sind den rachitischen Deformitäten gegenüber dieselben, wie bei anderen analogen Deformitäten.

Die rachitischen Wirbelsäulenverbiegungen geben in frischen Fällen eine sehr günstige Vorhersage. Rachitische Kyphosen, rachitische Skoliosen, welche eben im Entstehen begriffen sind und welche noch nicht übermäßig schwere Grade erreicht haben, korrigieren sich mit Hilfe von Gipsbett, Korsett, Massage usw. in sehr kurzer Zeit. Freilich müssen die Eltern sich zur Anwendung der genannten mechanischen Hilfsmittel auch wirklich entschließen. Leider wird ihnen dieser Entschluß recht häufig durch Ärzte schwer gemacht. Die Sorge vor Schädigungen durch Gipsbett und Korsett ist ebenso verbreitet, wie ungerechtfertigt. Mit Turnen und mit leichten Geradehalten und vor allen mit der beliebt gewesenen Kriechkur erreicht man bei den rachitischen Skoliosen nichts, als die Versäumung des günstigen Augenblickes. Ist die rachitische Skoliose einmal großgezogen, dann wird die Vorhersage für dieselbe sehr viel ungünstiger. Nur große, langdauernde und kostspielige Kuren sind imstande, Korrekturen zu erreichen.

Die rachitischen Beinverkrümmungen sind wohl so gut wie in jedem Fall voll korrigierbar. Ob man aber volle Korrektur machen soll oder nicht, das ist im einzelnen Fall besonders zu entscheiden. Es sind von einzelnen Operateuren Fälle berichtet, wo ein Dutzend und mehr Osteotomien gemacht worden sind, um ein Paar rachitisch verkrümmte Beine gerade zu richten. Das hat keinen Zweck. Wenn wir die Deformitäten so weit zurückbringen, daß Funktionsschädigungen durch dieselben nicht mehr bedingt werden, so kann das im allgemeinen genügen, und so weit kommt man mit viel weniger rigorosem Vorgehen.

Von den in Frage kommenden Mitteln will ich zuerst das *Redressement* nennen. So sehr diese Methode im Anschluß an die Arbeiten von Wolff empfohlen worden ist, so wenig wird sie geübt. Sie ist viel zu unsicher und umständlich, um einen Platz in der Praxis behaupten zu können.

Ebensowenig möchte ich die Korrekturen rachitischer Beinverkrümmungen mit Hilfe von Schienen empfehlen. Man kann gewiß mit ihnen so ziemlich jede rachitische Deformität, wenigstens im Kindesalter, korrigieren. Aber die Korrekturen sind technisch sehr schwierig, sie erfordern lange Zeit, und sie sind wegen der Kostspieligkeit der Schienen und wegen des fast unvermeidlichen klinischen Aufenthaltes sehr teuer. Am einfachsten stellt man die Korrekturen her mit Hilfe von Osteoklasien oder Osteotomien. Wenn man mit diesen operativen Eingriffen arbeitet, so wird man immer rasch und sicher von den Zielen kommen unter der Berücksichtigung einiger weniger Regeln. Diejenigen, welche ich mir zur Richtschnur gemacht habe, sind folgende: I. Es wird bei komplizierten Beinverbiegungen mit der Korrektur immer an der Hüfte angefangen. Es ist zuerst dafür zu sorgen, daß der Schenkelhals in eine normale Stellung zum Hüftgelenk kommt. Die Richtigkeitstellung des Schenkelhalses erfordert sehr häufig eine Knochentrennung hoch oben im Oberschenkel. Es werden uns bei der richtigen Einstellung des Schenkelhalses oftmals Deformitäten an dieser Stelle gezeigt, die wir vorher vollständig übersehen hatten. II. Es werden an demselben Bein in verschiedener Höhe niemals zu gleicher Zeit Korrekturen nach verschiedener Richtung ausgeführt. Wenn wir also im Oberschenkel eine Verbiegung im Sinne eines *Genu varum*, im Unterschenkel eine Verbiegung im Sinne eines *Genu valgum* zu korrigieren haben, so wird immer erst die Oberschenkeldeformität korrigiert, und erst nachdem die dort gesetzte Fraktur konsolidiert ist, wird die Unterschenkeldeformität angegriffen. Andernfalls erhält man stets bei der Korrektur an der einen Stelle eine unerwünschte Dislokation oder mindestens ein bedeutendes Korrektionshindernis an der anderen Stelle. III. Die Knochentrennungen werden möglichst ohne blutige Operationen ausgeführt, d. h. es wird die Osteoklase oder das Eindringen der Corticalis über dem Keil (eine von mir gern verwendete Methode) der Osteotomie vorgezogen, wo mit ihrer Hilfe die Korrektur ebenso sicher, wie mit der Osteotomie erreicht werden kann. IV. Die Osteotomie wird subperiostal ausgeführt. Bei der subperiostalen Osteotomie erhält man eine Überdeckung der Osteotomiestelle mit dem Periostschlauch und dadurch eine schnelle und sichere Ausfüllung der Knochenwunde mit Callus. V. Die Osteotomie wird als lineäre Osteotomie gemacht, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse eine andere Form der Operation bedingen. VI. Bei der lineären Osteotomie wird im Scheitelpunkt der Krümmung angegriffen und die Osteotomie so gelegt, daß sie von der Konkavität nach der Konvexität zielt. Bei dieser Richtung der Schnittlinie braucht man nicht eine volle Durchtrennung des Knochens zu machen, sondern es genügt, wenn man mit

dem Meißel bis an die Corticalis der Konvexität herangeht und dann die letzten Lamellen einbricht. Man erhält so eine verzahnte Fraktur, welche eine viel größere Sicherheit gegen unbeabsichtigte Verschiebungen ergibt, als die glatte volle Osteotomie. VII. Bei langen bogenförmigen Verbiegungen wird die Knochendurchtrennung an mehreren Stellen ausgeführt, weil man dadurch näher an die normale gerade Linie herankommt,

als wenn man nur eine einzelne Durchtrennung macht.

Indem ich diese Regeln gelegentlicher Beachtung empfehle, schließe ich meine Ausführungen in der Hoffnung, gezeigt zu haben, daß die rachitischen Deformitäten uns manches recht Interessante sagen können, wenn wir uns näher damit beschäftigen.

II. Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Aus der inneren Medizin. Eine beachtenswerte Studie über chronische Influenza veröffentlicht Felix Franke-Braunschweig (Beiheft zur med. Klinik Heft 10). Die Influenza beansprucht nach ihm eine ganz ausgeprägte Sonderstellung unter den Infektionskrankheiten, besonders mit Bezug auf ihre Dauer, ihre Komplikationen und ihre Nachkrankheiten. So sieht man Fälle, die weiter nichts darbieten als Fieber, das einen ganz verschiedenen Verlauf nehmen kann, teils von typhösem Charakter, teils von malariaähnlichem, mit Schüttelfrösten einhergehend, während es in anderen Fällen den remittierenden oder auch den Typus inversus zeigt. Zieht sich die Influenza länger als 4—6 Wochen hin, so ist sie als chronische Influenza zu bezeichnen, sei es, daß das Fieber, sei es, daß sonstige Krankheitserscheinungen noch bestehen bleiben. Schwieriger als die eventuell auch nur per exclusionem zu stellende Diagnose der fieberhaften Influenzaform, ist die Erkennung der fieberlosen Form. Denn wenn bei ersterer der Pfeiffer'sche Influenzabazillus, dessen Spezifität nach Franke noch nicht über jeden Zweifel erhaben ist, immerhin in einer relativen Prozentzahl der Fälle nachzuweisen ist, so wird er bei der reinen Darm- oder Nerveninfluenza ganz vermißt. Die Diagnose der chronischen Influenza muß also ohne ihn, durch die rein klinischen Zeichen gestellt werden. Der sichere Nachweis einer vorhergegangenen akuten Influenza, das Auftreten typischer Influenza in der Umgebung, erleichtert die Diagnose. Von den subjektiven Symptomen ist die nicht selten nach einem anscheinend leichtesten akuten Anfall zurückbleibende Prostration, wie man sie in ähnlicher Weise und von ähnlicher Dauer in der Regel nach keiner anderen Krankheit beobachtet, von großer Bedeutung. Eine weitere charakteristische Erscheinung bildet die oft außergewöhnliche hartnäckige Empfindlichkeit gegen Abkühlung (Zug) und die Neigung zum Frieren. Auch das Gegenteil, häufiges unmotiviertes Schwitzen wird beobachtet. Viele Kranke klagen über die Neigung zu Katarrhen und über die Hartnäckigkeit derselben, große Empfindlichkeit der Schleimhäute, z. B. des Kehlkopfes, anginöse Beschwerden, nicht

selten mit ausgeprägtem Schnürröthel im Halse vergesellschaftet. Bei anderen überwiegen die Klagen in bezug auf das Nervensystem, Nervenschwäche, Gedächtnisschwäche, Verdrießlichkeit, Kopfschmerzen und Schwindel ohne nachweisbare Organveränderung (Influenzaschwindel). Die Nervenstörungen können zu Angstzuständen führen; in dieses Gebiet gehört auch eine nicht selten vorhandene allgemeine Überempfindlichkeit der Haut, der Knochen und Gelenke, besonders am Fuß (Hacken- und Fußsohlenschmerzen); auch über Parästhesien, besonders in den Extremitäten wird geklagt. Neben diesen subjektiven Symptomen zeichnet sich die chronische Influenza durch folgende objektive Zeichen aus. Zunächst die eigentümliche graue, blasse Gesichtsfarbe bei normalem Hämoglobingehalt; leichte Störungen der Gehirnnerven, des Geruchs, Gehörs (Schwerhörigkeit), des Gesichts, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Die oben erwähnte Hautüberempfindlichkeit beruht in der Regel auf solcher Polyneuritis. Die Sehnenreflexe sind in der Regel lebhaft, am Herzen machen sich bis zur Pseudoangina pectoris gehende neurotische Störungen bemerkbar; wirkliche myokarditische Erscheinungen sind selten. In nicht wenigen Fällen ist die Milz vergrößert; selbst recht erhebliche Vergrößerungen kommen vor und pflegen auf Chinin prompt zurückzugehen, aber bei jeder Influenzaattacke von neuem aufzutreten. Albuminurie ist nicht ganz selten. Franke hat ihren Übergang in chronische Nephritis beobachten können. Auf zwei neue Zeichen der chronischen Influenza macht Franke aufmerksam, die er mit großer Regelmäßigkeit bei seinen Kranken beobachtet hat. Eine streifenförmige Rötung der vorderen Gaumenbögen, die oft die Ursache des schon erwähnten Schnürröthels im Halse ist. Sie gehört zu den am längsten nach Influenza zurückbleibenden Störungen; treten neue Attacken auf, so tritt die manchmal schon verblaßte Rötung wieder in verstärktem Maße hervor. Wichtiger ist nach Franke noch das von ihm als Influenzazunge bezeichnete, zweite Symptom. Es tritt gewöhnlich erst am 5. Krankheitstage auf, und ist für die chronische Influenza pathognomonisch. Franke hat es nie nach einer

anderen Krankheit beobachtet. Es besteht in einer Schwellung und Rötung der Vorderzungpapillen allein. Nur ganz ausnahmsweise ist der mittlere und hintere Teil der Zunge ergriffen. Die Schwellung äußert sich im Anfange nach der akuten Attacke häufig nur in Form von roten Pünktchen an der Zungenspitze, die besonders bei leicht belegter Zunge deutlich hervortreten. Später können die Wärzchen bis zur Länge von $1\frac{1}{2}$ —2 mm anschwellen und so dicht gedrängt auftreten, daß das Bild einer Himbeerzunge erzeugt wird. In manchen Fällen stehen die geschwollenen Wärzchen so dicht, daß man sie zunächst als solche nicht erkennt; erst wenn man die Zunge breit auseinanderzieht, oder mit dem Finger von hinten her über sie streicht, tritt die Papillenschwellung zutage. Das eigenartige Bild wurde von Jacobi als *Lingua scrotalis* bezeichnet. Letzterer sah in ihr eine angeborene, meist familiäre Affektion, was nach Franke zum Teil richtig ist, insofern, als es sich dann um Influenzafamilien handelt, Familien, in denen die Influenza endemisch herrscht, in denen die Kinder schon in den ersten Lebensjahren an Influenza erkranken. — Das Gesamtbild der geschilderten, eigenartigen Asthenie macht den Symptomenkomplex der chronischen Influenza aus. Betrachtet man von diesem Gesichtspunkte aus die Neurasthenie, so wird man nach Franke nicht selten in Fällen, in denen, wie z. B. bei bestimmten Klassen der Bevölkerung, bei der die bekannten Ursachen der Neurasthenie fortfallen, zur Diagnose der chronischen Influenza gelangen. Fälle der sog. Schulanämie, des chronischen Rheumatismus, von Kardiopathien usw. werden sich in der gleichen Weise erklären lassen.

Was die Behandlung anbelangt, so ist die Allgemeinbehandlung von großer Bedeutung. Dazu gehört zunächst sorgfältige Behütung vor Zug und Abkühlung, eventuell direkter Zimmerarrest oder Bettruhe. Um Abkühlung beim Lüften, Baden usw. zu vermeiden, scheut Franke nicht vor außergewöhnlichen Maßregeln zurück. Er hat Zimmerkuren 3—5 Monate durchgeführt und damit noch Erfolge erzielt in Fällen, in denen die üblichen Freiluftkuren in Bädern, im Gebirge usw. erfolglos gewesen waren. Die Abhärtungsversuche sind aus dem gleichen Grunde mit allergrößter Vorsicht vorzunehmen. Alkohol, Kaffee und Tabak sind meist zu verbieten; Alkohol ist nur hier und da gegen das Kältegefühl in kleinen Dosen zu nehmen, gegen das auch Nitroglycerin 1—2 mg zweistündlich sich als wirksam erwies. Von Medikamenten kommt vor allem das Brom zur Anwendung, sowie Chinin-, Eisen- und Arsenpräparate gegen die allgemeine Schwäche; gegen die Milzschwellung Chinin dreimal täglich 0,5 g 4—6 Tage. Die Neuralgien sind in der üblichen Weise zu behandeln. Von klimatischen Orten kommt vor allem das Hochgebirge in Frage; in den Fällen, in denen keine Abhärtung erreichbar ist, sind eventuell südliche Klimata aufzusuchen.

F. Trembur berichtet über die Serumbehand-

lung bei Hämophilie (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. 20 Heft 5). Was zunächst die übrigen Behandlungsmethoden bei Hämophilie betrifft, so herrscht bezüglich der Hebung des allgemeinen Körperzustandes vollkommene Übereinstimmung, während bezüglich der Methoden, wie man am besten den lebensgefährlichen Blutungen beikommen kann, die Meinungen der Kliniker erheblich voneinander abweichen. Man verwendet Dauerkompressen, Tamponade der lokal blutenden Stelle zurzeit unter gleichzeitiger Verwendung von Stypticis, unter denen das Adrenalin jetzt im Vordergrund steht. Hält die dadurch hervorgerufene Gefäßkontraktion lange genug an, um die verlangsamte Gerinnung und Thrombosenbildung zu ermöglichen, so verspricht die Methode Nutzen. Die innerliche Anwendung des Adrenalins ist wegen der damit verbundenen Blutdrucksteigerung nicht ratsam. Ferner ist die Anwendung von Calciumsalzen zur lokalen Tamponade (Calciumchloridlösung 2:30), sowie die innerliche Anwendung zwei- bis dreimal täglich Calciumchlorid und auch Calciumlaktat empfohlen worden. Gelatine hat sowohl lokal wie subkutan hier und da Erfolge gehabt, jedoch stehen bei allen diesen Mitteln den Erfolgen zahlreiche Mißerfolge gegenüber. Ausichtsreicher scheint die in dem Trembur'schen Falle angewendete Serumtherapie zu sein. Über den Nutzen derselben liegen vorwiegend in der ausländischen Literatur Mitteilungen vor. Die Patientin von Trembur war ein 15 jähriges Mädchen, welches zum 3. Male die städtische Klinik aufgesucht hatte; sie hatte wiederholt die für Hämophilie typischen Blutungen gehabt, kurz vor ihrer Aufnahme war wieder eine äußerst heftige Blutung ohne jede äußere Veranlassung aufgetreten. Das Kind war von sehr blasser Gesichtsfarbe und in seinem Gesamtzustand sehr herabgekommen. Der Hämoglobingehalt des Blutes betrug 50 Proz., bei 3 280 000 roten Blutkörperchen. Die Behandlung bestand in mehrfachen Seruminjektionen. Zunächst wurden 5 ccm Hammelblutserum injiziert, wonach nach 4 Stunden die vorher durch die festeste Tamponade nicht stillbare Blutung zum Stehen kam. Eine neuerliche Blutung nach 8 Tagen wurde durch eine Injektion von 20 ccm erfolgreich bekämpft. Bei kleineren späteren Blutungen wurden 40 ccm injiziert. Nach einigen Wochen wurde bei neuerlichen leichten Blutungen das Serum einer anderen Tierart, Kaninchenserum, injiziert, um die Gefahr einer Überempfindlichkeit (Anaphylaxie) zu vermeiden. Nachdem noch einige Male bei leichten Suffusionen unter der Haut prophylaktisch Serum injiziert war, blieb das Kind von jeglicher Blutung frei und konnte in blühendem Zustand mit 80 Proz. Hämoglobingehalt und 4 426 000 roten Blutkörperchen entlassen werden. Ebenso wie sich das Serum in der allgemeinen Anwendung als zuverlässig erwies, konnte auch diese gute

blutstillende Wirkung bei lokalisierter Applikation (mit Serum getränkten Gazestreifen) beobachtet werden; was die Nebenwirkung der Injektion anbelangt, so waren keine Störungen des Allgemeinbefindens zu verzeichnen. Nach der zweiten und dritten Injektion zeigten sich lokale Erytheme, wohl als Zeichen geringer Überempfindlichkeit, die bei den Kaninchenseruminjektionen nicht in die Erscheinung traten. Blutergüsse bei den ersten Injektionen an der Einstichstelle waren wohl nur als Folge der Läsion aufzufassen, da sie später fortblieben. Bemerkenswert ist, daß nach den Seruminjektionen eine beträchtliche Leukocytose auftrat, in der vielleicht, da die Leukocyten wichtige Fermentträger sind, eine Erklärung für die günstige Wirkung der Seruminjektion zu suchen ist.

