

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN

SCHRIFTLICHTUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2-4



IM REICHAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 2

Mittwoch, den 15. Januar 1930

27. Jahrgang

Inhalt.

Abhandlungen:

1. Ueber kindliche Geburtsverletzungen. (I. Teil.) Von Prof. Dr. H. Naujoks. (Mit 16 Abbildungen im Text.) S. 37.
2. Syphilis congenita tarda der Viszeralorgane. Von Prof. Dr. Franz M. Groedel und Dr. Rudolf Wachter. S. 42.

Zusammenfassende Aufsätze üb. d. heutigen Stand d. Medizin:

1. Ueber Entstehung des Schlaganfalls und seine Verhütung. Von Prof. Dr. Ed. Stadler. S. 44.
2. Zur Diagnose der Lungentuberkulose. Von Dr. G. Schröder. (Mit 6 Abbildungen im Text.) S. 49.

Anfragen aus dem Leserkreis:

1. Nachtwandeln. Von Prof. I. H. Schultz. S. 53.
2. Kann der Praktiker Bluttransfusionen machen? Von Prof. Oehlecker. S. 55.

3. Ist es möglich mit dem Motor eines Automobils einen Röntgenapparat zu bedienen? Von A. Hirschmann. S. 56.

Aus Wissenschaft und Praxis. Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten: (Näheres siehe nächste Seite)

1. Innere Medizin: Rosin u. Kroner. S. 56.
2. Chirurgie: Hayward. S. 57.
3. Geburtshilfe und Frauenleiden: Abel. S. 59.
4. Kinderheilkunde: Finkelstein. S. 60.
5. Nervenleiden: Jacobsohn. S. 61.

Kongresse: Tagungen der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung. Von Dr. Hayward. S. 62.

Aus ärztlichen Gesellschaften: S. 64.

Das Neueste aus der Medizin: S. 65.

Therapeutische Umschau: S. 67.

Tagesgeschichte: S. 68.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. Nr. 2 S. 37-68. Jena. 15. 1. 1930



GELONIDA ANTINEURALGICA

Bei Grippe, Erkältungskrankheiten, Pneumonie, Neuralgien, Rheumatismus, Dysmenorrhoe, bei Zahnextraktionen und anderen postoperativen Schmerzen, sowie zur Schmerzverhütung

Literatur und Proben für Ärzte kostenlos.
Von den meisten Krankenkassen zugelassen.



GÖDECKE & Co., CHEM. FABRIK A.-G., BLN.-CHARLOTTENBURG 1

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 80 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztervereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501 840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — **Anzeigen:** die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

1. **Innere Medizin:** Kritik der Diagnose des Rückenmuskelrheumatismus. Blutsenkungsgeschwindigkeit im höheren Alter. Pathogenese, Diagnose und Therapie der Angina pectoris. (Rosin u. Kroner.) S. 56.
2. **Chirurgie:** Eine besondere Form der Sepsis. Krampfaderverödung. (Hayward.) S. 57.
3. **Geburtshilfe und Frauenleiden:** Intrauterine Kohlebehandlung bei Abortus. Die Menstruation in ihrer Beziehung zur Peritonitis. Ein Fall von unverschuldeter, endogener, puerperaler Spontaninfektion.

- Verwendbarkeit der Sachsschen Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Plazenta. Entzündungen der Plazenta und fötale Sepsis. Das Reizleitungssystem des graviden Uterus. Die Stirnlagegeburt. Der hohe Gradstand. Zur Prognose kindlicher Geburtsverletzungen. (Abel.) S. 59.
4. **Kinderheilkunde:** Heilserumbehandlung und Schutzimpfung bei Scharlach. (Finkelstein) S. 60.
 5. **Nervenleiden:** Der Streit um die Beurteilung der Unfallneurosen. (Jacobsohn.) S. 61.



VIGANTOL

ORIGINALPACKUNGEN:
Vigantol-Öl: Tropfgläser zu 10 und 50 ccm / Vigantol-Dragees: Schacht. zu 50 und Gläser zu 250 Stück.

das hochwertige standardisierte D-VITAMIN-PRÄPARAT

- fördert das Knochenwachstum und die Entwicklung der Muskulatur, begünstigt die Heilung von Knochenkrankungen (Knochenbrüchigkeit, Knochentuberkulose, Knochenbrüche)
- verhütet Störungen der Zahnbildung, beeinflusst günstig die Zahnschmelzfestigkeit und den Zahndurchbruch
- steigert den Appetit und den allgemeinen Stoffwechsel
- erhöht die Abwehrkräfte des Organismus gegen Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindesalter
- verhütet die Rachitis und schützt die Mutter in der Schwangerschaft und Stillperiode vor Kalkverarmung, wie sie in Verschlechterung des Gebisses, Schmerzen in Gelenken, Knochen und Muskulatur zum Ausdruck kommt.

I. G. PHARMA LEVERKUSEN a. Rh. **E. MERCK DARMSTADT**

QUADRO-NOX

Diäthylmalonylharnstoff + Quadronal
Tabletten zu 0,6 g X und XX

HYPNOTICUM

Nach neuester pharmakologischer Erkenntnis / Ohne bisher bekanntgewordene Nebenwirkungen

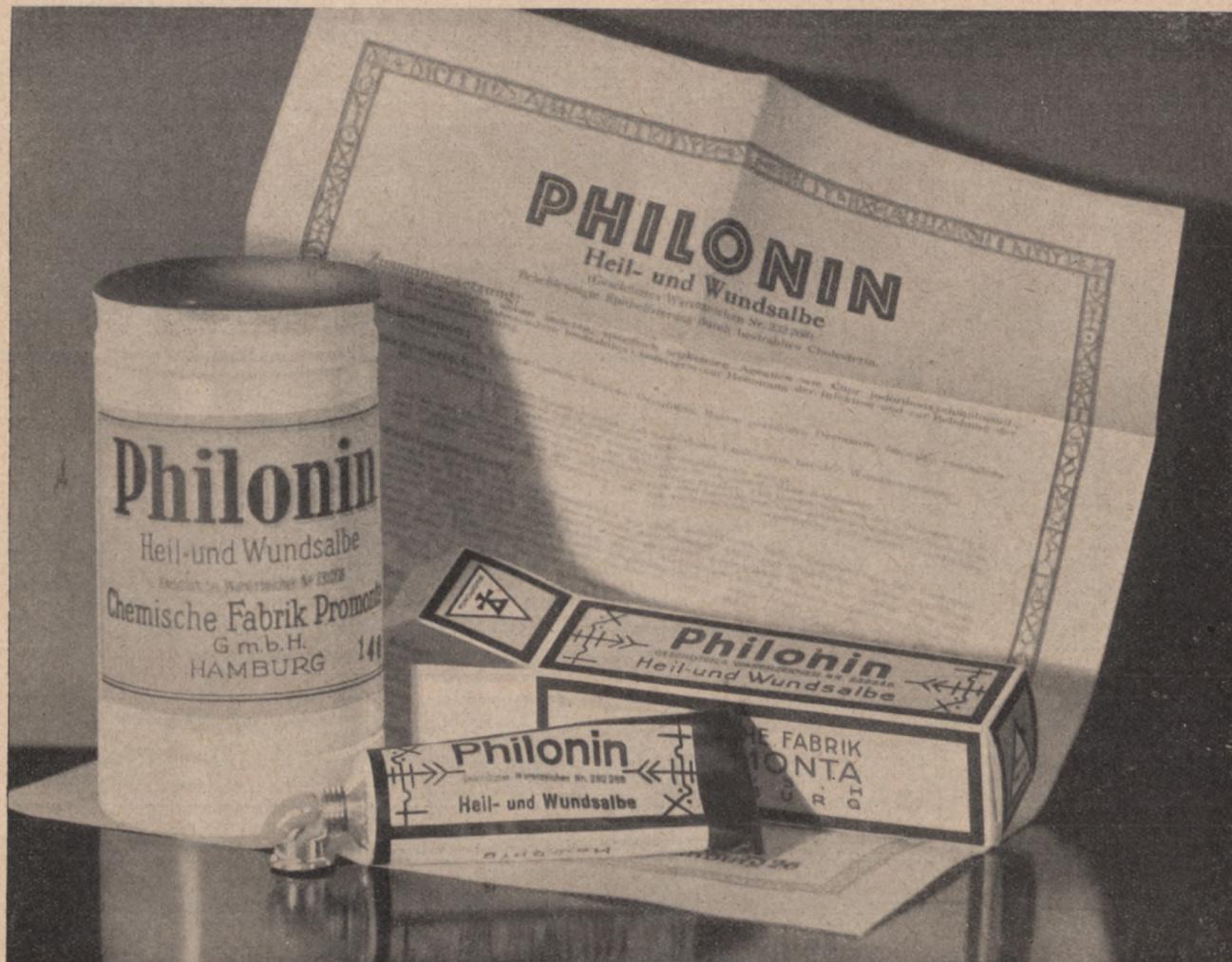
Proben und Literatur

Asta-Werke A.-G., Chemische Fabrik, Brackwede 72

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: 1) Kali Chemie A.-G., Berlin, betr. Mucidan-Tinktur. 2) C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim-Waldhof, betr. Iminol.

Bei Frostschäden ersten und zweiten Grades

bei schlecht granulierenden Wunden, hartnäckigen Dermatosen, Impetigo, Ekzemen, Decubitus, Ulcera cruris, Pyodermien



bewährt

Zusammensetzung:

Cupr. jodorthoxychinolinsulfuric. Argent. sulf. aa 0,1; Acid. boric., Acridinfarbstoff aa 1,0; Bals. peruv. 10,0; bestrahltes Cholesterin 0,25; Pasta zinci ad 100,0.

Literatur:

- Dr. med. Schlunk: Münch. Med. Wochenschr. Nr. 21, 1925.
- Dr. med. Schlunk: Münch. Med. Wochenschr. Nr. 6, 1926.
- Dr. med. Margret Neumann: Scheidegger prakt. Tuberk.-Bl. Nr. 3, 1927.
- Dr. med. Knüsli: Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 24, 1927.
- Dr. med. Fr. Polik: Therapie der Gegenwart Nr. 8, 1929.

Packungen:

Originaltube mit ca. 35 Gramm Inhalt	Verkaufspreis RM 1.40
Klinikpackung mit ca. 250 Gramm Inhalt	„ „ 4.80

Literatur und Versuchsmengen



zur Verfügung der Herren Aerzte

Chemische Fabrik Promonta G.m.b.H., Hamburg 26.

Notizen.

Aus dem Haushalt des preußischen Ministeriums für Kunst, Wissenschaft und Volksbildung für 1930. Die Universitäten sind mit 55 Millionen Mark an dauernden Ausgaben genannt, davon gegen 8 Millionen für Zuschüsse zu Besoldungen und Vergütungen der Lehrkräfte, 128 000 M. für Beihilfen an Studierende, 36 000 M. für Reisestipendien der Dozenten, 45 000 M. für wissenschaftliche Ausflüge der Lehrer und Studierenden, 90 000 M. für Pflege der Leibesübungen, 30 000 M. für Herausgabe der Hochschulstatistik. An einmaligen Ausgaben sind vorgesehen: für Umbau des Pharmakologischen und Hygienischen Instituts in Berlin 243 000 M., Umbau der Augenkl. 1 Million M., Erweiterungsbau der Frauenkl. 850 000 M., Umbau einer Halle für Zwecke der Leibesübungen 160 000 M. (Berlin), Herstellung von Sera zur Blutuntersuchung für gerichtliche Zwecke 3 000 M. (Greifswald), Neubau der Poliklinik 185 000 M. (Halle), Verlegung der Medizinischen Klinik 285 000 M. (Kiel), verschiedene Bauten, darunter für eine Enzephalitisstation, 420 000 M. (Göttingen), Neubau einer Nervenkl. 200 000 M. (Münster), Beitrag für die Universität

1 426 000 (Frankfurt a. M.), verschiedene Bauten in der Charité in Berlin 259 000 M., verschiedenes für die Universitäten überhaupt (darunter für studentische Wirtschaftsbeihilfe 220 000 M.) 580 000 M. Verschiedentlich sind gegen das Vorjahr aus allgemeinen Sparmaßnahmen Abstriche gemacht worden. Solbrig.

Rheumasan ein esterhaltiges Salizyl-Salben-Seifenpräparat mit schwefelhaltigen Ölen behauptet seit mehr als 25 Jahren seine dominierende Stellung als Antirheumatikum und Antineuralgikum, vermöge seiner sicheren Tiefenwirkung und prompten Resorption. Die hyperämisierende und analgetische Wirkung des Rheumasan ist einwandfrei auf Grund weitgehender klinischer Versuche erwiesen. Seit mehreren Jahren erfolgt die Herstellung nach einem weiter ausgestalteten Verfahren, wodurch es gelungen ist, mit einer erheblich geringeren Dosis erhöhte therapeutische Effekte zu erzielen. Dieses Verfahren wurde der Firma Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicetfabrik, Berlin NW87, patentiert.



BIOMALZ mit LECITHIN

D. R. P.

Eine Nervennahrung von denkbar größter Wirkung. Die Erfindung ermöglicht die völlige Aufnahme des Lecithinstoffes in die Säfte, die die Nerven ernähren, zu gleicher Zeit mit dem Einsetzen der kräftigenden Wirkung des Biomalz auf den gesamten Körper. Biomalz mit Lecithin ist in langen Stoffwechselfersuchen in der chemischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Kranken-

hauses sorgfältig untersucht, wobei seine restlose Verdaulichkeit festgestellt wurde

Biomalz mit Lecithin	RM. 5.—
Biomalz	1.90
Biomalz mit Eisen	2.50
Biomalz mit Kalk extra	2.50
Biomalz mit Lebertran	2.50
Biomalz mit Jodeisen	2.50

Kostenlose Proben und Literatur versenden an die Herren Ärzte

BIOMALZ-FABRIK GEBR. PATERMANN, TELTOW b. BERLIN 45
Im Arznei-Verordnungsbuch des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen 1928, S. 22, 101 u. 104

Bad Salzungen Teufoburger Wald — Winterkuren —
Herz, Rheuma, Nerven, Luftwege, Frauenleiden
Konzerte, Theater — Prospekte frei

Zugelassen vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen

ESJODIN das Präparat der kleinen Joddosen bewährt in hunderttausend Fällen

ESJODIN ist katalytisch wirkendes, kolloidales Jod in Verbindung mit Schwefel und saurem Phosphorkalziumnitrat, gemildert durch Carbo med., daher keine Nebenwirkung. Zwei Stärken, Nr. I (1‰) schwach, Nr. II (1‰) stark, zu 0,1 g.

Indikationen:

Bei allen Krankheiten, die auf Infektion bzw. auf endokrine Störungen beruhen, die sämtlich auf eine primäre Alteration der Schilddrüse zurückzuführen sind.

Arteriosklerose
Ekzem Akne
Urticaria Myxödem

Struma
Angina

Furunkulose
Perniones Katarrhe
Rhachitis Skrofulose

Es wurde experimentell nachgewiesen, daß kleinste Mengen Jod eine ungleich bessere Wirkung auf das Herz und Gefäßsystem entfalten, als die bisher üblichen starken (und teuren) Dosen von Jodalkalien.

Dosis: Dreimal täglich 1 Tablette 1/2 Stunde vor dem Essen im Munde langsam zergehen lassen. Um auch den vom Reichsgesundheitsamt festgestellten Mangel an Jod auf das Normale zu bringen, wird empfohlen, zunächst Nr. II zu geben.

Proben frei durch

Dr. Joh. Dietr. M. Scheel, Brunsbüttelkoog, Bez. Hamburg

St. Blasien

800 m ü. d. M.

Der Deutsche Höhenheilkurort für Leichtlungenkranke, Erholungsbedürftige u. Nervöse

Auskunft und Prospekte durch die städt. Kurverwaltung

Fantan

Phenylcinchonoylurethan

bei Gicht und Rheumatismus

Als wirksam anerkannt,

gerühmt wegen seiner guten Verträglichkeit

E. MERCK * DARMSTADT

Proben stehen auf Wunsch zur Verfügung

Roland Aktiengesellschaft, Chemisch-Pharmazeut. Fabrik, Essen

Emarex

Gegen
Dysmenorrhoe
und
**klimakterische
Beschwerden**
glänzend bewährt und begut-
achtet.

Orig.-Packung: 20 Tabl. à M. 1.25

Bestandteile:
Gelsem. semper vir.
Pulsatilla
Cyclamen
Cimicifuga racemosa
Past. guarana
Sacch. lact.

Gebrauchsanweisung:
2 Tage vor d. Menses 3× tägl. 2 Tabl.
während der Menses 3× tägl. 1 Tabl.

Felsol

Indicationen:

Asthma-bronchiale
Asthma-cardiale
Angina-pectoris
Dyspnoe bei Hypertonie
Chron. Bronchitiden
Migräne
Heufieber

Kassenpack.: 5 Pulver M. 1.—.
Orig.-Pack.: 13 Pulver M. 2.50.

Zugelassen beim Hauptverband der
Krankenkassen für das Deutsche
Reich (Seite 56) und beim Verband
der Krankenkassen Groß-Berlin
(Seite 61).

Gebrauchsanweisung:
1—3 Pulver täglich.

Gordal

Prophylacticum und Thera-
peuticum gegen

Grippe

und alle grippösen Erkrankun-
gen. Das Präparat ist nach den
neuesten Forschungen der Col-
loidchemie aufgebaut und be-
findet sich infolgedessen im
höchsten Dispersionsgrad.

Orig.-Packung: 20 Tabl. à M. 1.25

Zusammensetzung:
Wirksame Bestandteile der
Bryonia, des Eucalyptus und
anderer pflanzlicher Extrakte
in Verbindung mit Chinin und
colloidalem Jod.

Gebrauchsanweisung:
5× täglich 1 Tablette.

Glänzend bewährt und begutachtet. Bei allen großen Kassenverbänden zugelassen
PROBEN UND LITERATUR GRATIS

Notizen.

Internationale ärztliche Fortbildungskurse in Berlin

werden mit Unterstützung der Medizinischen Fakultät der Universität von der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse und dem Kaiserin Friedrich-Haus veranstaltet. Ein Teil der Kurse findet ständig statt, ein anderer lediglich im März bzw. Oktober 1930.

I. Ständige Kurse:

- a) von Monats- und Halbmonatsdauer über alle möglichen Gebiete der Medizin.
- b) Hospitantenstellen in Kliniken, Krankenhäusern und Laboratorien von 2—3 monatlicher, eventuell auch längerer Dauer

für solche Herren, die praktisch unter systematischer Anleitung arbeiten wollen.

II. Kurse im März 1930:

1. Gruppenkurs: „Überblick über die moderne Medizin. (Aktuelle Fragen der internen Diagnostik und Therapie)“ (vom 3.—15. März). Honorar: 75 M.
 2. Fortbildungskurs über das Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten (vom 17. bis 29. März). Honorar: 100 M.
 3. Geburtshilflich-gynäkologische Fortbildungswoche (vom 24. bis 29. März). Honorar: 50 M.
 4. Fünfter Fortbildungskurs über die praktischen Fortschritte der gesamten Strahlenheilkunde (vom 30. März bis 7. April). Honorar: 100 M.
- Forts. siehe S. 20

Vorzugsangebot für Aerzte beim Bezuge von Biocitin

(Nur gültig bei direktem Bezug von der Fabrik): 100 g 2,70 M., 250 g 6,20 M., 500 g 12,— M. fr. Nachnahme

BIO Biocitin empfiehlt sich überall da, wo Krankheit, fieberhafte Prozesse, Erschlafungszustände die Vitalität der Zellen gefährdet haben und gefährden; ferner insbesondere bei Neurasthenie, Diätkuren usw. Biocitin wird nach dem Verfahren von Prof. Habermann hergestellt, enthält 10% absolut reines Leucithin und gehört nach wie vor **CI** zu den vertrauenswürdigsten **TIN** unter den Kräftigungsmitteln. Literatur auf Wunsch kostenlos Biocitinfabrik G.m.b.H., Berlin SW29/2a, Gnisenaustr.66



Dumex-Salbe

(Giftfreier carbolisierter Bleikampfersäureester mit Extr. hamamelid.)

Höchstwirkend / mild / zuverlässig / entzündungswidrig
schmerz- und juckreizstillend

Orig.-Schtl. 20g M. 0.65, 60g M. 1.50, 150g M. 3.—, Haemorrh.-Packg. mit Kanüle M. 2.—

Reichhaltige Literatur aus ersten Kliniken. Proben auf Wunsch.

Vom Hauptverband deutscher Krankenkassen zugelassen.

Laboratorium Miros, Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO 18

OSRAM-VITALUX

DIE LAMPE MIT SONNENÄHNLICHER WIRKUNG

< LICHT, WÄRME UND ULTRAVIOLETT >

Literatur über
Erythem-, antirachitische, bakterizide
Wirkung und klinische Heilerfolge
steht kostenlos zur Verfügung.

Verkauf durch alle medizinischen Fachgeschäfte.

OSRAM G.M.B.H. KOMMANDITGESELLSCHAFT BERLIN O 17.

Bei Gallenerkrankungen



Agobilin

mit zuverlässiger, cholagoger und choleretischer Wirkung, auch als gutes Prophylacticum bei Cholelithiasis!

O.-P. mit 20 u. 40 Tabletten
K.-P. mit 20 u. 40 Tabletten

Als Herzmittel der Wahl



Liquitalis

Als sorgfältig kontrolliertes Digitalismittel mit konstantem Gehalt von 100 F D im ccm und äußerst prompter Wirkung!

Flasche mit 7,5 15 u. 60 ccm

Zur Kassenverordnung zugelassen!

Literatur und Proben kostenfrei



Gehe & Co., A. G., Chemische Fabriken, DRESDEN-N. 6

In der Hand des Arztes
ist

VACCINEURIN

das Therapeutikum

gegen Neuralgien
Neuritiden (Ischias)

Literatur über 15 Jahre Vaccineurin-
Anwendung auf Wunsch

Gebrauchsfertige Injektionen

**Sächsisches Serumwerk
Aktiengesellschaft, Dresden-A. 1**

Polyvalente

Mischvaccine

Wolff-Eisner

aus Strepto - Staphylo - Pneumo-
kokken und Coli-Bakterien

1. zur spezifischen Prophylaxe und Therapie bei Infektionen durch obige Erreger
2. zur gemischtspezifischen Proteinkörperwirkung
Intramuskuläre Injektionen mit genau bezeichnetem Keimgehalt

SÄCHSISCHES SERUMWERK AKTIENGESELLSCHAFT,
DRESDEN-A. 1

STAATL. FACHINGEN

Natürlicher



Mineralbrunnen

Brunnenschriften sowie eine Zusammenstellung
der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das

Fachinger Zentralbüro
Berlin W 8, Wilhelmstraße 55.

Aerztejournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

COFFEIN

erregt das

Atemzentrum

Deshalb bei Lungen-
tuberkulosen nur

KAFFEE HAG

DIGESTOMAL

DIGESTIVUM - STOMACHICUM

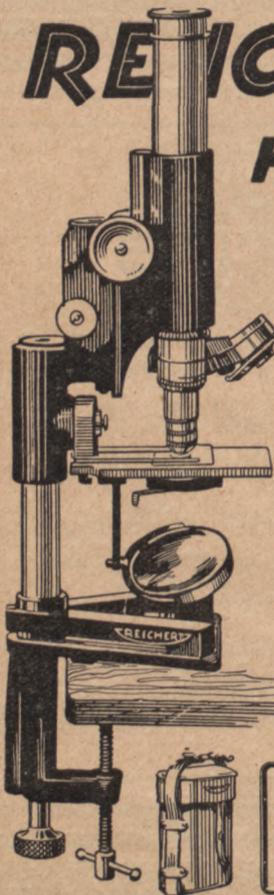
Das Spezial-Tonikum bei
Anorexie, nervöser und
funktioneller Dyspepsie



J. Moser

MED. PHARM. LABORATORIUM
KIRCHZARTEN BEI FREIBURG I. B.

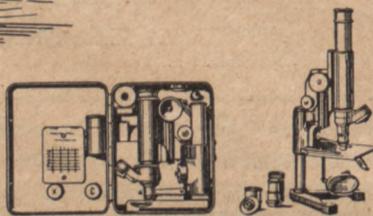
REICHERT HEIMDAL



DAS UNÜBERTROFFENE
FELD- UND REISE-
MIKROSKOP
IN DER BINOKELTASCHE

VERLANGEN SIE LISTE
Aef / MIKRO 205 d

WIEN VIII,
BENNOGASSE 24-26
REICHERT



Unentbehrliche

Vasogen =

Präparate

bei **Grippe, Rheuma** usw.

zur perkutanen Anwendung:

Jod-Campher-Chloroform-Vasogen

Resorbierend, Auswurfördernd,
Schmerzlindernd bei Erkrankung der Atmungsorgane.

Salicyl-Vasogen

Antirheumaticum und Antineuralgicum
zur Medikation auf lange Dauer.

Zur kassenärztlichen Verordnung in 20 u. 30 g O. K. P. zugelassen.

Muster und Literatur kostenlos.

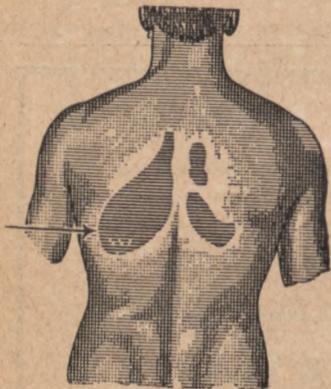
Searson & Co., Aktiengesellschaft
Hamburg 19

Die Verwendung von Antiphlogistine als Hilfsmittel in der Behandlung von LUNGENENTZÜNDUNG

Antiphlogistine

bietet seit 35 Jahren eine vorzügliche Zusammensetzung von Bestandteilen, die sich in der Behandlung der verschiedenen Arten von Pneumonie-Fällen als wesentliche Stütze bewährt hat.

Die peinliche Sorgfalt, mit der diese Bestandteile gewählt und abgestimmt werden, die getreue Befolgung des Originalrezeptes und die mit diesem Präparat erzielten hervorragenden klinischen Erfolge begründen die Stellung des Antiphlogistine als den zuverlässigsten Umschlag bei Lungenentzündungen.



Eine der 20 kolorierten
Abbildungen aus
unserer Broschüre
„Die Pneumonische Lunge“

Antiphlogistine bei Pneumonien anwenden, heißt eine ebenso vernunftgemäße wie wissenschaftlich wohl begründete Methode befolgen. Wenn die Masse im Anfang der Krankheit auf den Oberkörper so warm wie möglich aufgetragen wird, so schmiegt sie sich der Haut wie ein Jäckchen an und bietet auf diese Weise dem modernen Arzt die Möglichkeit der Erhaltung andauernder feuchter Wärme.

THE DENVER CHEMICAL MFG., m. b. H.
BERLIN-LICHTERFELDE und NEW YORK, U.S.A.

Bitte senden Sie mir kostenfrei eine Musterpackung Antiphlogistine nebst Ihrer Broschüre „Die Pneumonische Lunge.“

Name

Straße

Ort

Arcanol

Souveränes Vorbeugungs-
und Heilmittel

gegen Grippe

und Katarrhe
der oberen Luftwege.

Originalpackung: Röhre
mit 10 Tabletten zu je 1.0 g

Arcanol ist von fast allen
Krankenkassen
zur Verordnung zugelassen.

HEIMBECK

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN



Die neuzeitliche Schieferöltherapie durch

EUTIRSOL

Völlig farbloses Destillat aus
gereinigtem Seefelder Schieferöl
mit 13% Thiophenschwefelgehalt

PRÄPARATE

- 1. Pasta Eutirsol 5%** — bei oberflächlichen Hautleiden, Dermatosen der Kinder, allen Reizerscheinungen der Epidermis.
- 2. Ungt. Eutirsol 10% u. 20%** — Entsprechend Ungt. Ichthyol, in der Dermatotherapie, kl. Chirurgie, Wundbehandlung, bei Drüsen und Lymphbahnentzündung, Epididymitiden, Arthritiden usw.
- 3. Solutio Eutirsol 5% u. 10%** — Wasserlösliche Glycerinmischungen zu Spülungen und Tamponaden, bei allen Entzündungserscheinungen der Frau, insbesondere chronisch. Adnexerkrankungen, Gonorrhoe, Fluor.
- 4. Globuli Eutirsol 5% u. 10%** — Zur Nachbehandlung und in der ambulanten Frauenpraxis.

Proben und Literatur durch

ICHTHYOL-GESELLSCHAFT CORDES, HERMANNI & CO., HAMBURG

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS
Geh. Med.-Rat, Berlin

Prof. Dr. F. MÜLLER
Geh. Hofrat, München

Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER
Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

Nachdruck der Originalartikel nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, der Referate nur mit Quellenangabe gestattet

27. Jahrgang

Mittwoch, den 15. Januar 1930

Nummer 2

Abhandlungen.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Marburg (Lahn)
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Kehler).

I. Über kindliche Geburtsverletzungen.

Von

Prof. Dr. H. Naujoks,
Oberarzt der Klinik.

Mit 16 Abbildungen im Text.

Allgemeines.

Dem Kinde, das monatelang wohlbehütet im Schoße der Mutter geschlummert hat, erwachsen mit dem Augenblick seines Eintritts in die Welt mannigfache Widerstände und ernste Gefahren. Der Vorgang der Geburt fordert heute noch, auch bei genauer Kenntnis und Beobachtung des physiologischen Geschehens, bei schonender, sachverständiger Leitung der Geburt, bei hochentwickelter Operationstechnik 2—3 Proz. Opfer unter den Kindern, abgesehen von den leichteren und schwereren Läsionen, die mit dem Leben vereinbar sind. Demgegenüber erscheinen die späteren Verluste infolge erbter Anomalien, Krankheiten, Unfällen usw. direkt gering. Gerade die neueren Forschungen über die Hirnläsionen, die intrakraniellen Hämorrhagien beleuchten grell die Gefahren der Geburt, und nicht nur der schweren operativen Maßnahmen, vielleicht unter ungünstigen äußeren Umständen, bei ungenügender Hilfe, sondern auch der glatten spontanen Entbindung.

Mag auch manches Kindesleben nicht allzu hoch bewertet werden, mag sein Verlust den Angehörigen keinen großen Kummer bereiten, für den Geburtshelfer, dem ein solches Werturteil keinesfalls zusteht, ist es in jedem Falle ein arg niederdrückendes Gefühl, durch seine helfenden, der Rettung dienenden Maßnahmen, ein bis dahin vielleicht kaum oder gar nicht geschädigtes Kind verletzt, verstümmelt, sterbend herauszubefördern. Und gar gern und schnell richten sich in unserer heutigen „medizinisch aufgeklärten“ Zeit Vorwürfe und Anklagen gegen den Arzt.

Die Entstehungsweise, die Art der kindlichen Verletzung hängt wesentlich von dem Verlauf der ausgeführten Operation ab. Natürlich wird ein ungeschickter Griff, ein starker Druck,

eine falsche Zugrichtung Läsionen verschiedenster Schwere und Lokalisation herbeiführen können; doch werden bei bestimmten Eingriffen bestimmte Verletzungen besonders typisch und am meisten zu fürchten sein.

Die Zangenoperation gefährdet natürlich in erster Linie den Kopf des Kindes. Durch den Druck der Löffel entstehen Abschürfungen, Quetschungen der Weichteile, beim Abgleiten kann es zum Abreißen des Ohres kommen. Die Löffelspitzen können Quetschungen des Nervus facialis am Foramen stylomastoideum oder auch beim Durchgang seiner Äste durch die Parotis verursachen; Impressionen, Fissuren und Frakturen der Schädelknochen können zustandekommen, namentlich bei der hohen Zange. Als Folge solcher Verletzungen der Schädeldecke, aber auch ohne sie treten Zerreißen des Tentoriums oder Zerrung der großen Hirnhautvenen auf und führen zu den intrakraniellen Hämatomen und ihren schweren Erscheinungen.

Bei der Extraktion können alle Teile des Körpers in Gefahr geraten. An den unteren Extremitäten werden durch direkten Zug, mehr noch durch Abknickung oder Torsion Verletzungen an Weichteilen, Gelenken und Knochen verursacht, besonders auch bei Verwendung ungeeigneter Instrumente. Wirbelsäulenerreißen können bei übermäßigem Zug, vor allem bei starker Lateralflexion und Überdehnung der Wirbelsäule eintreten. Quetschungen der Abdominalorgane durch die Finger des Operateurs sind selten. Die allerhäufigste Läsion des Kindes ist die des Schultergürtels und der oberen Extremität in Form von Frakturen, Epiphysenlösungen, Lähmungen, besonders bei engem Becken. Die Entwicklung des Kopfes bringt ebenfalls eine Reihe von Gefahren. Der den Mund suchende Finger kann Augen, Mundboden, Gaumen verletzen und eine Fraktur des Unterkiefers machen. Durch den Druck des Beckenringes beim Durchziehen des Kindes kommt es zu schweren Verletzungen und Impressionen der Schädelknochen, zu intrakraniellen Blutungen.

Die Wendung spielt eine geringere Rolle. Nur relativ selten beobachtet man hier eine Fraktur

des Femur durch den Druck des operierenden Fingers auf die Oberschenkelmitte oder eine Epiphysenlösung durch Torsion des Beines.

Doch auch die spontane Geburt birgt ihre Gefahren für das Kind. Der Druck der knöchernen und weichen Geburtswege auf den Kopf, die Konfiguration, die Verschiebungen der Schädelknochen führen nicht nur zu der äußerlich sichtbaren, oft ganz grotesken Formveränderung, sondern verursachen Zerrungen und Zerreißen von Gefäßen im Inneren des Schädels, deren Folge die intrakraniellen Blutergüsse sind, verschieden sich auswirkend je nach Größe und Lokalisation. Meist handelt es sich hierbei bekanntlich um einen Einriß an der freien Kante des Tentorium cerebelli, von wo aus das Blut sich leicht bis zu den wichtigen Zentren der Medulla ergießt und hier besonders das Atemzentrum gefährdet. Diese verhängnisvolle Blutung tritt gar nicht so selten auf, wenn der Kopf viele Stunden im Becken einem erheblichen Druck ausgesetzt gewesen ist und nun plötzlich, nach dem Durchschneiden aus seiner Einzwängung befreit, sich ausdehnt.

Abgesehen von diesen meist überraschenden, höchst verhängnisvollen Hirnläsionen kommen aber auch bei normaler Geburt — wenn schon sehr selten — Knochen- und Nervenverletzungen vor: Klavikularfrakturen, Plexuslähmungen, Radialisquetschungen u. a.

Ihr Zustandekommen ist vielfach sehr schwer zu erklären, manchmal kann man einen verengten Beckeneingang als Ursache annehmen, doch oft lassen alle Erklärungen im Stich.

Worin bestehen nun die Aufgaben des Arztes gegenüber dieser Gefährdung des Kindes bei der Geburt?

Er muß versuchen, durch eine zweckentsprechende Leitung der Geburt die Läsionen zu vermeiden. Ist dieses nicht möglich, dann soll er die Art der Verletzung sofort und möglichst exakt feststellen, damit sie bald einer erfolgreichen Behandlung zugeführt werden kann.

Die Vermeidung der Läsionen wird nicht immer möglich sein, es wird bisweilen die Integrität des Kindes hinter das Interesse der gefährdeten Mutter zurücktreten; doch wird diese Alternative nicht allzu häufig eintreten, lange nicht so häufig, wie sie zitiert wird, wie sie den über den Miß- oder Teilerfolg etwas enttäuschten Eltern dargestellt wird. Richtige Indikationsstellung, Beachtung der Vorbedingungen, gute Technik, ruhiges, planmäßiges Operieren, schulgemäßes Vorgehen, wie es in den Kursen gelehrt wird, kann eine sehr wirkungsvolle Prophylaxe bieten. Auf Einzelheiten will ich später bei den verschiedenen Verletzungen eingehen.

Hier sei nur noch besonders auf die schweren Folgen der Unruhe, der Hast, der unnötigen Eile des Operateurs hingewiesen. Immer wieder sieht man, daß bei einer schön und ruhig begonnenen Operation, wenn sie einige Schwierigkeiten bietet,

wenn vielleicht kleine Komplikationen bei der Narkose auftreten, wenn etwas Blut abgeht, der Operateur nervös wird, nach der falschen Richtung zieht, einen Druck an ungeeigneter Stelle ausübt, eine übereilte Bewegung macht, und das Kind diese unbegründete Hast mit schwerer Verletzung oder gar mit dem Leben bezahlen muß. Es kann hier nicht genug gemahnt werden: ruhig, überlegt zu Ende operieren! Es kommt nicht auf eine Minute an! Diese Eile im letzten Augenblick, die das gefährdete, vielleicht vorzeitig atmende Kind retten sollte, hat nur selten Segen gebracht, dafür aber unzählige Male die tödliche oder wenigstens schwer verstümmelnde Läsion heraufbeschworen. Nicht jeden zerbrochenen Humerus kann man mit der recht beliebten Entschuldigung abtun: „besser ein lebendes Kind mit gebrochenem Arm als ein totes mit gesundem“.

Ist das Ungeschick passiert, dann muß von dem ersten und gewissenhaften Arzt verlangt werden, daß er sich selbst darüber klar wird, in welchem Augenblick, bei welcher Bewegung die Verletzung entstanden ist. Seinem eigenen Gewissen, seiner Kritik bleibt es dann vorbehalten, zu entscheiden, ob sie vermeidbar war oder nicht. Nur wenn man so mit sich selbst zu Gericht geht, kommt man weiter, ist man in der Lage, beim nächsten ähnlich gelagerten Fall das Mißgeschick zu vermeiden.

Für die frühzeitige Feststellung von Geburtsläsionen ist wichtig:

1. eine prinzipielle Untersuchung jedes Kindes auf Verletzungen nicht nur nach einer geburtshilflichen Operation, sondern auch nach spontaner Geburt.

2. Eine systematische Untersuchung aller Körperteile, nicht nur solcher, die besonders gefährdet waren oder schienen.

3. Die Untersuchung muß sofort post partum erfolgen; es darf nicht erst das Auftreten von Symptomen abgewartet werden.

Den ersten Akt der Untersuchung bildet eine sorgsame äußere Besichtigung. Der Geburtshelfer legt das Kind sofort nach der Abnabelung bei guter Beleuchtung auf eine flache, nicht zu weiche Unterlage und achtet auf Läsionen, Verfärbungen, Schwellungen der Haut, auf abnorme Lage oder Verformung des Kopfes, auf die Stellung, die Bewegungsmöglichkeit der Gliedmaßen, besonders auch unter Vergleich beider Seiten. Durch leichten Kälte- oder Berührungszusatz wird man Bewegungen der Arme, der Beine und der Gesichtsmuskulatur auslösen können; genügt dieses nicht, so wird man sich mit Vorteil des warmen Bades bedienen, in welchem die Bewegungen sich freier und lebhafter gestalten und durch die Schwere nicht beeinflußt werden.

Erst nach ruhiger, sorgfältiger Besichtigung darf die Palpation vorgenommen werden, äußerst überlegt und schonend, damit nicht die zarten Knöchelchen, welche der Operation stand gehalten

haben, nun der Diagnosenstellung zum Opfer fallen. Was bei zarter Palpation nicht gefühlt wird, wird durch starken Druck kaum deutlicher werden.

Die Palpation hat ihre Grenzen; sie muß durch die Röntgenuntersuchung ergänzt werden, die ja heute auch schon unter bescheidenen Verhältnissen durchführbar ist; für feinere Knochen- und Gelenkdiagnosen ist sie absolut unentbehrlich. Die Nichtanwendung dieser modernen diagnostischen Maßnahmen kann dem Arzte gelegentlich den Vorwurf der Rückständigkeit und Nachlässigkeit einbringen.

Die Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen wird natürlich im allgemeinen nach den üblichen chirurgischen Grundsätzen durchzuführen sein. Doch sind bei dem zarten kindlichen Organismus bei den kleinen Verhältnissen einige Besonderheiten wohl zu berücksichtigen.

Vorteilhaft macht sich der starke Wachstums- und Regenerationstrieb geltend, der alle Hindernisse leichter überwindet, alle Defekte schneller ausfüllt und uns viel mehr auf die „Mithilfe der Natur“ vertrauen läßt als beim Erwachsenen. Andererseits ist bei der Art des Verbandes, der Wahl eines Medikamentes die Zartheit und leichte Verletzlichkeit der kindlichen Haut zu beachten, die vielfach in den geschädigten Bezirken noch durch Stauung und Abschnürung schlecht ernährt und dadurch in ihrer Heilungstendenz herabgesetzt wird. Die Infektionsgefahr für offene Wunden ist in den ersten Lebenstagen sehr groß, die Schädigung des Kindes durch die eingetretene Infektion sehr gefährdet. Die Unruhe der Kinder, die ständige Beschmutzung mit Stuhl und Urin erfordern viel Geschick und Erfindungsgabe bei Anlegung der Verbände, viel Geduld bei der fortgesetzten Säuberung.

Die Behandlung des Kindes durch den Geburtshelfer darf sich nicht auf die ersten Lebenstage beschränken, auf kurze Hinweise und Ratschläge für die spätere Zeit, sondern es ist von allergrößter Wichtigkeit, daß die Kinder längere Zeit in der Kontrolle bleiben, daß die Eltern auf die eventuell zu erwartenden Folgeerscheinungen nachdrücklich hingewiesen werden. Eigene Nachuntersuchungen, die ich vor kurzem an geburtsverletzten Kindern über 1—2 Jahrzehnte angestellt habe, haben mir gezeigt, daß die Knochen- und mehr noch die Nervenläsionen recht schwere Funktionsstörungen im Gefolge haben können, und daß man bei einer gewissen Indolenz der Eltern nicht ohne längere Kontrolle, ja ohne gelinden Zwang auskommen kann. Auch erscheint es ratsam, frühzeitig spezialistischen Rat (orthopädischen, pädiatrischen, neurologischen, otologischen u. a. m.) einzuholen; die Technik eines Verbandes, die genauere Feststellung der Art einer Nervenläsion, die Lokalisation einer Schädelverletzung, das sind Dinge, die in frühem Lebensalter recht erhebliche Schwierigkeiten machen können.

Hier kann durch mangelhafte Sorgfalt und Aufmerksamkeit sehr viel versäumt werden.

Spezielles.

Verletzungen des Kopfes.

Die Kopfgeschwulst gehört zu dem regelmäßigen Befund einer länger dauernden Geburt, sie schwindet schnell spontan und bedarf niemals einer Behandlung; das früher vielfach vorgenommene „Zurechtmassieren“ des verformten Kopfes ist unbedingt zu unterlassen.

Das *Kephalhämatom* (Kopfb Blutgeschwulst) kommt bei spontaner und operativer Geburt vor, entsteht durch tangentielle Verschiebung des Periosts gegen den Knochen und sekundäre Blutansammlung infolge des Minderdrucks, nimmt in den ersten Stunden nach der Geburt meist an Größe zu, setzt sich mit scharfem Rande gegen die Umgebung ab und überschreitet nie die Knochengrenzen. Es wird am besten mit einem weichen Schutzverband bedeckt zur Vermeidung der wegen der Infektionsgefahr sehr gefürchteten Hautabschürfungen. In den ersten 14 Tagen ist durchaus konservatives Verhalten anzuraten. Ist die Blutung sicher zum Stillstand gelangt und zieht sich die Resorption über längere Zeit hin, dann wird — unter größten aseptischen Kautelen — die Ansaugung des Blutes durch Punktion (nie Inzision) angezeigt sein zur Verhütung stärkerer entstellender reaktiver Knochenwucherungen am Rande der Blutgeschwulst. Bei Vereiterung ist natürlich breite Öffnung nötig, die Prognose ist damit wegen Gefahr der Meningitis zweifelhaft geworden.

Läsionen der Haut, Abschürfungen, Quetschungen kommen meist zustande durch den Druck der Zangenlöffel, wenn diese schlecht am Kopf liegen, vor allem, wenn von dem Geburtshelfer eine zu große Kraft angewandt wird. Ein Zug an der Zange ohne einen gewissen Druck ist nicht möglich, aber diesen Druck nicht übermäßig anwachsen zu lassen, dazu gehört ein feines Gefühl, eine größere Erfahrung. Man kann sich hier dadurch helfen, daß man ein zusammengelegtes nasses Handtuch zwischen die Zangengriffe legt und nahezu bis zum Schloß vorschiebt, auf diese Weise wird die Kraft der zusammendrückenden Hand von dem Handtuchpolster zum Teil aufgefangen und so der kindliche Kopf geschützt.

Die häufigste Ursache für einen zu starken Druck und damit der Hauptfehler liegt meist darin, daß der Operateur, besonders bei Beckenverengerung, versucht, den Kopfumfang zu verkleinern und dadurch das Hindernis zu überwinden. Vor diesem Fehler, der vielfach ganz unbewußt begangen wird, kann nicht genug gewarnt werden. Die Folgen bestehen vielfach nicht nur in Hautläsionen und Weichteilquetschungen, sondern in weitgehender Zertrümmerung des kindlichen Schädels. Die Zange ist kein Druck-, sondern ein

Zuginstrument. Ist der Kopf für das Becken zu groß, dann war die Zangenoperation unangebracht, dann war die Indikation falsch gestellt.

Tiefe Druckmarken sieht man auch besonders bei Rotation der Zange, wenn die Rippenkanten die Haut durchschneiden und starke Quetschungen der Umgebung verursachen. Diese Wunden zeigen in einem verhältnismäßig recht großem Prozentsatz Neigung zu Infektion und Gangrän mit ihren gerade für das Neugeborene so schweren Folgeerscheinungen der Phlegmone, der Sepsis, der Meningitis. Eine mäßige Quetschung der Weichteile wird sich bei schweren Zangen, bei notwendiger Rotation nicht immer vermeiden lassen. Die schweren Verletzungen sind aber wohl stets auf eine unvollkommene Technik zurückzuführen, entweder ist zu brüsk, zu schnell, ohne Zug gedreht, oder aber in einer flachen Beckenebene, oder vielleicht sogar in falscher Richtung. Der Operateur darf dem Kopf nicht rücksichtslos seinen Willen aufzwingen, sondern er muß bisweilen auf dessen Drehimpulse lauschen. Ein Kopf, dessen Rotation in Beckenmitte nicht gelingt, nur unter großen Verletzungen des kindlichen Kopfes und der mütterlichen Vagina möglich erscheint, gleitet auf dem Beckenboden vielleicht ganz spontan in die richtige Stellung. An die Stelle des starren Schematismus und der groben Kraft muß feines Empfinden, planvolles Individualisieren treten — auch bei der „einfachen Zange“!

Größere Hautstücke, Teile des Ohres können von den Löffeln abgerissen werden, wenn die Zange abgleitet. Dieses sehr unangenehme Mißgeschick beruht meist in einer schlechten Anlegung der Zange, seltener in einem zu starken Zug. Wenn die Lage der Löffel kurz vor dem Probezug noch einmal kontrolliert wird, wenn der Zeigefinger der linken Hand auch bei starkem Zug in gutem Konnex mit dem Kopf bleibt, wenn nur die Unterarmmuskulatur sich anspannt und die Antagonisten jeden Augenblick in der Lage sind zu bremsen, dann kann niemals die Zange aus der Vulva herausfahren und Mutter und Kind schwer verletzen.

An der Wangenhaut sieht man bisweilen nach Zangenoperationen eigentümliche Verhärtungen ohne oberflächliche Wunden, bald ein- bald doppelseitig. Da sie bei spontanen Geburten nie beobachtet werden, muß man sie wohl als Folgeerscheinungen des Zangendrucks auffassen. Diese Wangeninfiltrate, deren eigentliches Wesen nicht bekannt ist, schwinden nach einigen Wochen, eventuell erst nach Monaten spontan.

Läsionen im Gesicht können durch unvorsichtige Manipulationen bei der Untersuchung entstehen, wenn es sich um eine Gesichtslage handelt und diese wegen starker Geburtsgeschwulst nicht diagnostiziert wird. Zu starker Druck, längeres Reiben verursachen gelegentlich nicht unerhebliche Epitheldefekte, oder die Fingerspitzen geraten in die Augenhöhlen und dis-

lozieren oder quetschen die Bulbi. Häufiger kommt es zu Gesichtsverletzungen, besonders in der Mundhöhle, bei dem Veit-Smellieschen Handgriff, wenn der eingehende Finger zunächst den Mund nicht findet, sondern brüsk im Gesicht herumtastet, oder wenn er im Munde unter die Zunge gerät und das Frenulum oder den weichen, blutreichen Mundboden zerreißt; wenn er zu weit eingeschoben wird, kann die Fingerkuppe oder erst recht der Fingernagel erhebliche Läsionen des Rachens herbeiführen. Alle diese unangenehmen und wegen der Infektionsgefahr recht ernst zu beurteilenden Verletzungen sind sehr leicht zu vermeiden, wenn der Operateur sich nur immer darüber im Klaren bleibt, daß der eingeführte Finger auf der Zunge liegen bleiben soll und nur einen leichten, den Kopf flektierenden Druck ausüben, nicht aber die Extraktion zu übernehmen hat.

Es ist nicht notwendig, ja sogar bedenklich, zwei Finger einzuführen und jeden auf einen Unterkieferrand aufzulegen.

Die Erkennung der offenen Wunden und Weichteilquetschungen am Kopf wird kaum je Schwierigkeiten bereiten. Sie sind nur als blutende Epitheldefekte leicht sichtbar, oder sie tun sich als teigige Schwellungen kund, aus deren Lokalisation ohne Weiteres die Art des Hämatoms abzulesen ist (z. B. Masseter, Kopfnickerhämatome). Auf Läsionen, Blutergüsse in der Orbita wird ein Exophthalmus hinweisen; Zerreißen in der Mundhöhle lassen sich bei genauerer Inspektion des geöffneten Mundes ohne Weiteres feststellen, Blutungen aus dem Munde werden schon darauf hinweisen.

Die Behandlung der Hautwunden und der tieferen Weichteilläsionen hat nach allgemeinen chirurgischen Prinzipien zu erfolgen, sie besteht in aseptischen Verbänden (Borsalbe, Dermatolpuder) oder bei infizierten, nekrotischen Wunden in Beschleunigung der Reinigung durch feuchte Aufschläge. Doch ist auf die zarte Haut des Neugeborenen Rücksicht zu nehmen, die mazerierende Wirkung länger liegender feuchter Verbände ist durch Salbe wieder wett zu machen. Auch bei kleinsten Epitheldefekten ist auf strengste Wahrung der Asepsis allergrößter Wert zu legen, auf Abszedierung muß dauernd gefahndet und eventuell frühzeitig inzidiert werden. Die Gefahr der Sepsis, der Meningitis bei den kleinen Kindern ist sehr groß.

Nervenläsionen

am Kopf sind nicht allzu selten; sie treten meist als Folge von Zangenoperationen auf, kommen ausnahmsweise auch einmal bei spontaner Geburt vor. Die Vorbedingung für das Zustandekommen ist eine Quetschung des Nervenstammes zwischen zwei harten Widerständen, das ist einerseits die harte Knochenunterlage am Kopf, andererseits die Löffelspitze oder die Kante des Promontoriums resp. der Symphyse. Vor allem ist es

der Nervus facialis, der einem Druck ausgesetzt ist an seinem Austritt aus dem Foramen stylomastoideum oder bei seiner Aufsplitterung dicht vor dem Ohrläppchen, und zwar etwas häufiger dann, wenn der Kopf sich in leichter Deflexion befindet (tiefer Querstand, Vorderhauptslage). Mit Sicherheit dieses Mißgeschick zu vermeiden, wird selbst bei sorgsamster Anlegung der Zange nicht möglich sein. Immerhin muß man darauf achten, daß das Instrument richtig gebaut ist, daß die Löffelspitzen genügend weit auseinander stehen (mindestens 2 cm), daß die Löffel hoch genug hinaufgeschoben werden, und während der Traktion nicht gleiten.

Bei Beachtung dieser Vorsichtsmaßregeln wird sich der größte Teil der Fazialislähmungen bei Zangenoperationen vermeiden lassen, aber nicht alle. Gegen die Quetschung der Nerven bei spontaner Geburt läßt sich prophylaktisch nichts machen.

Die Diagnose der gewöhnlichen peripheren Fazialisparese ist leicht. Am stärksten betroffen ist immer der untere Ast. Man sieht bisweilen schon bei ruhigem Verhalten des Kindes auf der geschädigten Seite eine Abflachung der Nasolabialfalte und ein Tieferstehen des Mundwinkels. Beim Schreien verzieht sich der Mund stark nach der gesunden Seite, das Auge der kranken Seite bleibt leicht geöffnet (Lagophthalmus), Stirnfalten zeigen sich nur auf der gesunden Hälfte (Fig. 1¹⁾).

Sind beide Nn. faciales betroffen, so ist die Feststellung leichterer Grade von Lähmung recht schwierig, da Vergleichsmöglichkeiten fehlen. Deviationen der Zunge glaubte man früher auf eine Schädigung des Hypoglossus zurückführen zu müssen, doch ist eine solche wegen der tiefen, geschützten Lage des Nerven recht unwahrscheinlich. Die Schiefstellung des Mundes bei Fazialislähmung täuscht wohl eine Deviation der unbeteiligten Zunge nach der entgegengesetzten Seite vor.

Zu denken ist bei Erscheinungen einer Fazialis-schädigung auch an eine zentrale Läsion, besonders wenn Druckmarken in der Nähe des Ohrläppchens nicht festzustellen sind, der Verlauf der Geburt auch auf keinen stärkeren Druck hindeutet.

Diese echte zentrale Fazialisschädigung äußert sich lediglich in einer Lähmung des unteren Astes auf der entgegengesetzten Seite; sie ist meist kombiniert mit anderen Zeichen einer intrakraniellen Blutung und kommt zustande durch Verletzung des Scheitelbeines mit direkter Quetschung der Hirnpartie oder durch Zerreißen meningealer Gefäße. Auf diese Dinge wird unten noch ausführlicher eingegangen.

Die Prognose der Fazialisparese ist im allgemeinen gut; sie erfordert meist keine besondere

Behandlung, sondern sie geht allmählich nach höchstens 8 Tagen spontan zurück. Verzögert sich die Rückbildung der Erscheinungen bis in die zweite Woche, dann muß man durch den faradischen Strom der Ausbildung einer Inaktivitätsatrophie der affizierten Muskeln entgegenarbeiten (mehrere Sitzungen am Tage von 1 bis 2 Minuten Dauer); auch Galvanisation und Wärmeapplikation können günstigen Einfluß haben. Eine große Gefahr schon in den ersten Tagen bietet der Lagophthalmus, der leicht zu einer ersten Konjunktivitis und Keratitis führen kann. Kommt die Muskeltätigkeit nicht bald in Gang, dann ist ein Schutz für das Auge (Uhrglasverband) empfehlenswert.