Über die Behandlung der *Ischias* mit Dauerextensionen berichtet P. Carnot (*Progrès médicaux* No. 25). In einem Falle von schwerer *Ischias*, in welchem die üblichen inneren und äußeren Mittel versagt hatten, und auch die Injektionen von Luft und Stovain-Kochsalzlösung keine Besserung erzielt hatten, benutzte Carnot an Stelle der bekannten blutigen und unblutigen Nervendehnung die Methode der kontinuierlichen Gewichtsexension genau in der gleichen Weise wie man sie bei Oberschenkelfrakturen anwendet: am Unterschenkel fixierte, steigbügelartig angelegte Heftpflasterstreifen, an denen die Extension mit einem über eine Spule gelegten Gewicht von 3 kg ausgeübt wird. Erhöhung des Fußendes des Bettes, so daß der Körper die Gegenextension ausübt. Der Erfolg dieser Behandlung machte sich sehr schnell bemerkbar, schon nach wenigen Tagen konnte die Extension stundenweise, nach 2 Wochen vollständig entfernt werden. Die Einfachheit des Verfahrens und die augenscheinliche Zweckmäßigkeit dieser Art der Nervendehnung lassen einen Versuch mit der Methode gerechtfertigt erscheinen.

G. Zuelzer-Berlin.

2. Aus der Chirurgie. Um beim Ätherrausch den richtigen Moment zur Vornahme der Operation zu erkennen, empfahl Sudeck das Schmerzgefühl mit einer Stecknadel nach Art der neurologischen Untersuchung oder mit der Spitze bzw. dem Rücken des Messers zu prüfen. Landström (*Zentralblatt für Chirurgie* 44 1909) meint jedoch, daß viele nervöse und unruhige Patienten in unangenehmer Weise auf die Nadelstiche reagieren und daß auch der Ätherrausch durch diese Prüfung manchmal gestört werden dürfte. Er hat sich daher zur Bestimmung des richtigen Momentes folgende Beobachtung zunutze gemacht. Sobald der Patient die Ätherdämpfe einatmet, fangen infolge der gesteigerten Speichelabsonderung auch Schluckbewegungen an und zwar in ziemlich regelmäßigen und kurzen Intervallen. Das Schlucken hört jedoch nach einer kleinen Weile gänzlich auf, oder geschieht nur mit längeren Pausen. Landström meint nun,

daß diese Veränderung wahrscheinlich daher komme, daß der Patient nicht mehr gegen die Salivation empfindlich ist und betrachtet diesen Moment als den Eintritt des Ätherrausches. Nachdem die Schluckpausen also größer geworden sind, wartet der Verf. noch 1 oder 2 weitere Schluckungen ab und nimmt dann sofort den Eingriff vor.

Coenen (*Münch. med. Wochenschr.* 31 1909) hatte im letzten Jahre Gelegenheit, an der Küttner'schen Klinik zwei Fälle von *Perlgeschwulst* des Nabels zu beobachten. Über den einen hat er schon eingehend in den *Brunsch'schen Beiträgen* LVIII, 3 berichtet. Es handelte sich um ein taubenei großes, konzentrisch geschichtetes perlmutterglänzendes Gewebstückchen, daß durch und durch aus zwiebelschalenartig ineinander geschichteten, verhornten Epithelien bestand. Das Gebilde lag in einer hühnereigroßen Aszeßhöhle des Nabels, aus der eine Fistel nach außen führte. In dem anderen Falle war keine Eiterung vorhanden, so daß es möglich war, die Histogenese dieser interessanten Nabelkrankung am omphalektomierten Gewebstück zu studieren. Bei einem sonst gesunden Mann sah man im Nabel einen glatten, erbsengroßen, kuppenartig sich vorwölbenden Gewebknopf von rosaroter Farbe und weicher Beschaffenheit. Durch leichten Druck konnte man aus dem Nabeltrichter ein eichelgroßes Gebilde perlmutterglänzender aufeinander geschichteter Hornschuppen entleeren. Nachdem Coenen in ausführlicher Weise den anatomischen Untersuchungsbefund geschildert, die Auffassungen der verschiedenen Autoren über diese Erkrankung kritisch beleuchtet und seine eigenen Ansichten ausgeführt hat, präzisiert er das Krankheitsbild des Nabelcholesteatoms dahin, daß die Neubildung, wie das Cholesteatom des Ohres, das Produkt eines desquamativen Katarrhs, einer *Omphalitis desquamativa* ist; geht diese letztere mit einer katarrhalischen Flüssigkeitsabsonderung einher, so kann man von einer *Omphalitis catarrhalis* und bei starkem Eiterabgange von *Omphalorrhoe* sprechen. Der Übergang in Eiterung ist wie bei dem Ohrcholesteatom häufig (*Omphalitis apostematosa* oder *phlegmonosa*) und hat dieselbe Ursache wie die phlegmonösen Entzündungen infolge von Nabelkonkrementen. Die Disposition zur Entwicklung des Nabelcholesteatoms wird geschaffen durch den Verschluß der Nabelöffnung und die dadurch bedingte Anstauung der abgeschilfertten Epidermiszellen. Die Verlegung des Nabelringes kann durch eine Geschwulstbildung verursacht sein oder dadurch, daß die schlaffen Weichteile denselben kulissenartig verschließen. Die Therapie wird sich in einfachen Fällen auf eine Ausräumung der Cholesteatommassen, wenn nötig mit Inzision beschränken. Letztere dürfte bei eingetretener Eiterung kaum zu umgehen sein. In komplizierteren Fällen dagegen, besonders wo Geschwulstbildungen des Nabelringes die Ver-

anlassung zum Cholesteatom waren, ist die Omphal-ektomie zu empfehlen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch ist der häufige Übergang in Abszeß und Phlegmone zu berücksichtigen sowie die Gefahr der Karzinomentwicklung durch den fortwährenden Reiz der Cholesteatommassen.

Da die Resultate der operativen Mobilisierung des Kniegelenkes nicht gerade sehr ermutigende sind, hat Klapp (Zentralblatt für Chirurgie 35 09) eine neue Methode erdacht. Er geht von der Überlegung aus, daß, wenn die beiden großen Gelenkflächen von Tibia und Femur miteinander verwachsen, ein Gelenkteil doch noch freibleibt, der auch meist gut mit Knorpel überkleidet ist, nämlich die hintere Gelenkfläche des Femur, die nur beim Beugen in Betracht kommt. Um diese noch benutzen zu können, beugt Klapp zunächst in Narkose das Knie gewaltsam unter Zerreißen aller Gelenkverwachsungen und zwar nicht nur bis zum rechten Winkel, sondern zunächst so extrem wie möglich. In dieser Stellung wird das Bein einige Minuten festgehalten, damit die Spannung der Weichteile beseitigt wird. Dann erst wird der rechte Winkel wieder hergestellt und von jetzt ab dauernd streng beibehalten. Nun wird an der Außen- eventuell auch an der Innenseite der Femurepiphyse ein vertikal gestellter ca. 10 cm langer Schnitt angelegt und sofort auf den Knochen vertieft. Nach Abhebelung des Periost und der Kapsel von der Außen- und Vorderseite der Epiphyse wird ein rechtwinkliger Keil, der das Femur vollständig durchschlägt, aus der Epiphyse exzidiert. Dieser Keil muß den oberen Teil der vorderen Gelenkfläche mit enthalten. Beim Herausziehen desselben ist die adhärenente Kapsel mit der Schere sorgfältig abzutrennen! Dann wird der resezierte Winkel zugeschoben, wobei man beachten muß, daß die Stellung der Tibiagelenkfläche des Femur nicht verändert wird. Deshalb läßt man mehr in der Richtung des rechtwinklig gebeugten Unterschenkels schieben, als den Winkel einfach ausgleichen. Klapp nagelt das untere Fragment auf das obere und zieht den Nagel nach 6 Tagen durch den Verband wieder heraus. Faszie und Haut werden natürlich genäht; dann wird ein Gipsverband bis zu den Knöcheln angelegt. Nach 8 Tagen läßt Klapp den hinteren Teil des Unterschenkelverbandes bis zum Knie herausschneiden und nun das Gelenk schon etwas bewegen. Nach 14 Tagen wird der Verband abgenommen. Die Bewegungen sind anfangs schmerzhaft. Die infolge der Gelenkversteifung starr gewordenen Weichteile müssen passiv gedehnt werden, am besten von der 4. Woche ab, nicht durch Massage, oder Hin- und Herwackeln, sondern durch Gummizüge. Außerdem soll ein kurzer Scharnierapparat (Windler-Berlin) getragen werden. Da keine Bänder durchschnitten werden, besteht von vornherein kein Wackelknie, überhaupt nicht die Möglichkeit geringster seitlicher Bewegungen. Der

Verf. hat bisher zwei Patienten in dieser Weise operiert. Der eine bewegt jetzt aktiv über einen halben rechten Winkel, passiv etwas mehr. Über den zweiten läßt sich noch nichts sagen, da die Operation erst kurze Zeit zurückliegt.

Zur Frage der Ruptur des Biceps brachii nimmt Ledderhose (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 101) in einer längeren Arbeit das Wort. Nachdem er selbst im Verlauf mehrerer Jahre eine größere Anzahl von Dislokationen des äußeren Bicepsbauches beobachtet hatte, gelangte er zu der Vermutung, daß vielleicht eine rein traumatische Bicepsruptur gar nicht vorkommt, und daß ferner bei den unter Mitwirkung eines Traumas zustande gekommenen Bicepsdislokationen die Trennungsstelle nicht, wie bis dahin für die Mehrzahl der Fälle angenommen wurde, an der oberen Muskelsehnergrenze, sondern im Gebiet der oberen Sehne selbst liege. Nach dieser Richtung hin wurden die weiteren Untersuchungen vorgenommen. Wollte nun der Verf. sich lediglich auf seine eigenen Beobachtungen stützen, so könnte er die Existenz sowohl einer rein traumatischen Bicepsruptur als auch einer indirekten traumatischen Trennung am oberen Pol des äußeren Kopfes leugnen. Aber die zahlreichen kasuistischen und zusammenfassenden Mitteilungen der Literatur über das Thema „Bicepsruptur“ lassen eine solche Stellungnahme nicht ohne weiteres zu, wenn auch die Beobachtungen und Ansichten häufig unklar und widerspruchsvoll sein mögen. Von diesem Standpunkte aus gelangt Ledderhose zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die Dislokation des äußeren Bicepsbauches nach abwärts, wie sie als Folge einer Bicepsruptur häufig beschrieben und wiederholt abgebildet worden ist, kommt weitaus am häufigsten spontan zustande, als Folge von Kontinuitätstrennung, Defekt und Verlagerung der langen Bicepssehne, verursacht durch die Arthritis deformans des Schultergelenks. Sie stellt eine Gewerbekrankheit dar. 2. Bei der überwiegenden Mehrzahl der in der Literatur als traumatische Bicepsrupturen beschriebenen Fälle bestanden bereits krankhafte Veränderungen an der Bicepssehne, und das Trauma hatte den Charakter der Gelegenheitsursache. 3. Das Vorkommen einer indirekten, rein traumatischen Bicepsruptur, d. h. einer Ruptur der durch krankhafte Prozesse nicht bereits geschädigten Bicepssehne, muß bezweifelt werden. 4. Die weit verbreitete Anschauung, daß bei der indirekten traumatischen Bicepsruptur die Trennungsstelle meist an der oberen Muskelsehnergrenze des äußeren Bauches liege, läßt sich nicht aufrecht erhalten; es erscheint fraglich, ob überhaupt an diesem Abschnitt des Muskels eine indirekte traumatische Zerreißen vorkommt. 5. Auch für das Zustandekommen der Ruptur der distalen Bicepssehne an ihrer Ansatzstelle am Radius oder in deren nächster Nähe scheinen vorausgegangene pathologische Prozesse mitbe-

stimmend zu sein. 6. Verletzungen verschiedenen Grades des muskulären Teiles des Biceps durch direkte Gewalteinwirkungen sind wiederholt beobachtet worden. Ob auch auf indirektem Wege Zerreißen der Muskelsubstanz zustande kommen können, läßt sich aus den vorliegenden Veröffentlichungen nicht mit genügender Bestimmtheit entnehmen. 7. Die als Hernien des Biceps beschriebenen Veränderungen sind fast ausnahmslos als Dislokationen des äußeren Muskelbauches aufzufassen.

Frhr. von Kuester-Charlottenburg.

3. **Aus dem Gebiete der Sprachstörungen und Sprachheilkunde.** Die Anwendung der physiologischen Untersuchungsmethoden auf die Phonetik hat Zwaardemaker in seinem in Budapest in der laryngologischen Sektion des internationalen Kongresses gegebenen ausführlichen Referat, auf das wir nach dem Erscheinen noch zurückkommen, behandelt. Boumann zeigte in dem dazu gehörigen Korreferate die Anwendung der graphischen Methodik auf die Erforschung gewisser Sprachstörungen. Ebenso wie vor ihm H. Gutzmann, Panconcelli-Calzia, Knopf, H. Stern hat er eine Reihe von nervösen Sprachstörungen mit graphischen Methoden untersucht. Die Untersuchungen erfolgten mit dem handlichen Zwaardemaker'schen Apparat, dessen man sich jetzt ziemlich allgemein bedient. Auf die Einzelheiten des nur den Spezialisten interessierenden Verfahrens kann hier nicht eingegangen werden, einige der gewonnenen Resultate sollen weiter unten mitgeteilt werden. Die immer mehr zunehmende exakte Untersuchung der einzelnen Phänomene der Sprachstörungen mittels der graphischen Methodik stellt in der Erforschung der Sprachstörungen jedenfalls den wichtigsten Fortschritt der letzten Zeit dar, und aus diesem Grunde durften die Referate von Zwaardemaker und Boumann hier nicht unerwähnt bleiben. — Einige neuere Arbeiten, die sich in gleicher Richtung bewegen und die Physiologie der Lautsprache betreffen, sollen kurz skizziert werden. Eggert (Untersuchungen über Sprachmelodie, Zeitschrift für Psychologie XLIX) hat das Marbe'sche Verfahren mittels der rußenden König'schen Flamme zur Feststellung des musikalischen Akzents benutzt und gleichzeitig das Verhältnis des dynamischen Sprechakzentes zum musikalischen zu ermitteln gesucht. Da bei einer großen Reihe von Sprachstörungen diese Akzente besonders gestört erscheinen — z. B. beim Stottern der musikalische und dynamische — so geben uns derartige Arbeiten willkommene psychologische Unterlagen, an denen erst die Abweichung vom Normalen bestimmt werden kann. Daß das Ohr für die feineren Bestimmungen des musikalischen Akzentes der Sprache nicht ausreicht, ja daß selbst geübte Untersucher zu unzureichenden und sogar der

Wirklichkeit direkt widersprechenden Resultaten gelangen, hat Eggert durch seine Arbeit überzeugend nachgewiesen. — Ebenso sind die Untersuchungen von Eugen Hopmann über die angesungenen Vokalen an Kopf und Hals auftretenden Vibrationen (M. f. Spr.¹) Juli 1909) zu bewerten, da uns bisher eine physiologische Basis zur Beurteilung der Stimmstörungen in dieser Beziehung völlig gefehlt hat. Hopmann ist, nachdem er eine Anzahl Untersuchungsmethoden durchgeprüft hatte (Marbe's Rußfiguren, Mikrophon, eine Methode von Struycken), zu den einfachen klinischen Methoden der Palpation und der Auskultation, letztere mittels des kleinen Phonendoskops, zurückgekehrt. In der Tat lassen sich die Vibrationsgrenzen mit dem tastenden Finger sehr gut feststellen, so zeigt sich beim A eine kleinere, beim I eine größere „Vibrationskalotte“ auf dem Schädeldache, so finden sich Vibrationsbezirke über dem Kiefergelenk, über den Wangen und über der Nase. Je nach der Art, wie der Vokal produziert wird, wechselt Größe und Ort des stärksten Vibrationsbezirkes. — Während hier eine relativ einfache Methodik uns in den Stand setzt, bei Stimmstörungen die Symptomatologie eingehender zu erfassen und damit auch für die Therapie eine bessere Unterlage zu gewinnen, hat Scheier jetzt mit Hilfe des Grisson-Apparates bei einer Expositionszeit von 1 Sekunde (und weniger) prächtige Röntgenaufnahmen des Artikulationsrohres erhalten (Arch. f. Laryngol. Bd. 22 H. 2), die uns über die Lage der inneren Teile einen zuverlässigeren Überblick gestatten als die bisherigen Methoden. Wie B. Fraenkel mit Recht in der Diskussion zum Scheier'schen Vortrage bemerkte, sind wir jetzt leicht imstande, uns schnell über eventuelle fehlerhafte Stellungen im Ansatzrohre eines Sängers oder Sprechers eine durchaus objektive Anschauung zu verschaffen. Natürlich darf man nicht glauben, daß mit diesen Röntgenogrammen nun die Untersuchung völlig erledigt sei; sie können immer nur dazu dienen, die sonstigen Untersuchungsmethoden zu vervollständigen resp. zu korrigieren.

In seiner Antrittsvorlesung hat Nager-Zürich (die Taubstummheit im Lichte der neuen Forschung und Anschauung) mit Recht hervorgehoben, eine wie große Bedeutung dem Ablese des Gesprochenen neben der Erziehung der Hörreste beizulegen ist. Er bezieht sich dabei auf die Hörklassen der Münchener Zentraltaubstummenanstalt, an welcher auch der Lehrer F. H. Rötzer tätig ist, der uns ein Übungsbuch für Schwerhörige und Ertaubte, das Ablese vom Munde (München und Berlin 1908) vorlegt; ein zweifellos brauchbares Werkchen, das mit sehr instruktiven Lauttafeln von Koller ver-

¹) M. f. Spr. = Monatsschrift für Sprachheilkunde, Internationales Zentralblatt für experimentelle Phonetik.

sehen ist, auf denen der Durchschnitt des Ansatzrohres, ein Photogramm und ein Palatogramm jedes Lautes gegeben wird. Während Rötzer auf scharfe Unterscheidung ähnlicher Laute und Lautkombinationen vielleicht einen zu großen Wert legt — offenbar ist sein Büchlein mehr für die Bedürfnisse der Taubstummen berechnet — reduziert Sinell in seinem lesenswerten Aufsätze über den Verkehr mit Schwerhörigen die charakteristischen sichtbaren Bewegungen auf zehn. Dadurch läßt er der von mir so genannten „eklektischen Kombination“ mit Recht einen großen Spielraum, vielleicht aber einen allzu großen, denn mir scheint, daß man auch beim fließenden Sprechen o und u von ö und ü wohl noch unterscheiden kann, auch ist das offene o sicher als gesonderte Lautstellung anzusehen. Indessen kommt der Ablesende bei seinem Verfahren auch allmählich zu der Kenntnis der feineren Abstufungen der Artikulationsstellungen. Im übrigen entsprechen seine Darlegungen durchaus den Erfahrungen, die jeder, der sich viel mit dem Ablesen beschäftigt, machen wird, und die teils in älteren Werken (Schmalz), teils in neueren Aufsätzen (H. Gutzmann, Kobrak u. a.) mehrfach niedergelegt worden sind. — Eine bedeutsame Erscheinung ist das Werk von E. Reuschert: Die Gebärdensprache der Taubstummen und die Ausdrucksbewegungen der Vollsinnigen. Bekanntlich hat man zugunsten der Lautsprache der Taubstummen die Gebärde in den Taubstummenschulen möglichst unterdrückt. Daß dies vollständig nicht gut möglich ist, sieht man wohl jetzt überall ein. Reuschert will mit seinem verdienstlichen Buche eine gerechtere Würdigung der Gebärdensprache erzielen, und man darf ihm wohl bestimmen, wenn er sagt: „Aus der Welt schaffen läßt sich die Gebärdensprache nicht, und ebenso wenig kann man sie in den Vereinigungen von Taubstummen ganz unterdrücken; aber man kann der Lautsprache noch mehr zu ihrem Rechte verhelfen und die Gebärde auf humane Weise noch weiter eindämmen.“ — Zur Verbesserung gewisser Aussprachefehler und besonders für die sprachliche Unterweisung Taubstummer empfiehlt Zünd-Burguet (*Contrôle et correction de l'émission vocale*, Die neuen Sprachen, Juni 1909) mehrere Instrumente: außer seinem phonetischen Nécessaire ein Phonoskop, das zur automatischen Kontrolle der Zungen- und Lippenbewegungen dient, ein Rektophone oder Pistolet vocal, das zur Verbesserung der Aussprache der Taubstummen bestimmt ist, und ein Glossoskope, welches die Zungenbewegungen kontrolliert. Da die Aussprache der Taubstummen trotz aller Mühen oft genug noch zu wünschen übrig läßt, so kann jedes Mittel, das zur Abhilfe geeignet erscheint, nur willkommen sein. Ich würde raten, daß die genannten Instrumente mit auswechselbaren Ansätzen versehen würden, damit sie eine vielseitigere Anwendung erfahren können. — Daß

für die zahlreichen Schwerhörigen, die nicht für die Taubstummenschulen geeignet sind, besondere Vorkehrungen in der Schulzeit nötig sind, darauf hat A. Hartmann (*Zeitschr. f. Ohrenheilkunde* 1909 LVII S. 434) besonders die Aufmerksamkeit gelenkt. Eingehende Würdigung erfährt diese Frage auch durch H. Knopf (*Die Schule für Schwerhörige*, Berl. klin. Wochenschr. 1908 Nr. 52).

Die Aphasiefrage ist in neuerer Zeit besonders durch die Arbeiten von Pierre Marie und seinen Schülern (Moutier) wieder lebhaft diskutiert worden. H. Liepmann hat in einem vortrefflichen kritischen Referat die Anschauungen Pierre Marie's, die er in Moutier's Werk: *L'aphasie de Broca* niedergelegt hat und die die alte Broca-Wernicke'sche Lehre vernichten sollten, zurückgewiesen. H. Liepmann (*Zum Stande der Aphasiefrage*, *Neurol. Zentrbl.* 1909 Nr. 9) kommt zu dem Schluß: „Die Aphasielehre hat weiter auf den Grundgedanken zu bauen, die ihr Broca und Wernicke gegeben haben.“ In Budapest sprach sich v. Monakow zur gleichen Frage aus und stellte seine, den Lesern schon bekannten Anschauungen nochmals dar, während Dercum (*On the interpretation of Aphasia*) einen zwischen Pierre Marie und Broca-Wernicke vermittelnden Standpunkt einzunehmen suchte. Für die Behandlung der Aphasischen bei kompletter Aphasie, die einer Übungstherapie eventuell aus äußeren Gründen nicht zugänglich erscheint, schlug H. Gutzmann auf dem Budapester Kongreß vor, die beschreibende Gebärde einzüben und wenn auch dies nicht gelingen sollte, ein Bilderbuch einzurichten, in welchem alle im Gedankenkreise des Patienten liegenden Vorstellungen und Wünsche in einfachen Abbildungen, systematisch geordnet, enthalten wären. Wünscht der Patient irgend etwas, so braucht er nur das Buch zu öffnen und auf die betreffende Abbildung hinzuzeigen, um seiner Umgebung seinen Wunsch kenntlich zu machen. In mehreren Fällen hat dies Verfahren sich so gut bewährt, daß die vorher bestandenen heftigen Erregungszustände, die durch die Unmöglichkeit, Wünsche und Begehungen zu äußern, zu entstehen pflegen, völlig ausblieben und der Patient, ebenso wie seine Umgebung ruhiger und zufriedener wurde. — L. Boumann hat (*Die experimentelle Phonetik vom medizinischen Standpunkte*, Budapest 1909) mittels der graphischen Methode Bulbärparalyse, multiple Sklerose, Dementia paralytica auf die Störung der Sprache untersucht. Bei der Aphasie, soweit überhaupt noch Sprache vorhanden war, konnte er im Gegensatz zu den genannten Krankheiten keine Abweichungen der Artikulationsbewegungen konstatieren. Er schließt daraus, daß damit die Auffassung eine Stütze erhält, welche bei der Aphasie eine periphere Affektion absolut ausschließt. — H. Stern hat in Wien der Ge-

sellschaft deutscher Nervenärzte die Resultate seiner graphischen Untersuchungen bei symptomatischen Sprachstörungen vorgelegt. Interessant ist, daß die normale terminale Erhebung der Luftdruckkurve eines Vokals bei multipler Sklerose fehlt.

Sarbó (Maladie des Tics und die damit in Verbindung stehenden Sprachstörungen, M. f. Spr. 1909 S. 178) hat in seinem Aufsätze diese Sprachstörungen zum ersten Male eingehender behandelt. Der Verf. ist mit Brissaud, Meige und Feindel der Ansicht, daß die Behandlung darin bestehen muß, den Tiqueur aus seiner gewohnten Umgebung zu entfernen und in einer geeigneten Anstalt unterzubringen. Dort wird eine *rééducation* vorgenommen, er lernt durch regelmäßige Übungen vor dem Spiegel seine Muskeln ruhig und in willkürlicher Innervierungsgewalt zu halten. Daneben geht eine psychische Therapie, die in einer Erziehung des Willens besteht.

Liebmann's letztes Heft seiner Vorlesungen enthält ein reiches Übungsmaterial für die Beseitigung des Lispelns. Kühn bringt in seiner Dissertation (Zürich 1908) eine Darstellung der Obturatortherapie nichtoperierter kongenitaler Gaumendefekte und deren sprachlicher Erfolge, Röse gibt eine ausführliche Darstellung der Wirkungsweise der Gaumen- und Schlundmuskulatur bei angeborener Gaumenspalte (Monatschr. f. Zahnheilkunde 1908 Heft 12). Warnekros zeigt zu dem gleichen Thema (Arch. f. Laryng. XXI), wie auch bei Säuglingen Gaumenplatten mit Erfolg angelegt werden können. Das große Interesse der Zahnärzte für die in ihr Fach schlagenden Sprachstörungen zeigt sich auch darin, daß der Referent auf dem internationalen zahnärztlichen Kongreß in Berlin (August 1909) mit nicht weniger als drei Referaten beauftragt wurde, deren Titel hier wenigstens genannt sein mögen: 1. Voruntersuchung von Gaumendefekten im Hinblick auf die Prothesen. 2. Über die Wertigkeit der inneren Mundteile (Zunge, Zähne, Gaumen) für die physiologische Lautbildung. 3. Über die Wichtigkeit der Kenntnis der Sprachheilkunde für den angehenden Zahnarzt.

H. Gutzmann-Berlin.

4. Aus dem Gebiete der Tuberkulose. Auf dem Internationalen medizinischen Kongreß in Budapest besprach Prof. Baumgarten (Tübingen) auf Grund zahlreicher Beobachtungen die Frage, welche Ansteckungsweise bei der Tuberkulose des Menschen die wichtigste Rolle spiele. Aus seinen ausführlichen Darlegungen über die verschiedene Bedeutung der Aërogenese und Enterogenese sei hervorgehoben,

daß er keiner dieser beiden bisher als allein zulässig erschienenen Theorien der Entstehung der menschlichen Tuberkulose die Bedeutung einer befriedigenden Erklärung des tatsächlichen Geschehens zuerkennen könne. Weder die Aërogenese gebe eine befriedigende Erklärung der großen Häufigkeit und der Fortpflanzungsweise der Tuberkulose, noch habe die Enterogenese, wenn sie auch das Vorkommen der Ansiedelung des *Bacillus bovinus* in menschlichen Drüsen erklärt, bei den Menschen eine Tuberkulose mit progredientem Charakter zur Folge. Viel häufiger werden wir nach der Ansicht des Referenten die angeborene Tuberkulose, vom Verf. deshalb Gennaeogenese genannt, als Ursache der Tuberkulose ansehen müssen. Er bezeichnet damit diejenige Entstehungsweise der Tuberkulose, welche durch Übertragung des elterlichen Bazillus in die keimbildenden Substanzen und den Fötus aus seinem physiologischen Zusammenhange mit der Mutter während der intrauterinen Zeit seiner Entwicklung entsteht, und welche durch beweiskräftige Experimente jetzt als eine tatsächliche beglaubigt ist. Für den Menschen ist diese Übertragung unzweifelhaft nachgewiesen. Sie wird jetzt fortschreitend umso häufiger gefunden, je mehr die großen Schwierigkeiten, den Bazillus in seinem latenten Zustande, ante und post partum der Frucht, deshalb zu entdecken, weil der gewöhnliche Wegweiser für sein Auffinden, die progrediente Tuberkulose, dann noch fehlt, von Wissenschaft und Kunst überwunden werden. Der Redner erwartet, daß in der Zukunft, auf Grund der bereits vorliegenden beweiskräftigen Experimente, die Zustimmung zu seiner Ansicht eine allgemeine werde, daß die Fortpflanzung der Tuberkulose weniger auf den verschiedenen eigentümlichen Verhältnissen des sozialen Verkehrs beruhe, als darauf, daß sie den Menschen auf dem Wege seiner eigenen Fortpflanzung begleitet, daß also die Gennaeogenese die Aërogenese und Enterogenese bei weitem an Häufigkeit übertreffe (Deutsche med. Wochenschr. 1909 S. 1729—1735).

In einer lehrreichen Arbeit über die Klinik der Säuglingstuberkulose (Deutsche med. Wochenschr. 1909 S. 1929—1931) weist Mallinkrodt an dem Material der Kinderklinik der Akademie für praktische Medizin in Cöln die eminente Bedeutung der v. Pirquet'schen Tuberkulinreaktion für die Erkennung der Säuglingstuberkulose nach. In Übereinstimmung mit den übrigen, in den letzten 2 Jahren seit der Entdeckung der Kutanreaktion erschienenen Arbeiten zeigt er, daß die Säuglingstuberkulose sich in erster Linie in den Lungen lokalisiert, während der Verdauungstraktus meist erst sekundär befallen wird. Die tuberkulös erkrankte Umgebung (Eltern oder Pfleger) ist die Infektionsquelle, nicht die zugeführte Nahrung, wie auch Kirchner (vgl. Sitzung des deutschen Zentralkomitees am 22. Mai 1909, ref. diese Zeitschr. S. 427) nachgewiesen hat. Von

371 geimpften Säuglingen reagierten in der Zeit von August 1907 bis 1. Februar 1909 27 positiv; hiervon starben 20 an Tuberkulose und kamen zur Sektion. Die Infektionsquelle konnte nur in einem Falle nicht ermittelt werden; alle übrigen befanden sich stets oder wenigstens vorübergehend in Gesellschaft offener Tuberkulosen: fünfmal hat anscheinend die Mutter ihr Kind angesteckt; elfmal war der Vater Träger des Bazillenherdes; dreimal beide Eltern erkrankt; dreimal war das Kind in der Pflege oder Aufbewahrung eines Schwindsüchtigen, und dreimal mit aller Wahrscheinlichkeit der im Hause der Tochter lebende Großvater die Quelle der Ansteckung. Außer 5 Kindern haben alle mehr oder minder lange Zeit die Brust erhalten, dann abgekochte Milch, bezüglich Milchverdünnung; zwei bekamen bis zum Tode nur Brust; zwei nur Brust bis zum Ende der Beobachtung. Soweit die gestorbenen zur Sektion kamen, ließen sie als Ursprungsherd der Tuberkulose Bronchialdrüsen und Lungen erkennen, zehnmal mit Kavernenbildung, neun zeigten frische Darmgeschwüre; nur dreimal fand sich völlige Verkäsung der Mesenterialdrüsen. Akute oder subakute Miliartuberkulose wurde 15mal beobachtet. Ein wesentlicher Unterschied im Auftreten der Tuberkulose bei Brust- und Flaschenkindern wurde nicht bemerkt. Bazillen wurden in vivo dreimal im Sputum, einmal im Probepunktat einer Kaverne, einmal im Mageninhalt nachgewiesen.

Dem im vorigen Referat aus dem Gebiete der Tuberkulose (d. Zeitschr. S. 650) angegebenen Antiformin-Ligroin-Verfahren zum Nachweis selbst kleinster Mengen von Tuberkelbazillen im Sputum schließen sich eine ganze Reihe von Arbeiten über dasselbe Thema von Hüne (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41), Hammerl (Münch. med. Wochenschr. Nr. 38), v. Scheven (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37) an, welche alle den Erfolg der beschriebenen Anreicherungs-methode als überraschend darstellen. So fand v. Scheven bei 158 Sputis, bei denen im direkten Ausstrich keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, diese noch in 15 Fällen nach der beschriebenen Anreicherung, außerdem wurden bei 53 Sputis, bei welchen im direkten Ausstrich erst nach sehr langem Suchen ganz vereinzelt Bazillen gefunden wurden, solche nach der Anreicherung in jedem Falle sofort mit Leichtigkeit nachgewiesen. Auch in der eigenen Praxis hat sich das Antiformin-Ligroin-Verfahren durchaus bewährt.

In einer Arbeit zur Chemie des Sputums Tuberkulöser (Münch. med. Wochenschr. 1909 S. 2053) erklärt Prorok auf Grund einer großen Anzahl von Untersuchungen, die er auf der II. Inneren Abteilung des Rudolf Virchow Krankenhauses in Berlin gemacht hat, daß man in der Eiweißreaktion des Sputums ein wertvolles diagnostisches Mittel habe, um in zweifel-

haften Fällen eine Lungentuberkulose von einem chronischen Bronchialkatarrh zu unterscheiden. Das Sputum bei Bronchitis gibt niemals die Eiweißreaktion; hin und wieder tritt eine leichte Opaleszenz bei der Ferro-Cyankaliprobe ein. Die Untersuchung ist sehr einfach und nicht zeitraubend: Man setzt zu einer bestimmten Menge Sputum 3proz. Essigsäure zu, und schüttelt in einem Glaskolben das Gemisch kräftig durch, bis der Schleim in kleine Flöckchen zerfällt, filtriert und setzt im Reagensglase Ferro-Cyankali zu. Ein Eiweißniederschlag beweist uns den tuberkulösen Charakter des Sputums, nachdem man andere Lungenerkrankungen wie putride Bronchitis mit Bronchiektasen, Lungeninfarkt, Lungenangrän und Pneumonie, deren Sputum ebenfalls die Eiweißreaktion ergeben, mit Sicherheit hat ausschließen können.

Deycke und Much berichten in einer vorläufigen Mitteilung über ihre neuesten Versuche betreffend Bakteriolyse von Tuberkelbazillen (Münch. med. Wochenschr. S. 1985—87), deren Ergebnisse für einen um so größeren Fortschritt auf dem Gebiete der Tuberkuloseimmunisierung gehalten werden müssen, als es ihnen gelungen ist, eine Bakteriolyse der Tuberkelbazillen nicht nur in vitro, sondern auch in vivo nachzuweisen. Sie benutzten hierzu das Cholin und Neurin. Es gelang ihnen innerhalb weniger Minuten, durch das Neurin eine vollkommene Auflösung der Tuberkelbazillen resp. ihrer Fettsubstanzen zu erzielen. Färbte man alsdann nach Gram, so fand man keine Granula mehr, sondern nur feinste schattenhafte Stäbchen, die Überbleibsel der Gerüstsubstanz. Am besten erfolgte die Auflösung bei 37°. Weitere Untersuchungen sollen jetzt auf diesbezügliche therapeutische Verwertbarkeit des Neurins und Cholins und der damit gewonnenen Präparate gerichtet werden.

Wichtige Bemerkungen zur Tuberkulintherapie macht Pickert aus der Heilstätte Beelitz in einer Arbeit über das gesetzmäßige Auftreten von Tuberkulin-Antikörpern im Laufe der spezifischen Behandlung und seine Bedeutung für die Therapie (Deutsche med. Wochenschr. S. 1514—16). Er faßt seine Beobachtungen in nachstehenden Schlußsätzen zusammen: Die von ihm und Löwenstein im Serum spezifisch behandelte Tuberkulöser nachgewiesenen Tuberkulinneutralisierenden Stoffe sind als Tuberkulin-Antikörper im engsten Sinne des Wortes anzusehen. Nach Injektionen großer Tuberkulindosen beobachtet man dieselben gesetzmäßig verlaufenden Phasen im Antikörpergehalt des Serum wie bei anderen Immunisierungsprozessen, z. B. Diphtherie, Tetanus. — Zwischen einem spontan entstandenen, relativ hohen Tuberkulin-Antikörpergehalt und einem besonders günstigen Verlauf der Tuberkulose besteht ein deutlicher Parallelismus. Daraus ergibt sich, in Anlehnung an die Tuberkulin-Anti-

Körperprobe, als notwendige therapeutische Konsequenz, daß mindestens bei Injektionen großer Tuberkulindosen längere Pausen einzutreten haben, um den Organismus unter einem für ihn günstigen hohen Antikörpergehalt möglichst andauernd zu halten. — Verf. rät deshalb lieber größere Pausen zwischen den einzelnen Injektionen zu machen und stärkere Steigerungen in der

Tuberkulinmenge auszuführen, selbst auf die Gefahr hin, einmal eine kräftigere Reaktion zu bekommen, die dann fast stets als energischer Ictus immunisatorius der weiteren Behandlung zugute kommt, als ganz minimale Steigerungen in kurzen Zeitabständen vorzunehmen.

W. Holdheim-Berlin.

III. Ärztliches Fortbildungswesen.

I. Verzeichnis der Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Ärzte

einschließlich der zahnärztlichen Fortbildungskurse im Deutschen Reiche

während der Monate

Januar, Februar, März 1910.

Sofern die Kurse unentgeltliche sind, ist dies jedesmal durch den Zusatz U. = unentgeltlich besonders vermerkt, anderenfalls sind sie honorierte Kurse. Städte, in welchen in den Monaten Januar, Februar und März nur honorierte Kurse stattfinden, sind gar nicht unterstrichen; Städte, in welchen innerhalb der genannten Monate nur unentgeltliche Kurse stattfinden, sind einmal unterstrichen; Städte, in welchen unentgeltliche und honorierte Kurse stattfinden, sind zweimal unterstrichen.