Fig. 1. Rechtsseitige periphere Fazialislähmung.

Knochenverletzungen im Bereich des Kopfes.

Hier handelt es sich meist um sehr schwere Läsionen mannigfacher Art und Lokalisation, hervorgerufen durch starken Druck mit der Zange oder durch kräftigen Zug bei der Extraktion am Beckenende. Schwächen der Indikationsstellung, mehr oder weniger grobe technische Fehler werden wohl in den meisten Fällen die Schuld an diesen schweren Verletzungen tragen, bei denen natürlich therapeutisch nur wenig zu machen ist.

Den leichtesten Grad der Verletzungen der Schädelknochen stellen die Impressionen dar, die besonders bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes bei verengtem Becken entstehen. Diese Eindellungen sitzen meist an der vorderen Hälfte des Scheitelbeines und haben dann Löffelform (Fig 2), oder sie sitzen an einem Tuber parietale und weisen dann mehr die Gestalt einer umgekehrten Pyramide auf.

Solche Impressionen können geburtsmechanisch recht günstig sein; das Promontorium drückt den nachgiebigen Knochen ein und ermöglicht so

¹⁾ Die meisten Abbildungen sind dem Lehrbuch der operativen Geburtshilfe von Winter (Urban und Schwarzenberg Berlin und Wien 1927) entnommen.

durch die Verkürzung des parietalen Durchmessers den Schädeldurchtritt. Gelegentlich verbinden sich mit den Impressionen kleinere oder größere Fissuren und Infraktionen des Knochens. Das Gehirn bleibt, da es weich und kompressibel ist, meist ungeschädigt; die Impressionen flachen sich gewöhnlich von selbst ab, nur Blutungen aus zer-rissenen Gefäßen der Hirnkapsel können zur Be-drohung des Lebens führen.

Ein stärkerer Druck mit der Zange, wie er bei tiefstehendem Kopf nur der ungeübten Hand passiert, wie er aber im Beckeneingang bei der hohen Zange nicht ganz selten vorkommt, kann Splitterfrakturen des Stirn-, Scheitel-Hinterhaupts-beines, Zertrümmerung der Schläfenbeinschuppe, Zerreißen der Nähte zur Folge haben. Über-mäßig starker Druck auf das Stirnbein gefährdet auch Wandungen und Inhalt der Augenhöhle,



Fig. 2. Löffelförmige Impression des linken Scheitelbeines.

führt zu Splitterung der Orbitalwand, zu Quetschung des Nervus opticus, vielleicht sogar zur Luxation des Bulbus. Auch im Gesicht können die Löffel-spitzen Verheerungen anrichten, den Unterkiefer oder das Jochbein frakturieren.

Wird der Kopf frontookzipital gefaßt, wie bei der typischen Beckeneingangszange, so kann bei stärkerem Druck der über der Stirn liegende Löffel hier eine Impression erzeugen oder der hinten liegende Löffel führt zu einer Dislokation der Hinterhauptsschuppe nach vorn, zu einer Absprengung, bei der die Medulla oblongata gedrückt oder durchtrennt werden kann, womit der unmittelbare Tod verbunden ist. Eine ganz ähnliche Knochenläsion wird entstehen können, wenn der von außen auf den nachfolgenden Kopf mit der Hand ausgeübte Druck die Spitze der Hinterhauptschuppe trifft und sie nach vorn disloziert. Es muß also darauf geachtet werden, daß beim Martinschen Handgriff der Kopf sich nur in ganz leichter Beugstellung befindet und der Druck mit der flachen Hand, allmählich anschwellend, ausgeübt wird.

Bei der Zange kann nicht genug vor allzu starkem Druck gewarnt werden, vor allem bei

der hohen Zange. Diese äußerst gefährliche, in ihren Schwierigkeiten und Gefahren gar nicht zu übersehende Operation muß vom Praktiker immer mehr perhorresziert werden; sie hat nur höchst selten ihre Berechtigung im Zeitalter der Schnitt-entbindung, der Beckenspaltung, der glänzend wirkenden Wehenmittel. Bei den geschilderten Knochenverletzungen handelt es sich wohl meist um hohe Zangen, deren Applikation überhaupt nicht zulässig war, oder die nach einigen Traktions-versuchen nicht früh genug aufgegeben und durch zerstückelnde Maßnahmen ersetzt wurden.

Die Frakturen der Knochen an der Schädel-basis sind meist tödlich wegen der unmittelbaren Gefährdung der Medulla, die Prognose der Läsionen an der Konvexität hängt wesentlich von der be-gleitenden Blutung ab. Bleibt diese aus, so werden die momentanen Druckerscheinungen bald zurück-gehen, sofern nicht Zerstörungen einzelner Hirn-gebiete vorgekommen sind.

Die Erkennung der Knochenverletzungen am Schädel intra vitam wird meist keine besonderen Schwierigkeiten machen. Gleichzeitige Weich-teilläsionen, Suggillationen und Verfärbungen deuten schon darauf hin, die Palpation wird dann Knittern, Knochentrümmer, Spaltbildungen nach-weisen. Die Röntgenaufnahme wird in praxi meist entbehrlich sein.

Eine Behandlung der Frakturen am Schädel wird nur selten in Frage kommen. Sind sie aus-gedehnter, so verlaufen sie letal; bei kleineren Ver-letzungen kann die Therapie nur in schützendem Verband bestehen. Höchstens die komplizierenden intrakraniellen Blutungen werden gelegentlich — je nach Größe und Lokalisation — eine Be-handlung verlangen (darüber siehe unten!).

Bei Impressionen der Schädelknochen, sofern sie sich nicht in einigen Tagen von selbst aus-gleichen, wird man ein Redressement vornehmen, wenn Herdsymptome deutlich ausgesprochen sind oder die kosmetische Verunstaltung zu groß ist. Am einfachsten flacht man durch konzentrischen Druck mit massierenden Bewegungen der Finger-spitzen die eingedrückte Schädelstelle ab, bis der Knochen plötzlich in seine Lage zurückfedert.

Reposition mit einem korkzieherartigen In-strument oder ähnliche Maßnahmen werden kaum je notwendig sein. (Schluß folgt.)

Aus dem Sanatorium Groedel in Bad Nauheim.

2. Syphilis congenita tarda der Viszeralorgane.

Von

Prof. Dr. Franz M. Groedel
und Dr. Rudolf Wachter in Bad Nauheim.

Über die Folgen der kongenitalen Syphilis an den Viszeralorganen des Erwachsenen ist speziell bei uns in Deutschland noch recht wenig bekannt geworden. Derartige Manifestationen,

die wir als Spätsyphilis im eigentlichen Sinne des Wortes oder als Syphilis tarda bezeichnen, sind nach Davidsohn nicht häufig. Nach diesem Autor findet man im Gegensatz zu den Erscheinungen der kongenitalen Lues vor dem 5. Lebensjahr bei den Fällen von Spätsyphilis hauptsächlich Erscheinungen an Augen, Knochen, Gelenken und am Zentralnervensystem.

Auf Grund unserer Erfahrungen möchte ich annehmen, daß aber auch das Herz nicht selten in solchen Fällen betroffen ist. Offenbar entwickeln sich die Erscheinungen am Herzen aber erst jenseits des 30. Lebensjahres. Ob die Annahme Davidsohns zurecht besteht, wenn er sagt „Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße spielen bei der kongenitalen Spätsyphilis im Gegensatz zur tertiären Form der erworbenen Syphilis eine ganz untergeordnete Rolle“, darf daher bezweifelt werden. Allerdings können auch wir nicht über kongenitale Fälle von ausgesprochener primärer Aortitis, von Aneurysmen und Aortenfehlern berichten.¹⁾ Es handelt sich vielmehr bei den meisten Fällen um ein relativ wohl charakterisiertes Bild, nämlich um die gleichzeitige Erkrankung fast aller viszeralen Organe, speziell der Leber, der Lunge, des Herzens, eventuell auch der Milz und des Magens, ja sogar der Niere.

Wir wollen heute drei Fälle aus unserem Krankenmaterial näher erörtern. Sie scheinen uns besonders charakteristisch zu sein.

Fall 1. Der damals 44 Jahre alte Herr R. kam im Jahre 1926 zum ersten Mal in unsere Beobachtung. Er gab an mit 8 Jahren Scharlach gehabt zu haben, möglicherweise auch Diphtherie. Im 23. Lebensjahr wurde eine Hypertonie festgestellt. Der systolische Druck betrug 185 mm Hg. Die Nieren wurden stets gesund gefunden.

Der Krieg brachte große körperliche Arbeit für den Patienten, infolgedessen im 37. Lebensjahr schwerer nervöser Zusammenbruch. Im 41. Lebensjahr Auftreten von Atemnot beim Treppensteigen. Im nächsten Jahr wird Geräusch am Herzen festgestellt. Das Herz soll vergrößert sein. Patient geht in 1600 m Höhe, spielt dort sehr viel Golf. Er fühlt sich unwohl, reist in die Tiefe, erleidet einen Zusammenbruch. Seit diesem Moment, das heißt seit zwei Jahren Herzinsuffizienzerscheinungen, Ödeme, Erbrechen, Appetitlosigkeit. Behandlung dieser Herzinsuffizienz durch die verschiedensten Ärzte relativ erfolglos, nur Salyrgan beseitigt zeitweise die Stauungen.

Bei der Untersuchung des Patienten fand ich ein lautes systolisches Geräusch. Das Herz ist außerordentlich stark vergrößert, die Aorta leicht verbreitert. Möglicherweise besteht eine Kalkspange an der Aorta. Der Lungenhilus ist beider-

seits beträchtlich verstärkt beschattet. Rechts besteht ein pleuritischer Erguß. Die Leber ist außerordentlich stark vergrößert, sie ist sehr schmerzhaft. Auch die Milz ist ausgesprochen druckempfindlich, sie ist ebenfalls leicht vergrößert. Aszites ist nur sehr mäßig vorhanden.

Wir nahmen an, daß es sich trotz negativen Wassermann um eine syphilitische Erkrankung handele und gaben den Rat, neben Herzbehandlung regelmäßig Salyrgan und Jod anzuwenden. Kurze Zeit darauf trat eine Thrombose beider Beine auf, dabei hohes Fieber. Nach 4 Wochen Lungeninfarkt, wieder mit Fieber. Dann eine fieberhafte Pleuritis, dann schwere Furunkulose. Wassermann war auch in dieser Zeit stets negativ. Nach etwa 2 Monaten schweres Exanthem ohne Fieber. Erst nach Anwendung eines Krätzemittels verschwand es. Herzbehandlung mit Strophantol und Salyrgan in den verschiedensten Sanatorien ohne Erfolg. Schließlich in einer Universitätsklinik dreimal Punktion eines Transsudats aus dem Pleuraraum, jedesmal 1500 ccm. In einer anderen Universitätsklinik nochmals Punktion von 1500 ccm und dortselbst Aufstellung der Diagnose: Pericarditis adhaesiva. Diese Diagnose wurde gestellt auf Grund eines Röntgenkymogramms vom linken Herzrand. Daraufhin wurde Operation vorgeschlagen und von verschiedenen Autoritäten diskutiert.

Wir lehnten diese Diagnose ab und bestanden auf unserer Diagnose: Syphilitische Erkrankung der Viszeralorgane. Als wir die Frage aufwarfen, ob eine angeborene Syphilis in Frage kommen könne, wurde von dem Familienarzt mitgeteilt, daß der Vater des Patienten an Paralyse gestorben sei!

Fall 2. Im Jahre 1924 kam der damals 45 Jahre alte Oberst P. zum ersten Mal in unsere Behandlung. Er wurde von seinem Arzt geschickt mit der Angabe, an einer nervösen Pulsirregularität zu leiden.

Der Patient gab an schon seit vielen Jahren bei Anstrengungen etwas Atemnot zu haben, er habe nie geraucht, nie getrunken. 1919 hat er Scharlach durchgemacht. Damals hatte er zum ersten Mal Pulsaussetzen und einen aufgetriebenen Magen. 1923 trat eine Nierenstörung auf. Seit kurzem bestehen hochgradige Magenstörungen, starkes Pulsaussetzen, Druck am Herzen, die Füße sind geschwollen, der Schlaf ist schlecht. Die Untersuchung ergab folgendes: Sehr erregte, unregelmäßige Herzaktion. Präsysolisches Geräusch über dem Herzen. Herz sehr stark vergrößert, Mischform. Blutdruck diastolisch 65, systolisch 115 mm Hg. Laut Elektrokardiogramm besteht perpetuelle Arrhythmie. Im Urin Eiweißspuren und wenig Formelemente. Die Kapillaren im mikroskopischen Bild sehr lang, wenig geschlängelt. Blutbefund in jeder Beziehung normal. Die Wassermann-Reaktion, die früher immer negativ gewesen sein soll, zeigt Eigenhemmung. Leber stark vergrößert, druckempfindlich. Milz leicht

¹⁾ Wir beobachten zurzeit eine Patientin mit diastolischem Geräusch. Früher Wa —, jetzt +. Vater an Paralyse gestorben. Aber Infektion nicht sicher auszuschließen.

vergrößert. Es bestehen mäßige Ödeme. Patient erholt sich unter der Kur, Diuretin, Digitalis usw. sehr gut.

Im Jahre 1925 kommt Patient wieder zur Kur. Es war ihm während des Jahres gut gegangen. Erst in letzter Zeit war wieder Dyspnoe aufgetreten. Der Befund ist objektiv und subjektiv in jeder Beziehung der gleiche wie im Jahre vorher. Bei zunehmender Herzkräftigung trat aber ein systolisches Geräusch auf.

Dann kam der Patient erst im Jahre 1927 zur Kur zurück. Er war außerordentlich hinfällig. Die Dyspnoe war außerordentlich stark. Der Befund war folgender:

Systolisches Geräusch. Perpetuelle Arrhythmie. Im Elektrokardiogramm erscheint außerdem die Finalzacke invertiert. Die Leber ist bretthart, sie reicht bis über den Nabel. Trotz Digitalis in verschiedener Form, Diuretin usw. ist die Diurese nicht in Gang zu bringen. Nur auf Salyrgan reagiert der Patient kräftiger. Der Zustand besserte sich nicht. Das Bild wird immer bedrohlicher.

Bis jetzt war die Diagnose nie richtig gestellt worden. Wir dachten stets an ein Mitralvitium unbekannter Ursache. Die geringe Reaktion des Patienten auf Herzmittel war stets aufgefallen. Nochmalige Nacherhebung der Anamnese ergab, daß der Patient wirklich nie schwer krank gewesen ist und ein gesundes Kind hat. Was wir aber noch nicht gewußt hatten, wurde nun nachgetragen: Vater, Mutter, sämtliche 6 Geschwister hatten Syphilis und sind an Gehirnkrankheiten gestorben.

Wir begannen auf die Mitteilung hin sofort mit einer intravenösen Jodkur. Es wurde durchschnittlich an jedem zweiten bis dritten Tag, späterhin sogar jeden Tag 1,5—2 ccm Jod intravenös verabfolgt. Dazu gaben wir Digitalis rektal und Diuretin stomachal. Die Diurese blieb nun dauernd gut. Es wurden täglich große Überschüsse erzielt. Die Leber wurde von Tag zu Tag kleiner, weicher. Die Milz verschwand hinter dem Rippenbogen. Patient konnte wieder gehen. Kurz der Zustand besserte sich von Tag zu Tag in glänzendster Weise.

Fall 3. Mr. F., 50 jähriger Brasilianer, kam im Jahre 1927 zum ersten Mal in unsere Behandlung. Vater und Mutter waren an Syphilis gestorben. Er selbst war immer gesund, nie ernstlich krank gewesen, hatte keine Syphilis. Er hat drei gesunde kräftige Kinder. Laut Mitteilung des Hausarztes war die Wassermann-Reaktion beim Patienten sowie bei dessen Frau und bei zwei seiner Kinder positiv. Vor einigen Jahren traten Insuffizienzerscheinungen auf. Herz und Syphilis wurden behandelt, jedoch ohne Resultat. Als Patient in unsere Behandlung kam, zeigten sich dieselben Symptome wie bei Fall 2. Wir behandelten den Patienten mit intravenösen Jodspritzen und gaben gleichzeitig Strophanthin intravenös. Digitalis konnten wir ihm nicht geben, da er sich gegen dieses Medikament wehrte. Dafür gaben wir ihm Diuretin. Das Resultat war das gleiche wie in Fall 2.

In den Fällen 2 und 3 sahen wir noch ein wichtiges Symptom, welches wir auch im Fall 1 erwähnten, nämlich einen rechtsseitigen Pleuraerguß. Solche rechtsseitigen Pleuraergüsse scheinen uns immer verdächtig bei einem Herzfall, weil bei gewöhnlicher Herzinsuffizienz dieses Symptom meist zuerst auf der linken Seite auftritt.

Die drei beschriebenen Fälle von Syphilis congenita tarda der Viszeralorgane zeigten übereinstimmend folgende Symptome:

1. Rechtsseitiger Hydrothorax.
2. Knotige Schatten in der Lunge (Lungenlues?).
3. Enorm vergrößerte harte Leber.
4. Schwere Herzinsuffizienz und Herzvergrößerung.
5. Negative Vorgeschichte für Herzschädigung.
6. Meist negativen Wassermann, manchmal Selbsthemmung.
7. Sehr geringe Reaktion auf gewöhnliche Herzbehandlung.
8. Auch die nach endlicher Auffindung der Diagnose eingeleitete spezifische Behandlung wirkt nur unvollkommen — wenn nicht gleichzeitig intravenöse Jodtherapie eingeleitet wird.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

I. Über Entstehung des Schlaganfalles und seine Verhütung¹⁾.

Von

Prof. Dr. Ed. Stadler in Plauen.

Mit Schlaganfall bezeichnen wir schlechthin das plötzliche Eintreten eines durch Störung der Gehirntätigkeit bedingten Ausfalles motorischer, sensibler oder psychischer Funktionen. Stellen wir

¹⁾ Fortbildungsvortrag, gehalten im ärztl. Bezirksverein zu Hof (Saale).

bei einem Kranken einen „Schlaganfall“ fest, so interessiert uns neben dem Sitz und dem Umfang der Ausfallerscheinungen in erster Linie die Ursache der Störung im Gehirn, die wir durch eine eingehende Untersuchung des Kranken zu ergründen suchen. Wir fahnden nach Veränderungen an den Organen des Körpers, gewöhnlich zuerst im Bereiche des Kreislaufapparates, dann nach Geschwulstbildungen, entzündlichen und infektiösen Krankheitsherden jeder Art, nach Verletzungen und schließlich nach Symptomen, die auf einen primären Krankheitsherd im Schädel selbst hin-

zur Grippe BEHANDLUNG

PROPHYLAXE

PANFLAVIN-Pastillen

Chemotherapeutisches Antisepticum auf der Grundlage des Trypaflavins
Zur Desinfektion von Mund- und Rachenhöhle

BEHANDLUNG

GARDAN

von ausgesprochen entzündungswidrigen
antipyretischen und antineuralgischen Eigenschaften.

OMNADIN

Immun-Vollvaccine „Much“

bewirkt schnelle Mobilisierung und Steigerung
der Abwehrkräfte des Organismus

KRESIVAL

„Das Hustenmittel“ in Syrupform

bewährt als mildes, angenehmes Expektorans

NACHBEHANDLUNG

OPTARSON

Kombination von Arsen und Strychnin in Ampullen

für die Rekonvaleszenz, zur Kräftigung und
Belebung, erzeugt rasch Appetit und Euphorie



I.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Pharmaz.-Wissenschaftliche Abteilung „Bayer-Meister-Lucius“
LEVERKUSEN a. Rh.

DOLORSAN

D.R.Wz.

Jod organisch an Camphor und Rosmarinöl sowie an NH_3 gebunden, Ammoniak und Alkohol

Literatur und Versuchsproben auf Wunsch!

Analgetikum

Große Tiefenwirkung!

von eigenartig schneller, durchschlagender und nachhaltiger Jod- und Camphorwirkung bei

Pleuritis, Angina, Grippe, Gicht, Rheuma, Myalgien, Lumbago, Entzündungen, Furunkulose

Kassenpckg. M. 1.15, gr. Flaschen zu M. 1.95, Klinikpckg. M. 6.10

In den Apotheken vorrätig

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN 64

SIRAN

bewährtes Expectorans bei katarrhalischen Erkrankungen der Atemwege

„Seine besonderen Vorzüge bestehen im guten Geschmack, Verträglichkeit und in dem besonders günstigen Einfluß auf Appetit und Allgemeinbefinden.“

Fortschr. d. Medizin Nr. 14, 1927, Dr. Levinger u. Dr. Eickhoff, Städt. Hospital, Berlin-Buch

Bei den meisten Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

Anginasin

D. R. Wz.

Spezifikum gegen Angina.

Preis M. 1.15 in den Apotheken.

Verhütet jegliche

Nebenerscheinungen.

Laryngsan

D. R. Wz.

Zur Behandlung v. Erkältungskrankheiten: Grippe, Husten, Schnupfen, Bronchialkatarrh, vorzüglich geeignet! Packung mit Tropfpipette M. 0.95 f. Kassen, f. Private M. 1.—.

Proben auf Wunsch.

JOHANN G. W. OPFERMANN, KÖLN

weisen. Der Augenspiegel klärt oft sofort über einen Tumor oder Abszeß im Gehirn auf. Die Feststellung eines Herzklappenfehlers macht eine Embolie als Ursache einer Lähmung wahrscheinlich. Akute Infektionskrankheiten und Verletzungen lassen einen embolischen oder thrombotischen Prozeß vermuten. Reste einer früher überstandenen Syphilis weisen auf spezifische Gefäßerkrankungen und dadurch bedingten Ausfall von Gehirnsubstanz hin. Neben der objektiven Untersuchung gibt uns die Vorgeschichte dabei schon manchen Hinweis auf die Art der zerebralen Störung. Sie hat sich vor allem zu erstrecken auf das Verhalten des Kranken während der letzten Jahre in körperlicher und seelischer Beziehung, auf Krankheiten und Todesursachen der Eltern und Geschwister, auf Alter, Beruf und Lebensweise, um die zahlreichen Möglichkeiten zu klären, die zu dem erschreckenden Ereignis des Schlaganfalls geführt haben. Aus dem ätiologischen Faktor, dem Umfang der Ausfallserscheinungen und dem Allgemeinzustand des Kranken suchen wir uns dann ein Bild von dem anatomischen Krankheitsvorgange im Gehirn zu formen und daraus unsere Schlüsse zu ziehen. In vielen Fällen ist damit schon die Therapie gegeben, für eine ganze Anzahl auch die Aussicht für die Zukunft festgelegt.

Bei der Mannigfaltigkeit des anatomischen Substrates eines Schlaganfalls wird der erfahrene Kliniker sich jedoch nicht wundern, wenn ihm trotz vorsichtigster Bewertung aller Symptome Fehldiagnosen unterlaufen. Einige statistische Zusammenstellungen aus neuester Zeit über die Fehlerbreite der klinischen Diagnose lassen nicht nur erkennen, daß Fälle von Hirntumoren, Hirnabszessen, Encephalitis haemorrhagica,luetische Erweichungsherde und urämische Ausfallserscheinungen als „Apoplexie“ gedeutet wurden, sondern daß in einer ganzen Anzahl von Fällen für die klinisch nachgewiesene halbseitige Lähmung sich keine makroskopisch sichtbare anatomische Veränderung fand. Solche Fälle sind von größtem Interesse, da sie vielleicht geeignet sind, uns über die Entstehung der „einfachen Hirnblutung“ Aufschluß zu geben, ein Kapitel, das in den letzten Jahren im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Diskussion steht und für Anatomen und Kliniker von gleichgroßer Wichtigkeit ist.

Bei der Schilderung der anatomischen Befunde übergehe ich die infolge Embolie, Thrombose,luetischer Erkrankung und mancher seltener Veränderungen der Hirngefäße auftretenden herdförmigen Blutungen und Erweichungen, da sich die Anschauungen über ihre Entstehung seit Jahrzehnten nicht geändert haben. Einer besonderen Besprechung bedarf dagegen die Hirnblutung bei „Arteriosklerose“, um deren Ursache und Entstehungsweise sich heute der Streit dreht. Es bedarf dazu einer kurzen Definition des Begriffes „Arteriosklerose“, die von den führenden

Anatomen nach der Definition Huecks „lediglich ein Sammelbegriff ist für Vorgänge, die allerdings durch ein gemeinsames Prinzip zusammengefaßt werden können — nämlich das einer fortschreitenden Ernährungsstörung der Gefäßwand —, die aber im einzelnen sehr wohl unterschieden werden müssen und auch hinsichtlich ihrer Ursache auseinander zu halten sind“. Hueck unterscheidet zwischen hyperplastischen Prozessen (Verdickung der bindegewebig-elastischen Elemente der Intima und Media, auch der Mediamuskulatur) und degenerativen Vorgängen an den inneren Gefäßschichten, die sich in einer primären schleimigen Quellung und Entartung oder in einer Verfettung oder in primärer Verkalkung oder in einer primären hyalinen Entartung (diese besonders in den Arteriolen der inneren Organe, auch des Gehirns) zeigen können. Je nach der Lokalisation und Intensität, mit der jede einzelne derartige Veränderung oder mehrere nebeneinander auftreten, bekommt das Krankheitsbild einen bestimmten Charakter. Auf Grund dieser Erkenntnisse dürfen wir uns heute nicht mehr mit der allgemeinen Diagnose „Arteriosklerose“ begnügen, sondern müssen aus klinischem Befund und Verlauf im einzelnen Falle zur Aufstellung eines bestimmten Krankheitsbildes zu kommen suchen. Die gemeinsame klinische und anatomische Arbeit der letzten Jahre hat nun immer mehr die Anschauung gefestigt, daß die hyperplastischen Prozesse ganz überwiegend durch eine allgemeine Blutdrucksteigerung hervorgerufen sind. Hueck betont noch besonders, daß die Hyperplasie parallel der Dauer und der Höhe des Blutdruckes geht, daß man die chronische Hypertonie direkt aus dem histologischen Bilde ablesen kann. Der Blutdruck ist also nicht gesteigert, weil der Kranke eine Arteriosklerose hat, sondern seine Arterien sind hyperplastisch, weil er einen anderweit bedingten hohen Blutdruck hat. Erst durch wieder andere Ursachen kann es auch in den hyperplastischen Arterien zu degenerativen Veränderungen im Sinne der Verfettung, Verkalkung und hyalinen Entartung kommen. Wahrscheinlich spielen da neben den mechanischen Einflüssen, die für die Entwicklung der hyperplastischen Prozesse im Vordergrund stehen, physikalisch-chemische oder fermentative Einwirkungen die Hauptrolle. Im besonderen die hyaline Entartung der Gefäßwand wird am häufigsten bei der Hyperplasie der Intima durch Hochdruck gesehen. Man kennt aber weder bisher die chemische Konstitution des Hyalins noch seine Entstehungsbedingungen. Hueck nimmt als wesentlichen Vorgang für das Auftreten sowohl der hyalinen als auch der schleimigen Entartung eine Auflockerung der inneren Schichten infolge „Saftstauung“ an, wodurch vom Blute aus Bestandteile in die medialen Gefäßschichten vordringen. Die Verteilung dieser Umwandlung ist im Körper und in den einzelnen Organen durchaus ungleichmäßig, oft herdförmig, eine Tatsache, die andere Autoren als Gegengrund gegen die

Annahme der allgemeinen Blutdrucksteigerung für ihre Entstehung ins Feld führen.