Die Teilnahme an den unentgeltlichen Kursen ist in der Regel nur den inländischen Ärzten gestattet. An den honorierten Kursen können in- und ausländische Ärzte ohne jede Einschränkung teilnehmen.

Erklärung der Abkürzungen: V. = veranstaltet von; A. = Auskunft erteilt; U. = unentgeltlich.

Alle Zuschriften, welche sich auf dieses Verzeichnis beziehen, werden unter der Adresse erbeten: An das Bureau des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

Aachen: V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Oktober 1909 bis Juni 1910. Innere Medizin, Chirurgie, Frauenleiden und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Ohren-, Nasen- und Halsleiden mit Demonstrationen. A.: Prof. Dr. Dinkler, Aachen.

Altona: V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Im Laufe des Winters. Chirurgie, medizinische Klinik, pathologische Anatomie, Psychiatrie. A.: Prosektor Dr. Hueter, Altona.

Barmen: V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Vom Oktober 1909 ab. Innere Medizin einschl. Neurologie, Chirurgie, Pathologische Anatomie, Bakteriologie, Gynäkologie. A.: Dr. Ed. Koll, Barmen.

Berlin: V.: a) Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen. U.: Die Kurse des Wintersemesters dauern fort bis ca. Ende Januar. Im Sommersemester beginnt ein neuer Kurszyklus am 1. Mai. Das Programm erscheint Ende März. A.: Bureau des Zentralkomitees (siehe oben).

b) Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse. Vierwöchiger Kurszyklus vom 28. Februar bis 26. März. Es werden sämtliche Disziplinen berücksichtigt. Die klinischen Kurse sind mit

praktischen Übungen verbunden. Das Programm erscheint ca. Mitte Januar. A.: H. Melzer, Berlin N 24, Ziegelstr. 10/11 (Langenbeckhaus).

c) Verein für ärztliche Fortbildungskurse. In jedem Quartal 4-wöchige Kurse in allen Disziplinen, beginnend mit Anfang des Monats. (Die klinischen Kurse mit praktischen Übungen.) A.: Medizinische Buchhandlung Otto Enslin, Berlin NW 6, Karlstr. 32.

d) Vereinigung zur Veranstaltung von Kursen für praktische Ärzte. In jedem Quartal 4-wöchige Kurse in fast allen Disziplinen, beginnend mit Anfang des Monats. (Die klinischen Kurse mit praktischen Übungen.) A.: Buchhandlung Oskar Rothacker, Berlin N 24, Friedrichstr. 105 b.

e) Verein für Ärztekurse. In jedem Quartal 4-wöchige Kurse in fast allen Disziplinen, beginnend mit Anfang des Monats. (Die klinischen Kurse mit praktischen Übungen.) A.: Medizinisches Warenhaus A.-G., Berlin NW, Karlstr. 31.

f) Komitee für zahnärztliche Fortbildungskurse. U.: Während des Wintersemesters. Hautkrankheiten und Lues, speziell der Mundhöhle, Nervenkrankheiten in bezug auf die Zähne, Beziehungen der Zähne zu Erkrankungen der Nase und der Mundhöhle, Chirurgie des Mundes, Röntgenkurs, lokale und allgemeine Anästhesie bei Operationen an den Zähnen, Porzellanfüllungen, Orthodontie, Kronen- und Brückenarbeiten. A.: Zahnarzt Dr. K. Cohn, Berlin W, Potsdamerstraße 46.

Bochum-Dortmund: V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: 1. in Dortmund Anfang Oktober 1909 bis Ende März 1910. Demonstrationsabende, alle 14 Tage, Dienstags 6—7 $\frac{1}{2}$ Uhr. Berücksichtigt werden: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenleiden, Haut- und Geschlechtskrankheiten. A.: Dr. Engelmann, Dortmund. 2. In Bochum werden im Laufe des Wintersemesters Fortbildungskurse unter Berücksichtigung der klin. Fächer und Hygiene veranstaltet. A.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Loebker, Bochum.

Bremen-Oldenburg: V.: Landeskomitee für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Vorträge mit Demonstrationen. 29. Oktober 1909: Diagnose und Therapie der Lungentuberkulose; 26. Novbr. 1909: Begutachtung der durch Unfall entstandenen internen Krankheiten; 28. Januar 1910: Serumdiagnose mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis; 18. März 1910: über die Epilepsie. Daneben finden an den Tagen der Vorträge vormittags klinische Demonstrationen in den betreffenden Abteilungen statt. A.: Dr. Stovesandt, Direktor der städt. Krankenanstalt, Bremen.

- Breslau:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Vom Oktober 1909 bis März 1910. Alle Disziplinen werden berücksichtigt. A.: Prof. Dr. Tietze, Schweidnitzer Stadtgraben 23.
- Chemnitz:** V.: Lokalkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Ende Oktober 1909 bis Mai 1910. Pathologische Anatomie und Bakteriologie, innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie. A.: Prof. Dr. Nauwerck, Feldstr. 19.
- Cöln:** V.: Akademie für praktische Medizin. U.: Gegenwärtig findet ein Kurs für Missionare statt (bis 5. Februar). Ferner für auswärtige Ärzte vom 25. April bis 14. Mai 1910, für einheimische im nächsten Herbst. A.: Das Sekretariat der Akademie, Portalgasse 2.
- Dortmund** (siehe Bochum-Dortmund).
- Dresden:** V.: Königl. Frauenklinik. Während des Wintersemesters werden zwei Fortbildungskurse gehalten, der erste ist bereits beendet, der zweite vom 24. Januar bis 19. Februar 1910. Berücksichtigt werden: 1. Gynäkologische Diagnostik, 2. Geburtshilfliches Seminar, 3. u. 4. Geburtshilfliche und gynäkologische Operationsübungen am Phantom, 5. Mikroskopisch-gynäkologische Diagnostik, 6. Cystoskopie und Ureterenkatheterismus, 7. Diagnostische Untersuchungen an Schwangeren. Kurs 1 und 2 sind U. Nähere Auskunft über die Kurse, sowie über das hilfsärztliche Externat und Aufnahme von Medizinalpraktikanten erteilt die Direktion der Kgl. Frauenklinik.
- Duisburg:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. Klinische Abende: Demonstrationen und Vorträge. Zusammenkünfte der Wissenschaftlichen Wanderversammlung: Demonstrationen und Vorträge. A.: Dr. Cossmann, Duisburg.
- Elberfeld:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Dezember 1909 bis April 1910. Innere Medizin, Chirurgie, Hautkrankheiten und Syphilis, Pathologische Anatomie und Bakteriologie. A.: San.-Rat Dr. Eichhoff, Elberfeld.
- Erfurt:** V.: Thüringischer Landesauschuß für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Bis Mitte März alle 8 bis 14 Tage am Sonnabend. Vorträge über ausgewählte Kapitel der Gesamtmedizin, gehalten von Professoren der medizinischen Fakultät in Jena. A.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing, Jena.
- Frankfurt a/M.:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: November 1909 bis März 1910. Erkrankungen des Herzens und der Gefäße (21. XII.), nasale Reflexionen, Asthma, Heufieber usw. (11. I.), zur physikalischen Behandlung der Erkrankungen der Luftwege im Kindesalter (18. I.), Diätetik der Wöchnerinnen und Säuglinge (25. I.), die Augenkrankheiten bei Lues und Heredolues (1. II.), Magen Chirurgie und Röntgendiagnostik der Magenerkrankungen (8. II.), nervöse Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion und die Behandlung und Pflege der Inkontinenten (15. II.), Pityriasis capitis und ihre Bedeutung für den Haarausfall (22. II.), Menière'sche Krankheit (1. III.), der Einfluß der Psychoneurosen auf die Funktionen des weiblichen Genitale (8. III.), diätetische Behandlung und ihre Indikationen (15. III.). A.: San.-Rat Dr. Koenig, Frankfurt a/M.
- Gera:** V.: Thüringischer Landesauschuß für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Bis Anfang April wie in Erfurt.
- Greifswald:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen (Medizinischer Verein). U.: Im Laufe des Winters von Anfang November alle 14 Tage (am Sonnabend) wissenschaftliche Sitzung. A.: Priv.-Doz. Dr. Mangold, Greifswald.
- Halberstadt:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. Monatlich einmal Vorträge aus den verschiedenen Disziplinen. A.: San.-Rat Dr. H. Mueller, Halberstadt.
- Hamburg:** V.: a) Direktion des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg. U.: Vom 7. Februar bis 19. März. Innere Medizin, Chirurgie, Röntgenologie, Neurologie, Psychiatrie, Bakteriologie, Dermatologie und Syphilidologie, Ophthalmoskopie, Otologie, Rhinoskopie, Laryngoskopie, Pathologie, physikal. Therapie, Mikroskop und seine Hilfsapparate. A.: Prof. Dr. Dencke.
- Jena:** V.: Thüringischer Landesauschuß für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Bis Ende März alle 8—14 Tage am Sonnabend. Vorträge über ausgewählte Kapitel der Gesamtmedizin, gehalten von Professoren der medizinischen Fakultät. A.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing, Jena.
- Magdeburg:** V.: Komitee für ärztliche Fortbildungskurse. U.: Im Mai. Näheres z. Z. unbekannt. A.: Oberarzt Dr. Schreiber, Altstadt. Krankenhaus.
- Meiningen:** V.: Thüringischer Landesauschuß für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Bis Anfang April wie in Erfurt.
- München:** V.: Vereinigung für ärztliche Fortbildungskurse. U.: Vom 1. Dezember 1909 bis 1. März 1910. Physiologie, innere Medizin, Chirurgie, Dermatologie, Ophthalmologie, Hygiene, Psychiatrie. A.: Dr. A. Jordan, Lessingstr. 4.
- Nürnberg:** V.: Mittelfränkische Ärztekammer. U.: Vom Dezember 1909 bis März 1910. Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe. A.: Hofrat Dr. L. Schuh, Nürnberg, Hauptmarktstr. 26.
- Stendal:** V.: Altmärkischer Ärzteverein. U.: Vorträge aus den verschiedenen Gebieten der Gesamtmedizin. A.: San.-Rat Dr. Hülsmann, Tangerhütte.
- Stettin:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Anfang Januar 1910 bis Ende März. Theoretische Vorlesungen aus den Gebieten der inneren Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe mit bes. Berücksichtigung der pathologischen Anatomie. A.: Dr. Opitz, Stettin, Friedrich-Karlstr. 3a.
- Straßburg i/E.:** V.: Medizinische Fakultät. U.: Vom 1. November 1909 bis 1. März 1910. Wöchentlich ein Vortrag. Alle klinischen Disziplinen werden berücksichtigt. A.: Dekan der medizinischen Fakultät.
- Uchtspringe:** V.: Landes-Heil- und Pflgeanstalt. U.: 23. Mai bis 4. Juni. Klinische und gerichtliche Psychiatrie, Pathologie des Stoffwechsels, pathol. Anatomie. A.: Prof. Dr. Alt, Uchtspringe.
- Wiesbaden:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: 1. November 1909 bis 1. März 1910. Chirurgie, pathol. Anatomie, Orthopädie, innere Medizin, Psychiatrie, Nervenheilkunde, Syphilis. A.: Prof. Dr. Weintraud, Wiesbaden.
- Zeitz:** V.: Lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen. U.: Im Laufe des Wintersemesters. Blutuntersuchungen, Augenleiden, Chirurgie, Nasen-Rachenkrankheiten, innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten. A.: Dr. H. Friedrich, Zeitz.

2. Neunte Generalversammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen im Kaiserin Friedrich-Hause.

Nach dem stenographischen Bericht.

(Schluß.)

Vorsitzender:

Dann können wir wohl diesen Gegenstand verlassen und können zu dem Punkt:

VI Anträge

übergehen. Der erste Antrag lautet:

1. Das Zentralkomitee wolle seine Delegierten zum internationalen medizinischen Kongreß in Budapest beauftragen, eventuell die Gründung eines internationalen Komitees für ärztliches Fortbildungswesen in die Wege zu leiten.

M. H., ich glaube, daß wir hiermit einen Schritt tun können, der seinen Vorteil haben wird. In erster Reihe müssen wir allerdings streng nur das ärztliche Fortbildungswesen im Auge behalten. Was weiter sich daran schließen kann, bedarf natürlicherweise erst vorheriger Verständigung mit den betreffenden Instanzen. Also: sollen auch Erkundigungen und Erfahrungen aus dem Gebiete des akademischen Unterrichtes auf der Universität gesammelt werden, so ist es meiner Ansicht nach durchaus notwendig, daß vorher eine Anfrage bei den Universitäten stattfindet, ob sie uns unterstützen wollen. Selbstverständlich ist eine Mitwirkung der Behörden an allererster Stelle notwendig. Wir sind ausgegangen von den Einzelstaaten. Wir sind von den Einzelstaaten zum Reich gelangt, und jetzt kommt die Möglichkeit, einen weiteren Schritt zu tun zu einer internationalen Vereinigung. Dieser Schritt kann ja eigentlich nur Nutzen stiften; irgendetwas Bedenkliches hat die Sache meines Erachtens nicht. Wir können durch den gegenseitigen Austausch und den engeren Anschluß an die fremden ärztlichen Fortbildungseinrichtungen nur lernen.

Geh. San.-Rat Dr. Schwechten:

Nach dem, was der Herr Vorsitzende eben gesagt hat, klingt der Antrag ja ganz sympathisch. Ich möchte aber doch nach meinen Erfahrungen mit internationalen Vereinigungen auf anderen Gebieten davor warnen, sich davon zuviel zu versprechen. Die ganze Ausbildung der Ärzte und die ganze Stellung der Behörden zu den Ärzten sind in den verschiedenen Ländern doch so verschiedene, daß es, glaube ich, große Schwierigkeiten machen wird, einen Zusammenschluß herbeizuführen; ich kann mir von einer derartigen internationalen Vereinigung auch nicht annähernd den Vorteil versprechen, den wir beispielsweise bei dem Zentralkomitee von dem Reich haben gegenüber dem, was wir früher nur in Preußen hatten; ich betrachte diese letztere Erweiterung als eine wirklich zweckmäßige. Aber bei den internationalen Vereinigungen kommt doch erstens schon die Schwierigkeit in Frage, ein derartiges Komitee rechtzeitig am geeigneten Orte und zu geeigneter

Zeit zusammenzubringen; auch empfinden dann sehr häufig die einzelnen Länder es als eine gewisse Verpflichtung, Einladungen ergehen zu lassen. Dann werden Festlichkeiten usw. gefeiert, während die eigentliche wissenschaftliche Arbeit dabei ins Hintertreffen kommt. Ich glaube, daß das, was dadurch erreicht werden soll, viel besser erreicht wird, wenn ein dazu geeigneter Herr in ein Land, von dem man weiß, daß es vorbildliche Einrichtungen hat, hingeschickt wird und daß dieser Experte sich wirklich intensiv unterrichtet, wie die Dinge dort gehandhabt werden. Was er über seine Erfahrungen berichtet, kann man dann viel besser verwerten, als das durch einen solchen Apparat Gewonnene, der nach meinen Erfahrungen — allerdings auf anderen Gebieten, die aber doch nicht so sehr weit davon entfernt liegen — nachher oft sehr mangelhaft funktioniert.

Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Schmidtman:

Ich möchte mich den Ausführungen des Kollegen Schwechten durchaus anschließen und glaube, daß die Sache über den Rahmen unserer Aufgaben hinausgeht. Ich bin mehr für eine Vertiefung, die uns allen Nutzen bringt, als für eine Ausbreitung, die wir nicht übersehen können. Ich würde auch meinerseits gegen einen Eventualantrag nach dieser Richtung hin stimmen.

An der Diskussion beteiligen sich ferner: Herr R. Lennhoff, welcher eine ständige Fühlungsnahme der gleichartigen Verbände in den einzelnen Ländern für nützlich hält, der Vorsitzende und der Generalsekretär, welche letztere beide die von den Herren Schmidtman und Schwechten geäußerten Bedenken nicht teilen. Der Antrag wird schließlich, wenn auch nur mit einer Stimme Majorität, angenommen; die Delegierten, die Herren Waldeyer und Kutner werden demgemäß zu verfahren beauftragt.

Der zweite Antrag:

Das Zentralkomitee möge eine Änderung des § 6 seines Statuts beschließen, dahingehend, daß fortan die Berliner Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse einen Delegierten als ordentliches Mitglied des Zentralkomitees abordnet,

wird einstimmig angenommen. — Es folgt ferner die Verlesung eines Schreibens des Herrn Unterrichtsministers, in welchem dieser das Zentralkomitee ersucht, für seine satzungsgemäße Vertretung im Kuratorium der Akademie in Köln zwecks definitiver Ernennung des Herrn Vertreters Vorschläge zu unterbreiten. Hierzu liegt der folgende Antrag des Bureaus vor:

Das Zentralkomitee möge dem Herrn Minister seinen bisherigen Vertreter Herrn Geheimrat Bardenheuer als Mitglied des Kuratoriums vorschlagen.

Auch dieser Antrag wird einstimmig angenommen.

Herr Geheimrat Schmidtman wünscht Aufklärung, warum die verhandelte Tagesordnung um einen Punkt gegenüber der vorher zugesandten vermehrt sei, worauf der Herr Vorsitzende bemerkt, daß die vorher übersandte Tagesordnung als eine definitive nicht zu betrachten gewesen wäre, bzw. daß sich das Bureau erst einen Tag vor der Generalversammlung entschlossen habe, den qu. Punkt noch auf die Tagesordnung zu setzen; dem Ersuchen des Fragestellers, selbst in solchen Fällen in Zukunft wenigstens den Berliner Mitgliedern noch von der Änderung der Tagesordnung Kenntnis zu geben, verspricht der Vorsitzende Berücksichtigung.

Da weitere Anträge nicht vorliegen und die Tagesordnung erschöpft ist, schließt der Vorsitzende die Sitzung.

IV. Neue Literatur.

1. Referate von: Dr. K. Abel. — Dr. P. Bernhardt. — Prof. Dr. Ph. Bockenheimer. — Dr. A. Bruck. — Dr. C. S. Engel. — Dr. Cl. Koll. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Krause. — Dr. R. Ledermann. — Priv.-Doz. Dr. Merkel. — Prof. Dr. H. Rosin.

„Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.“ Von Dr. Foges und Dr. Fellner. (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen, Heft 22.) Verlag von Enke, Stuttgart. Preis 1,60 Mk.