Soviel in gedrängter Kürze über die neueren Anschauungen von der „Arteriosklerose“, soweit sie für unser Thema von Bedeutung sind. Hier interessiert uns in erster Linie die Frage: Wie kommt es zu einer Hirnblutung vornehmlich bei dem als Hypertonie bekannten Krankheitsbilde, das die größte Zahl von Schlaganfällen in verhältnismäßig jungem Lebensalter stellt?

Man ist sich heute einig darüber, daß die Vorbedingung der Hirnblutung eine degenerative Gefäßveränderung sein muß. Die rein hyperplastische Gefäßwand kann infolge des hohen Blutdrucks niemals bersten. Das ist auch experimentell kürzlich noch von Lampert und Müller festgestellt worden, die an Leichen von Hypertonikern nachwiesen, daß eine Gefäßzerreißung erst bei einem Druck von 1—2 Atmosphären, d. h. einem Blutdruck von etwa 1500 mm Hg zu erzielen war. Die Schädigung der Gefäßwände innerhalb eines Blutungsherdens schwankt von einer einfachen Quellung und Kernzerfall der Media bis zur totalen Nekrose aller Schichten von der Intima bis zur Adventitia mit Auflockerung und Zerstörung der Elastika. Je nach dem Grade der Schädigung nimmt die Durchlässigkeit der Gefäßwand für die Blutkörperchen zu. Diapedesis- und Rhexisblutungen gehen nebeneinander her. Und wie die Arterien und Arteriolen so erfahren auch die Venen und Kapillaren eine gleiche Schädigung und tragen dadurch zur Blutung ins Gewebe bei.

Wichtig für die Frage nach der Entstehung dieser Gefäßwandschädigung ist die Tatsache, daß sich ähnliche Veränderungen nicht nur in der nächsten Umgebung des Blutungsherdens, sondern auch in blutungsfreien Erweichungsherden finden. Es ist im Zentrum der weißen Erweichung augenscheinlich nicht zur Blutung gekommen, weil der starke arterielle Nachstrom fehlte. Die Gefäße im weißen Erweichungsherd zeigen sich stets fast oder ganz blutleer. Daß in der Tat ein ursächlicher Zusammenhang zwischen weißer Erweichung und Hirnblutung besteht, geht auch daraus hervor, daß Form und Lokalisation des Blutungsherdens mit dem Versorgungsbezirk einzelner intrazerebraler Gefäße immer wieder übereinstimmt. So entspricht die typische Lokalisation der Erweichungs- und der Blutungsherde in den Stammganglien durchaus dem Versorgungsbezirk der Arteria corporis striati media (Böhme).

Die Anschauungen gehen aber auseinander in der Frage nach der Ursache der Zirkulationsstörung: ist diese Folge eines lokalen, nervös bedingten Spasmus der Arteriolen, wie man ihn gerade bei der Hypertonie in anderen Gefäßgebieten so häufig zu sehen bekommt, oder ist eine Störung in der Funktion der Kapillaren und damit eine mangelhafte Ernährung des Gewebes Ursache der Gewebnekrose? — Die Beantwortung dieser Fragen ist besonders vom klinischen Standpunkte

aus wichtig, weil sie uns die Handhabe für unsere prophylaktische Behandlung des apoplektischen Insults geben kann. Von den Anatomen wird ihre Beantwortung neuerdings meist als unmöglich abgelehnt. Hueck schreibt: „das ganze Bild der „Saftstauung“, des „gelockerten“ Netzes der Gefäßwand läßt an Gefäßspasmus denken. Böhme schätzt die Bedeutung der Kapillaren höher ein. Er findet sie in der Umgebung eines Blutungsherdens oder im Zentrum einer weißen Erweichung stark erweitert und strotzend gefüllt auch bei relativ enger zuführender Arterie. Er erklärt den Vorgang durch schlechte Funktion des Herzens, Darniederliegen des peripheren Kreislaufs, Verminderung des Herzschlagvolumens bei chronischem Hochdruck oder lokaler schwerer Arteriosklerose, Kohlensäureüberladung des Blutes, Ansteigen des Wasserstoffexponenten, aktive Erweiterung der Kapillaren und Stromverlangsamung bis zur Stase. Von den Klinikern nehmen Kylin, Lauter und Baumann u. a. als Ursache der Erweichung eine Stoffwechselstörung des Gehirns infolge ungenügender Blutversorgung bei allgemeiner Abnahme der Blutzirkulation an. Rosenblath beschuldigt unbekannte, chemisch wirksame Kräfte als Ursache der Gewebnekrose. In sehr eingehenden klinischen und anatomischen Untersuchungen kommt Westphal zu dem Schluß, daß — wenigstens beim Hypertoniker — arterielle Angiospasmen, zu denen der Hypertoniker ja bekanntlich ganz besonders neigt, ursächlich für die Entstehung der Gefäßwandnekrose und der Nekrose der Hirnsubstanz in Frage kommen. Gegen ihn hat man vor allem die Tatsache ins Feld geführt, daß die Hirngefäße wie auch die Kranzgefäße des Herzens sich sowohl anatomisch hinsichtlich ihrer nervösen Versorgung als auch physiologisch in ihrer Ansprechbarkeit auf nervöse Reize grundsätzlich anders verhalten als die Gefäße der Extremitäten und des Splanchnikusgebietes. Das ist richtig. Über die Vasomotoren der Hirngefäße sind die Akten noch nicht geschlossen. Daß aber sowohl Hirn- wie Kranzgefäße auf gewisse chemische und pharmakologische Substanzen ansprechen und sich aktiv erweitern und verengern können, ist eine bekannte Tatsache. Wir wissen ja auch noch nicht, welches Agens zum Spasmus der Gefäße beim Hypertoniker führt. Daß gewisse kolloidchemische Vorgänge — vielleicht im Cholesterinstoffwechsel — dabei eine Rolle spielen, ist möglich. Hueck hält sogar die hyaline Entartung der Gefäßwand bis zu einem gewissen Grad für reversibel. Warum sollten längerdauernde Gefäßspasmen nicht schon durch solche lokale Schädigungen der Gefäßwand ausgelöst werden? — Daß eine nur kurzdauernde — etwa 2 Min. währende — Ausschaltung der Blutzufuhr zum Gehirn in der grauen Substanz eine ausgesprochene Säuerung bewirkt und damit autolytische Prozesse außerordentlich begünstigt, ist eine seit langem bekannte Tatsache.

Überschaut man die neueren Anschauungen über die Entstehung der Hirnblutung bei Arteriosklerose, so kommt man zu dem Schluß, daß eine einheitliche Ursache kaum anzunehmen ist, daß vielmehr je nach Lage des Falles bald diese, bald jene Komponente mehr Wahrscheinlichkeit für sich hat. Aus eigener Erfahrung habe ich den Eindruck, daß bei der zerebralen Arteriosklerose alter Leute ein Schlaganfall sich häufig im Gefolge einer Herzinsuffizienz einstellt, daß dagegen beim Hypertoniker der 40er und 50er Jahre seelische Erregungen, manchmal begleitet von Anfällen von Angina pectoris auffallend häufig dem apoplektischen Insult vorausgehen. Von mehr als einem „Eindruck“ kann ich jedoch auch nicht reden.

Für den Arzt ist es aber außerordentlich wichtig, die Möglichkeiten zu kennen, die zu einem Schlaganfall im einzelnen Falle führen können, um ihnen rechtzeitig vorbeugen zu können. Denn die einzigste wirksame Therapie der Apoplexie besteht für uns in ihrer Verhütung. Auf die Reparation des einmal geschaffenen Ausfalls von Gehirnschubstanz haben wir gar keinen Einfluß. Um der drohenden Gefahr begegnen zu können, müssen wir aber vor allem das Krankheitsbild in seinem Verlauf genau kennen, und da ist es wichtig klinisch die sog. Arteriosklerose der alten Leute von dem als Hypertonie oder Blutdruckkrankheit bekannten Krankheitstyp scharf zu trennen. Ich muß mich darauf beschränken, auf die im späteren Alter auftretenden Veränderungen der Psyche und die bekannten Charaktereigentümlichkeiten des Alters hinzuweisen, die durch bestimmte lokalisierte Gefäßveränderungen im Gehirn bedingt und sehr oft die ersten Symptome der Arteriosklerose sind. Ich nenne nur die Gedächtnisschwäche, Gleichgültigkeit, Kritiklosigkeit, Reizbarkeit, Unzugänglichkeit für alle neueren Gedanken, in gesteigertem Maße der Geschwätzigkeit, Witzelsucht, sexuellen Verirrungen. Körperlich zeigen sich die degenerativen Gefäßveränderungen in der allmählichen Abnahme der Leistungsfähigkeit, in dem Verluste des „Tonus“ der Gewebe, der wohl nur zum Teil der mangelhaften Blutzufuhr und der dadurch bedingten Stoffwechselstörung, zum Teil dem Altern der Zellen überhaupt, besonders in den parenchymatösen Organen zuzuschreiben ist. An den Kreislauforganen ist charakteristisch die Härte und Schlingelung der tastbaren Gefäße bei fehlender oder unbedeutender Blutdrucksteigerung. Das Herz zeigt nur bei erheblicher Arteriosklerose der Aorta oberhalb des Zwerchfells und der Splanchnikusgefäße eine mäßige Vergrößerung. In seiner Funktion ist es besonders von dem Verhalten der Coronargefäße abhängig, das durch die bald plötzliche bald allmählich sich zeigende Störung der Blutversorgung die bekannten Ausfallerscheinungen auslöst. Apoplektische Insulte werden — wie gesagt — gerade bei der Altersarteriosklerose am häufigsten im Anschluß an eine Herzinsuffizienz

beobachtet. Sie mögen manchmal embolisch, oft auch lokal durch die Veränderungen der Gehirngefäße ausgelöst sein. Für ihre Verhütung scheint wenigstens die Erhaltung einer genügenden Herzarbeit das wichtigste Erfordernis zu sein.

Weit wichtiger ist für den Arzt die Kenntnis der Anfangssymptome der Hypertonie, weil sie die bei weitem häufigere Ursache des Schlaganfalls ist und weil wir mit unseren Maßnahmen sicher vielfach einem vorzeitigen Zusammenbruch arbeits- und lebenskräftiger Menschen vorbeugen können. Zeigen sich doch die ersten Erscheinungen des Leidens oft schon am Ende der 30er und in den 40er Jahren! Gibt es doch Fälle genug, da mit dem 50. Lebensjahr ein Mann aus der vollen Schaffenskraft durch einen ersten Schlaganfall zum geistigen und körperlichen Krüppel wird! Ihr wichtigstes und erstes Symptom ist der krankhaft veränderte Blutdruck, der sich zunächst in abnormen Steigerungen aus mannigfachen äußeren und inneren Anlässen und Wiederabsinken zum normalen Durchschnittswert in Zeiten der Ruhe ausprägt. Es sind also in der ersten Zeit erhebliche Schwankungen des Blutdrucks das charakteristische Kennzeichen der Hypertonie. Mit der Zunahme irreversibler Veränderungen der Blutgefäße, die als Folgeerscheinung dieser Druckschwankungen — wenn man will als Abnutzungskrankheit — aufzufassen sind, wird die Blutdrucksteigerung mehr oder weniger fixiert. Wir haben dann das volle Bild der sog. „genuinen Hypertonie“ (Munk).

Unter den klinischen Erscheinungen spielen entsprechend den Blutdruckschwankungen vasomotorische Störungen eine Hauptrolle; Blutandrang zum Kopf, Hitzegefühl und Kriebeln in Händen und Füßen, Druck auf der Brust, Atemnot und Beklemmungsgefühl, Herzklopfen sind anfangs die häufigsten Klagen. Bald gesellen sich ausgeprägtere Erscheinungen hinzu, die schon auf vorübergehende Zirkulationsstörungen im Gehirn hinweisen, wie kurz vorübergehender Schwindel und Zustände von Migräne, also anfallsweise auftretender Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen, Übelkeit, kalter Schweiß, Erbrechen. Sie sind als Frühsymptom einer Hypertonie, wenn sie bei früher gesunden, kräftigen Menschen im Anfang der 40er Jahre auftreten, besonders hoch zu bewerten, zumal wenn die vorher genannten vasomotorischen Störungen sich mit ihnen kombinieren. In anderen Fällen hört man Klagen über morgendlichen Kopfschmerz. Die Kranken finden durch den Schlaf keine Erfrischung, sind vormittags unlustig zur Arbeit und leben erst in den Nachmittags- und Abendstunden auf. Als Folge gestörter Zirkulation sind auch „rheumatische“ Beschwerden zu bewerten, Klagen über Ziehen und Reißen in den Gliedern und im Rücken, meist abhängig vom Wetter, die mit Erkrankungen der Muskeln und Gelenke nichts zu tun haben. Sie lassen sich gewöhnlich durch gefäßerweiternde Mittel ausgezeichnet beseitigen. Die Abhängigkeit von Witterung und Jahreszeit im Befinden

der Hypertoniker ist eine häufige Beobachtung. An schwülen Tagen findet man den Blutdruck nicht selten um 20–30 mm Hg höher. Frühjahr und Herbst sind geradezu kritische Zeiten für sie. Im Frühjahr ist die Zahl der Schlaganfälle fast doppelt so hoch wie zu den anderen Jahreszeiten. Vielleicht besteht da ein Zusammenhang mit der aktuellen Reaktion des Blutes, das im Frühjahr einen höheren Säuregrad aufweist. In späteren Stadien gesellen sich zu diesen meist vorübergehenden, anfallsweisen Symptomen Charakterveränderungen, vor allem ein ausgesprochenes Insuffizienzgefühl, Gedächtnis und Energie lassen nach. Die Kranken werden reizbar, ermüden leicht bei geistiger und körperlicher Arbeit und zeigen regelrechte Depressionen besonders in Zeiten, in denen sie unter einem oft tagelang währenden bohrenden Kopfschmerz zu leiden haben. Manchmal treten dann auch schon typische Anfälle von Stenokardie, Asthma cardiale, intermittierendem Hinken, Gefäßkrisen im Abdomen hinzu als Zeichen ausgedehnterer Erkrankung des Gefäßsystems. Das anfallsweise Auftreten der genannten Störungen und Beschwerden weist auf die erheblichen Schwankungen in der Höhe des Blutdrucks hin, die in der Tat bei fortlaufenden Messungen gefunden werden. Man findet Steigerungen des Drucks bei seelischen Erregungen, nach körperlichen Überanstrengungen, bei starker Hitze- oder Kältewirkung, nach kulinarischen Genüssen. Das sind auch Vorkommnisse, in deren Gefolge mit Vorliebe angiospastische Insulte und Apoplexien eintreten, die sich fast ausnahmslos durch ein vorheriges starkes Ansteigen des Blutdrucks melden. Man hat nach alledem den Eindruck, daß für den apoplektischen Insult weniger der dauernde Hochdruck als gerade die Schwankung, im Sinne der plötzlichen krisenhaften Steigerung des Blutdrucks das ätiologisch wichtige Moment ist. Man beobachtet auch immer wieder Kranke, die jahrelang unter heftigsten Gefäßkrisen zu leiden hatten, solange sie den Erregungen des Daseins ausgesetzt waren, und sich alsbald wohl fühlten, nachdem sie sich zur Ruhe setzten, obgleich der Blutdruck unvermindert hoch blieb.

Auf die Fragen der Beziehung des Hochdrucks zu Veränderungen des Herzens und der Nieren soll hier nicht eingegangen werden.

Sehen wir uns unsere Hochdruckler an, so stellen sie eine sehr große Anzahl auffallend kräftiger, temperamentvoller leistungsfähiger Leute dar, die inmitten eines lebhaften Berufslebens stehend von ihrem Geist und Körper dauernd große Leistungen zu verlangen pflegen. In anderen Fällen lassen sich häufige seelische Erschütterungen durch unglückliche Berufs- und Familienverhältnisse, Prozesse u. a. als Ursache der Hypertonie nachweisen. Sehr wichtig ist weiter die Einwirkung der Hormone. Aus mannigfaltiger Erfahrung ist bekannt, daß das Klimakterium und nicht selten auch Erkrankungen endo-

kriner Natur (Basedow) für das Auftreten krankhaft gesteigerter Blutdruckschwankungen von größter Bedeutung ist. Bei dem Fehlen einer bestimmten Gesetzmäßigkeit an der Beteiligung der genannten Faktoren für das Auftreten der Hypertonie können wir sie aber nicht als ursächliche sondern nur als auslösende, krankheitsbegünstigende Momente in Betracht ziehen. Statistische Forschungen der letzten Jahre, unter denen besonders die von Weitz zu nennen sind, haben gezeigt, daß die genuine Hypertonie eine ausgesprochene Familienkrankheit ist, oft Geschwister oder nahe Blutsverwandte betrifft ohne Rücksicht auf Beruf, Geschlecht und Lebensführung. Dieses konstitutionelle Moment ist auch beim Auftreten der Hypertonie im Zusammenhang mit Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Diabetes, Fettsucht) und chemisch-toxischen Schädlichkeiten (Alkohol, Tabak, Kaffee) von Bedeutung. Die Erkenntnis von dem erblichen Charakter des Leidens macht uns die eingehendste Anamnese und Untersuchung unserer Kranken ganz besonders zur Pflicht.

Wie bereits gesagt, ist die beste Behandlung des Schlaganfalls seine Verhütung. Deshalb ist auch die Kenntnis der Vorboten, der Warnungszeichen besonders wichtig für den Arzt. Sie weisen ihn schon früh auf Funktionsstörungen der Gefäße hin, lange bevor schwere anatomische Veränderungen vorhanden sind. Unsere Aufgabe ist es, dieser abnormen Funktion vorzubeugen, sie möglichst zu beseitigen, damit es nicht zu den schweren Folgen der gestörten Funktion, den angiospastischen Insulten kommt. Unsere Therapie ist also im wesentlichen eine prophylaktische.

An erster Stelle steht hier die Regelung der Lebensweise: Entlastung von übermäßiger Arbeit, Fernhaltung von Erregungen mindestens durch zeitweiligen Wechsel des Milieus, Sorge für genügenden Schlaf und vernünftige Einteilung der Tageszeit werden am besten dies so dringend nötige seelische Gleichgewicht herbeiführen. Durch geeignete psychische Einwirkung kann der Arzt viel, wenn nicht alles erreichen: der Bruder Leichtfuß muß an die Kantare genommen, der psychisch Labile im Glauben an sich und seine Leistungsfähigkeit gestärkt werden. Vor allem vermeide man aus der Blutdruckkrankheit durch Polypragmasie eine Blutdruckmeßkrankheit zu züchten. Daneben spielt die Diät eine nicht unwichtige Rolle. Aus den Untersuchungen Volhards und Siebicks kennen wir den außerordentlich großen Einfluß der Flüssigkeits- und Salzzufuhr auf die Menge des zirkulierenden Blutes und damit auf die Füllung der peripheren Gefäße. Durch salzarme Kost und Flüssigkeitseinschränkung läßt sich die Menge des Blutplasma in kurzer Zeit um mehrere Liter einschränken. Bei Blutdrucksteigerung sind Durst- und Hungertage ein vorzügliches Mittel. Im übrigen ist eine schmale, mehr vegetarische Kost im Werte der Erhaltungskalorienmenge am zweckmäßigsten. Ruhe und

richtige Diät senken den Blutdruck des Hypertonikers oft schon allein auf normale Werte. Leichtere Erregungszustände sind durch Brom in irgendeiner Form am besten zu beseitigen.

Der Wert der medikamentösen Behandlung ist, soweit er eine Herabsetzung des gesteigerten Blutdrucks bezweckt, sehr mit Vorsicht zu bewerten. Im selben Sinne spricht die große Zahl der hierfür empfohlenen neuen und alten Mittel. Jod, Rhodan, Cholin in ihren zahlreichen Verbindungen, die Purinkörper, das Nitroglyzerin haben zweifellos eine an verschiedenen Zentren angreifende blutdruckherabsetzende Wirkung. Sie ist aber durchaus vorübergehender Natur und nur geeignet, augenblicklich bestehende Beschwerden zu lindern. Auf den Krankheitsvorgang als solchen haben sie keinen nachhaltigen Einfluß.

Dasselbe gilt auch vom Aderlaß, der an der hypertensiven Einstellung der Gefäßmuskulatur nichts ändert, wenn er auch vorübergehend durch eine Verschiebung der Blutverteilung auf manche Störungen günstig wirken mag.

Neuerdings ist die Frage aufgeworfen, ob überhaupt die Herabsetzung des Blutdrucks durch Medikamente und den Aderlaß zweckmäßig sei, ob nicht vielmehr durch derartige Eingriffe unerwünschte Schwankungen in der Durchblutung der Organe und damit Schädigungen ausgelöst werden. Man hat im Anschluß an einen größeren Aderlaß apoplektische Zufälle beobachtet. Es führt uns das zu der schon erörterten Theorie, daß Hirnblutungen und Erweichungen durch eine mangelhafte Blutversorgung der Kapillaren und damit durch eine Stoffwechselstörung im Gewebe zustande kommen können. Wir sollen jedenfalls mit brüsk dem Blutdruck herabsetzenden Mitteln beim Hypertoniker sehr vorsichtig sein immer dessen eingedenk, daß die Schwankungen des Blutdrucks wahrscheinlich leichter ein Unheil in dem zarten Gehirngewebe anrichten als der dauernde Hochdruck. Das gilt auch für die Anwendung hydrotherapeutischer und balneologischer Maßnahmen, bei denen man sich aller sehr heißer und sehr kalter Prozeduren unbedingt enthalten soll. Trinkkuren sind schon wegen der unzureichenden Flüssigkeitszufuhr abzulehnen. Ein Hauptwert ist auch bei der Behandlung der Hypertoniker auf die Erhaltung einer genügenden Herzarbeit zu legen. Bei den geringsten Erscheinungen von Herzschwäche ist hier die per os oder rektal gegebene Digitalis am Platze, durch die der hohe Blutdruck niemals noch gesteigert, im Gegenteil durch bessere Durchblutung der Gehirnzentren und damit verbesserten Gaswechsel recht oft herabgesetzt wird.

Es gehört zu den vornehmsten und schönsten Aufgaben des Arztes, Krankheiten zu verhüten. Beim Hypertoniker ist uns diese Aufgabe ähnlich wie bei den Stoffwechselkrankheiten zur Pflicht gemacht. Die möglichst frühzeitige Erkennung der drohenden Erkrankung ist deshalb so unendlich wichtig.

Aus der neuen Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg bei Wildbad.

2. Zur Diagnose der Lungentuberkulose.

Differentialdiagnostische Irrtümer.

Von

Dr. G. Schröder in Schömberg.

Mit 6 Abbildungen im Text.

An folgenden Fällen soll gezeigt werden, wie notwendig es ist, bei unklaren krankhaften Veränderungen in der Lunge außer an die Lungentuberkulose auch an andersartige Lungenerkrankungen zu denken. Prognose und Therapie werden dann in völlig andere Bahnen gelenkt.

Fall 1. Frau X., 32 Jahre alt, hinsichtlich Tuberkulose nicht belastet, als Kind immer gesund, im 18. Lebensjahre Pneumonie, mit 22 Jahren Gelenkrheumatismus, der sich im August 1928 wiederholte. Es blieb ein Herzfehler zurück. Patientin ist verheiratet. Mann angeblich gesund. Keine Geburten. Vor 2 Jahren Hautausschlag an der rechten Seite des Kinnes und der Nase, der angeblich nach einer intramuskulären Injektion verschwand. — Die jetzige Erkrankung begann Ende des Jahres 1928 mit Abmagerung, Husten, mäßigem Auswurf, Nachtschweißen, Fiebergefühl und Seitenschmerzen. Es wurde rechts eine trockene Rippenfellentzündung festgestellt, die langsam abheilte. Husten und Auswurf blieben. — Bei der Aufnahme in die Anstalt bestanden Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Husten und schleimiger Auswurf, leicht erhöhte Temperatur, Nachtschweiß. Der Lungenbefund war folgender: über den Spitzen nicht voll sonorer Schall, etwas verschärftes Atmen. Man hörte besonders links oben spärliche bronchitische Geräusche. Am Herzen bestanden die Anzeichen einer Mitralsuffizienz und Aortenstenose. Im schleimig-eitrigen Sputum fanden sich auch mit dem Antiforminverfahren keine Tuberkelbazillen. Die Blutsenkung war etwas beschleunigt (200 Min. nach Linzenmeyer). Im Harnsediment vereinzelte Nierenepithelien und rote Blutzellen. Die Meinicke-Trübungsreaktion des Serums, die wir bei jedem Kranken prüfen, war positiv. Darauf ließen wir die Wassermann- und Sachs-Georgiprüfungen anstellen, die beide positiv ausfielen. Das Röntgenbild (vgl. Fig. 1) zeigte einen eigenartigen Befund: Spitzenfelder im ganzen etwas verschleiert, im linken oberen Lungenfeld etwas verbreiterte Strangzeichnung mit eingelagerten dichten hirsekorngroßen Schattenherden. Das ganze rechte Mittelfeld der Lungen ist getrübt und durchsetzt von kleineren scharf umrissenen, zackigen Herdschatten und dichten schmalen Strangschatten. Es ist fast das Bild einer beginnenden Pneumonokoniose. Herzschatte nach links weit ausladend. Grenzen vom linken Vorhof zum linken Ventrikel verwachsen. Bild eines Mitrals- und Aortenfehlers. — Epikrise: Obwohl anamnestic für eine luische

Infektion nichts zu eruieren war, mußte in diesem Falle die Diagnose Lungensyphilis gestellt werden, und zwar handelt es sich um interstitielle sklerotische Veränderungen im Mittellappen der rechten Lunge, wie sie ja bei der tertiären Lungensyphilis beobachtet werden. Daneben besteht eine Stauungsbronchitis (Folge des Herzfehlers). Bei einem derartigen atypischen Lungenbefund, dauerndem Fehlen von Tuberkelbazillen im Sputum, der etwas verdächtigen Anamnese (keine Geburten, Hautausschlag vor 2 Jahren) und dem positiven serologischen Befunde mußte die Diagnose Lungentuberkulose abgelehnt werden. Weiter ist der Erfolg der eingeleiteten Behandlung beweisend



Fig. 1.

für Lungensyphilis. Wir gaben zunächst größere Dosen Jodeisen. Danach trat auffallend rasche Erholung ein. Diese Medikation soll jetzt (die Kranke steht noch in Behandlung) mit intramuskulären Gaben von Wismut kombiniert werden.

Der Fall lehrt uns, daß man bei derartig vorliegenden Erscheinungen an die Möglichkeit einer Lungensyphilis, die zwar selten ist, aber vorkommt, zu denken hat.