Die Verf. geben in der vorliegenden Monographie, welche einen Teil der „physikalischen Therapie in Einzeldarstellungen

von Marcuse und Strasser bildet, einen Überblick über die konservativ-gynäkologischen Methoden der Behandlung. Von den neueren Methoden seien besonders die Belastungs-, Elektro-, Heißluft- und Saugtherapie erwähnt. Die erneute Empfehlung der Apostolischen elektrolytischen Behandlung, namentlich der Myome, hätten die Verf. wohl besser

unterlassen. Wir hoffen, daß man ihnen hierin nicht folgt, nachdem man nach hinreichend genügenden Mißerfolgen diese Methode längst verlassen hat. Hier kommt doch wohl die operative Behandlung mehr in Frage. Überhaupt scheint es mir, als wenn die Reaktion gegen die operative Behandlung in neuester Zeit ein bißchen zu weit geht. Auch mit der Belastungs-, Heißluft-, Elektro- und Saugtherapie kann man den richtigen Zeitpunkt zur Operation sehr wohl verpassen. Darum auch Mäßigung in zu konservativer Therapie!

K. Abel-Berlin.

„Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen.“ Für den Praktiker bearbeitet von Prof. Herm. Schlesinger, Wien. Mit einem Anhang von Primararzt Priv.-Doz. Dr. Julius Schnitzler, Wien. 3 Teile. Verlag von Gustav Fischer. Preis 9 Mk.

Das Werk verfolgt lediglich einen praktischen Zweck: auch dem nicht im Krankenhaus beschäftigten Arzte, dem ja jederzeit die chirurgischen Fachgenossen zur Seite stehen, ein selbständiges Urteil über die Notwendigkeit operativer Eingriffe bei inneren Leiden zu ermöglichen. Den einzelnen Kapiteln sind kurze Bemerkungen über Ätiologie, pathologische Anatomie, Klinik, Diagnose und Differentialdiagnose beigefügt. Der I. Band umfaßt die Krankheiten des Nervensystems, die der Knochen und Gelenke, der Respirationsapparate der Pleura und des Mediastinums, des Zirkulationssystems und den ersten Teil der Verdauungskrankheiten (Mund, Rachen und Speiseröhre). Der II. Teil die Krankheiten der Leber und Gallenblase, der Milz, Bauchspeicheldrüse, Nieren- und Harnblase. Der III. Teil endlich bespricht die Krankheiten des Verdauungsapparates im übrigen und des Bauchfells. Am Schlusse sind die Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburten bei inneren Krankheiten zusammengestellt, ferner sind die Operationen bei Diabetes mellitus besprochen. Von Schnitzler stammt das Endkapitel: Beeinflussung des Organismus durch operative Eingriffe.

Ein Index von reichlichen Literaturangaben am Schluß der Kapitel, die freilich nicht vollständig sein sollen, vervollkommen das Werk.

Es handelt sich zwar um eine Zusammentragung bekannter oft viel diskutierter Momente seitens eines auf dem einschlägigen Gebiete erfahrenen Autors. Allein die Idee an sich ist originell und vor allem von praktisch größerer Bedeutung als manche neue Untersuchung. Wir bewegen uns durchweg auf jenem neuerdings vielfach betretenen Grenzgebiete der Chirurgie und inneren Medizin und wir halten es für wesentlich, daß unter voller Berücksichtigung des Chirurgen von einem Internisten die Fragestellung zu operativen Eingriffen dem in praxi befindlichen Arzte auseinandergesetzt wird. Mit großem Fleiße und mit anerkennenswerter Vollständigkeit sind alle in Betracht kommenden Antworten gegeben. Wir können das Buch, das reichliche Belehrung bringt, dem praktischen Arzte aufs wärmste empfehlen. H. Rosin-Berlin.

„Augenleiden bei Diabetes.“ Von Prof. Dr. Groenouw. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, VII. Bd., Heft 2/3.) Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. Preis 2 Mk.

Eine sehr interessante und lehrreiche Abhandlung des auch durch seinen Beitrag (Beziehungen des Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans) im Graefe-Saemisch'schen Handbuche bekannten Breslauer Ophthalmologen. An der Hand der sehr reichlichen Literatur und seiner eigenen vielfältigen Erfahrung bespricht Groenouw eingehend die dem Gefolge der Zuckerruhr auftretenden Erkrankungen des Auges, sowohl nach der klinischen, als auch nach der pathologisch-anatomischen Seite hin; sowie auch bezüglich ihrer Häufigkeit. Vorausgeschickt sind diesen Ausführungen einleitende Bemerkungen über den Diabetes und geschichtliche Daten. Eine kurze Besprechung der Schrift kann natürlich nicht über den reichhaltigen Inhalt unterrichten. Cl. Koll-Elberfeld.

„Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen.“ Von Prof. Dr. Grashey. Verlag von J. F. Lehmann, München. Preis geb. 16.— M.

Für die Beurteilung einer Erkrankung durch das Röntgenbild ist es eine Grundbedingung, daß man eine genaue Kenntnis normaler Röntgenbilder besitzt. Der große Unterschied des normalen Röntgenbildes zwischen Erwachsenen und Kind ist bekannt. Verf. hat es daher unternommen, eine Anzahl Normalbilder von den verschiedenen Körperregionen darzustellen. Diese Normalbilder sind in ganz bestimmten Aufnahmerrichtungen gemacht, die dann auch bei Aufnahmen erkrankter Regionen innegehalten werden müssen. Dabei sind die Schwankungen in den Körperformen sowie seltener Abweichungen, sog. Varietäten, berücksichtigt. Um Irrtümer in der Diagnose zu vermeiden, ist die Kenntnis dieser Varietäten unerlässlich. So dient der Atlas denjenigen Ärzten, die im Leben von Röntgenbildern unerfahren sind, als Grundlage für weitere praktische Erfahrungen. Auch für Lehrzwecke ist der Atlas sehr dienlich, da zur Erklärung der pathologischen Röntgenbilder die Abbildungen des Normalen eine ausgezeichnete Verständigung ermöglichen. In der Einleitung des sehr empfehlenswerten Atlas finden wir noch einiges über Instrumentarium, Aufnahmetechnik, Orientierung auf dem Röntgenbild und Beurteilung von Röntgenbildern.

Ph. Bockenheimer-Berlin.

„Praktische Anleitung zur Ausführung des biologischen Eiweißdifferenzierungsverfahrens mit bes. Berücksichtigung der forensischen Blut- und Fleischuntersuchung, sowie der Gewinnung präzipitierender Sera.“ Von Prof. Dr. P. Uhlenhuth und Dr. Weidanz. Mit 38 Figuren im Text. 246 S. Verlag von Gust. Fischer, Jena 1909. Preis 6,50 Mk.

In Form einer umfassenden monographischen Darstellung bringen die Verf. hier nunmehr eine zusammenfassende Bearbeitung der modernen Blutuntersuchung und Eiweißdifferenzierung wie ihrer praktischen Anwendung im Dienst der Forschung und der Rechtsprechung. Uhlenhuth hatte bekanntlich 1905 eine ausgewählte Sammlung seiner bis dahin erschienenen Arbeiten und Gutachten veröffentlicht, die uns in der historischen Reihenfolge der Publikationen ein Bild von der Entwicklung der biologischen Eiweißdifferenzierung gaben; so wertvoll diese Sammlung war, so war sie naturgemäß nicht übersichtlich und erschöpfend genug, um als praktische Anleitung und Einführung in die forensische Blutuntersuchung zu dienen.

Dieser Aufgabe wird das vorliegende Werk dagegen in ganz vorzüglicher Weise gerecht, wie sich Ref. nach der Durcharbeitung der Monographie überzeugte! Es bringt nicht nur in klar verständlicher übersichtlicher Darstellung die theoretisch wissenschaftlichen Grundlagen der Präzipitinreaktion, der Neißer-Sachs'schen Eiweißdifferenzierung durch Komplementbindung, wie auch der neuerdings diskutierten Anaphylaxiereaktion, sondern es bieten die Verf. dank ihrer großen praktischen Erfahrungen auf diesen Gebieten eine ganz ins einzelne gehende technische Beschreibung der verschiedenen Methoden; dabei ist natürlich der größte Wert auf die — für die forensischen Zwecke — praktisch wichtigste Methode der Präzipitinreaktion gelegt und es wird deren Bedeutung durch eine Auswahl abgegebener gerichtlicher Gutachten deutlich erwiesen.

So findet in der vorliegenden Bearbeitung der sich dafür interessierende Arzt und Tierarzt, der sich in die Praxis der modernen Blut- und Fleischuntersuchung einarbeiten will, die beste Gelegenheit dazu, aber auch dem mit der Untersuchungstechnik bereits vertrauten Sachverständigen wird darin mancherlei neue Anregung und Belehrung zuteil, zumal im Anhang eine sorgfältige Zusammenstellung aller einschlägigen Arbeiten des In- und Auslandes enthalten ist; endlich aber wird der an den vorliegenden Fragen besonders interessierte Jurist (Untersuchungsrichter, Staatsanwalt, Rechtsanwalt usw.) die Möglichkeit haben, sich in dem Buch über die wichtigsten wissenschaftlichen Grundlagen, über die Technik und über die Grenzen der für die Rechtsprechung so außerordentlich wichtigen Methoden orientieren zu können.

Die modernen Methoden der Blut- und Fleischuntersuchung sind bisher in keinem unserer gebräuchlichen Handbücher der gerichtlichen Medizin in so umfassender Weise bearbeitet und konnten natürlich auch nur in einer so eingehenden Monographie behandelt werden; daher kann man

mit vollem Recht sagen, daß die zusammenfassende Arbeit von Uhlenhuth und Weidanz einem wirklichen Bedürfnis entspricht und daß sie infolge der trefflichen Darstellung der Materie allseits einer freundlichen Aufnahme und weiten Verbreitung sicher sein darf. Merkel-Erlangen.

„Lehrbuch der Ohrenheilkunde für Studierende und Ärzte.“ Von Dr. G. Boenninghaus. Mit 139 Textabbildungen und 1 Tafel farbiger Trommelfellbilder. Verlag S. Karger-Berlin.

Der Büchermarkt hat in jüngster Zeit auf otiatrischem Gebiete mehrere Lehrbücher gebracht, als letztes — nach dem Zeitpunkt seines Erscheinens, nicht nach seinem Wert — das von Boenninghaus. Der Verfasser beherrscht die Literatur seines Spezialgebietes, ohne sich in überflüssige Literaturangaben zu verlieren; dabei hat er — das merkt man auf jeder Seite — volles Verständnis für die Bedürfnisse der Praxis und bringt in jedem einzelnen Abschnitt, was nur irgend förderlich ist für die Orientierung und Schulung des Lesers in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Vorzüglich gelungen ist der propädeutische Teil, der die otoskopische Technik, die Trommelfellbilder und die Physiologie des Ohres behandelt. Doch scheint es Ref., als ob der Verfasser, seinem eigenen experimentell betätigten Interesse zu Liebe, gerade das Kapitel über die Physiologie etwas zu breit und — wenn man so sagen darf — zu wissenschaftlich, wenigstens im Rahmen eines für Praktiker und Studierende berechneten Lehrbuches, abgehandelt hat. Es ist hier, auf diesem schwierigen Gebiet, noch manches Hypothese und hätte füglich fortbleiben oder nur ganz lose gestreift werden brauchen. Dafür hätte Verfasser vielleicht besser die Anatomie des inneren Ohres, statt später im Spezialteil, am Anfang des physiologischen Teiles bringen sollen; das Verständnis würde dabei gewonnen haben. Im speziellen Teil scheinen nur die adenoiden Vegetationen zu kurz weggekommen zu sein; bei den innigen Wechselbeziehungen zwischen Rachenmandel und Ohr wäre größere Ausführlichkeit am Platze gewesen. Die Auffassung des Autors, daß Federzeichnungen unter allen Umständen den Vorzug vor photographischen Reproduktionen verdienen, kann Ref. auf Grund eigener Erfahrungen nicht teilen. Vollends brauchen doch wohl Instrumente und Apparate, die jeder Katalog in musterhafter Plastik bringt, nicht erst mit der Feder gezeichnet zu werden.

Doch das sind verhältnismäßig geringfügige Einwände, über deren Berechtigung sich zudem diskutieren läßt. Die außerordentlichen Vorzüge des ganz von modernem Geiste erfüllten Buches werden dadurch nicht beeinträchtigt; es wird sich zweifellos viele Freunde erwerben.

A. Bruck-Berlin.

„Hygiene in den Bergen.“ Von Dr. L. L. Kleintges in München. Verlag der ärztlichen Rundschau. München 1906. Preis 0,50 Mk.

Die vorliegende kleine Abhandlung bespricht die hauptsächlichsten Faktoren, welche in den Alpen zur Geltung kommen in ihrem Einfluß auf den Organismus und enthält wertvolle Ratschläge und Winke eines auf dem Gebiete des Alpinismus erfahrenen Arztes. H. Rosin-Berlin.

„Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erzieherischen Therapie.“ Von Dr. F. C. R. Eschle, Sinsheim. Verlag: Fischer's Medizinische Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.

Das Buch dient zwei in der jüngsten Zeit mit Recht zu Ehren gekommenen Richtungen des Forschens und Helfens, nämlich den bedeutsamen energetischen Lehren Ottomar Rosenbach's einerseits und der Arbeitstherapie andererseits. In letzterer Hinsicht steht die Schrift den Arbeiten von Moebius, Grohmann, Christian Schwarz nahe. Diese ergänzt das Buch von Eschle ausgezeichnet in der Richtung, daß hier gezeigt wird, welche ein dankbares Material zu psychischer Therapie auch große Armenanstalten (wie die badischen Kreispflegeanstalten) dem denkenden Arzte bieten. Dieser praktische (4.) Teil des Buches (S. 113—186) enthält eine Menge feiner Bemerkungen und wertvoller Erfahrungen. Die 3 ersten Teile enthalten I. Psychologische Vorbemerkungen — eine knappe klare Darstellung des „Wollens“ in der modernen psychologischen Auffassung. II. Neuro- und Psychomechanik des Willensaktes. III. Die Störungen der Willensvorgänge (Abulische Insuffizienz Rosenbach) und ihre Formen. In diesen theoretischen Kapiteln steht der Verf. ganz auf dem Boden Rosenbach's, dem auch das Buch gewidmet ist. P. Bernhardt-Dalldorf.

„Die Bakteriologie des Blutes bei Infektionskrankheiten.“ Von Dr. med. Canon. Veilag von Gustav Fischer, Jena. Preis 5 Mk., geb. 6 Mk.

Die unter eingehendster Benutzung der Literatur — 860 Nummern — verfaßte Monographie des Verf. ist sowohl vom wissenschaftlichen Standpunkt als besonders in praktischer Beziehung als sehr wertvoll zu begrüßen. Es wird nicht nur auf das Ausführlichste dargetan, bei welchen Krankheiten Mikroorganismen im zirkulierenden Blute mit einwandfreien Methoden aufgefunden worden sind, auch die einzelnen Bakterien sind einer systematischen Besprechung unterzogen worden. Für denjenigen, der sich mit der Bakteriologie des Blutes noch nicht eingehender beschäftigt hat, ist zweifellos die kritische Art der Behandlung des Stoffes nicht minder erwünscht, als die große Zahl eigener Erfahrungen, über die der Autor zu berichten imstande ist. Wenn zweifellos die zahlreichen Angaben über die diagnostischen und prognostischen Ergebnisse dieser noch wenig eingebürgerten Art der Blutuntersuchung geeignet sind, dieser zahlreiche neue Anhänger zu gewinnen, so werden auch diejenigen Praktiker, namentlich Chirurgen, aus den Ausführungen des Autors reichlichen Gewinn schöpfen, welche sich mit bakteriologischen Untersuchungen weniger befassen. Die außerordentliche Leichtigkeit und Häufigkeit, mit der pathogene Keime in die Blutbahn gelangen und schwere Störungen hervorrufen können, zwingen zu größter Vorsicht, wenn es sich um chirurgische Eingriffe im entzündlichen Gewebe, selbst um Inzisionen handelt. Deshalb wünscht der Autor der Bier'schen Stauungshyperämie die weiteste Verbreitung. Das Buch wird sich zweifellos sehr viele Freunde erwerben. C. S. Engel-Berlin.

„Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbsunzucht? Eine zeitgemäße Betrachtung.“ Von Dr. Gaston Vorberg. Verlag der Ärztlichen Rundschau von Otto Gmelin, München.

Vorberg gibt nach einer geschichtlichen Einleitung einen Überblick über die Unterschiede in den Anschauungen der Abolitionisten und Reglementaristen und kommt auf Grund einer vergleichenden Darstellung der Prostitutionsverhältnisse im Ausland, zu dem Schluß, daß in der Frage der Prostitutionsüberwachung einzig und allein der gesundheitliche Standpunkt maßgebend sein soll. Als vorbeugende Maßregeln empfiehlt er 1. die Zerstörung des Krankheitsherdes, soweit dies möglich ist, 2. die Absonderung des Krankheitsträgers von seinen gesunden Mitmenschen. Die persönlichen Interessen einzelner Gruppen haben nach seiner Ansicht zurückzutreten, wenn es sich um das Wohl und Wehe der Gesamtheit handelt. Die kleine Schrift gibt auch für denjenigen, welcher die betreffende Materie beherrscht, mancherlei interessante Anregung und neue Gesichtspunkte. R. Ledermann-Berlin.

„Die Vorgeschichte der Menschheit im Lichte unserer Entwicklungsgeschichtlichen Kenntnisse.“ Von Dr. E. Müller de la Fuente. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden.

Seit man eine Entwicklungsreihe aufgestellt hat, die vom Pithecanthropus über den Neandertaler zum Homo truginensis und Homo sapiens reicht, ist das Interesse des großen Publikums an den einschlägigen Fragen erheblich gewachsen. Die kleine Schrift enthält eine angenehm lesbare populäre Darstellung, die größtenteils aus mehr populären Darstellungen geschöpft ist, was nicht anders sein konnte, da der Verf. besonders Physiologie und Pharmakologie zu bearbeiten gewohnt scheint. Die Vorfahren des Menschen sollen von den Bäumen heruntergestiegen sein, um sich den aufrechten Gang anzugewöhnen. Bei dieser den frühesten Zeiten des Darwinismus angehörenden Vorstellung fehlt die Erkenntnis, daß der ge-

meinschaftliche Urahn vom Menschen und Affen im Eocän begraben liegt, falls er nicht noch viel weiter hinaufreicht. Auch die Hypothese von einem Zusammenhang der australischen Eingeborenen mit primitiven menschlichen Formverhältnissen beruht auf anatomischem Mißverständnis. Bekanntlich hängt die Ausbildung der Arcus superciliares beim Australier von Verkürzung der Schädelbasis und kolossaler Verdickung der soliden platten Schädelknochen ab. Beim Neandertaler und Pithecanthropus aber handelt es sich um hervorragende

Ausbildung der Stirnhöhlen, die entwicklungsgeschichtlich der Nase und nicht dem Schädel selbst angehören. Die beiden Dinge haben also gar nichts miteinander zu tun. Die besondere Kletterfähigkeit der australischen Eingeborenen wird neuerdings weniger betont, da es erwiesen ist, daß die weißen Söhne australisch-englischer Farmer die senkrechten Palmenstämme ebensogut zu erklettern verstehen, wie die Ureingeborenen.

W. Krause-Berlin.

2. Bei der Redaktion eingegangen. Besprechungen vorbehalten.

- Albers-Schönberg, Prof. Dr.: „Die Röntgentechnik.“ Dritte Auflage. Bearbeitet von Prof. Dr. Albers-Schönberg und Prof. Dr. Walter. Verlag: Lucas Gräfe u. Sillem (Edmund Sillem) in Hamburg. 1909.
- Asher, Leon, Prof. Dr.: „Der physiologische Stoffaustausch zwischen Blut und Geweben.“ Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 1.20.
- Broesike, Gustav, Dr.: „Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers.“ Ergänzungsband: Die Lageverhältnisse der wichtigsten Körperregionen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. Verlag: Fischer's Med. Buchhandlung H. Kornfeld. 1909. Preis M. 10.—.
- H. von Helmholtz: „Handbuch der physiologischen Optik.“ 3. Aufl. Ergänzt und herausgegeben in Gemeinschaft mit Prof. Dr. A. Gullstrand und Prof. Dr. J. v. Kries und Prof. Dr. W. Nagel. I. Bd. Verlag: Leopold Voß in Hamburg. 1909. Preis M. 14.—, geb. M. 16.—.
- Lenzmann, Richard, San.-Rat. Dr.: „Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände.“ 2. Aufl. Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis geb. M. 12.—.
- Lobedank, Stabsarzt Dr.: „Die frühzeitige Erkennung und die Behandlung der Lungenschwindsucht (Lungentuberkulose) durch Tuberkulin.“ Mit einem Vorwort von Chefarzt Dr. O. Roepke. Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin) in München. 1909. Preis M. 0.80.
- Lockemann, Georg, Priv.-Doz. Dr.: „Die Beziehungen der Chemie zur Biologie und Medizin.“ Verlag: Carl Winter's Universitätsbuchhandlung in Heidelberg. 1909. Preis M. 0.80.
- Lorand, A. Dr.: „Das Altern, seine Ursachen und seine Behandlung durch hygienische und therapeutische Maßnahmen.“ Ein Handbuch für eine rationelle Lebensweise. Verlag: Dr. Werner Klinkhardt in Leipzig. 1909.
- Martius, Friedrich, Prof. Dr.: „Neurasthenische Entartung einst und jetzt.“ Verlag: Deuticke in Wien. 1909. Preis M. 1.—.
- Mayer, Johann Eugen: „Heizung und Lüftung.“ (Aus Natur und Geisteswelt.) Verlag: B. G. Teubner in Leipzig. 1909. Preis geheftet M. 1.—, in Leinwand geb. M. 1.25.
- „Medizinalstatistische Nachrichten.“ Im Auftrage des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, herausgegeben vom Kgl. Preuß. Statistischen Landesamte. I. Jahrgang. I. Heft. Verlag des Königl. Statistischen Landesamtes in Berlin. 1909. Preis für den Jahrgang M. 6.—, für das Einzelheft M. 1.50.
- Moses, Julius, Dr.: „Frauenstudium und Volkshygiene.“ Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin) in München. 1909. Preis 60 Pf.
- Nolda, Geh. San.-Rat Prof. Dr.: Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranken.“ 2. Aufl. Verlag: Carl Marhold in Halle a. S. 1909. Preis 50 Pf.
- Orlowski, Dr.: „Die Schönheitspflege.“ Für Ärzte und gebildete Laien. 2. Aufl. Verlag: Curt Kabitzsch (A. Stuber) in Würzburg. 1909. Preis M. 2.50.
- Pappenheim, Artur, Dr.: „Atlas der menschlichen Blutzellen.“ Zweite (Schluß-) Lieferung. Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 30.—.
- Picker, Rudolf, Dr.: „Die topische Diagnose der chronischen Gonorrhoe und der anderen bakteriologischen Infektionen in den Harn- und Geschlechtsorganen des Mannes.“ Zugleich ein Beitrag zur Pathologie und Bakteriologie der Gonorrhoe des Mannes. Verlag: Oscar Coblentz in Berlin. 1909. Preis M. 1.60.
- Pistor, Moritz, Geh. Ob.-Med.-Rat Dr.: „Grundzüge einer Geschichte der preußischen Medizinalverwaltung bis Ende 1907.“ Verlag: Friedrich Vieweg & Sohn in Braunschweig. 1909. Preis M. 7.—.
- Polag, B., Dr.: „Die Berechtigung des künstlichen Abortus vom medizinischen, juristischen und nationalökonomischen Standpunkte.“ Verlag: Ludolf Beust in Straßburg i. E. 1909. Preis M. 1.80.
- Pribram, Alfred, Prof. Dr.: „Grundzüge der Therapie.“ 2. Aufl. Verlag: Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld in Berlin. 1909. Preis M. 4.—.
- Romberg, Ernst, Prof. Dr.: „Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße.“ 2. Aufl. Verlag: Ferd. Enke in Stuttgart. 1909. Preis M. 14.—.
- Rosemann, A., Prof. Dr.: „L. Landois Lehrbuch der Physiologie des Menschen.“ 12. Aufl. I. Bd. Verlag: Urban & Schwarzenberg in Berlin. 1909. Preis M. 9.—.
- Roth, Reg. u. Geh. Med.-Rat Dr.: „Kompendium der Gewerbekrankheiten und Einführung in die Gewerbehygiene.“ 2. Aufl. Verlag: Richard Schoetz in Berlin. 1909. Preis M. 6.—, geb. M. 7.—.
- Rubin, J., Dr.: „Grundzüge der internen Arbeiterversicherungs-Medizin.“ Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 4.50.
- Rumpel, Stabsarzt, Priv.-Doz. Dr.: „Die Cystoskopie im Dienste der Chirurgie.“ Verlag: Urban & Schwarzenberg in Berlin. 1909. Preis M. 30.—.
- Sachs, Heinrich, Priv.-Doz. Dr.: „Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung.“ Verlag: Preuß & Jünger in Breslau. 1909. Preis M. 3.—.
- Sahli, H., Prof. Dr.: „Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden.“ Für Studierende und praktische Ärzte. 5. Aufl. 2. Hälfte. Verlag: Franz Deuticke in Wien. 1909. Preis M. 28.—.
- Salge, B., Prof. Dr.: „Einführung in die moderne Kinderheilkunde.“ Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Verlag: Julius Springer in Berlin. 1909. Preis M. 9.—.
- „Sanitätsdienst und Gesundheitspflege im Deutschen Heere.“ Ein Lehr- und Handbuch für Militärärzte des Friedens- und des Beurlaubtenstandes. Herausgegeben von Gen.-Arzt Dr. A. Villaret und Gen.-Arzt Dr. F. Paalzw. Verlag: Ferd. Enke in Stuttgart. 1909. Lfg. 5 Preis M. 4.—; Lfg. 6 Preis M. 6.—.
- Sauerbeck, Ernst: „Die Krise in der Immunitätsforschung.“ Verlag: Werner Klinkhardt in Leipzig. 1909. Preis M. 1.80.
- Schirokauer, Hans, Dr.: „Theorie und Praxis der Eisentherapie nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft.“ Verlag: Carl Marhold in Halle a. S. 1909. Preis M. 1.—.
- Schmorl, G., Geh. Med.-Rat Prof. Dr.: „Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden.“ 5. Aufl. Verlag: F. C. W. Vogel in Leipzig. 1909. Preis M. 10.—.
- Schnirer, M. T., Dr.: „Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener u. a. deutschen Kliniken.“ 6. Ausgabe. Verlag: Curt Kabitzsch (A. Stuber) in Würzburg. 1910. Preis M. 2.—.
- Scholtz, W., Prof. Dr.: „Pathologie und Therapie der Gonorrhoe in Vorlesungen.“ Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Zweite erweiterte und umgearbeitete Auflage. Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 4.50.
- Schridde, Hermann, Priv.-Doz. Dr.: „Die ortsfremden Epithelgewebe des Menschen.“ Untersuchungen und Betrachtungen. Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 1.60.

- Schumm, Otto: „Klinische Spektroskopie.“ Verlag: Gustav Fischer in Jena. 1909. Preis M. 6.—.
- Schürmayer, Carl Bruno, Dr.: „Harn-Untersuchungen und ihre diagnostische Verwertung.“ 2. Aufl. Verlag: J. F. Bergmann in Wiesbaden. 1910. Preis M. 7.20.
- Schwalbe, Ernst, Prof. Dr.: „Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere.“ Ein Hand- und Lehrbuch für Morphologen, Physiologen, praktische Ärzte und Studierende. III. Teil. 1. Lfg. Verlag: G. Fischer in Jena. 1909. Preis M. 6.—.
- Schwalbe, J., Prof. Dr.: „Jahrbuch der praktischen Medizin.“ Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der praktischen Ärzte. Jahrg. 1909. Verlag: Ferdinand Enke in Stuttgart. 1909. Preis M. 15.40.
- Sommer, Robert, Prof. Dr.: „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.“ IV. Bd. 3. Heft. Verlag: Carl Marhold in Halle a. S. 1909.
- Stadelmann, Heinrich, Dr.: „Ärztlich-pädagogische Vorschule auf Grundlage einer biologischen Psychologie.“ Verlag: Leopold Voß in Hamburg. 1909. Preis M. 5.—.
- Strasburger, Julius, Prof. Dr.: „Einführung in die Hydrotherapie und Thermoherapie.“ Verlag: G. Fischer in Jena. 1909. Preis M. 6.—, geb. M. 7.—.
- Thiem, C., Prof. Dr.: „Handbuch der Unfallerkkrankungen einschließlich der Invalidenbegutachtung.“ 2. Aufl. I. Bd. Verlag: F. Enke in Stuttgart. 1909. Preis M. 21.50.
- Thöle, Fr., Prof. Dr.: „Das vitalistisch-teleologische Denken in der heutigen Medizin.“ Mit besonderer Berücksichtigung von Bier's wissenschaftlichen Erklärungen. Verlag: Ferd. Enke in Stuttgart. 1909.
- Unger, F., Prof. Dr.: „Lehrbuch der Ernährung und Stoffwechselkrankheiten für Ärzte und Studierende.“ Verlag: Urban & Schwarzenberg in Berlin. 1909. Preis M. 12.—.
- Wachenfeld, San.-Rat Dr.: „Der Stoffwechsel und die Krankheiten des Herzens und der Gefäße.“ I. Teil. Verlag der Ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin) in München. 1909. Preis M. 1.—.
- Wilhelm, Eugen, Amtsgerichtsrat a. D. Dr.: „Die rechtliche Stellung der (körperlichen) Zwitter de lege lata und de lege ferenda.“ (Jur. psych. Grenzfragen, 7. Bd., 1. Heft.) Verlag: Carl Marhold in Halle. 1909. Preis M. 1.50.
- Wilke, Arnold, Dr.: „Grundriß der Stoffwechselkrankheiten und Konstitutionsanomalien unter besonderer Berücksichtigung ihrer physikalisch-diätetischen Behandlung.“ Verlag: J. F. Bergmann in Wiesbaden. 1909. Preis M. 6.—.
- Wohlauer, Franz, Dr.: „Technik und Anwendungsgebiet der Röntgenuntersuchung.“ Mit 74 Textabbild. Verlag: F. Enke in Stuttgart. 1909. Preis M. 3.60.
- Wölfler, Anton, Prof. Dr. und Lieblein, Viktor, Prof. Dr.: „Die Fremdkörper des Magen-Darmkanals des Menschen.“ (Deutsche Chirurgie, Lfg. 46b.) Verlag: Ferd. Enke in Stuttgart. 1909. Preis M. 16.—.
- „Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin.“ Herausgegeben von Prof. Dr. Müller und Prof. Dr. Seifert. 9. Bd., 11. Heft. Verlag: Curt Kabitzsch (A. Stuber) in Würzburg. 1909. Preis 85 Pf.
- Zörnig, Heinrich, Dr.: „Arzneidrogen.“ 1. Teil, 1. Lfg., 2. Lfg. und 3. Lfg. Verlag: Dr. Werner Klinkhardt in Leipzig. 1909. Preis geb. je M. 5.25.
- Zuckerkanal, Otto, Prof. Dr.: „Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre.“ (Lehmann's Medizinische Handatanten, Bd. 16.) 4. Aufl. Verlag: J. F. Lehmann in München. 1909. Preis M. 12.—.

V. Tagesgeschichte.

Herzog Karl Theodor in Bayern ist am 30. November nach längerer Krankheit verschieden. Wir haben erst kürzlich anlässlich des 70. Geburtstages auf die ganz einzigartige Persönlichkeit des Verstorbenen hingewiesen. Mit diesem Sproß der Wittelsbacher ist ein wahrhaft großer Wohltäter und ein bedeutender Arzt dahingegangen. Bei ihm war die ärztliche Tätigkeit nicht wie sonst wohl bürgerliche Berufe bei Mitgliedern von Fürstenhäusern nur etwas Dekoratives: vielmehr hat er sie mit einem heiligen Ernst betrieben und bekanntlich zahllosen Augenleidenden in segensreicher Weise geholfen. Wie sehr er sich, ungeachtet seiner nahen Zugehörigkeit zum bayrischen Königshause als Arzt fühlte, zeigt die vielleicht in weiteren Kreisen nicht bekannte Tatsache, daß Herzog Karl Theodor anlässlich des bekanntesten Konfliktes in München warm für die freie Arztwahl eintrat und auch Mitglied des „Leipziger wirtschaftlichen Verbandes“ wurde. Das Andenken dieses fürstlichen Kollegen, der zu den Bestrebungen der ärztlichen Fortbildung durch seine Eigenschaft als Ehrenmitglied des „Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen“ in besonders naher Beziehung stand, wird allzeit in hohen Ehren gehalten werden.

Ktr.

Senator und Ewald. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator, der, wie wir seinerzeit mitteilten, wegen der gegen ihn in Angelegenheit der russischen Konsultationen erhobenen Beschuldigung gegen sich selbst ein Disziplinarverfahren beantragt und inzwischen seinen Vorsitz in der „Berliner Medizinischen Gesellschaft“ niedergelegt hatte, ist in vollkommener Weise gerechtfertigt aus der Angelegenheit hervorgegangen. Es hat sich nichts ergeben, was auch nur den leisesten Zweifel an der Lauterkeit des Genannten zuließe. In gleicher Weise ist auch Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ewald von jeglichem Verdacht einer inkorrekten Handlung durch die Untersuchung befreit worden. Wir können mit herzlicher Freude der Genugtuung Ausdruck verleihen, daß der Ehrenschild dieser hervorragenden beiden Berliner Kliniker hiermit von jedem Schatten einer Mißdeutung gereinigt worden ist. Senator ist noch dadurch eine besondere Genugtuung zuteil geworden,

daß seine Berliner Kollegen ihm ein weithin sichtbares Zeichen ihres unerschütterten Vertrauens gegeben haben, indem sie ihn in der letzten Sitzung der „Berliner Medizinischen Gesellschaft“ mit einer überwältigenden Majorität aufs neue zum Vorsitzenden wählten.

Das ärztliche Fortbildungswesen in Thüringen hat Dank der bemerkenswerten Tätigkeit des neubegründeten Landesausschusses für die thüringischen Staaten (Vorsitzender Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing-Jena) einen überaus erfreulichen Aufschwung genommen. Im gegenwärtigen Winter werden von Jenaer Professoren in vier Städten Thüringens Vorträge für praktische Ärzte gehalten. Die Frequenz der Teilnehmer beträgt in Jena 69, in Erfurt 148, in Gera 51 und in Meiningen 54. Diese Zahlen zeigen, daß eine planmäßige Organisation und die Art des Vorgehens geradezu entscheidend für die Tatsache sind, daß immer weiteren Kreisen der Kollegen der ärztliche Fortbildungsunterricht zugänglich gemacht wird.

Im Kaiserin Friedrich-Hause fand in der vergangenen Woche die Jahresversammlung der Kaiserin Friedrich-Stiftung statt, an welcher u. a. als Vertreter des Unterrichtsministers Ministerialdirektor Dr. Förster, sowie die Geheimräte Dietrich und Tilmann teilnahmen. Es waren ferner erschienen: Freiherr von Reischach, der Präsident des Reichsgesundheitsamts Bumm, der frühere Kultusminister von Studdt. Zu Beginn widmete der Vorsitzende Präsident des Oberverwaltungsgerichts von Bitter dem dahingegangenen Mitgliede Geheimrat von Renvers warme Worte der Erinnerung. Hiernach wurde beschlossen, im Hause eine Ehrentafel zum Andenken an die besonders verdienten dahingegangenen Mitglieder zu errichten und als erste Ernst von Bergmann und Friedrich Althoff auf der Tafel zu verewigen. Sodann erstattete Prof. R. Kutner den Jahresbericht, aus dem hervorging, daß das Haus auch im vergangenen Jahre eine gedeihliche Entwicklung genommen hat. Bemerkenswert erscheint, daß der im vorigen Jahre neu geschaffene Reichsausschuß für das ärztliche Fort-

bildungswesen, sowie das im Herbst im Anschluß an den Internationalen Ärztekongreß neu begründete Internationale Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen das Kaiserin Friedrich-Haus als räumlichen Mittelpunkt ihrer Arbeitstätigkeit anerkannt haben. Ferner ist aus dem Bericht hervorzuheben, daß nicht allein zahlreiche Ärztekurse, sondern auch eine sehr erhebliche Fülle von gemeinnützigen Vorträgen für Laien im Hause stattfanden, vorwiegend veranstaltet vom „Vaterländischen Frauenverein vom Roten Kreuz“, vom „Samariterverein vom Roten Kreuz“ und einigen großen Organisationen für die Krankenpflege; im Sinne der verewigten Kaiserin Friedrich werden das Haus und alle seine Einrichtungen für solche gemeinnützigen Zwecke jederzeit unentgeltlich bereit gestellt. Der Bericht schloß mit dem Hinweis, daß auch die Lehrmittelsammlung, deren Objekte für ärztliche Lehrzwecke und öffentliche Vorträge auf dem Gebiete der Gesundheitspflege ebenfalls unentgeltlich und zwar leihweise auch außerhalb des Instituts hergegeben werden, sich einer immer steigenden Inanspruchnahme erfreue. Es folgte die einstimmige Wahl des gegenwärtigen Unterrichtsministers von Trotz zu Solz als Mitglied der Stiftung. Hieran schlossen sich Beratungen über den Etat und interne Angelegenheiten.

Berichtigung zur Arbeit Ehrlich: „Chemotherapie der Infektionskrankheiten.“ In der Tabelle „Heilversuch der Hühnerspirillose“ Seite 732 (in voriger Nummer) muß die Angabe des Schlußgewichts vom letzten Kontrolltier 1190 wegfallen.