Diese Notwendigkeit zeigt auch folgender Fall:

Fall 2. Herr Y., 38 Jahre alt. Hinsichtlich Tuberkulose nicht belastet. Im Kindes- und Entwicklungsalter immer gesund, Erwachsenenalter im ganzen auch ohne Störungen. War im Felde. Im Oktober 1915 eine Erkrankung der Atmungsorgane, deren Diagnose nicht ganz geklärt wurde. Nach einer Liegekur von einigen Monaten Ausheilung. Vor 6 Jahren luische Infektion. Drei

energische Neosalvarsan-Wismutkuren. Danach Blutproben angeblich negativ. $2\frac{1}{2}$ Wochen vor Aufnahme in die Anstalt (März 1927) an akuter Grippe erkrankt. Hohe Temperaturen. Sehr ernst gestörtes Allgemeinbefinden.

Besonders auf Grund der Röntgenaufnahme mit der Diagnose Lungentuberkulose hier eingewiesen. Bei der Aufnahme schweres Krankheitsbild. Starke Kurzatmigkeit, Husten, Auswurf, Fieber, Nachtschweiß. Der objektive Befund ergab: Über der ganzen rechten Lunge dichte bronchitische Geräusche, Atmung abgeschwächt hauchend, über Mittel- und Unterlappen fast bronchial. Auch links über der ganzen Seite bronchitische Nebengeräusche. Der Auswurf enthielt keine Tuberkelbazillen. Blutsenkung sehr stark beschleunigt (15 Min. nach Linzenmeyer). Übrige Organe o. B. Serumprobe nach Meinicke sehr stark positiv, Wassermann und Sachs-Georgi stark positiv. Das Röntgenbild (vgl. Fig. 2) zeigt besonders rechts in den unteren Abschnitten des Oberfeldes und im Mittel- und Unterfeld weiche rundliche Infiltratschatten. Der Aortenbogen ist verbreitert. Etwas massives Herz. — Es wurde dann eine energische Neosalvarsan-Wismutkur eingeleitet. Darauf gingen die Erscheinungen sehr rasch zurück. Es trat völlige Entfieberung ein. 20 Pfund Gewichtszunahme. Die subjektiven und objektiven Krankheitszeichen schwanden. Der Kranke kam geheilt und voll arbeitsfähig nach einer Kur von 3 Monaten zur Entlassung. Er hatte Neosalvarsan 4,5 g und Mesurol 15,0 g erhalten. — Im Juli 1929 Nachunter-

suchung (inzwischen war von dem Hausarzt auf unsere Empfehlung nochmals eine Neosalvarsankur durchgeführt) ergab negative Serumproben, Lunge, Herz und obere Luftwege o. B. Eine neue Röntgenaufnahme zeigte an Stelle der früheren Infiltratschatten Narbenstränge.

In diesem Falle führten Anamnese, der atypische Lungenbefund, das Fehlen von Tuberkelbazillen und die positiven Serumproben auf den richtigen Weg. Wir hatten es hier wohl mit Gummibildung in der rechten Lunge zu tun.

Fall 3. Herr H., 24 Jahre alt, Mutter starb an Lungentuberkulose, als Kind schwächlich, Neigung zu Mandelentzündung. Im 22. Lebensjahre Appendizitis. 3 Monate vor Aufnahme in die Anstalt akut mit Blässe, Blutarmut, zunehmender Entkräftung, hohem Fieber, Nachtschweiß, Reizhusten erkrankt. Dazu gesellten sich Durchfälle. Hüsteln und zunehmende Schwäche wurden schon seit Februar 1929 beobachtet. In

einer anderen Heilstätte stellte man die Diagnose Hilusdrüsentuberkulose. Bei der Aufnahme fanden wir über den Spitzen leichteste Schallverkürzung. Hier war die Atmung etwas rau, besonders

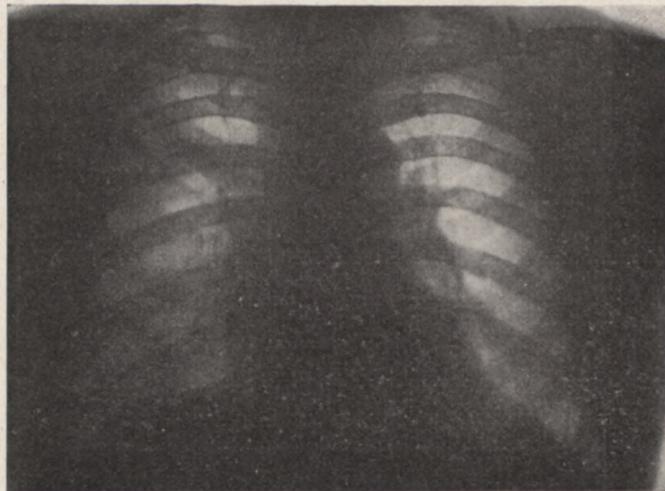


Fig. 2.

rechts oben. Über den Hilusgebenden hörte man leises spärliches zähes Knattern. Die Zervikaldrüsen waren besonders links vergrößert. Übrige Organe o. B. Auswurf fehlte. Der Stuhl war diarrhöisch. Die Temperaturen bewegten sich remittierend zwischen 37,5 und 39,0° C. Blutsenkung sehr stark beschleunigt (18 Min. nach Linzenmeyer). Blutstatus: 3,7 Millionen rote, 16 000 weiße Blutzellen, 50 Proz. Hämoglobin, Linksverschiebung, sehr spärliche Eosinophile.

Die akute Drüsentuberkulose des Erwachsenen ist in unserer Bevölkerung, wegen ihrer starken Durchseuchung mit Tuberkulose im Kindesalter, äußerst selten. Das Röntgenbild (vgl. Fig. 3) zeigt sehr breite dichte Hilusschatten, besonders rechts, und leicht verschleierte Spitzenfelder. Bei diesem Hilusbefunde konnte man an Drüsentuberkulose denken. Aber die schweren Allgemeinerscheinungen, die so akut auftraten, sprachen dagegen. Gegen Leukämie sprach das Blutbild. Die Diagnose schwankte daher zwischen Drüsentuberkulose und Morbus Hodgkin (Lymphogranulomatose). Um sie zu sichern, exstirpierten wir am Halse (man muß das in solchen Fällen immer tun) eine vergrößerte Drüse. Die histologische Untersuchung (Pathologisches Institut Tübingen) ergab das typische Bild der Lymphogranulomatose: faserreiches Granulationsgewebe mit reichlich großen verklumpten Zellen, Stern-

bergischen Riesenzellen und eosinophilen Zellen (vgl. Mikrophotogramm Fig. 4). Damit war die Diagnose des Falles gesichert. — Die Durchfälle sind wohl auf Beteiligung der Mesenterialdrüsen am Krankheitsbilde zu beziehen. Die Prognose dieser Fälle ist fast infaust. Therapeutisch kommen neben Allgemeinbehandlung nur Röntgentherapie und Arsazetin in Frage.

Fall 4. Herr S. 24 Jahre alt. In der Familie des Vaters Fälle von Tuberkulose. Als Kind erkältbar, schwächlich. Vor 10 Jahren Pneumonie und Bronchitis. 1/2 Jahr vor Aufnahme in die Anstalt mit Bluthusten, Auswurf, Nachtschweißen erkrankt. Zur Zeit der Aufnahme Husten und Auswurf, labile Temperaturen, mäßiger Grad von Anämie. Im Sputum keine Bazillen. Blutstatus o. B. Grafeprobe positiv (starke Rötung und Schwellung der Einstichstelle). Physikalischer Lungenbefund: leichte Schallverkürzung über den Spitzen, Inspirium etwas verschärft, keine Rhonchi, über der linken Lungenbasis hinten spärliches zähes Giemen. — Das Röntgenbild (vgl. Fig. 5) zeigte rechtsseitige verbreiterte Hilusschatten mit eingelagerten Drüsen Schatten. Links in Höhe des Hilus und in Zusammenhang mit dem Mediastinum halbkreisförmige homogene Verschattung mit doppelter Kontur. Die Basis des Schattens sitzt dem Mediastinum auf. — In diesem Falle schwankte die Diagnose zwischen Morbus Hodgkin, Echinokokkus und gut-



Fig. 3.

artigem Mediastinaltumor (Zyste?). Gegen tuberkulöse Lymphome sprach unbedingt die Konfiguration des Schattens. In den Lungenspitzen waren stillstehende Tuberkuloseherde anzunehmen.

— Gegen Echinokokkus sprachen die Anamnese und eine negative Komplementbindungsreaktion auf Echinokokkus-Antigen. — Der Morbus Hodgkin war nach längerer Beobachtung deshalb abzulehnen, weil die klinischen Erscheinungen für diese Krankheit zu unbedeutend waren und sehr bald durch

Anstalt an zunehmender Entkräftung, Husten und Auswurf, Fiebergefühl erkrankt. Diese Symptome bestanden noch zur Zeit der Aufnahme. Lungen-



Fig. 4.

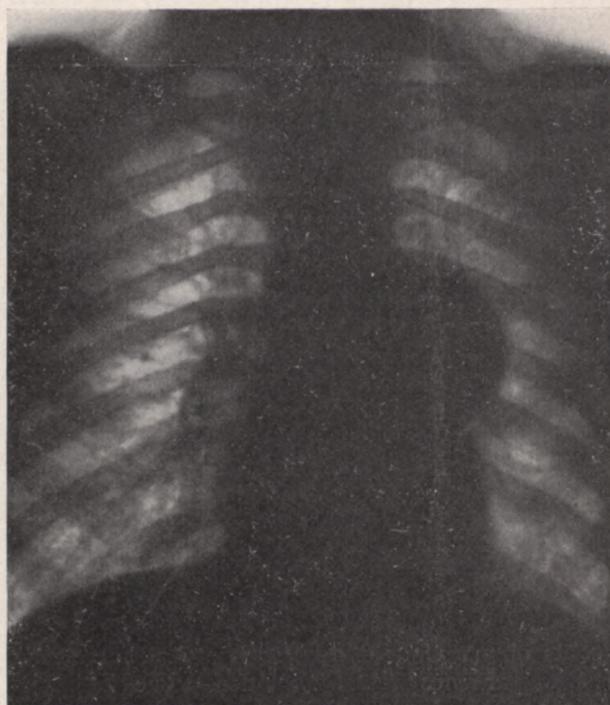


Fig. 5.

die Allgemeinkur völlige Entfieberung und zunehmende Erholung eintreten. Außerdem fehlten Schwellungen der Zervikaldrüsen, Darmstörungen und andere schwerere toxische Symptome. Selbst der beginnende, noch in den Tracheobronchialdrüsen allein lokalisierte Morbus Hodgkin hätte ein schwereres Krankheitsbild ergeben. — Es mußte also die Diagnose langsam wachsender, gutartiger Tumor des Mediastinums (wahrscheinlich Zyste) gestellt werden. Der Katarrh im Unterlappen der Lungen ist als Stauungskatarrh durch eine gewisse Kompression des Unterlappens durch den wachsenden Tumor aufzufassen. — Eine eingeleitete Röntgentherapie war erfolglos. Wegen zu starker Radiosensibilität wurde sie abgebrochen. Bei der Entlassung nach 4 monatiger Kurdauer war der Tumorschatten etwas vergrößert. Die Lungen waren völlig frei von Zeichen aktiver Tuberkulose.

Fall 5. Herr Z., 52 Jahre alt. Hinsichtlich Tuberkulose nicht belastet. Als Kind immer gesund. Im 22. Lebensjahre luische Infektion. Zwei energische Kuren. 3 Monate vor Aufnahme in die

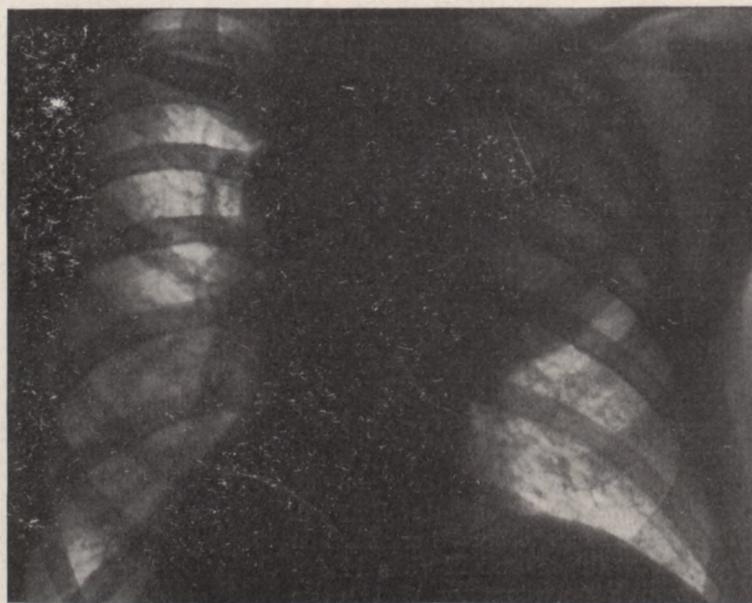


Fig. 6.

befund: Über rechtem Oberlappen starke Dämpfung. Links über der Spitze nicht voll sonorer Schall. Rechts vorn und hinten oben fast aufgehobene Atmung, ganz spärliches Knistern. Keine

Drüsen. Blutsenkung stark beschleunigt (14 Min. nach Linzenmeyer). Remittierendes Fieber. Übrige Organe o. B. Im Auswurf trotz mehrfacher genauer Untersuchungen keine Tuberkelbazillen oder elastische Fasern. Das Röntgenbild (vgl. Fig. 6) zeigt eine völlige Verschattung des rechten Lungenoberfeldes. Der Schatten sitzt breit dem Mediastinum auf und wölbt sich halbkugelig gegen die Thoraxwand vor, hier noch eine schmale Zone der Aufhellung freilassend. — Differentialdiagnostisch kamen in diesem Falle in Frage: 1. Echinokokkus pulmonum, 2. bösartiger Tumor, 3. chronische Pneumonie. Gegen Echinokokkus sprachen die Anamnese und das zweimalige negative Ergebnis der Komplementbindungsprobe mit Echinokokkenantigen. Meinicke, Wassermann und Sachs-Georgi waren gleichfalls negativ. Es wurde dann, um die Sachlage mehr zu klären, rechts ein künstlicher Pneumothorax angelegt. Darauf trat auffallend rasche Erholung ein. Der Kranke fieberte ab, Husten und Auswurf verminderten sich, das Gewicht stieg. Wir konnten ihn mit 15 Pfund Gewichtszunahme beschränkt arbeitsfähig nach Hause entlassen. Dieser Verlauf ließ die Diagnose chronische Pneumonie mehr in den Vordergrund rücken, zumal wiederholte Sputumuntersuchungen außer dem Fehlen von Tuberkelbazillen niemals Tumorzellen erkennen ließen. Der weitere Verlauf klärte aber die Sachlage völlig. Nach einigen Wochen des Wohlbefindens bildete sich im Pneumothoraxraum ein klar-seröses Exsudat. Die zytologische Untersuchung ergab Lymphozyten, spärliche Endothelien, keine Kokken, keine Tu-

berkelbazillen. Blutstatus normal, nur geringe Linksverschiebung. Da wieder Fieber auftrat und die Kräfte abnahmen, wurde rechts eine Thorakoskopie vorgenommen. Die Pleura pulmonalis erwies sich als dunkelblau zyanotisch, völlig glatt. Auf der Pleura costalis sah man einige Fibrinauflagerungen, nirgends tumorige, höckerige Exkreszenzen. — Der dichte Schatten im rechten Oberfeld der Lunge im Röntgenbilde schien kaudalwärts etwas größer geworden zu sein. Die bei der Thorakoskopie gefundene sehr starke Gefäßstauung in der Pleura pulmonalis, der Verlauf des Leidens, das Röntgenbild, die Möglichkeit, durch unsere Untersuchungen und Beobachtungen einen Echinokokkus und Tuberkulose der Lungen völlig auszuschließen, machte jetzt die Diagnose „maligner Tumor der Lunge“ zur Gewißheit. Eine eingeleitete Röntgentherapie blieb erfolglos. Das Wachsen des Tumors führte zu hochgradiger Stauung, zunehmender Entkräftung und Herzinsuffizienz. Es kam zum Exitus. Eine Sektion konnte leider nicht vorgenommen werden.

Man sieht aus den geschilderten Fällen, wie außerordentlich schwierig bei unklaren Lungenveränderungen die Diagnose sein kann und wie notwendig es ist, bei solchen Kranken nicht nur an die Tuberkulose der Lungen zu denken, sondern sich die Krankheitsbilder ähnlich gelagerter anderer Lungenerkrankungen zu vergegenwärtigen. Wenn man das tut, wird man mit Hilfe unseres ganzen diagnostischen Rüstzeuges wohl immer in der Lage sein, vorliegende Unklarheiten richtig zu deuten.

Anfragen aus dem Leserkreis.

I. Nachtwandeln.

Von

Prof. I. H. Schultz in Berlin.

Unter „Nachtwandeln“ werden eigentümliche aus dem Nachtschlaf sich entwickelnde Störungen verstanden, die darin bestehen, daß die davon befallenen Menschen aus vorher unauffälligem Schlaf ihre Lagerstätte verlassen und sich mehr oder weniger weit fortbewegen. Die Augen sind dabei meist halb geöffnet, der Gesichtsausdruck ist meistens etwas verschlafen, lediglich, wenn es sich um kurze Spaziergänge in ganz vertrauter Umgebung handelt, sieht man auch einmal, daß die Augen ganz geschlossen bleiben.

Die Rückerinnerung ist gleich der des Nachtraumes unklar, oder, dies ist die Regel, ganz fehlend. Wirken plötzliche Reize zufälliger oder absichtlicher Art auf den Nachtwandler ein, so zeigt er im allgemeinen eine ziemliche Neigung, im Schlafzustand zu beharren. Selbst bei energischen Weckversuchen, etwa von Angehörigen, pflegt eine starke Verschlafenheit und Schlaftrunkenheit zu bestehen.

Die von Bier (1928) (Dtsch. med. Wschr.) besonders hervorgehobenen außergewöhnlichen Kraft- und Gewandtheitsleistungen in Ausnahmeständen sind bei manchen Nachtwandlern sehr ausgesprochen, so daß ihre Leistungen fast an die der Fassadenkletterer erinnern.

Besondere Aufmerksamkeit fand ärztlicherseits das Nachtwandeln um die Wende 1800 im Verfolge der ärztlichen Studien über den sogenannten tierischen Magnetismus. Die damals erst der Mehrzahl der Ärzte bekannt gewordene Grundsache des Hypnotismus, daß es nämlich unter geeigneten Umständen gelingt, durch rein psychische Maßnahmen Zustände veränderten Bewußtseins herbeizuführen, erhöhte das Interesse auch für alle Bewußtseinsstörungen leichter und allgemeiner Art, besonders solche, die bei Menschen hervortraten, die nach damaliger medizinischer Kenntnis als normal zu bezeichnen waren.

Die moderne Medizin kann das Nachtwandeln unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachten. Psychiatrisch-klinisch ist das Nachtwandeln als ein Dämmerzustand aus dem Nachtschlaf, ein „hypnogener Dämmerzustand“ aufzufassen, der an und für sich nur

symptomatische Bedeutung hat. Erfahrungsgemäß ist das Nachtwandeln vor allen Dingen eine Affektion des Kindes- und Jugendalters, erwachsene „Nachtsomnambule“, wie die alten Magnetisten sagten, sind eine große Seltenheit. Es wird bei den in Frage stehenden Kindern und Jugendlichen die ganze Reihe diagnostischer Erwägungen anzustellen sein, die wir überhaupt bei Dämmerzuständen machen. Es ist sowohl hinsichtlich erblicher Belastung als sonstiger Symptome, vor allen Dingen genau nach Epilepsie zu forschen, ob etwa in der näheren Verwandtschaft ein oder mehrere echte Fälle von Epilepsie bekannt sind, ob bei dem in Frage stehenden Menschen irgendwelche sonstigen anfallsartigen Störungen bekannt sind, namentlich die kurz vorübergehenden Absencen des petit mal, ob nächtliches Einnässen besteht oder morgendliches Blutspucken (nächtlicher Zungenbiß!). Neben diesen Prüfungen auf eine echte Epilepsie muß in jedem entsprechenden Falle durch eingehende neurologische Untersuchung (Augenspiegel!) eine symptomatische Epilepsie, etwa bei Hirntumor ausgeschlossen werden.

An zweiter Stelle muß eine bis ins einzelne gehende internistische Untersuchung zeigen, ob hinsichtlich der inneren Organe irgendein besonderer Befund vorliegt. Dabei ist nicht so sehr an massive innere Erkrankungen als an leichtere Stoffwechsel- und andere Störungen der inneren Sekretion zu denken, vor allen Dingen Anomalien der Schilddrüsentätigkeit.

An dritter Stelle ist die allgemeinere psychiatrisch-klinische Beurteilung zu nennen. Sie hat zunächst zu untersuchen, ob sonstige Zeichen einer eigentlichen Psychose nachweisbar sind, insbesondere die unheimlichen allgemeinen Persönlichkeitsveränderungen, welche bei Jugendlichen dem Ausbruch einer Schizophrenie vorangehen, Gefühlsabstumpfung, scheues, zurückgezogenes Wesen, Auftreten unverständlicher Reaktionen, seltsame Bewegungshaltungen, Verlust an Interesse und Lebendigkeit, Sprach- und Schriftmanieren, eventuell bereits Halluzinationen oder wahnhafte Erlebnisse. Glücklicherweise werden die bisher erwähnten ernsten und bedenklichen Grundlagen des Nachtwandels nur in Ausnahmefällen anzutreffen sein. In der großen Mehrzahl der Fälle fallen alle bisher erwähnten Prüfungen negativ aus und wir erfahren, wenn überhaupt außer dem Nachtwandeln etwas festzustellen ist, nur diejenigen Tatsachen, die uns als Merkmale allgemeiner Psychopathie bekannt sind, d. h. von jeher bestehende Eigenarten und Absonderlichkeiten auf dem Empfindungs-, Gefühls-, Denker- oder Willensleben, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Schwierigkeiten der sozialen Einordnung, Disharmonie der gesamten Persönlichkeit, Stimmungsschwankungen usw. Sehr häufig führt das Verhalten der Kranken selbst und oft noch deutlicher die Schilderung der Umgebung zu ausgesprochen hysterischen Bildern, in denen eine gewisse

zielbewußte Unbeständigkeit, launenhaft theatrale und egozentrisch gemütlöse Züge im Vordergrund stehen.

Der nächtliche Dämmerzustand des Nachtwandels kann hiernach auf der verschiedensten pathologischen Grundlage entstehen, ja, wir finden endlich Individuen, die bei sorgfältiger Prüfung nach allen Richtungen außer den in Frage stehenden Symptomen überhaupt nichts besonderes darbieten. In diesem letzten Falle handelt es sich häufig um Menschen, die Familien angehören, in denen unser Symptom auffallend verbreitet ist. So ist mir die Familie eines Philosophieprofessors bekannt, der aus einer solchen Familie stammend mit seiner Cousine verheiratet und Vater von 4 Kindern war. Sämtliche Mitglieder dieser Familie litten an Nachtwandeln, was sie erst zu ärztlicher Untersuchung führte, als sie sich einmal nachts um 3 Uhr vollzählig um den Kaffeetisch versammelt hatten und erst erwachten, als die zweitälteste Tochter beim Aufstehen einen schweren Stuhl umwarf, der seinerseits wieder einen großen Spiegel zu Fall brachte. Ich hatte Gelegenheit, die in Frage stehende Familie durch 10 Jahre weiter zu beobachten. Ein Sohn fiel im Kriege, der Vater erlag mit 63 Jahren einem Hirschsprung. Im übrigen war bei keinem der Familienmitglieder irgend etwas von Belang festzustellen.

Diagnostisch dürfen wir also sagen; das Nachtwandeln ist ein hypnogener Dämmerzustand, der meist auf dem Boden allgemeiner Psychopathie, nicht selten bei anscheinend Normalen (hier besonders familiär!) und in Ausnahmefällen als Symptom schwerer Erkrankung auftritt.

Die Behandlung, soweit sie nicht durch das Grundleiden bestimmt ist, kann sehr verschieden angefaßt werden. Die einfachste, oft erfolgreiche Methode besteht darin, vor das Bett des Patienten ein nasses Laken oder eine gefüllte Fußbadewanne zu setzen; ähnlich den Tieren in Schreck- oder Drehstarre sind die Schlafwandler gegen Reize der höheren Sinne (Licht, Schall) ziemlich abgeschlossen, während Kältereize der Haut weit stärker umstellend wirken. Allerdings lernen manche passionierte Schlafwandler die Hindernisse zu umgehen, wenn sie erst ein paar mal durch Kälte und Nässe geweckt wurden; sie steigen dann rückwärts aus dem Bett oder dergleichen. Gerade dieser Punkt leitet uns auf die psychologische Seite des Nachtwandels. Es ist in der Mehrzahl der Fälle unzulänglich, sich das Schlafwandeln rein physiologisch als „teilweises Erwachen“ u. dgl. in Analogie mit dem Traumreden usw. zu erklären. Wir erkennen vielmehr häufig, daß der Nachtwandler ein ganz bestimmtes Ziel hat. So pflegen Kinder im allgemeinen in diesem Zustande zu den Eltern zu drängen, was begreiflicherweise diesen meist gar nicht auffällt. Sehr häufig merken die Eltern erst morgens, daß sie kleinen Besuch bekommen haben, und sind außerstande, anzugeben, ob das

Kind in wachem Zustande kam und wieder einschliefl oder zu ihnen „nachtwandelte“. Hier setzt die psycho-analytische Bearbeitung des Nachtwandels ein, die vor Jahren von Sadger monographisch unternommen wurde. Wer psychoanalytisch beobachten und denken gelernt hat, wird sehr häufig den Sinn des Nachtwandels entziffern können. Es kündigt etwa ein nettes Kinderfräulein seine Stelle, die Nachfolgerin versteht sich nicht gut mit dem Kinde und nun „nachtwandelt“ das Kind jede Nacht zu den Eltern, es sucht Schutz, Liebe, Wärme und Zärtlichkeit. Durchaus nicht immer ist allerdings das psychologische Motiv so freundlicher Art. Wir können vielmehr in vielen Fällen nachweisen, daß ein Kind eifersüchtig auf die Zärtlichkeiten der Eltern untereinander oder gegen ein anderes Kind nun in traumwandlerischer Sicherheit seine Rechte zu wahren sucht. Hier wird im allgemeinen nicht eine spezielle Psychotherapie des Kindes, sondern eine Aufklärung der Eltern und in vielen Fällen ein Milieuwechsel Gutes leisten. Besteht das Symptom des Nachtwandels ausnahmsweise bis in oder über die Pubertät, so finden wir häufig Angstzustände als seine Grundlage und müssen je nach der Lage des Falles mit einfachen wach-suggestiven oder hypnotischen oder mit den speziellen, besonders psychoanalytischen Tiefenmethoden der Psychotherapie arbeiten.

2. Kann der Praktiker Bluttransfusionen machen?

Von

Prof. Oehlecker in Hamburg.

Diese Frage findet nur durch eine Betrachtung mehrerer Unterfragen ihre Antwort. Zunächst, welche Methode soll in der Praxis gebraucht werden? Hier ist wohl in erster Linie die Natriumzitratmethode am Platze (in einem sterilen Meßgefäß sind 25 ccm einer 2 $\frac{1}{2}$ bzw. 3proz. sterilen Natriumzitratlösung oder 10 ccm einer 10proz. Lösung; hierzu kommen unter Umrühren 250 ccm durch Aderlaß gewonnenen Blutes; dann wieder 25 ccm Natriumzitratlösung usw.). Das Blut, zur Sicherheit durchgeseiht, wird wie eine Kochsalzlösung oder gleichzeitig mit einer Kochsalzlösung durch Irrigator infundiert. Wo es sich bei schweren Blutverlusten um eilige Eingriffe handelt, wo also die roten Blutscheiben, die wichtigen Sauerstoffträger, schnell zugeführt werden müssen, genügt diese Zitratmethode durchaus.