Personalien. Ernennungen: **Ordentlicher Professor:** a. o. Prof. Dr. Hans Leo in Bonn; Prof. Dr. Anton Steyrer (Berlin) in Greifswald. — **Außerordentlicher Professor:** Dr. F. Göppert (Kiel) in Göttingen; Priv.-Doz. Prof. Dr. Paul Stenger in Königsberg i. Pr. — **Geheimer Medizinalrat:** Prof. Dr. Julius Schreiber in Königsberg. — **Titel Professor:** Priv.-Doz. Dr. Eduard Allard in Breslau; Priv.-Doz. Dr. Embden in Bonn; Dr. Habs in Magdeburg-Altstadt; Priv.-Doz. Dr. Bruno Heymann in Breslau; Dr. Emil Klein in Berlin; Dr. Mense in Cassel; Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Reis in Bonn; Priv.-Doz. Dr. August Rieländer in Marburg; San.-Rat Dr. Rosenblath in Cassel; Priv.-Doz. Dr. Paul Schröder in Breslau; Priv.-Doz. Dr. Rudolf Stich in Bonn; Priv.-Doz. Dr. Georg Wetzel in Breslau. — **Geheimer Sanitätsrat:** San.-Rat Dr. Karl Abée in Marburg; San.-Rat Dr. Karl Augstein in Bromberg; San.-Rat Dr. Ernst Boegehold in Berlin; San.-Rat Dr. Alfred Böger in O-nabrück; San.-Rat Dr. Brunk in Bromberg; San.-Rat Dr. Hermann Gock in Landsberg a. W.; San.-Rat Dr. Gordes in Witten; San.-Rat Dr. Philipp Graff in Berlin; San.-Rat Dr. Hermann Groos in Hedersleben; San.-Rat Dr. Bernhard Heidenhain in Stettin; San.-Rat Dr. Hubert Holzschneider in Cronenberg; San.-Rat Dr. Huchzermeier in Gadderbaum; San.-Rat Dr. Lasinski in Breslau; San.-Rat Dr. Otto Müller in Schlawe; San.-Rat Dr. Emil Palm in Pritzwalk; San.-Rat Dr. Wilhelm Hubert Peusquens in Königswinter; San.-Rat Dr. Heinrich Rehfeldt in Frankfurt a. O.; Prof. Dr. Ludwig Rehn in Frankfurt a. M.; Hofrat Dr. Friedrich Röchling in Misdroy; San.-Rat Dr. Hermann Schmiegelow in Sonderburg; San.-Rat Dr. Robert Schultze in Düsseldorf; San.-Rat Dr. Paul Schulz in Berlin; San.-Rat Dr. Schwarzauer in Schöneberg; San.-Rat Dr. Emil

Suadicani in Schleswig; San.-Rat Dr. Christian Weiland in Altona; San.-Rat Dr. Paul Zschiesche in Erfurt.

Das soeben erschienene 1. Heft von Band 22 des **Klinischen Jahrbuches** (Verlag Gustav Fischer in Jena) enthält folgende Abhandlungen (die auch einzeln bezogen werden können): Kirchner, Die in Deutschland und den deutschen Schutzgebieten seit 1897 ergriffenen Schutzmaßregeln gegen die Lepra. — Thomas, Über Ruhr in Westpreußen, insbesondere im Regierungsbezirk Marienwerder. — P. Mühlens, Bericht über die Malariaepidemie des Jahres 1907 in Bant, Heppens, Neunde und Wilhelmshaven sowie in der weiteren Umgegend. — P. Mühlens, Bericht über die Malariabekämpfung in Wilhelmshaven und Umgegend in der Zeit vom 1. April 1908 bis 31. März 1909. — O. Daske, Die Tuberkulose in den Volksschulen Düsseldorfs. — Fritz Kirstein, Die Durchführung der Desinfektion bei Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfektion. — Kirchner, Die Desinfektion bei Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungsdesinfektion. — Fritz Schoeler, Erfahrungen über die Anwendung des Alttuberkulins zu Heilzwecken in der Augenheilkunde.

Deutsches Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen. In der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen, dessen neue Büroräume sich jetzt Berlin W. 9, Potsdamerstraße 134b befinden, wurde beschlossen, im Jahre 1910 eine Studienreise nach der Schweiz und einigen französischen Bädern, und eine zweite nach dem Harz, Thüringen und den Taunusbädern zu veranstalten. Für das Jahr 1911 ist eine Reise nach Amerika anlässlich des Internationalen Hygienekongresses projektiert. Mit den Vorbereitungen für diese Reisen soll unverzüglich begonnen werden.

Das Komitee für zahnärztliche Fortbildungskurse hielt am 27. November im Kaiserin Friedrich-Hause seine Jahresversammlung ab. Aus dem Jahresbericht ist zu ersehen, daß die Organisation gegenwärtig 9 lokale Vereinigungen in Preußen umfaßt, und zwar in Berlin, Frankfurt a. M., Hannover, Stettin, Schneidemühl bzw. Posen, Cöln, Düsseldorf, Magdeburg, Kiel. Nach dem Vorbilde des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen hat die zahnärztliche Organisation für Demonstrationzwecke eine Lehrmittelsammlung geschaffen, die, wie hier bereits mitgeteilt ist, im vorigen Jahre durch Erlaß des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten als „zahnärztliche Abteilung“ der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel angegliedert wurde. Der Katalog, welcher soeben erschienen ist, wird zwecks Auswahl geeigneter Objekte von der Sammlung unentgeltlich und leihweise bereit gestellt.

Eine Einbanddecke für den VI. Band der Zeitschrift, der jetzt zum Abschluß gelangt, ist wie in früheren Jahren angefertigt worden und (zum Preise von 1,50 Mk.) durch jede Buchhandlung zu beziehen.

Das Inhaltsverzeichnis nebst Namen- und Sachregister sowie einer Übersicht nach Einzelgebieten für den Jahrgang 1909 der Zeitschrift wird der am 1. Januar erscheinenden Nummer beigelegt werden.

Die ärztliche Auskunft im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW., Luisenplatz 2—4, erteilt unentgeltliche Auskunft über alle Fortbildungskurse im Deutschen Reiche; sowie über sämtliche andere das ärztliche Fortbildungswesen betreffende Angelegenheiten; ferner über alle in Berlin befindliche ärztlichen Einrichtungen, Krankenhäuser, Sammlungen usw. hinsichtlich der Zeit und der Voraussetzung ihrer Besichtigung; endlich über die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Vorlesungen, Vortragsabenden der ärztlichen Gesellschaften, sowie an Operationen in Kliniken und Krankenhäusern. Schriftliche Anfragen werden nur beantwortet, wenn das Rückporto beigelegt ist.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. R. Kutner, Berlin. — Druck von Lippert & Co. in Naumburg a. S.

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: 1) **J. D. Riedel A.-G., Berlin**, betr. Bornyval. 2) **E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt**, betr. Dionin. 3) **Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.**, betr. Digipuratum. 4) **Oscar Coblentz, Verlag, Berlin**. 5) **F. Walther, chemisch-pharmazeut. Laboratorium, Strassburg i. Els.-Neudorf**. 6) **Gustav Fischer, Verlag, Jena**, betr. Dr. F. Doflein, Lehrbuch der Protozoenkunde.

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

aus den Gebieten der

instrumentellen Technik einschl. Heil-Apparate u. Krankenmöbel, Elektromedizin, Optik, medizinischen Chemie und Nährmittel, Balneologie und Bädereinrichtungen

Redaktion:
Berlin NW. 6,
Luisenplatz 2-4

mit besonderer Berücksichtigung der

Dauer-Ausstellung für die ärztlich-technische Industrie im
Kaiserin Friedrich-Hause für das ärztliche Fortbildungswesen

Verlag:
Gustav Fischer
in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ in zwangloser Folge. — Nachdruck der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, Referate jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.

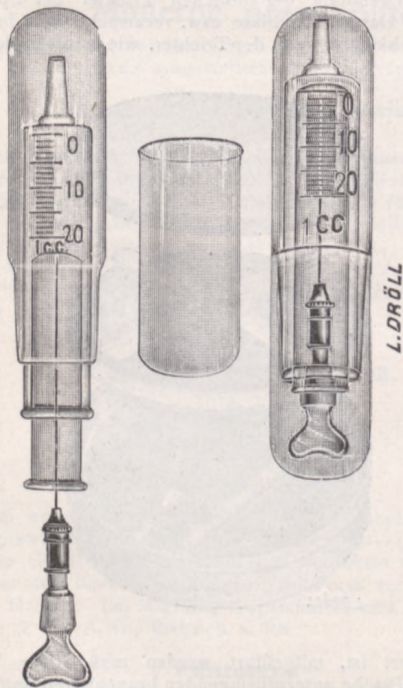
I. Neue Subkutanspritzen.

I. Aseptische Subkutanspritze

aus Kristallglas mit Glas-Aufbewahrungsbüchse.

Mitteilung des Fabrikanten: Ludwig Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42.

Dieses neue Modell der bekannten und bewährten Luer-schen Glasspritze ist so gearbeitet, daß die Spritzenteile, Kanüle und Aufbewahrungsbüchse in toto gekocht werden können. In den so sterilisierten Behälter gießt man etwas

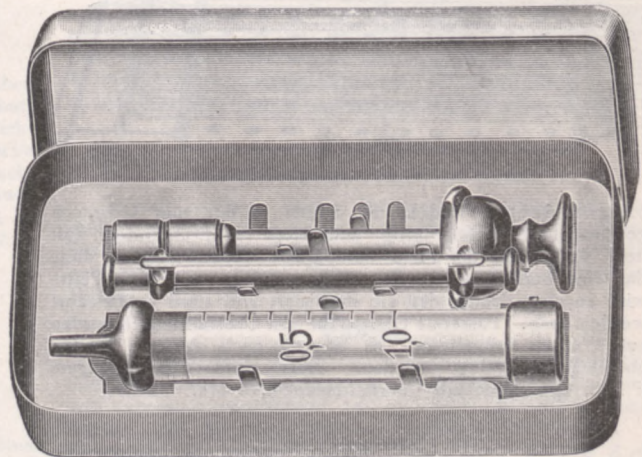


Alkohol, die Spritze kann dann steril in der Praxis mitgeführt werden und ermöglicht die Injektionen unter Einhaltung der Asepsis. Einige Tropfen Alkohol genügen zum Abreiben der Einstichstelle und um die Platina-Iridium-Kanüle wieder auszuglühen. Preis der kompletten Spritze mit einer Platina-Iridium-Kanüle in Lederfutteral 7,50 Mk.

II. Subkutanspritze „Triumph“.

Mitteilung des Fabrikanten: E. Kraus, Berlin S 14, Kommandantenstr. 55.

Von all den vielen Subkutanspritzen, die im Laufe der letzten Jahre konstruiert worden sind, hat sich die sog. „Rekordspritze“ besonders schnell die Gunst der Ärzteschaft erobert. Diese Spritze ist auch an und für sich als eine außerordentlich vollkommene zu bezeichnen, weil sie, nur aus Metall und Glas bestehend, im ganzen auskochbar ist, nach jahrelangem Gebrauch tadellos dicht bleibt, stets gleichmäßig gut funktioniert und immer gebrauchsfertig ist. Dennoch läßt sich nicht bestreiten, daß selbst dieser vorzüglichen Spritze noch gewisse Mängel anhafteten, die sich in der ärztlichen Praxis als störend herausstellten und ziemlich kostspielige Reparaturen nur allzu häufig notwendig machten. Bei der Herstellung des neuen



Sprizentyps, „Triumph“, wurde daher darauf Bedacht genommen, die erwähnten vorzüglichen Eigenschaften der „Rekordspritze“ auf die neu zu schaffende Spritze zu übertragen und die Mängel derselben zu beseitigen.

Wenn der federnde Metallkolben nach dem Gebrauch der Rekordspritze in feuchtem Zustande im Zylinder verbleibt, so zersprengt er bei längerem Nichtgebrauch entweder den Zylinder oder er vereint sich mit diesem so fest, daß der Gebrauch der Spritze illusorisch gemacht wird.

Diese Übelstände sind, wie aus beigefügter Abbildung ersichtlich, durch die Anordnung des Spritzenlagers im Etui beseitigt. Letzteres ist so hergerichtet, daß die Spritze im zusammengefügten Zustande nicht eingelagert werden kann, vielmehr muß der Zylinder mit seinen Metallansätzen

einerseits und der Kolben mit Zubehörteilen andererseits, jeder für sich besonders, eingefügt werden. Die Spritze „Triumph“ unterscheidet sich von der „Rekordspritze“ ferner durch den Verschluss der Kapsel, die nur mittels Drehnute und Stift an dem Zylinder festgehalten wird. Alle schwer zu reinigenden Fugen und Ecken, wie sie dem Bajonettverschluss der „Rekordspritze“ eigen waren, sind hiermit vermieden. Es dürfte endlich noch bemerkenswert sein, daß das Metalltui der Spritze „Triumph“ zum Auskochen derselben benutzt werden kann. Der Deckel dient hierbei als Spiritusbehälter. — Der Preis dieser Spritze stellt sich nicht höher als derjenige der „Rekordspritze“, nämlich

1	2	5	10 g Inhalt
7,50	8,50	11,50	14,00 Mk.

Ausgestellt in der „Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie“ im Kaiserin Friedrich-Hause.

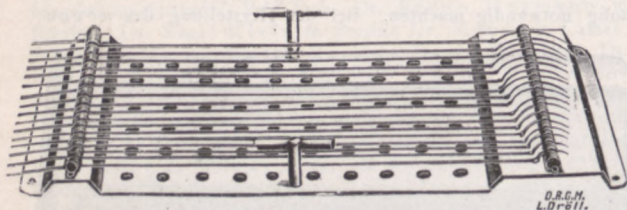
2. Ein neuer Nähzeugträger nach Speidel

mit Fixationsvorrichtung für sterile eingefädelte Nadeln zum übersichtlichen Lagern, Sterilisieren, steriler Entnahme und steriler Aufbewahrung ärztlichen Nähmaterials.

Modell: Städtisches Krankenhaus Frankfurt a. M.

Mitteilung des Fabrikanten: Ludwig Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42.

Der Apparat ist gänzlich aus Metall hergestellt. Größe 32:15 cm. Die Vorzüge gegenüber ähnlichen Vorrichtungen bestehen darin, daß die Nadeln mit eingefädeltm Faden an bestimmter Stelle festliegen und sich beim Sterilisieren oder bei Entnahme untereinander nicht verschieben können. Nadel und Faden liegen dabei in übersichtlicher Weise geordnet. Hierdurch ist es möglich, daß die



eingefädelten Nadeln mit Faden in der zum Gebrauch gewünschten Weise, fertig und steril vom Operateur mit dem Nadelhalter der Platte entnommen werden können, ohne daß eine Berührung mit den Fingern nötig wird. Die Platte wird so eingerichtet, daß sie sterilisiert und steril aufbewahrt werden kann. Passende Glasgefäße mit Überfalldeckel werden auf Wunsch mitgeliefert, es können auch mehrere Platten übereinander gelegt werden. Preis eines Nähzeugträgers 9 Mk., Glasschale mit Überfalldeckel 7,50 Mk.

3. Neue Portative Sterilisierbüchse für Gummihandschuhe

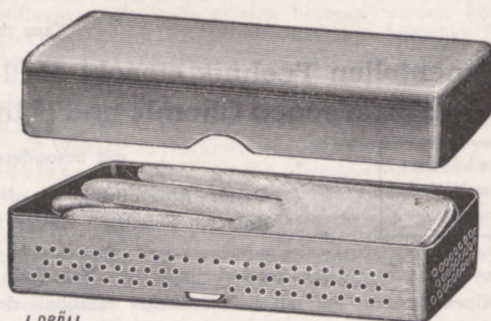
(nach Prof. Dr. Flesch).

Mitteilung des Fabrikanten: Ludwig Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42.

Es fehlte bisher ein zweckmäßiger Behälter, um die Gummihandschuhe einwandfrei steril in der Praxis mitzuführen. Die abgebildete Metallbüchse ermöglicht dies in einfacher Weise. Die Handschuhe werden gut mit Talcum eingepudert, in Mull gehüllt und in der auseinandergezogenen Büchse im Wasserdampf sterilisiert, alsdann schließt man die Büchse durch Zusammenschieben; die Handschuhe sind dann steril und bleiben bis zur Entnahme in der Büchse. Die Größe der

Büchse, 15:8:2 1/2 cm, gestattet, sie im Besteck oder in der Tasche mitzuführen. Preis 5 Mk.

Die Prüfung im Kgl. Institut für experimentelle Therapie, Frankfurt a. M. lautet: „Nach



L.DRÖLL

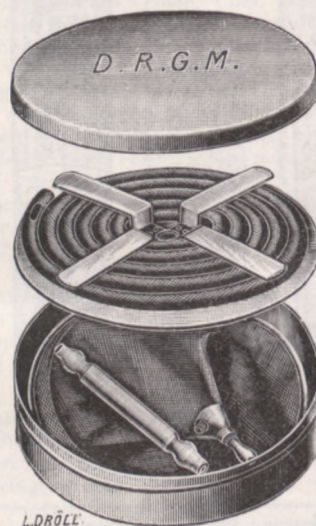
1/2 stündigem Sterilisieren in strömendem Dampf blieben die Handschuhe beigefügten mit Staphylococcus aureus, Bacterium coli und Milzbrand infizierten Paketchen steril.“

4. Neuer Zusammenlegbarer Trichter

mit Feststellvorrichtung und mit Sonde für Magen-, Darm- oder Blasenspülungen.

Mitteilung des Fabrikanten: Ludwig Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42.

Die Verwendung der üblichen Trichter bei Spülungen des Magens, Darms, der Blase usw. verursacht dann besonders Unbequemlichkeiten, wenn der Trichter, wie es oft in der Praxis



L.DRÖLL

wünschenswert ist, mitgeführt werden muß. Der Wunsch, einen in der Tasche unterzubringenden brauchbaren Spülapparat zu haben, veranlaßte die Konstruktion dieses neuen Modells, welches, wie aus der Zeichnung ersichtlich, leicht zusammengelegt werden kann. Zwei Metallringe sind durch Gummistoff miteinander verbunden, ein Bügel fixiert sie in entsprechender Entfernung. Magensonde usw. und Schlauch sind in einfacher zweckmäßiger Weise aufbewahrt. Alles wird zum bequemen Transport in einer Aluminiumbüchse untergebracht und kann in toto sterilisiert werden. Gewicht des Trichters mit Sonde, Schlauch und Büchse 340 g. Durchmesser



des Trichters 14 cm. Preis des zusammenlegbaren Trichters mit Aluminiumbüchse und Platte für Sonde und Schlauch 9 Mk. Magensonde aus Gummi, beste Qualität 4,75 Mk. Verbindungsschlauch 50 cm lang mit Glasrohr 0,90 Mk.

5. Moderne Arzneimittel.

Zusammenfassende Beschreibungen der im Kaiserin Friedrich-Haus ausgestellten neueren Präparate.

Von Apotheker Matz in Berlin.

Die hier über die einzelnen Präparate gemachten Angaben beruhen lediglich auf den Mitteilungen der Firmen. Sämtliche Präparate sind in der „Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie“ im Kaiserin Friedrich-Hause (Berlin NW. 6 Luisenplatz 2-4) ausgestellt, wohin auch, z. H. des Herrn Apotheker Matz, etwaige Anfragen sowie Zuschriften zwecks Übersendung von Literatur oder Proben zu richten sind.

Die Red.

I. Hypnotica und Nervina.

(Schluß.)

Neuronal.

Bromdiäthylacetamid.

Bei nervöser Schlaflosigkeit 0,5—1,5, auch bei leichten und schweren psychischen Erkrankungen 2,0—4,0.

Ein Gemisch von Neuronal und Antifebrin $\bar{a}\bar{a}$ part. aequ. ist unter dem Namen Neurofebrin in Form von Tabletten zu 0,5 im Handel. Bei Migräne, Kopfschmerz und Kopfdruck. — Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.

Pantopon.

Ein Opiumpräparat, welches sämtliche Alkaloide des Opiums als salzsaure, in Wasser leichtlösliche Salze enthält. Die Lösungen lassen sich sterilisieren, so daß sie zu subkutanen Injektionen verwendet werden können. Pantopon ist etwa 5mal stärker als gewöhnliches Opium, 1,0 davon entspricht 5,0 Opium und enthält demnach 0,5 Morphium und ca. 0,4 von den übrigen Opiumalkaloiden (die Chlorhydrate von Narkotin, Kodein, Papaverin, Narcein, Thebain u. d. übr.). Zu subkutaner Injektion verwendet man die doppelte Dosis

wie von Morphium: bei Schlaflosigkeit und zur Schmerzstillung 0,02, bei schweren Aufregungszuständen, wie Delirium tremens 0,03—0,04. — Neu! — Im Handel als Pulver, Tabletten 0,01 und in Ampullen 0,02. — Fabr.: Hoffmann-La Roche & Co., Grenzach i. B.

Proponal,

ein Homologes des Veronals, Dipropylmalonylharnstoff.

Etwas stärker als Veronal, deshalb auch in kleineren Dosen 0,15—0,25 mit viel Flüssigkeit. Schlafmittel. — E. Merck, Darmstadt und Farbenfabr. vorm. Friedr. Bayer, Elberfeld.

Pyramidon.

Dimethylamidoantipyridin.

Bei Neuralgien jeder Art, Migräne, Ischias. In fertigen Tabletten zu 0,1. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Sabromin.

Dibrombehenzsaures Calcium.

Geschmackfreies organisches Brompräparat mit ca. 29 Proz. Brom. Indik. wie bei den Bromalkalien. Eine Stunde nach den Mahlzeiten zu geben. Verursacht keinen Bromismus. — In Tabletten zu 0,5. — Fabrikanten: Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. und Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer, Elberfeld.

Trigemin.

Dimethylamidoantipyridin-Butylchloralhydrat, also eine Verbindung des Pyramidons mit Butylchloral.

Bei Trigeminusneuralgien, Zahn- und Ohrenscherzen, auch als Schlafmittel bei fieberhaften Erkrankungen. In fertigen Gelatine kapseln zu 0,25 g, 2—3 Kapseln 1—3 mal täglich. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Validol.

Valeriansäurementholester mit 30 Proz. Menthol.

Flüssigkeit, 10—15 Tropfen auf Zucker. Bei Erregungszuständen Angst, Hysterie, Migräne, Magenkrampf, Seekrankheit. Ferner in Form von Validoltabletten, Validolperlen, Validolbrausesalz, Validolliqueur, Validolkognak. — Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M.

Valisan.

Bromisovaleriansäureborneolester.

Enthält 25 Proz. Brom. Bei neurasthenischen und hysterischen Zuständen, geistiger und körperlicher Abspannung, Schlaflosigkeit. In Gelatineperlen à 0,25 mehrmals täglich zu nehmen. — Chem. Fabr. auf Akt. vorm. Schering, Berlin.

Valofin.

Ein wäßriges Destillat der Baldrianwurzel und der Pfefferminzblätter mit einem Zusatz von valeriansaurem Ammoniak und Valeriansäureäthylester. 15—25 Tropfen in heißem Zuckerwasser. Bei Migräne, Hysterie, nervösem Herzklopfen. In Fläschchen zu 30,0. — Chem. Fabr. Helfenberg A.-G., Helfenberg.

Valyl.

Valeriansäurediäthylamid.

Baldrianwirkung. Bei Hysterie, Neurasthenie, nervösen Herzbeschwerden. In ovalen Kapseln und in Perlen; letztere sind gehärtet, so daß sie erst im Darm aufgehen, kein Aufstoßen verursachen, und sich dadurch besonders für empfindliche Patienten eignen. Man verordnet Perlae Valyl. 0,125. — Farbwerke Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.

Veronal.

Diäthylmalonylharnstoff.

Die hypnotische Wirkung des Veronals beruht auf einer Herabsetzung der Erregbarkeit des Nervensystems. Veronal

schaft erquickenden, ruhigen Schlaf, und ist ohne schädlichen Einfluß auf Lunge, Herz, Nieren und Verdauung. 0,5—1,0 stets gelöst in warmem Tee oder Milch zu nehmen, worauf in $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nie Schlafwirkung eintritt. Es ist nicht ratsam, die Tabletten ganz zu verschlucken, weil sie sonst zuweilen recht verspätet wirken. Für Kinder Veronalschokoladetabletten 0,06 und 0,1. — E. Merck, Darmstadt und Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer, Elberfeld.

Veronalnatrium.

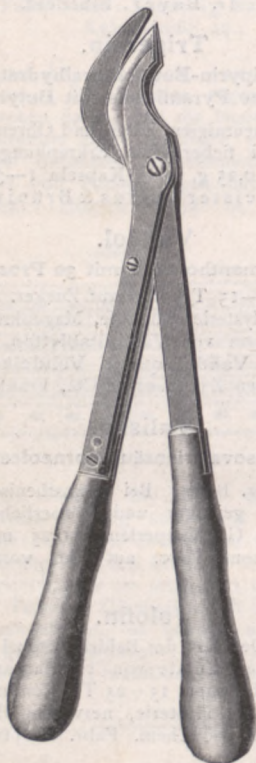
Natriumsalz des Veronals.

Von gleicher Wirkung wie Veronal, nur leichter löslich in Wasser, so daß es in Mixturen verordnet und auch rektal angewendet werden kann in fertigen Tabletten zu 0,5. — E. Merck - Darmstadt; Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer, Elberfeld.

6. Zerlegbare Gipsschere nach Dr. Linnartz.

Mitteilung der Firma: Franz Stamm & Cie., Ohligs (Rheinland).

Die bisher gebräuchlichen Gipsscheren haben größtenteils den Fehler, daß die Branchen nicht nachgeschliffen werden können. Die Kanten des Unterteiles nutzen sich schnell ab; die Scheren quetschen dann und schneiden nicht mehr.



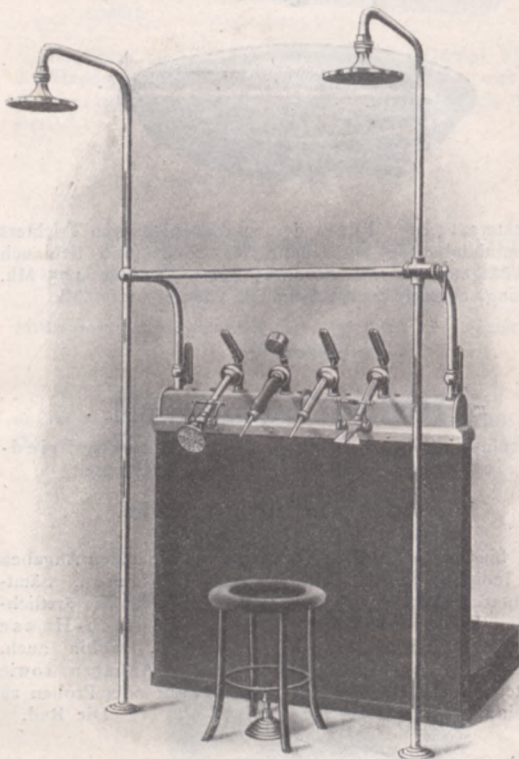
Die Gipsschere nach „Linnartz“ besteht aus vier leicht auseinandernehmbaren Teilen, deren Schnittflächen bequem nachgeschliffen werden können.

7. Schaffstaedt'sche Duschekatheder.

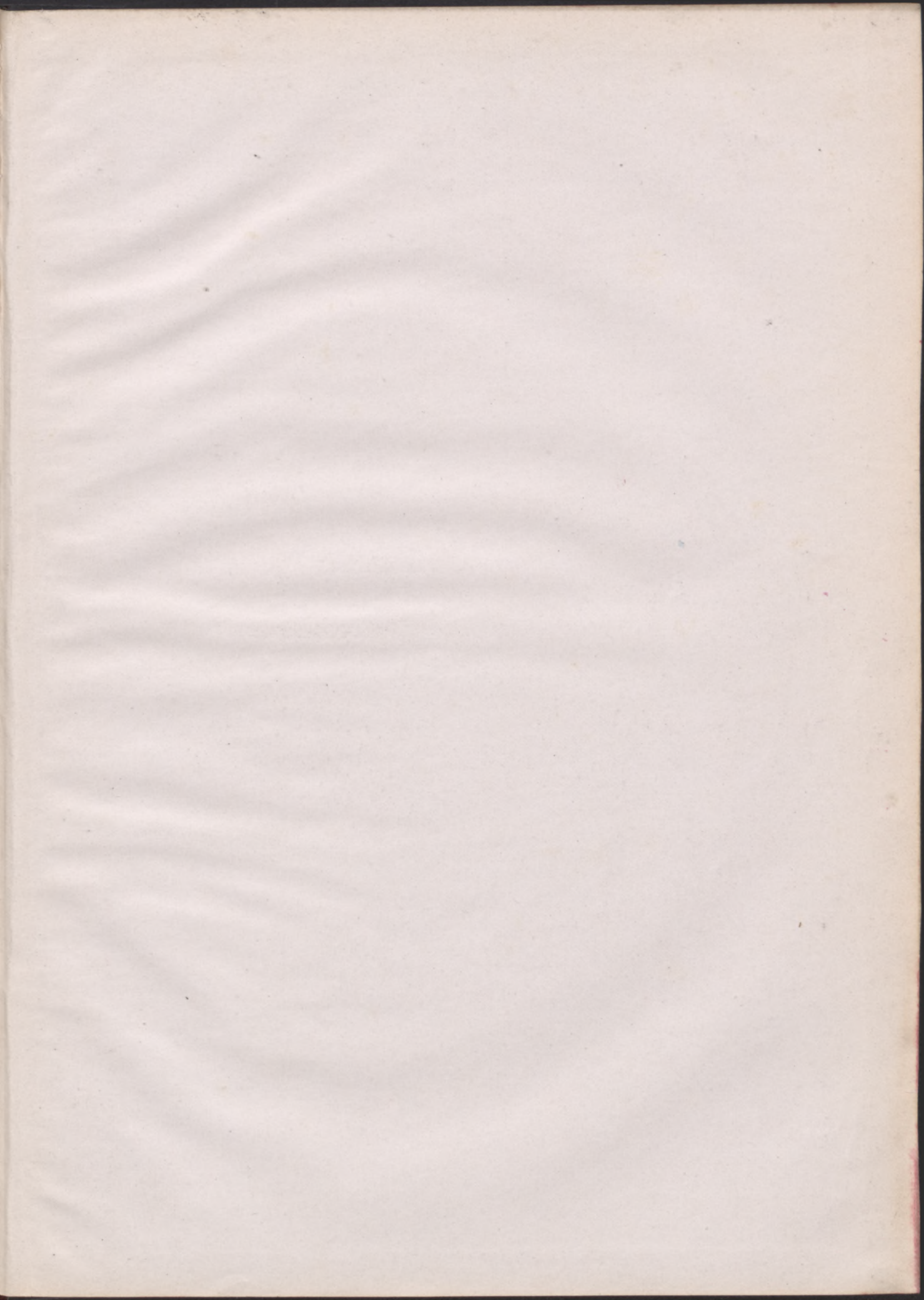
Mitteilung der Firma: H. Schaffstaedt, Berlin.

Die nebenstehende Abbildung zeigt einen Duschekatheder, wie er in der Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie im Kaiserin Friedrich-Hause ausgestellt ist. An demselben befinden sich eine große kalte

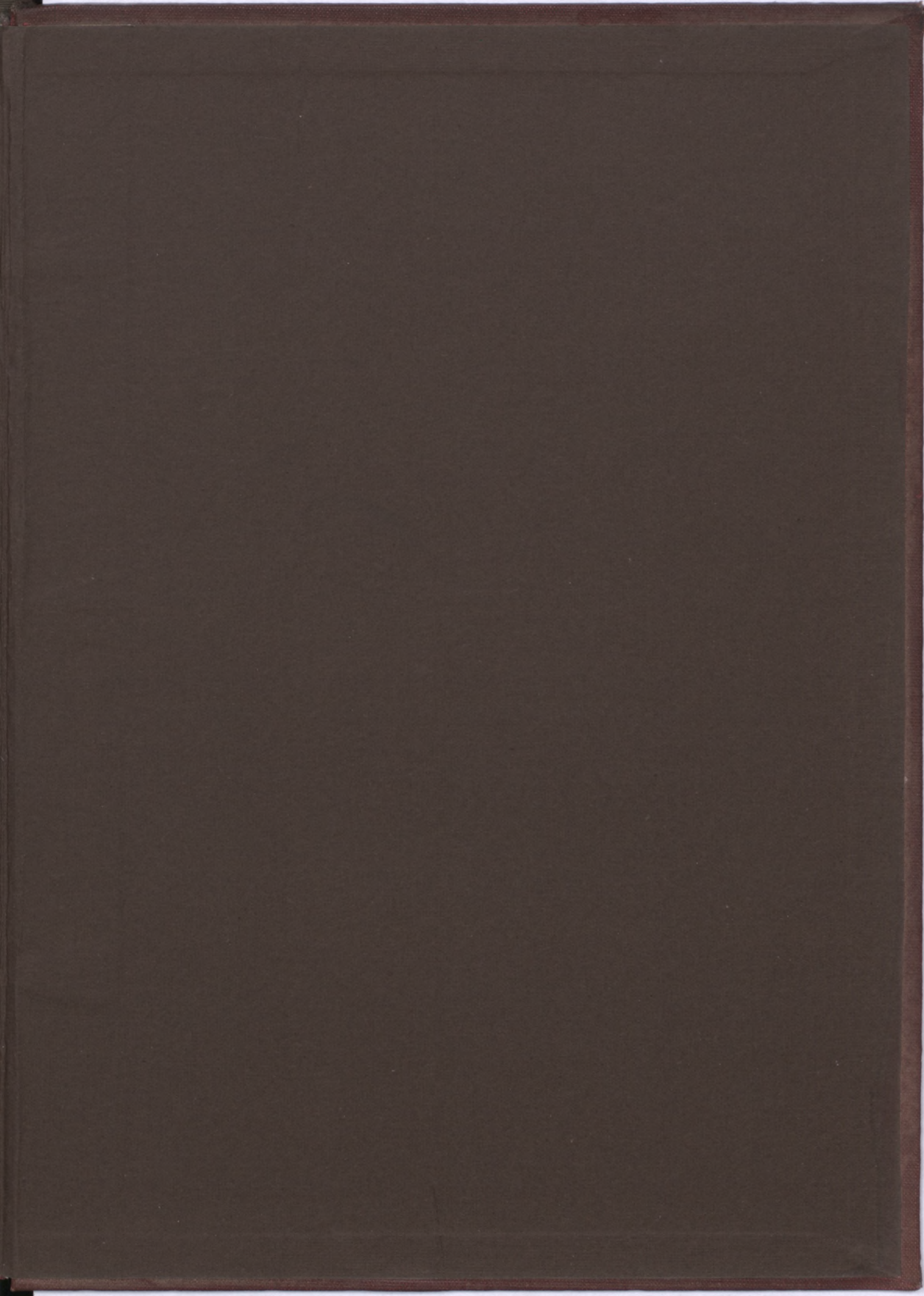
Regendusche, eine große temperierbare Regendusche, eine schottische Strahl- und Fächerdusche, eine Hochdruckstrahl-dusche, eine Dampfdusche und eine schottische Strahl- und Regendusche. Das Unterteil des Katheders ist aus Schmiedeeisen gefertigt und schließt mit einem metallnen Oberteil ab, in welchem einzelne Mischventile eingebaut sind. Auf dem Oberteil sind die einzelnen Duschen direkt aufmontiert; sie können, mit Ausnahme der beiden großen Regenduschen, durch Kugelgelenke nach jeder beliebigen Richtung bewegt werden. Die Temperatur- und Druckverhältnisse werden durch Thermometer und Manometer angezeigt. Die Katheder werden in den verschiedenartigsten einfachen oder eleganten Ausführungen gebaut. Wenn besondere Gründe dafür sprechen, daß die Duschen sich nicht direkt am Katheder befinden sollen, so werden die Einrichtungen auch häufig so getroffen, daß nur die Bedienung vom Katheder aus erfolgt, während die Duschegelegenheiten selbst an einer anderen Stelle des Raumes angebracht sind. Die Zuführungen von Dampf und Wasser werden je nach den ört-



lichen Verhältnissen unterhalb des Fußbodens, an den Wänden oder an der Decke angeordnet. Es werden ferner die Katheder sowohl in gerader Form (Schrankform) als auch rund hergestellt, und zwar wird das Gestell entweder ganz aus Holz mit oder ohne Marmorverkleidung, oder ganz aus Eisen mit Marmor-, oder aus Rabitz mit Plattenverkleidung ausgeführt. Die Armatur wird aus Messing oder Rotguß angefertigt und entweder poliert oder vernickelt. Zu allen Ventilen, Hähnen und dergleichen kommen nur schwere und kräftige Modelle zur Verwendung. Zur Abgabe des Wassers an die verschiedenen Duschen dienen, wenn warmes Wasser von 35 bis 45° C vorhanden ist, einfache Ventile mit Handgriff. Steht dagegen heißes Wasser zur Verfügung, so werden entweder Einzelmischventile für die verschiedenen Duschen oder ein Zentralmischventil eingebaut. Muß jedoch das erforderliche warme Wasser erst durch Anwendung von Dampf erzeugt werden, so kommt ein Schaffstaedt'scher Gegenstromapparat zur Anwendung. — Der Preis eines in der Abbildung dargestellten Katheders stellt sich auf 500 Mk., während die Anschaffungskosten anderer Ausführungen je nach Wahl des Materials und Anzahl der Duschen höher oder niedriger bemessen sind.







Biblioteka Główna UMK



300021271026