Biologisch viel wertvoller sind natürlich die Methoden, die das unveränderte, mit kostbaren Stoffen beladene Blut ohne Abkühlung oder andere Schädigung direkt in den anderen Kreislauf überführen. Meine Methode des Hinüberpumpens von

Vene zu Vene mit Kochsalzwasserzwischen-spülungen ist hier das leitende Grundprinzip. Diese Arten der Blutüberführung kommen in der Praxis wohl nur dann in Anwendung, wenn die Sache nicht so eilt; und es wird nur der unternehmen, der früher schon als Assistent reichlich Bluttransfusionen mit erlebt hat, wie überhaupt angeborenes technisches Geschick, eine gewisse chirurgische Schulung und Ruhe in heiklen Situationen in dieser Frage eine gewisse Rolle spielen. Der ganz auf sich gestellte, vielgewandte Landarzt in entlegenen Gegenden wird sich, wie so oft, auch hier zu helfen wissen.

Eine Rolle spielt auch der Ort, wo die Transfusion zu machen ist. Sind umsichtige beherzte Leute zur Mithilfe da und gar zum Blutspenden bereit? Um Leute zum Blutspenden zu bekommen, gehört Menschenerfahrung und die Sicherheit in der Ausführung der Methode, daß dem Spender keinerlei Schaden erwächst. Untersuchung des Spenders, ob er gesund ist. (Wenn die Zeit es erlaubt, Wassermann.)

Nun kommt noch ein wichtiger Punkt, die serologische Voruntersuchung, die heutzutage verlangt werden muß. Kann man sich das käufliche Hämotest usw. verschaffen, das allerdings nur kurz auf 2—3 Monate befristet ist, so kann im Notfall nach der beigegebenen Vorschrift die Gruppe des Kranken und die des Spenders bestimmt werden. Von rechts wegen gehört aber zu dieser Untersuchung eine gewisse Erfahrung, denn hier sind Fehlerquellen möglich. — Will man die direkte Auswertung machen, so muß man vom Krankenblut Serum gewinnen und zu einem Tropfen dieses Serum ein Tröpfchen Blut des Spenders tun. Tritt keine Agglutination auf, so ist der Betreffende zum Blutspenden geeignet.

Nach meinen Erfahrungen ist der Praktiker draußen ganz besonders verpflichtet, außer der Blutgruppenbestimmung noch die biologische Probe bei der Bluttransfusion zu machen, d. h. es muß im Anfang der Überführung etwa 10 ccm Blut transfundiert werden, dann muß das Hinüberleiten unterbrochen werden. Es muß der Kranke 2 bis 3 Minuten beobachtet werden, ob irgendwelche besonderen Symptome auftreten. Ist dieses der Fall, so muß die Transfusion abgebrochen werden. Es kommen daher nur Transfusionsmethoden in Frage; die beliebig unterbrochen werden können. Ganz besonders ist zu warnen vor der Methode von Brown-Percy. Bei dieser sind in der Schweiz trotz Blutgruppenbestimmung Todesfälle vorgekommen, obwohl ich dringend geraten hatte, als letzte Sicherung stets noch die biologische Probe zu machen.

Aus dem Angeführten ersieht man, daß eine Bluttransfusion — die Übertragung einiger Spritzen von Blut fasse ich nicht als eigentliche Transfusion auf — mehr Verantwortung erfordert als man gewöhnlich annimmt. Wer in bezug auf Indikation, Technik und serologische Vorprüfung

„es kann“, kann auch draußen eine Bluttransfusion machen. Sonst wird wohl im allgemeinen der Kranke wie auch der Arzt sich besser stehen, wenn ein Kranker, besonders in eiligen Fällen, schnell dorthin geschafft wird, wo man mit den Dingen der Bluttransfusion gut vertraut ist.

Näheres siehe: Erg. Med. 9, 577 (1926); Arch. klin. Chir. 152, 477 (1928), Med. Klin. 1928. Nr. 37. — Chir. 1929. Heft 13.

3. Ist es möglich mit dem Motor eines Automobils einen Röntgenapparat zu bedienen?

Von

A. Hirschmann in Berlin.

Bereits vor ungefähr 20 Jahren wurde in Berlin ein Kraftwagen mit einem tragbaren Röntgenapparat mit Funkeninduktor benutzt, der dazu diente, in der Wohnung der Patienten Röntgenaufnahmen anzufertigen. Der Motor des Automobils wurde zum Antrieb einer Dynamomaschine verwendet, die den für die Inbetriebsetzung des Röntgenapparates nötigen Gleichstrom in der erforderlichen Stromstärke und -spannung lieferte. Die Dynamomaschine kann mit dem Motor des Autos vor der Kuppelung durch Riemenscheibe und Riemen oder vermittels einer Zahnradkuppelung verbunden werden, um bei einer bestimmten Tourenzahl den erforderlichen Gleichstrom zu erzeugen. Durch ein langes Kabel wurde der Strom in das Haus und das betreffende Stockwerk, in welchem die Röntgenaufnahme auszuführen war, zum tragbaren Röntgenapparat geleitet.

Die jetzt gebräuchlichen tragbaren Röntgen-einrichtungen mit Glühkathoden-Strahlenschutz-Röntgenröhren können in der gleichen Weise in Gang gesetzt werden, und kann man dann in Verbindung mit dem Motor des Kraftwagens ein Aggregat, das Wechselstrom erzeugt, verwenden. Die modernen tragbaren Halbwellenröntgenapparate enthalten in Kästen verpackt das erforderliche Zubehör, wie Röntgenröhren, Stativ, Verbindungskabel, Meßinstrumente usw., um diese Gegenstände leicht in das Krankenzimmer tragen zu können.

Auch während des Krieges haben Röntgenkraftwagen Verwendung gefunden, deren Motoren in Verbindung mit einer Dynamomaschine den Strom für den Betrieb des Röntgenapparates lieferten. Gelegentlich der vorjährigen Ausstellung während des Kongresses der Deutschen Röntgengesellschaft in Wien war eine Limousine mit einem tragbaren Röntgenapparat und eigener Elektrizitätsquelle, angetrieben durch den Motor des Autos, ausgestellt. Im allgemeinen haben sich diese sogenannten Röntgenautos nicht eingeführt, weil sie infolge zu geringer Verwendungsmöglichkeit zu kostspielig sind und sich in den meisten Fällen eine elektrische Anlage in der Wohnung des Patienten befindet, die den Strom für den Röntgenapparat liefert, so daß eine eigene Stromquelle nicht mitgeführt, sondern nur der Röntgenapparat transportiert zu werden braucht. Je mehr seitens der städtischen Elektrizitätswerke Wechselstrom eingeführt wird, desto weniger wird daher bei Röntgenaufnahmen im Hause der Patienten der Automotor zum Antrieb einer Elektrizitätsquelle zur Anwendung kommen, sondern man wird den direkten Anschluß wählen, der wegen des geringen Stromverbrauches moderner Röntgenapparate kaum Anschlußschwierigkeiten bereiten wird.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

I. Innere Medizin.

Zur Kritik der Diagnose des Rückenmuskelrheumatismus

von H. Lauber und Chr. Ramm (Kiel). Daß die Diagnose „Rheumatismus“ nicht selten bei den allerverschiedensten Krankheiten gestellt wird, deren Hauptsymptom rheumatoide Beschwerden aus anderen Ursachen darstellen, ist bekannt. Verff. geben aus dem reichen Material der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 39) eine Anzahl von Fällen bekannt, die lange unter der Diagnose Rheumatismus oder Lumbago behandelt wurden und bei denen, oft erst nach langer Zeit, durch die Röntgenunter-

suchung eine Verletzung der Wirbelsäule festgestellt wurde. Ein derartiger Irrtum kommt besonders in den nicht seltenen Fällen vor, in denen die klinischen Erscheinungen und vor allem die Beschwerden des Patienten gering sind. Während schon geringe Abrißfrakturen am übrigen Skelettsystem meist sehr erhebliche Schmerzen machen, kann es, auch ohne daß Tabes oder Syringomyelie vorliegt, zu Abrissen von Dorn- und Querfortsätzen, sogar zu Brüchen von Wirbelkörpern kommen, bei denen der Patient kaum Schmerzen empfindet. Dies kommt besonders dann vor, wenn der Bruch nur geringe Dimensionen hat und nur eine geringe Verschiebung besteht. In diesen Fällen kann zunächst sogar das Röntgen-

bild normal aussehen. In zweifelhaften Fällen muß daher die Röntgenuntersuchung, worauf auch schon von anderer Seite hingewiesen worden ist, alle vier bis sechs Wochen wiederholt werden, namentlich auch mit seitlicher Durchleuchtung. Denn kleine Abrisse, sowie Verletzungen der Zwischenwirbelscheiben können unter Umständen erst nach längerer Zeit an der Kallusbildung oder an sekundären arthritischen Veränderungen erkannt werden.

Die Diagnose wird noch durch einen weiteren Umstand erschwert: Knochenverletzungen der Wirbelsäule können auch ohne äußere Verletzung oder Gewalteinwirkung zustande kommen, und zwar durch bruske Muskelbewegung. So beschreiben die Verf. einen Fall, bei dem durch Überstreckung der Wirbelsäule beim Aufrichten lediglich durch Muskelzug der Dornfortsatz des siebenten Halswirbels abgerissen war. Bei Überstreckung der Wirbelsäule nach hinten kann auch ein Wirbeldorn gegen einen anderen angepreßt und dadurch abgerissen werden. Die angeführten Fälle zeigen, wie wichtig in allen verdächtigen Fällen eine genaue, unter Umständen mehrfach wiederholte Röntgenkontrolle sein kann.

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit im höheren Alter

behandelt L. Löw-Beer (Wien). Das höhere Alter zeichnet sich durch Symptomenarmut bei Krankheiten aus. So können bei schweren Infektionen z. B. Fieber und Leukozytose fehlen, wodurch die Diagnose sehr erschwert wird. Verf. hat daher (Klin. Wschr. 1929 Nr. 41) untersucht, ob die Blutsenkungsgeschwindigkeit, die diagnostisch und therapeutisch auf vielen Gebieten wichtige Hinweise gibt, auch hier zu verwerten ist. Die Untersuchung an Greisen ohne besondere Erkrankung ergab zunächst eine höhere Blutsenkung und zwar nahm sie mit steigenden Jahren zu. Da in vielen Fällen die Richtigkeit der Diagnose durch Autopsie festgelegt wurde, gewinnen die Beobachtungen größere Sicherheit. In ca. 10 Proz. war allerdings auch die Senkungsgeschwindigkeit verlangsamt. In einem Teil dieser Fälle ist diese Verlangsamung durch Stauung und andere Umstände zu erklären. Eine stärkere Beschleunigung weist demnach auf irgendeinen okkulten Infekt hin. Eine genauere Beobachtung ergab in diesen Fällen chronischen Blasenkatarrh, Tonsillitis usw., die sonst leicht übersehen worden wären. In anderen Fällen, die intra vitam nicht geklärt werden konnten, ergab die Autopsie eine Karies, ein abgesacktes Exsudat, eine chronische latente Gallenblasenentzündung, ein vereitertes Gelenk an Stelle der angenommenen chronisch deformierenden Gelenkentzündung. Eine schnelle Senkung bei kompensierten Herzfehlern weist auf eine chronische Tonsillitis oder eine Fokalinfektion mit drohendem akuten Schub hin. Im ganzen ergab sich folgendes: die Blutsenkungsgeschwindigkeit steigt vom 40. Jahre an mit zunehmendem Alter. Mäßige

Beschleunigung deutet mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine okkulte Infektion, die im höheren Alter einen wesentlich größeren Einfluß auf die Blutsenkungsgeschwindigkeit ausübt, als in früheren Lebensperioden. Stärkere Beschleunigung der Blutsenkung deutet auf einen schweren konsumierenden Prozeß hin.

Pathogenese, Diagnose und Therapie der Angina pectoris

behandelt P. Morawitz (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 48). Bei dem Anfall von Angina pectoris sind zwei Faktoren wirksam, erstens die anatomische Veränderung der Koronarien, zweitens andere funktionelle Bedingungen, die im einzelnen noch nicht genau zu übersehen sind. Daß die Koronarsklerose allein noch nicht zur Angina pectoris führt, beweist schon der Umstand, daß sehr häufig bei Sektionen schwere anatomische Veränderungen an den Kranzarterien gefunden werden, ohne daß je im Leben Anfälle aufgetreten sind. Sehr alte Leute neigen weniger zu den Anfällen als Männer zwischen 45 und 65 Jahren. Differentialdiagnostisch ist unter anderem an die sogenannte Angina pectoris vasomotoria zu denken, deren Prognose viel günstiger ist, auch an den gastrokardialen Symptomenkomplex von Roemheld. Die Diagnose kann oft recht schwierig sein. In allen zweifelhaften Fällen ist Wa.-R., Röntgenuntersuchung und Elektrokardiogramm heranzuziehen. Sehr wichtig ist eine sorgfältige Anamnese, die oft den Ausschlag geben kann. Bei der Prognose ist stets an die Möglichkeit eines plötzlichen Herztodes zu denken, mit dem besonders bei Lues zu rechnen ist. Therapeutisch empfiehlt M. außer den bekannten Mitteln bei der oft vorhandenen Herzinsuffizienz Digitalis in kleinen Dosen in Kombination mit Chinidin für längere Zeit, z. B. in folgender Form: 1,5 g pulv. fol. digit. titr. mit 3,0 Chinid. sulfur. in 30 Pillen, davon 2—3 mal täglich eine Pille 10 Tage lang. Zur Kupierung des Anfalls hat sich M. u. a. das Nitrolingual bewährt, während Nitroglyzerintabletten oft wenig wirksam sind. Die physikalischen Maßnahmen, wie Massage, Gasbäder, Diathermie usw., sind nur mit Vorsicht anzuwenden. Die Bäder sollen nicht zu kalt sein. Sehr wirksam sind die Büdingenschen intravenösen Traubenzuckerinjektionen (zweimal wöchentlich eine Ampulle einer 25—50proz. Lösung). Die chirurgische Behandlung, wie Durchschneidung des N. depressor, Exstirpation des Ggl. stellatum usw. hat M. nie vornehmen lassen, da sie ihm nicht genügend begründet und bedenklich erscheint. Sie scheint neuerdings auch weniger angewendet zu werden. H. Rosin und K. Kroner (Berlin).

2. Chirurgie.

Eine besondere Form der Sepsis

beschreiben v. Gusner und Globig in der Dtsch. Z. Chir. Bd. 221 H. 3/4. Wir hörten zum ersten Male im Jahre 1916 von dieser Erkrankung

aus dem ungarischen Schrifttum und es hatte den Anschein, als ob sie sonst nirgends beobachtet worden sei. Der hier mitgeteilte Fall, der aus dem Allg. Krankenhaus St. Georg in Hamburg stammt und der eingehend klinisch und bakteriologisch, sowie auch pathologisch-anatomisch untersucht wurde, läßt aber den Verdacht zu, daß diese Form der Sepsis nicht so selten ist, wie es scheinen könnte. Ein 51 Jahre alter Mann wird drei Tage vor der Krankenhausaufnahme von einem Auto angefahren und zur Seite geschleudert. Er fällt mit dem Gesicht auf die Kante der Bordschwelle und zieht sich dabei eine kleine oberflächliche Wunde am Nasenrücken zu. Nach drei Tagen schwillt die verletzte Stelle stark an und es tritt hohes Fieber auf. Nunmehr wird der Kranke dem Krankenhaus überwiesen. Es wurde aus der Wunde durch Eingehen mit der Kornzange ein kleiner Abszeß entleert und später ein Knochensplitter entfernt. Es hatte sich also, was für die Beurteilung des Falles von Bedeutung ist, um eine Knochenverletzung gehandelt. Zunächst gingen alle Erscheinungen zurück, aber nach 4 Tagen erfolgte erneuter Anstieg der Temperatur bis gegen 40 Grad, wobei es auffiel, daß der Kranke sich subjektiv wohl fühlte. Es entwickelte sich dann eine rechtsseitige Pleuritis und aus der Punktionsflüssigkeit konnte ein Gramnegatives Stäbchen, der Bacillus Baudy, der für diese Erkrankung charakteristisch ist, gezüchtet werden. Unter zunehmender Verschlechterung ging der Kranke ungefähr 4 Wochen nach der Verletzung, nachdem er inzwischen stets septisch gefiebert hatte, zugrunde. Die Autopsie ergab in der Leber und in den Lungen zahlreiche kleine Abszesse, die ebenfalls den gleichen Erreger zeigten, außerdem wies die Lunge mehrere Gangränherde auf. Was ist nun für diese Form der Sepsis gegenüber den anderen uns bekannten bezeichnend? Zunächst das rasche Abklingen der scheinbar unbedeutenden ersten Verletzung, welches es darum auch meist unmöglich macht, Bakterienkulturen anzulegen, dann das Auftreten von Leberabszessen, die schon intra vitam durch die subikterische Verfärbung der Haut und Skleren, vor allem aber durch die Schmerzen im Oberbauch und das Ausstrahlen der Schmerzen nach der rechten Schulter vermutet werden können. Ein Milztumor ist zum Unterschied gegenüber den anderen Sepsisformen nicht palpabel, ebenso besteht keine Leukozytose oder Linksverschiebung. Pleuritische Exsudate oder Empyeme sind häufig und sie bieten die einzige Quelle, aus der Kulturen angelegt werden können. Bis zur Klärung durch die bakteriologische Diagnose kann das Krankheitsbild nur durch die Gesamtheit der beschriebenen Erscheinungen erkannt werden, d. h. klinisches Bild der Sepsis, aber fehlender Milztumor und fehlende Blutveränderungen, auch kulturell! Die Verff. glauben, daß diese Form der Sepsis häufiger ist, wie man glauben möchte und richten besonders an diejenigen Ärzte, die

derartige Fälle (kleiner Knochenverletzungen, die mit Straßenschmutz infiziert sind und zunächst wenig beachtet werden) die Mahnung diese Form der Sepsis zu berücksichtigen. Bei der völligen Aussichtslosigkeit auch einer Serumbehandlung der vorgeschrittenen Fälle sollte die Serumtherapie schon frühzeitig zur Anwendung kommen, d. h. zu einer Zeit, in welcher man allein aus den klinischen Symptomen die Diagnose schon stellen kann. Denn muß man erst warten, bis ein Exsudat entstanden ist und aus ihm die Anaerobier gezüchtet sind, dann kommt man wohl immer mit der spezifischen Therapie zu spät.

Krampfaderverödung.

Nachdem in populären Vorträgen, Tageszeitungen, Rundfunkmitteilungen usw. in einer, man möchte fast sagen, aufdringlichen Form die Verödungsbehandlung der Krampfadern immer wieder angepriesen und die völlige Unschädlichkeit dieses Verfahrens verheißen wird, ist es sehr zu begrüßen, daß in einer ersten wissenschaftlichen Zeitschrift von berufener Seite die Frage einmal sine ira et studio zur Diskussion gestellt wird. Unter dem Titel: Aussprache über Vorteile, Nachteile und Gefahren der Injektionsbehandlung der Varizen geben aus der Kieler chirurgischen Universitäts-Klinik zunächst Geh.-Rat Anschütz und Prof. Löhr ihre eigenen Erfahrungen wieder und fordern gleichzeitig die Leser des Zbl. Chir., in dessen Nummer 51, 1929 diese Aussprache eröffnet wird, zu weiteren Mitteilungen auf. Mit ehrlicher Offenheit wird zunächst bestätigt, daß die bekannten chirurgischen Maßnahmen nicht allen Ansprüchen genügen: teils machen sie überaus häßliche Narben, was bei der heutigen Mode besonders ins Gewicht fällt, teils sind die Verfahren nicht ohne Rückfälle. Ferner erfordern alle operativen Methoden eine mehr oder minder lange Bettruhe. Besonders ernst aber muß die Tatsache genommen werden, daß trotz der Saphenaligatur in $\frac{1}{2}$ —1 Proz. der Fälle Infarkte bzw. tödliche Embolien vorkommen. Wie die Verff. richtig betonen, mußte angesichts dieser Sachlage ein Verfahren, welches ambulant ausgeführt werden kann, welches nicht schmerzhaft ist und welches keinerlei Narben hinterläßt, fast mit Begeisterung von Arzt und Patienten aufgenommen werden. Es muß aber mit Erstaunen erfüllen, daß auf der einen Seite Berichte von tausenden von Injektionen ohne jeden Zwischenfall vorliegen, während andere Mitteilungen namentlich von Chirurgen, wesentlich anders lauten. Unzweifelhaft spielt hierbei die Art der Anwendung des Verfahrens eine Rolle: die Originalvorschriften sehen zahlreiche kleine Injektionen vor in die Knoten bzw. in die kleinen Venenstrecken zwischen den Knoten, während die Chirurgen lieber alles in einer einmaligen Einspritzung, eventuell sogar in die Saphena oben bei deren Unterbindung erledigen wollen. Hier haben die Verff. einmal einen Todesfall und einmal eine schwere Thrombophlebitis gesehen. Aber auch nach einer von

anderer Seite nach dem ursprünglichen Verfahren ausgeführten Injektion wurde von ihnen eine Cavathrombose beobachtet. Ein weiterer Nachteil der Injektionsmethode ist das verhältnismäßig leicht und wohl auch häufige Auftreten von Nekrosen, wenn die Injektionsflüssigkeit nicht in, sondern neben die Vene gelangt. — Die Diskussion wird eröffnet mit einer Publikation von W. K. Fränkel (Berlin), der sich in zahlreichen Publikationen schon als bedingungsloser Anhänger der Injektionsmethode erklärt hat. Er hat über 1000 eigene Fälle und „abgesehen von einigen Nekrosen an der Stichstelle infolge Danebenspritzen der benutzten NaCl-Lösung (technischer, nicht absolut vermeidbarer Fehler)“ keine Nachteile gesehen. — Keller aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Glogau hat bei der Originalinjektionsmethode eine fortschreitende Thrombophlebitis mit sekundärer Lungenembolie und Lungeninfarkt gesehen; der Fall endigte glücklich. Er schreibt: „da uns auch andererseits verschiedentlich Komplikationen berichtet worden sind, wenden wir derartige Mittel zur Zeit nicht mehr an, zumal man durch sie doch im Grunde genommen absolut gesunde Menschen aufs höchste gefährden kann“. — M. Hirsch von der Chirurgischen Station der Arbeiterkrankenkasse in Wien hat einen Fall von tödlicher Embolie und einen weiteren Fall von schwerer bis in die Iliaca communis reichenden Thrombose gesehen. „Da die Patienten, so schreibt der Autor, infolge der Aufklärungen in der Tagespresse bereits denjenigen Chirurgen, der die Injektionsmethode ablehnt, für rückständig zu halten beginnen, wäre es hoch an der Zeit, die praktischen Ärzte über die Gefahren dieser Behandlungsmethode aufzuklären.“

Die Diskussion wird fortgesetzt und wir werden hier fortlaufend über deren Ergebnisse berichten.
Hayward (Berlin).

3. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Über intrauterine Kohlebehandlung bei Abortus

berichtet Chr. Geller-Breslau (Univ.-Frauenkl.: L. Fraenkel) und fordert zur weiteren Prüfung der Methode auf. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß der im Uterus zu Pulver zerdrückte Teil der Kohlestifte eine Adsorptionswirkung auf Bakterien entfaltet, und daß dieser wirksame Faktor der Therapie höher zu bewerten ist als die Tatsache, daß ein Teil der Stifte nicht zerfällt und unwirksam bleibt. Außerdem ist es möglich, daß auch der kontraktionsanregende Fremdkörperreiz und eine Beschleunigung der Thrombenbildung in den Gefäßlumina bei der Kohlestifttherapie günstig wirkt.

Die Menstruation in ihrer Beziehung zur Peritonitis.

Zu dieser praktisch wichtigen Frage veröffentlicht F. Unterberger-Königsberg i. Pr. (Gyn.

Abtlg. des Krankenhauses der Barmherzigkeit) zwei charakteristische Fälle (Zbl. Gynäk. 1929 Nr. 2). Er macht mit Recht darauf aufmerksam, daß unter Umständen menstruierende Frauen leichter der Gefahr einer Infektion ausgesetzt sind.

Ein Fall von unverschuldeter, endogener, puerperaler Spontaninfektion

wird von Walther Heer-Aarau (Geb.-gyn. Abtlg. der Kantonalen Krankenanstalt) veröffentlicht (Zbl. Gynäk. 1929 Nr. 2). Die Zusammenfassung des — glücklicherweise extrem seltenen — Falles lautet: Eine junge Frau stirbt nach einer normalen Geburt, ohne vorher vaginal untersucht worden zu sein, ohne daß durch Koitus, Vollbad oder sonstige Gelegenheit die Gefahr der Keimeinwanderung provoziert worden wäre, an einer endogenen Spontaninfektion mit Streptokokken, mit Durchwanderungsperitonitis, die ihren Ausgang im Cavum uteri haben muß, wo dieselben Keime gefunden wurden wie im Eiter der Bauchhöhle. Nach Ansicht des Ref. sollten einmal alle derartigen Fälle, bei welchen absolut keine Infektionsquelle nachzuweisen ist, veröffentlicht werden. Es wird sich dann vielleicht herausstellen, daß diese Fälle leider nicht so ganz extrem selten sind.

Über die Verwendbarkeit der Sachsschen Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Plazenta

berichtet Johann Putz-Miskolc (Ungarn) (Geb.-gyn. Abtlg. des Elisabeth-Krankenhauses: Moritz Szöllössy) auf Grund von 200 Fällen und kommt zu folgenden Schlüssen (Zbl. Gynäk. 1929 Nr. 2): Die positive Sachssche Probe beweist immer die Vollständigkeit des Mutterkuchens. Der negative Ausfall deutet bei Schräglage nicht unbedingt auf einen Defekt des Mutterkuchens hin, und wir tasten in solchen Fällen nur dann nach, wenn auch die Inspektion uns dazu zwingt. Bei negativem Ausfall der Probe tasten wir aber immer nach, wenn der Mutterkuchen vertikal schwimmt, oder aber gar nicht schwimmt, da dies die Unvollständigkeit desselben beweist.

Über Entzündungen der Plazenta und fötale Sepsis

haben Friedrich Wohlwill und Hans Erhard Bock-Hamburg (Pathol. Institut d. Allg. Krankenhauses St. Georg: Friedrich Wohlwill) eingehende und sehr beachtenswerte Untersuchungen angestellt (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2). Sie kommen zu folgenden Ergebnissen: Es werden 4 Fälle echter Plazentitis (ein furchtbares Wort! Ref.), d. h. Amnion, Chorionplatte, Chorionzotten und Dezidua betreffender Entzündungen des Plazentargewebes veröffentlicht. Die Entzündungen sind bakteriell bedingt, Bact. coli, grampositive Kettenkokken, wahrscheinlich Streptokokken kommen als Erreger in Frage. Es kann sich auch um Mischinfektion handeln. Allen Fällen liegt eine offenbar primäre Infektion der 4—5 Monate

alten Föten zugrunde. Die Entzündung ist sicher vom Blutweg der Föten aus entstanden; sie ist eine Metastase der fötalen Sepsis. Die Folgen derartiger Plazentarentzündungen sind außer schwersten Schädigungen der Frucht und deren Folgezuständen septische Erkrankungen der Mutter, die durch direkten Übergang von Keimen aus den betreffenden Zotten in die intervillösen Räume unterhalten werden. Eine Mutter starb an Kolisepsis, während eine andere von ihrer schweren Kolisepsis durch Totalexstirpation des Uterus mitsamt dem Fötus bei stehender Blase geheilt werden konnte. Die Mutter kann aber auch völlig verschont bleiben und einen fieberlosen Verlauf von Abort und Wochenbett haben. Infolge schneller Uterusentleerung klang auch in einem Falle das Fieber der Mutter schnell ab. Die Ursache der Fötalsepsis war in 3 Fällen wahrscheinlich durch Abtreibungshandlungen entstanden. Es kann aber auch eine klinisch nicht manifeste, chronische Streptokokkenkrankung der Mutter als Ausgangspunkt in Frage kommen. Zu leukozytären Abwehrfunktionen scheint die Frucht im 4. und 5. Monat noch nicht befähigt zu sein.

Das Reizleitungssystem des graviden Uterus

bespricht J. Hofbauer-Baltimore (Frauenkl. der Johns-Hopkins-Univ.) in einer außerordentlich interessanten und wertvollen Arbeit und faßt die gewonnenen Resultate folgendermaßen zusammen (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2): Die histologischen und experimentellen Merkmale einer in der Außenschicht des graviden Uterus nachgewiesenen Gewebsstruktur deuten auf eine Parallele mit dem Reizleitungssystem des Herzens hin. Eine besondere Affinität zu Pituitrin ist ein charakteristisches Attribut dieser Gewebszone. Für die klinischen Phänomene des passiven Verhaltens des Uterusmuskels während der Geburt, des Geburtseintritts und der Regulation der Uterustätigkeit unter der Geburt kommen außer der biologischen Rolle des Reizleitungssystems auch physikalisch-chemische Faktoren (Herabsetzung der Oberflächenspannung), sowie hormonale Einflüsse seitens der Hypophyse in Betracht.

Die Stirnlagegeburt

hat Hans Otto Neumann-Marburg (Lahn) (Univ.-Frauenkl.: Kehrler) zum Gegenstand einer eingehenden Untersuchung gemacht (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2). Die wichtige Frage: Ist die Stirnlage als solche eine Indikation, die Geburt durch operativen Eingriff zu beenden? verneint Verf. ganz entschieden, wie v. Jaschke, der durch eine streng abwartende Geburtsleitung die besten Erfolge erzielte. Selbstverständlich ist es, daß man bei drohender Gefahr für das Kind oder aus mütterlicher Indikation die Geburt operativ zu Ende führen muß; es gelten dieselben Regeln wie bei normaler Schädellage. Welches Zangenmodell man wählt, kommt ganz

auf den Geburtshelfer an. Verf. hat gefunden, daß die Naegelesche Zange ebensogut ihren Zweck bei Stirnlagen erfüllt wie die Kiellandsche.

Der hohe Gradstand

wird ebenfalls von Hans Otto Neumann-Marburg (Lahn) (Univ.-Frauenkl.: Kehrler) sehr exakt untersucht (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2). Zum hohen Gradstand kann es kommen, wenn irgendwelche Hindernisse bei normalem Schädel und normaler Beckenform den Eingangsmechanismus stören (z. B. Armvorfall, Zervixmyom). Am häufigsten wird der hohe Gradstand beobachtet, wenn die Formabwegigkeit des Schädels im Sinne eines hinteren Oxyzephalus mit querovalen Planum suboccipito-bregmaticale mit einem engen Becken und hier vor allem mit dem platt-rhachitischen Becken zusammentrifft. Abgesehen von seltenen Ereignissen, die zum hohen Gradstand führen können, muß diese ontogenetisch ererbte Schädelform zumeist als Hauptursache der pathologischen Einstellung angesehen werden. Die Vorbedingung für deren Zustandekommen ist in dem Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken zu erblicken. Die Geburt bei hohem Gradstand verläuft zumeist spontan, so daß also unbedingt abgewartet werden muß.

Zur Prognose kindlicher Geburtsverletzungen (insbesondere der Extremitätenläsionen)

hat H. Naujoks-Marburg (Lahn) (Univ.-Frauenkl.: Kehrler) einen wertvollen Beitrag geschrieben, der den praktischen Arzt sehr angeht und von diesem im Original gelesen werden sollte (Arch. Gynäk. Bd. 135 Nr. 2). Verf. hat vollkommen recht, wenn er seine Beobachtungen folgendermaßen zusammenfaßt: Die kindlichen Geburtsverletzungen erfordern eine ernstere Beachtung, diagnostisch wie therapeutisch. Ihre Abgrenzung gegenüber intrauterinen Schädigungen und Entwicklungsstörungen ist vielfach nicht leicht. Bei den Knochen- und mehr noch bei den Nervenläsionen sieht man bisweilen schwere Folgeerscheinungen. Eine Besserung der Prognose ist nur durch längere Überwachung und schärfere Kontrolle der Kinder möglich. Abel (Berlin).

4. Kinderheilkunde.

Über Heilserumbehandlung und Schutzimpfung bei Scharlach

hat Schottmüller auf dem letzten Kongreß für innere Medizin, der gemeinschaftlich mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde tagte, ein umfassendes Referat erstattet (Mschr. Kinderheilk. Bd. 44 S. 294—321). Sch. stützt sich im wesentlichen auf tausend von ihm in den letzten 3 Jahren beobachtete Scharlachfälle. Über die Wirkung des Scharlachserums im ersten, dem exanthematischen Stadium, kann ein Zweifel nicht

Coffetylin

Analgeticum

Antineuralgicum



bei Kopfschmerz,
Migräne,

nervöser Abgespanntheit,
Grippe.

Chemische Fabrik von Heyden A.G., Radebeul-Dresden

Pandigital

D. R. P.

**Beiersdorfs
erfolgreiches
Herzmittel**

Pandigital enthält die Gesamtglykoside der Digitalis in chemisch reiner Form. Es besitzt daher dieselbe Wirksamkeit wie das Digitalis-Infus, jedoch ohne dessen Nachteile, wie ungleichmäßige Wertigkeit, schlechte Verträglichkeit und begrenzte Haltbarkeit. Es wird auch von empfindlichen Patienten ohne Störung des Magen- und Darmtrakts vertragen.

Proben und Literatur stehen zur Verfügung

P. BEIERSDORF & Co. A.-G., HAMBURG

Ist

Hämophilie

heilbar?

Die bis jetzt als unheilbar betrachtete Krankheit **HÄMOPHILIE** ist, wie bereits klinische Erfahrungen zeigten, mit

Nateina

auch in aussichtslosen Fällen mit vollem Erfolg behandelt.

Nateina enthält die nach einem Spezialverfahren der Fa. Llopis, Madrid hergestellten Vitamine A, B, C, D in Verbindung mit Calc. phosphat.

Nateina ist hervorragend bewährt bei: **Hämophilie** 16—36 Tabl. tägl., **Purpura u. Blutarmut** 8—16 Tabl. tägl., **Tuberkulose** 18—24 Tabl. tägl., **Atrepsi, Skorbut, usw.** 6—10 Tabl. tägl.

Auf Vorstellung der Ärzteschaft, dieses Mittel auch den Minderbemittelten zugänglich zu machen, haben wir den Preis unter größten Opfern für **Nateina** (1 Originalpackung enthält 4 Röhren à 12 Tabletten)

von Mk. 13.50 auf Mk. 7.25 ermäßigt. **Klinikpackung Mk. 40.—**

*Einige Auszüge aus der umfangreichen Literatur über die bisherigen Erfolge mit **Nateina**:*

Prof. Bruno Niekau, Leiter der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Tübingen, sagt in seiner Abhandlung „Zur Behandlung der Hämophilie“, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Nr. 1, Jahrgang 1929 folgendes:

Ätiologisch wirksam wird man **Nateina** insofern nennen können, als außer der Verbesserung der physikalischen Bluteigenschaften und der Gefäßwanddichtung gegen pathologischen Blutdurchlaß ein wohlthuendes Wärmegefühl im ganzen Körper nach der übereinstimmenden Aussage aller Behandelten einkehrt, die Leistungsfähigkeit und Spannkraft steigt und die auch bei meinen Fällen beobachtete Untertemperatur auf normale Werte zurückkehrt. Auf meine nun mehr als 1½ Jahre fortlaufenden Beobachtungen gestützt, kann ich im Verein mit anderen Untersuchern sagen, daß die Nateinabehandlung die lebensgefährlichen Erscheinungen der echten Hämophilie latent zu halten vermag und leichtere Fälle symptomlos machen kann. Ein Erfolg, der bisher mit keinem Mittel durch ausschließlich orale Gabe in solchem Maße zu erzielen war.

Dr. med. Erwin Schrader, Zentralblatt für Chirurgie 1929, Nr. 5, führt aus in seiner Abhandlung: Aus der Orthopäd. Universitätsklinik Heidelberg, Direktor Prof. Dr. med. Ritter H. v. Baeyer, Gelungene Zahnextraktion bei einem Hämophilen auf Grund einer neuen Behandlungsmethode:

In dem **Nateina** haben wir jedenfalls ein Mittel in der Hand, das vermöge seiner gerinnungsfördernden und gefäß-endotheldichtenden Wirkung eine sichere Behandlung, vielleicht Heilung der Hämophilie verspricht. Der vorliegende — nach der mir zugänglichen Literatur — erste Fall einer quoad vitam gelungenen Zahnextraktion bei einem „echten“ Bluter ist die beste Empfehlung dieses Präparats.

Herr Dr. Nowotny, St. Pölten (Osterreich), teilte uns am 3. Februar 1927, fünf Monate nach Anwendung unserer Behandlung folgendes mit:

Seit der Kur mit **Nateina** treten auffallend selten Blutergüsse auf, sind nur ganz leichter, schmerzloser Art, so daß eine Betruhe bzw. Berufsstörung ausgeschaltet ist. Bei der notorischen Hartnäckigkeit der Hämophilie ist dieser Erfolg der beste, den ich je gesehen habe.

Die Kgl. Medizinische Akademie, Barcelona, berichtete unterm 25. Februar über den therapeutischen Wert unserer **Nateina** und führt aus:

„Die in der Medizinischen Klinik der Medizinischen Fakultät unter Leitung von Prof. Dr. Ferrer y Cajjal und im Laboratorium des Physiologischen Instituts unter der Leitung von Prof. Pi.-Suner ausgeführten Arbeiten haben den Beweis ihrer Wirksamkeit auf die Zusammensetzung des Blutes der Bluterkranken erbracht.“

Verlangen Sie ausführliche Literatur und Muster von unserer

Generalvertretung: Hageda A.-G., Berlin NW 21

mehr bestehen. Das zeigt schon die grobe klinische Beobachtung. „Man wird immer wieder in Staunen versetzt, wenn in allerschwersten Fällen von Scharlach, die ein absolut septisches Bild bieten, die schweren Intoxikationserscheinungen, die Prostration, die hochgradige Vasomotorenschwäche und Zyanose, schwere Benommenheit und Delirien bis zum nächsten Tage, also in kürzester Frist unter kritischer Entfieberung beseitigt sind, so daß Kinder wie Erwachsene den Eindruck Genesender machen und selbst den Wandel zur Besserung in ihrem subjektiven Befinden zum Ausdruck bringen.“ Auch hochgradige Exantheme schwinden in 12 bis 24 Stunden. Dieser plötzliche Wechsel des Bildes ist um so überzeugender, weil er mit großer Regelmäßigkeit beobachtet wird. Das Ergebnis der einfachen klinischen Beobachtungen wurde durch die „Durchschnittsfieberkurve“ von 50 serumbehandelten und 50 nicht mit Serum behandelten Scharlachfällen bestätigt: Kritischer Temperaturabfall bei dem Serumbehandelten, lytische Entfieberung bei den nicht spezifisch Behandelten. Sch. hält es nach diesen günstigen Erfahrungen für die Pflicht jedes Arztes, zum mindesten alle mittleren und schweren Scharlachfälle mit Serum zu behandeln. Und zwar gibt er bei Kindern unter 10 Jahren 15—20 ccm konzentriertes Scharlachserum (Behringwerke) oder 25—40 ccm gewöhnliches Immunsorum intramuskulär; bei ungenügender Wirkung am nächsten Tage dieselbe Dosis, in schwersten Fällen von vornherein größere Dosen (100 ccm). Fraglich ist es, ob man auch in leichten oder leichtesten Erkrankungen impfen soll. Gegen die Heilserumbehandlung in den letztgenannten Fällen wird das häufige Auftreten der bisweilen recht unangenehmen Serumkrankheit ins Feld geführt. Maßgebend für die Stellungnahme dürfte die Frage sein, ob und inwieweit auch das zweite Kranksein bei Scharlach durch die Serumbehandlung beeinflusst wird. Die Ansichten hierüber gehen noch auseinander. Keinesfalls ist die Wirkung auf das zweite Kranksein so günstig wie auf die primären Scharlacherscheinungen. — Geteilt sind auch noch die Meinungen über den Wert prophylaktischer Impfungen beim Scharlach. In Betracht kommen aktive und passive Schutzimpfung. Über die aktive Schutzimpfung liegen sehr günstige Berichte aus Ungarn und namentlich aus Rußland vor. Sch. rät zu ihrer Anwendung in Kinderheimen und Internaten, namentlich in solchen, in denen endemisch Scharlach vorkommt. In Zeiten schwerer Epidemien sollte die aktive Schutzimpfung allgemein durchgeführt werden. Der dadurch erzielte Impfschutz erstreckt sich nach den bisherigen Beobachtungen auf mehrere Jahre. Da nach aktiver Immunisierung 2—3 Wochen vergehen, bis der volle Impfschutz erlangt wird, kommt in der Familienpraxis, nach Ausbruch eines Scharlachfalls, zum Schutz der gefährdeten Kinder passive Immunisierung in Frage (Injektion von 10 ccm

Immunsorum). Die Wirkung ist aber unsicher. Die Dauer des Schutzes beträgt nur 14 Tage. Es ist ferner zu bedenken, daß die Übertragung des Scharlachserums (Pferdeserum) eine Sensibilisierung des Patienten hervorruft, und daß infolgedessen bei später notwendiger Serumbehandlung Anaphylaxie droht. Um das zu verhüten, wendet man in letzter Zeit Scharlachrekonvaleszenten-serum zur Prophylaxe an, und zwar in einer Menge von 10—20 ccm, die intramuskulär injiziert werden. Finkelstein (Berlin).

5. Nervenleiden.

Der Streit um die Beurteilung der Unfallneurosen

ist das Thema, zu dem Quensel als ein berufener Vertreter Stellung nimmt (Med. Klin. 1929 Nr. 6). Vor 3 Jahren hat das Reichsversicherungsamt als oberste Spruchbehörde die für die Begutachtung von Unfallneurosen wesentliche Entscheidung getroffen, daß eine Entschädigungspflicht abzulehnen sei, wenn die nach Unfällen auftretenden nervösen Störungen auf der sachlich unbegründeten Vorstellung einer Unfallsschädigung oder auf mehr oder weniger bewußten Rentenwünschen beruhen. Gegen diese Auffassung des Reichsversicherungsamtes erhob sich unter Führung des Freiburger Psychiaters Hoche eine starke Opposition. Die vorgebrachten Einwände richteten sich zunächst gegen die nicht genügende Würdigung des Organischen, ganz besonders aber erfuhr die von der Gegenseite formulierte Anschauung, die Unfallneurose sei überhaupt keine Krankheit, lebhaften Widerspruch. Daß die Unfallsneurose seelisch reaktiv bedingt sei, daß ferner im Einzelfalle die persönliche Reaktionsweise den Krankheitsablauf beeinflusse, wird auch von denen nicht geleugnet, die den Spruch des Reichsversicherungsamtes für abwegig halten; denn, so sagen sie, es ist nicht angängig, daß die spezifische Reaktionsweise des Unfallverletzten die glatte Ablehnung seines Entschädigungsanspruches rechtfertige.

Hierzu bemerkt Quensel: Zugegeben, daß bei der Summe komplexer seelischer Vorgänge, gefühlsmäßiger Faktoren, unbestimmter Wünsche und Situationsanpassungen die Beurteilung unter Umständen schwierig ist, so ist andererseits nicht zu leugnen, daß es sich um Einzelfälle handelt. Ihnen gegenüber steht eine Legion von Rentenbewerbern, die aus nichtigen Anlässen Ansprüche erheben und Beschwerden aufrecht erhalten, die jeder ärztlichen Erfahrung widersprechen. Die Existenz und Kenntnis unserer Sozialversicherung, sagt Quensel, die aus ihr für den Unfallsverletzten sich ergebenden Vorteile und Gewinnmöglichkeiten sind letzten Endes der Grund für das Vorhandensein der meisten Unfallneurosen. Im übrigen sind psychische Einwirkungen auf organische Prozesse in der Rechtsprechung der Versicherungsämter als Krankheitsursachen nicht

ausgeschlossen, wenn sie in allerdings seltenen Fällen auf Grund einer bestehenden Disposition einen Schlaganfall oder Herzschlag herbeiführen oder wie bei Basedow ein bestehendes Leiden verschlimmern.

Wenn Hoche annimmt, daß bei der geltenden Auffassung vielen Kranken Unrecht geschieht, so weist Quensel überzeugend darauf hin, daß die praktischen Erfolge den Vertretern der rigorosen Richtung durchaus recht geben. Der aus dem

Versorgungswesen bekannte 100proz. Neurotiker ist jedenfalls ausgestorben. Wahrscheinlich würden die Resultate noch besser sein, wenn der Neurotiker unter wirtschaftlich besseren Bedingungen leben könnte. Auch darin wird man Quensel folgen können, wenn er sagt: Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung sind ein Gewinn, auch wo sie zunächst gegen den Willen des Verletzten erzwungen werden.

L. Jacobssohn (Berlin).

Kongresse.

Tagungen der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung.

Sommertagung in Weimar, Juni 1929.
Wintertagung in Magdeburg, Dezember 1929.

Bericht von

Dr. Hayward in Berlin.

Die Tagungen der nach geographischen Gesichtspunkten zusammengeschlossenen Chirurgenvereinigungen haben sich zu regelmäßigen Einrichtungen entwickelt, deren Bedeutung neben dem großen Chirurgenkongreß immer mehr in den Vordergrund tritt. Der sehr zahlreiche Besuch der Sitzungen der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung zeigt, daß hier einem wirklichen Bedürfnis nachgekommen worden ist und daß es gerade die Fragen der praktischen Chirurgie sind, welche immer des großen Interesses der Hörer gewiß sein dürfen. Von diesen Gesichtspunkten aus bot das Hauptthema der Weimarer Tagung: Behandlung der akuten Cholezystitis, über welche der Direktor des Städtischen Krankenhauses, Dr. Krüger, berichtet, besondere Wichtigkeit. Zunächst bezog sich der Vortragende auf die große Sammelstatistik über die chirurgische Behandlung der Erkrankungen der Gallenwege, die auf dem Chirurgenkongreß 1923 gebracht worden war und deren wesentlichstes Ergebnis in dem Nachweis bestand, daß die Sterblichkeit der im Anfall operierten Fälle bei Kranken im Alter bis zu 40 Jahren 4 Proz., von 40—45 Jahren 7 Proz. und dann 16 Proz. beträgt. Allerdings darf bei diesen Zahlen nicht vergessen werden, daß es ja nicht üblich ist den Gallensteinranken im ersten Anfall zu operieren, so daß auch für die Zahlen: „im Anfall“, die oben wiedergegeben sind, berücksichtigt werden muß, daß auch hier schon zahlreiche verschleppte Fälle mitunterlaufen sind, die bereits schwere chronische Veränderungen hinter sich hatten, und nunmehr „im Anfall“ operiert werden mußten. Gerade dieser Punkt wird von dem Vortragenden in den Vordergrund seiner Ausführungen gestellt und er betonte mit Recht, daß es nicht angeht, einen unglücklichen Ausgang dieser Fälle nur auf das Konto des Chirurgen zu setzen. Kranke, die jahrelang mit internen und mit Badekuren hingeschleppt worden sind,

bieten natürlich eine wesentlich schlechtere Aussicht bei einer nun dringend notwendigen Operation, als solche, die bei dem ersten Anfall in noch jugendlicheren Jahren operiert werden. Er unterscheidet Früh- und Spätfälle, wobei er zu den Frühfällen diejenigen gerechnet haben will, bei welchen bei stürmischem Beginn am 1. oder 2. Tage operiert wird, oder die sich in etwas milderer Form schon mehrere Tage hingezogen haben. Eine deutliche Sprache für die Frühoperation sprechen die Resultate des Vortragenden: es starben von 249 Frühfällen 1,2 Proz., von 74 Intervallfällen 5,4 Proz. und von 50 Spätfällen 28,0 Proz. Empfiehlt schon dieses Ergebnis die Frühoperation, so unterstützt noch das fast völlige Fehlen der sonst bei Gallensteinranken gefürchteten operativen Komplikationen diesen Standpunkt: es kommt nicht zu cholämischen Blutungen, auch die Möglichkeit, daß Steine in den tiefen Gallenwegen zurückbleiben ist sehr gering und damit die Gefahr des echten Rezidivs vermieden. Dazu kommt, daß der Widerstand des Organismus, der noch nicht durch schwere Anfälle oder durch Alterserkrankungen geschwächt ist, ein wesentlich größerer ist.

Sehr beachtenswerte Ausführungen machte Kulenkampff (Zwickau) über den Einfluß von Lumbalpunktionen auf Schädelbrüche. Er hat konsequent 50 Fälle, zum Teil mehrmals, punktiert. Bei den ersten Punktionen findet man oft reines Blut, welches bei den nächsten Punktionen immer mehr verschwindet. Es wird soviel Liquor abgelassen, daß ein der Norm entsprechender Druck entsteht. Die Ergebnisse waren ganz erheblich bessere, wie wir sie sonst bei Schädelbrüchen, die nur konservativ behandelt wurden, zu sehen gewohnt sind. Insbesondere verschwinden die Kopfschmerzen schneller und nachhaltiger. Bei der Einfachheit des Verfahrens erscheint seine Nachprüfung sehr angezeit.

Aus der Diskussion über das Thema Ureteranomalien, das durch einen Vortrag von Plücker (Wolfenbüttel) eingeleitet wurde, ist die von Kappis (Hannover) gemachte und von anderen bestätigte Beobachtung bemerkenswert, daß zahlreiche Fälle gesehen werden, die klinisch durchaus den Eindruck von Nierensteinen machen, an welchen aber trotz der Anwendung der modern-

sten Untersuchungsmethoden solche nicht nachgewiesen werden können. Das Verhältnis gestaltete sich so, daß von 56 Kranken, die im Stadium der Nierensteinkolik aufgenommen wurden; nur in einem Drittel der Fälle ein Stein nachweisbar war. Weitere Vorträge beschäftigten sich mit der Chirurgie der Speiseröhre, mit Verletzungen der Handwurzelknochen usw. — Den einleitenden Vortrag, den San.-Rat Vulpius (Weimar) über Goethe und die Medizin hielt, haben wir in dieser Zeitschr. 1929 Nr. 20 schon zum Abdruck gebracht. Den Teilnehmern der Tagung war reichlich Gelegenheit geboten unter der unermüdlchen Führung des Vorsitzenden des Kongresses, Dr. Krüger, die schöne Stadt und die reizvolle Umgebung kennen zu lernen und ein Ausflug zur Besichtigung des Ärztehauses in Bad Berka machte die Besucher mit dieser einzigartigen dem Wohle und der Erholung unserer Kollegen dienenden Stätte bekannt.

Die Wintertagung, unter dem Vorsitz von Prof. Wendel in dem Krankenhaus Magdeburg-Sudenburg abgehalten, brachte als erstes Hauptthema den Vortrag von Prof. Valentin (Hannover) über Mißbildungen. Erstaunlich war es zu hören, welche große Zahl von Mißbildungen erst dann einmal zur Beobachtung kommen, wenn, wie hier eine zentrale Meldestelle sich mit diesem von der Praxis wohl im allgemeinen etwas stiefmütterlich behandelten Gegenstand befaßt. Durch ein eingehendes Studium dieses Gegenstandes konnte der Vortragende unter anderem die schon von anderer Seite ausgesprochene Vermutung durchaus bestätigen, daß die bisher übliche Erklärung der sogenannten Abschnürungen durch amniotische Stränge einer Revision bedarf. Weder für den Extremitätendefekt noch für die mit Verkümmern der Extremitäten geborenen Früchte kann diese Erklärung als ausreichend angesehen werden, vielmehr muß man annehmen, daß es sich um endogene Entwicklungsstörungen im Fötalleben handelt. Interessante Mitteilungen über das familiäre Auftreten von Anomalien ergänzten die aufschlußreichen Ausführungen des Vortragenden.

Unter Vorzeigung zahlreicher Bilder aus seinem großen Material sprach Prof. Blencke (Magdeburg) über die Arthritis deformans in ihren Beziehungen zum Unfall. Die Zahl derjenigen Fälle, in welchen der Unfall keineswegs als allein auslösende Ursache für eine Arthritis deformans angesprochen werden kann, ist viel größer, als gemeinhin angenommen wird. Es gibt eine ganze Reihe von Erkrankungen, die zu einer Arthritis deformans führen können, von denen in erster Linie der allgemeine Infekt zu nennen ist. Die Aufgabe, die dem Begutachter hier gestellt wird, kann oft schwierig sein. Bei der Bedeutung die schon das Gutachten des erstbehandelnden Arztes haben kann, gebe ich die Richtlinien des Vortragenden im Auszug wieder.

Die Arthritis deformans ist keine Erkrankung sui generis; sie kann das fortgeschrittene bzw. Endstadium so mancherlei Gelenkerkrankungen und -schädigungen sein, und kann als primäres Leiden auftreten, als sogenannte idiopathische bzw. genuine Erkrankung, die dann meist polyartikulär sein wird, aber auch monartikulär sein kann; sie kann aber auch monartikulär nach allen möglichen Gelenkerkrankungen und Gelenkverletzungen auftreten, braucht also auch bei der monartikulären Form keineswegs immer traumatisch zu sein. Sie ist in allen ihren Formen ein sehr verbreitetes Leiden, das nicht nur ältere Leute befällt, sondern auch oft genug bei jüngeren in gleicher Weise zur Beobachtung kommt. Bei der A. d. kann in bezug auf ihre Entstehung in erster Linie nur dann eine traumatische Genese angenommen werden, wenn das von der A. d. befallene Gelenk direkt von dem Trauma betroffen wird, das auch ein entsprechend stärkeres gewesen sein muß, so daß es imstande war, gewisse Verletzungen am Knorpel hervorzurufen, die nun sekundär zu deformierenden Veränderungen führen können. Liegt kein wirkliches Unfallereignis vor, dann hat Ablehnung zu erfolgen; ein äußeres Geschehen, das keinen Unfallcharakter im Sinne des Gesetzes darstellt, kann niemals verantwortlich gemacht werden für die Entstehung oder für die Verschlimmerung des Leidens. Eine Zeitspanne anzugeben, in welcher sich die ersten Anfänge nach dem Unfall entwickelt haben müssen, wenn anders sie als Unfallfolgen anerkannt werden sollen, ist unmöglich. Auch noch nach langen Jahren können sich derartige deformierende Veränderungen nach einem Unfall in den betreffenden Gelenken ausbilden. Brückensymptome sind nicht immer nötig. Ein ursächlicher Zusammenhang kann auch in manchen Fällen von A. d. angenommen werden, wenn sie in einem Gelenk der vom Unfall betroffenen Extremität auftritt, das selbst gar nicht bei diesem verletzt wird, und das von der Verletzungsstelle weit entfernt liegen kann. Dann müssen aber durch das Trauma derartige Veränderungen hervorgerufen sein, daß durch dieselben die betreffende Extremität in ihrer Gesamtstatik stark beeinträchtigt war, so daß es nun zur Auswirkung auch in entfernten Bezirken der Extremität kommen konnte. Die A. d. kann selbst an durch den Unfall nicht betroffenen Stellen des Körpers durch diesen hervorgerufen werden, wenn schwere, die Gesamtstatik des Körpers stark beeinträchtigende Veränderungen vorliegen. In manchen Fällen, wenn es sich auch nur immer um vereinzelte und seltene handeln wird, wird man nicht umbinkönnen, einen ursächlichen Zusammenhang auch infolge Überlastung eines sonst gesunden Gelenks anzuerkennen, wobei aber noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden soll, daß diese letzteren Fälle einer besonders sorgfältigen und eingehenden Untersuchung und Begründung bedürfen. Eine bereits vorhandene A. d. kann durch ein Trauma eine Verschlimmerung erfahren. Wird eine durch ein Trauma bedingte Verschlimmerung der A. d. angenommen, so sind dann nur die sogenannten „akuten Stadien“ zu entschädigen. Sind dieselben vorüber, so ist damit auch der Einfluß des Traumas im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbei. Alle späteren neu auftretenden akuten Stadien bzw. Schmerzattacken fallen nicht dem Unfall zur Last, sondern sind nur weitere Etappen im Fortschreiten des Gelenkleidens, das ja in den allermeisten Fällen, vor allem einer nicht rein traumatischen Arthritis deformans einen progredienten Charakter zeigt. Es dürfen keine Dauerrenten, vor allem keine steigenden Renten gegeben werden, wenn die A. d. nur schicksalsgemäß fortschreitet. Dauerrenten sind nicht immer notwendig, sowohl bei durch Unfall vorübergehend verschlimmerten Fällen von Arthritis deformans, wie auch bei frischen direkt durch den Unfall bedingten Fällen, da solche trotz der weiter bestehenden und im Röntgenbilde nachweisbaren Veränderungen beschwerdefrei und auch ohne jede Funktionsstörung und ohne jede Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Verletzten bleiben können. Bestand vor dem Unfall bereits ein deformierendes Gelenkleiden, das aber keinerlei Beschwerden und Funktionsstörungen machte und die Arbeitsfähigkeit vor dem Unfall nicht im geringsten behinderte, dann wird man nicht umbinkönnen, die auftretenden Folgen ganz auf den Unfall zurückzuführen. Bei einem bereits vorhandenen deformierenden Gelenkleiden muß auch dann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Verschlimmerung und Unfall angenommen werden, wenn das betreffende Gelenk, das von dem Unfall nicht betroffen war, eine Verschlimmerung erfährt, infolge einer langen Ruhigstellung der

betr. Extremität, die die Unfallfolgen unbedingt notwendig machte.

Besondere Beachtung fand die Demonstration von Dr. Teutscher (Magdeburg) über neuen Prothesenbau. Durch die Verwendung eines Leichtmetalls und durch die genaue Beobachtung der neuesten Erfahrungen über den Prothesenbau wurden überaus bemerkenswerte Resultate erzielt. Daß in den Fragen der Verknüpfung von Zusammenhängen zwischen den beklagten Beschwerden und dem scheinbar zunächst negativen Befund große Vorsicht geboten ist, bewiesen einige weitere Vorträge: so zeigte Stölzner (Dresden) die Röntgenbilder von Schädelaufnahmen, die er in das Gebiet der Ostitis fibrosa rechnet und treffend mit einem „Stiftekopf“ (kurz geschorenem Haar) verglich, dem die Knochenveränderungen in der

Tat außerordentlich ähnlich sehen. Er führt die Veränderungen auf Störungen der inneren Sekretion zurück; diese zugleich auch die subjektiven Beschwerden verschwanden durch Verabreichung von Hormonpräparaten. Auch die Fälle von Veränderungen an den weichen Rückenmarkshäuten, über die Hohlbaum und Kortzeborn (Leipzig) berichteten, und die teilweise durch Operation gebessert werden konnten, gehören hierher. Es waren die von den Kranken geäußerten Beschwerden zum Teil für durch Rentenneurose bedingt erachtet worden, bis die Operation den pathologisch-anatomischen Befund aufdeckte.

Die Sommertagung im kommenden Jahr wird in Dresden stattfinden, um den Mitgliedern Gelegenheit zu geben, die Hygieneausstellung gleichzeitig besuchen zu können.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 13. November 1929 erfolgte die Fortsetzung der Aussprache zu dem Vortrag des Herrn Schück: Wandlungen in Diagnose und Prognostik der Schädel-Gehirnverletzungen. Herr Vogel hob die Notwendigkeit otologischer Untersuchungen nach Schädelverletzungen hervor. Sie sind durch neurologische Methoden nicht zu ersetzen. Häufig ist Kopfstellungsnystagmus. Bei Lagewechsel des Kopfes tritt rasch vorübergehender Schwindel auf. Einen Ausgleich des Nystagmus bewirkt die Beteiligung beider Labyrinth, während die Erkrankung der einen Seite den Nystagmus auf dieser überwiegen läßt. Den spontanen Nystagmus muß man bei geradeaus gerichteten Blick mit einer Konvexbrille von 20 Dioptrien prüfen. Der Nystagmus braucht nicht immer stark zu sein; die Schläge können selten und schwach sein. Der Kopfschüttelnystagmus ist ein objektives Zeichen. Prüft man vergleichsweise beide Seiten, so ist auf der geschädigten Seite immer die Störung nachzuweisen. Bei der Hörprüfung muß man die ganze Tonreihe prüfen. Selbst nach leichten Schädelverletzungen sind am Gehörorgan Krankheitserscheinungen möglich. Hörstörungen können später zunehmen. Herr Peiser hat schon 1908 in der otologischen Gesellschaft einen Kranken vorgestellt, bei dem trotz Schädelbasisbruch keine Bewußtlosigkeit vorhanden war. Es bestand aber Amnesie, die nach einigen Tagen verging. Ohrblutungen erfordern eine gewisse Kritik, weil sie auch durch den Bruch des knöchernen Gehörganges entstehen können. Schon beim Frischverletzten sollen die möglichen Ohruntersuchungen erfolgen. Herr Fleischmann berichtet über die im Auftrage der Fakultät von ihm erfolgte Begutachtung eines 32 Jahre alten Arbeiters. Durch einen Autounfall war neben kleineren Hautverletzungen im Gesicht eine vorübergehende Gehirnerschütterung entstanden. Nach 3 Wochen wurde Arbeitsfähigkeit angenommen. Der Mann fühlte sich aber matt und arbeitsunfähig und er galt für einen Neurotiker. Sehr bald zeigte sich, daß er eine Schrumpfnier hatte, an der er nach 8 Monaten starb. Der zeitliche Zusammenhang ließ eine Ursächlichkeit vermuten, die dahin angenommen wurde, daß bei dem Unfall auch eine Nierenquetschung erfolgt war. Ein Beweis dafür ließ sich nicht erbringen. F. hat sein Gutachten dahin abgegeben, daß das Schädeltrauma zu einer Blutdrucksteigerung geführt hatte, die ihrerseits zur Schrumpfnier führte. Herr Hans Kohn hält den Zusammenhang zwischen Unfall und Arteriosklerose für beweisbar. Das gilt sowohl für die allgemeine Sklerose wie für die örtliche. Goldscheider hat z. B. schon vor 25 Jahren über einen jungen Mann berichtet, bei dem unmittelbar nach einem Unfall keinerlei arteriosklerotische Veränderungen bestanden, die aber bald darauf deutlich wurden. Das ist nicht auf mechanische Einflüsse, sondern auf den seelischen Schock zu schieben. Nach Unfällen in der Peripherie kann man örtliche Arteriosklerose finden, was allgemein

bekannt ist. Auch Gefäßkrämpfe, traumatisch entstanden, können zur Arteriosklerose führen. Weshalb die Arterien des Gehirns sich anders verhalten sollen als die anderen Gefäße ist nicht einzusehen. Herr C. Benda bemerkt demgegenüber, daß er in keinem Falle, den er zu begutachten hatte, einen Hinweis dafür fand, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen vorhandener Arteriosklerose und einem vorausgegangenen Unfall tatsächlich bestand. Diese Feststellung berührt aber keineswegs die Frage der allgemeinen Ätiologie der Arteriosklerose. Herr Selberg berichtet, daß die Mortalität der in das von ihm chirurgisch geleitete Krankenhaus eingelieferten Schädelverletzten 65 Proz. beträgt. Nachuntersuchungen an 8 nicht Rentenberechtigten, von denen 4 Basisbrüche hatten, zeigten bei negativem neurologischen Befund das Fortbestehen von Beschwerden. Eine Intoleranz gegen Alkohol hatten 3 dieser Verletzten. Alle 8 hatten die Kraft zur Berufstätigkeit wiedergefunden und nur einer einen leichteren Beruf gewählt. Herr Otto Maß kennt Fälle schwerer Schädelverletzungen, bei denen Bewußtlosigkeit und Erbrechen fehlten. Man muß vorsichtig sein mit der Behauptung, daß bei Störungen organische Veränderungen nicht vorhanden sind. Aber es ist auch nicht immer leicht zu entscheiden, ob bestimmte Störungen organisch bedingt sind. Die Unsicherheit in der Beurteilung schädigt oft die Kranken. Schon unmittelbar nach dem Unfall kann man dem Auftreten von Begehrungskomplexen begegnen. Es ist erforderlich, daß von Anfang an psychiatrische Sachverständige zugezogen werden. Herr Goldscheider lehnt es ab, die Gehirnerschütterung in der Contusio aufgehen zu lassen. Die oft vorhandene Amnesie bezieht sich auch auf Dinge, die dem Unfall kurze Zeit vorausliegen. Das ist funktionell dynamisch zu erklären und kommt so zustande, daß die letzten Assoziationen noch nicht genügend verankert sind und daher verschwinden. Anatomische Momente kommen als Erklärung nicht in Betracht. Der von Hans Kohn erwähnte Kranke stand in den 20er Jahren und hatte eine exquisite Herzneurose, die für die Entstehung der Arteriosklerose herangezogen wurde. Beachtenswert ist der Hinweis auf den Gefäßspasmus als Ursache einer Arteriosklerose. Nach einem Schlußwort von Herrn Schück erfolgte die Aussprache über den Vortrag von Herrn P. Rosenstein: Das Schicksal des Prostatikers. Herr Stutzin erwähnt, daß Prostatiker häufig als Magenranke gelten. Sie werden in die Bäder geschickt und mit Trinkkur behandelt, die ihnen schaden. Die Lebensdauer ist auch bei einem Katheterleben länger als 5 Jahre. Die Blase soll man nie mit einem Mal entleeren. Der Sinn der zweizeitigen Operation liegt darin, daß eine große Gefahr in zwei kleine zerlegt wird. Man soll wenn möglich immer zweizeitig operieren. In mancher Hinsicht bestehen Bedenken gegen die Operationstechnik von Rosenstein. Die Nachbehandlung der Operierten ist sehr wichtig. Nach den Beobachtungen von Herrn Casper haben 70 Proz.

aller Männer von über 60 Jahren eine große Prostata. 30 Proz. leiden darunter. Die ungünstige Beurteilung Rosensteins ist nicht immer berechtigt. Die Umwandlung einer Prostatahypertrophie in ein Karzinom gehört zu den größten Seltenheiten. Prostatiker können bis ins höchste Greisenalter fast beschwerdefrei sein. Den Operierten drohen viele Gefahren. Todesfälle entstehen durch Embolien, Thrombosen, Sepsis und durch Blutungen, die sich auf Wochen erstrecken können. Häufig sterben Operierte an Herzschwäche, die man nicht voraussehen konnte. Man soll nur dann operieren, wenn Aussicht besteht, daß der Kranke den Gefahren der Operation widerstehen kann. Herr Heßmann sieht in der Röntgentherapie eine erfolgreiche Behandlung, die in 80 Proz. gute Ergebnisse erzielt. Sie ist im 2. und 3. Stadium der Erkrankung eine ernsthaftige Konkurrenz für die blutigen Verfahren. In dem ersten Stadium ist sie die Methode der Wahl. Die Zusammenarbeit von Urologe und Röntgenologe ist zweckmäßig. Nach einem Schlußwort von Herrn Rosenstein hielt Herr Dzialoszynski einen Vortrag: Die entgiftende Wirkung der Bluttransfusion. Am Krankenhaus Westend hat D. bei bestimmten Krankheiten mit der Bluttransfusion Erfolge erzielt. Es liegt im Wesen der einschlägigen Krankheiten, daß ihre Zahl in einem Krankenkau klein ist. Es bedarf der Mitarbeit mehrerer Kliniken, um die Methode und ihre Erfolge nachzuprüfen. Schwierigkeiten die erforderlichen Spender zu gewinnen bestehen nicht. Für die 72 Transfusionen des letzten Jahres wurde 57mal von Verwandten das Blut gespendet, 15mal lieferten Berufsspender das Blut. Die Eignung des Blutes wurde durch die gekreuzte Prüfung zwischen Spender und Empfänger festgestellt. Diese Prüfung ist der der Gruppenzugehörigkeit überlegen. Die Blutübertragung erfolgte mit dem Beckschen Apparat. Schädigungen durch die Transfusion

wurden bei sachgemäßem Vorgehen nicht gesehen. Von den 72 Kranken hatten 48 Krankheitserscheinungen, die auch sonst die Indikation für die Transfusion erfüllten. 24mal aber bestanden akute Infektionskrankheiten. Der erste gute Erfolg ergab sich bei einer Colitis ulcerosa gravis. Ihm folgte ein zweiter ähnlicher Fall. Dann wurden mit der Transfusion behandelt eine Meningokokken-Meningitis, verschiedene Formen der Peritonitis, Sepsis usw. Die Erfolge waren gut, wenn auch nicht in allen Krankheitsfällen. Die Wirkung der Transfusion setzt sich aus vielen Komponenten zusammen. In der Aussprache hierzu berichtet Herr Rachwalski daß er in 3 Fällen von Colitis ulcerosa gravis, die mit Fieber einhergingen durch die Transfusion erfolgreich gewirkt hat. Nicht so gut waren die Ergebnisse bei derselben Krankheit, wenn sie fieberlos verlief. Herr H. Strauß hat 3 Kranke mit Colitis ulcerosa gravis mit Transfusion behandelt. Der eine von ihnen ist als glänzender Erfolg anzusprechen, der zweite, der der schweren Gruppe zugehört, wurde erheblich gebessert aber nicht ins Latenzstadium gebracht. Beim dritten konnte eine deutliche Besserung nicht erzielt werden. Die Technik mit dem Beckschen Apparat ist leicht durchzuführen. Herr Fritz Meyer weist darauf hin, daß die Blutübertragung bei schweren Infektionen nicht neu ist. Die Wirkung bei Krankheiten mit Hämotoxinen ist dahin zu erklären, daß das zugeführte Blut die Hämotoxine absättigt. Dadurch erfolgt eine Entlastung des Blutes, so daß der Körper die Fähigkeit erlangt, die Infektion zu überwinden. Herr Werner Schulz betont die Zuverlässigkeit der Vorprüfung durch Zusammenbringen von Spenderserum und Empfängererythrozyten. Die Gruppenprüfungsmethode gibt keine unbedingte Gewähr, weil trotz Übereinstimmung Agglutination erfolgen kann. Es mag sein, daß es Untergruppen gibt, welche die Unzuverlässigkeit bedingen. F.

Das Neueste aus der Medizin.

Georges Clémenceau.

Der Nachhall, den der Wegtritt einer weltgeschichtlichen Größe hervorgerufen hat, greift auch ins medizinische Gebiet hinüber. Georges Clémenceau war Arzt, bevor er Politiker, Journalist, Volkstribun und Ministerstürzer wurde, um schließlich als Retter seiner Nation und „Vater des Sieges“ seine Laufbahn zu krönen. Sein der politischen Leidenschaft verfallenes Leben hat ihn den ärztlich-beruflichen Bezirken früh entführt, seine entfesselte Kraft diente mehr der Vernichtung als dem Leben. An uns Deutschen hat er, Europas politischer Doktor, sich mit einer wahren Eisenbartkur — auf die Dauer wohl doch vergeblich! — versucht. Seine eigene Körperkraft und Zähigkeit hat er, wie erzählt wird, durch ein eigenartiges, konsequent befolgtes System hygienischer Maßnahmen und Übungen, bewußt ausgebildet und auf lange Lebensdauer hin trainiert. Mit der Mehrheit seiner deutschen ärztlichen Kollegen der Jetztzeit hat er ein Geschick gemeinsam: er ist arm gestorben.

Seine französischen Landsleute stehen zurzeit wieder einmal vor der Frage, ob eine Krankenversicherung der weniger bemittelten Schichten nach deutschem Muster von Staats wegen eingeführt werden soll. Ein Gesetzentwurf dafür liegt bereits vor und wird heftig diskutiert. Sozialversicherung ist nun einmal in allen parlamentarisch regierten Staaten ein zugkräftiges, für Agitation wohlgeeignetes Wort. Immerhin sind

die Franzosen gescheit genug, um von den Erfahrungen des länger mit solchen Errungenschaften gesegneten Nachbarn lernen zu wollen. „Les conséquences médicales du fonctionnement de la loi allemande des Assurances sociales exposées par le Professeur Eppinger“ betitelt sich ein umfangreicher, auch für uns Deutsche äußerst lesenswerter Artikel der Herren Prof. Merklen und M. Wolf im „Progrès méd.“ Nr. 45 (2. November). Es handelt sich um die Niederschrift eines in der Académie de Médecine gehaltenen Vortrags (Communication), die vor dem Abdruck Eppinger nochmals zur Durchsicht vorgelegt wurde. In bededter Sprache, leidenschaftslos, aber mit grausamer Sachlichkeit schildert Eppinger die Entwicklung des deutschen Arztwesens unter dem Einfluß der Versicherungsgesetze, den Aufstieg der Kassengewaltigen zu medizinisch-wirtschaftlichen Unternehmern und medizinisch-politischen Machtfaktoren und die Auswirkung dieser Macht. Er legt klar, wie sich im Gefolge dieser durch Deutschlands politisches Unglück beschleunigten, aber der Richtung nach lang schon bestimmten Abläufe die Mentalität aller von diesen Institutionen betroffenen Schichten gewandelt hat, des Publikums, der Studenten, der Ärzte selbst, wie die Autorität des Standes rettungslos gemindert, Wert und Tiefgang seiner Arbeit geschädigt worden ist. Daß der deutsche Kassenarzt um Erlaubnis bitten muß, wenn er einem Diabetiker Insulin verordnen will, wird als charakteristische Einzelheit erwähnt. Das ganze Elend unserer medi-

zinischen Zustände wird auf zwei Druckseiten aufgerollt, ein Trümmerfeld von abschreckender Wirkung. Wird es aber nützen, wird die Stimme der in Frankreich noch hochgeachteten Ärzteschaft beachtet werden? Man muß es abwarten.

In den United States

scheint man darauf auszugehen, nach manchen anderen nützlichen Dingen auch die Gesundheit am laufenden Band zu fabrizieren. Mit der Höhen- sonnenbehandlung geht es schon; B. Goldberg (Chicago) beschreibt den von ihm zu solchem Zwecke konstruierten Apparat im J. amer. med. Assoc. V. 93/18 (2. November). Es handelt sich um einen gangförmigen Bestrahlungsraum, dessen Fußboden durch ein Laufband gebildet wird, so daß die kindlichen Patienten durch ihn quasi hindurchgeschleust werden können; er ermöglicht Bestrahlung von 250 Kindern in der Stunde und soll daher in Schulen usw. zur Anwendung kommen. Die Gesamtintensität der benutzten Strahlenquelle scheint sehr bedeutend zu sein, da als höchste Dauer der Einzelbestrahlung 4 Minuten genannt wird.

Die medizinische Fakultät der Universität Berlin

hat mit der Einweihung des neuen Instituts für Strahlenforschung am Luisenplatz eine vielversprechende Bereicherung erfahren. Der Leiter dieses neuen, in erster Linie der Forschung zugewandten Hauses ist Prof. Friedrich, ursprünglich Physiker, durch den weitblickenden Bernhard Krönig noch vor dem Kriege an die Freiburger Frauenklinik als Leiter ihres Strahleninstitutes berufen, jetzt Dekan der Medizinischen Fakultät Berlin. Physik, Chemie und Biologie der Strahlung sollen in dem neuen Hause gleichzeitig und in gegenseitiger Verflechtung durchforscht und gefördert werden. Die Ausrüstung mit Apparaten und Instrumenten ist zum Teil sehr wertvoll und imponierend, die technische Anlage des Ganzen raffiniert durchdacht und großartig. Natürlich ist auch Lehrgelegenheit vorhanden; doch tritt hiermit den Forschungsinstituten der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft unseres Wissens zum erstenmal ein auf dem Boden der Universität gewachsenes eigentliches Forschungsinstitut gegenüber. Eine Durchbrechung der Tradition, die wohl in der Nähe der klinischen Institute und vor allem in der unmittelbaren Nachbarschaft des Blumenthalschen Krebsforschungsinstitutes mit seinen praktischen Anforderungen an die Strahlungswissenschaft ihre rationale Begründung findet. Zurzeit wird unter anderem das Problem der neu hier erwähnten mitogenetischen Strahlung von Friedrichs Mitarbeitern nachgeprüft. Die Errichtung des Institutes, schon lange geplant, scheiterte viele Jahre hindurch an der Wohnungsnot, denn für die vielen Mietsparteien, von denen das alte Haus bewohnt war, konnte nicht früher Unterbringung gefunden werden. Aber mit einer Zähigkeit, die nach dem Wort des einweihenden

Ministerialdirektors „selbst die hohen Beamten des Volksbildungsministeriums entwaffneten“, verfolgte Prof. Friedrich den gefaßten Plan.

Über die Frage der Wirkung von Lösungen starker und stärkster Verdünnung

liegen neuerdings Forschungen vor, die ihrer überraschenden Resultate halber hohe Beachtung verdienen. Schon seit 50 Jahren bekannt und klassisch, aber erst neuerdings mit Hilfe der Fortschritte der Mikromethodik erklärt, ist Nägelis „oligodynamische“ Wirkung äußerst stark verdünnter Metallsalze auf das Wachstum pflanzlicher und tierischer Organismen. Es handelt sich hier um Konzentrationen von millionstel und billionstel Milligrammen in der Volumeinheit; außer gewissen Metallen zeigen sich auch Hormone und einige Vitamine dabei noch aktiv. Diese Erscheinungen gehören durchaus in das Gebiet der Chemie, da auch bei den hier verwendeten Verdünnungen noch immer eine große Anzahl von Molekülen der betreffenden Substanzen ins Spiel tritt; sie erfordern lediglich von der Pharmakologie eine Verfeinerung der Methoden. Sie wird nach einem Ausdruck von Carl Oppenheimer, der diese Entwicklungen in der „Frankfurter Zeitung“ (20. November 1929) gemeinverständlich unter dem Titel „Die Wirkung des Nichtnachweisbaren“ dargestellt hat, die Pharmakologen zwingen, „um einige Dezimalstellen weiter nach rechts zu rücken“. Die Effekte bei so starker Verdünnung sind denen bei gewohnten „niederen“ oft entgegengesetzt.

Ganz anders liegen aber die Dinge, wenn noch viel stärkere Verdünnungen eine nachweisbare Wirkung zeigen, solche nämlich, bei denen das durch die „Loschmidtsche Zahl“ der physikalischen Chemie gegebene Größenverhältnis des Moleküls unterschritten wird, so daß mit einem Vorhandensein wirklicher Moleküle des verdünnten Stoffes gar nicht mehr gerechnet werden kann. Man hielt das bisher für unmöglich; tatsächlich liegen aber heute Arbeiten von Hermann Junker (Hamburg) in Pflügers Arch. vor, die das Vorhandensein solcher Wirkung zum mindesten wahrscheinlich machen. Junker hat mit Verdünnungen von $1:10^{27}$, das sind vier Dezimalen über die Loschmidtsche Zahl hinaus, an Paramazien und Protozoen gearbeitet und für die verschiedenen Verdünnungspotenzen sehr merkwürdige Wirkungskurven gefunden, die eine Abwechslung von Förderung und Hemmung zeigen. Welche Stoffe verwendet werden, ist bei den starken Verdünnungen anscheinend völlig gleichgültig, zwischen Metallen und Alkaloiden zeigt sich kein Unterschied mehr. Oppenheimer läßt die Frage offen, ob vielleicht trotz der sorgfältigen und einwandfreien Methodik Beobachtungsfehler vorliegen können; anderenfalls aber „geht hier etwas vor, wobei vorläufig jeder Erklärungsversuch überflüssig ist“. Oppenheimer sagt nichts über die Beziehungen derartiger Ergebnisse zur homöo-

pathischen Theorienbildung; doch hat in der Feststellung, daß in so hochverdünnten Lösungen keine Moleküle mehr in den verabreichten Dosen vorhanden sein müssen, immer ein starkes Argument gegen die Homöopathie gelegen, das z. B.

auch noch auf jenen berühmten Abend in der „Berliner Medizinischen Gesellschaft“ in dem Redestreit zwischen Bier und W. Heubner eine Rolle gespielt hat.

Dr. Richard Wolf (Berlin).

Therapeutische Umschau.

Bei Anaemia perniciosa

empfiehlt Wolff (Münch. med. Wschr. Nr. 34) zur Durchführung der Lebertherapie Heparakon, das aus gefrorener Rinderleber hergestellt wird und guten Geschmack und gute Verträglichkeit besitzt. 1 g entspricht 50 g Frischleber. Dosis im allgemeinen 5–6 g pro die, die in Apfelsmus, Kaffee u. a. gereicht werden.

Bei Gallenerkrankungen

empfiehlt Rachwalsky (Med. Klin. Nr. 33) Sanofelol, das eine Hexamethylentetramin-Salizylverbindung in Kombination mit ungiftigen Gallensäuren darstellt. Die Gallensäuren wirken choleretisch und beseitigen die infolge von entzündlichen Prozessen aufgetretenen Stauungserscheinungen, während die Hexamethylentetramin-Salizylverbindung gegen die entzündlichen Erscheinungen selbst gerichtet ist. Das Präparat wird intravenös und intramuskulär angewandt; oft tritt schon wenige Stunden nach der Injektion Schmerzfremheit und Temperaturabfall ein. Die quälende Gastritis geht meist nach 1–2 Injektionen zurück. — Von Glaser (Med. Klin. Nr. 35) werden diese Beobachtungen bestätigt; er empfiehlt das Präparat besonders zur Vorbereitung vor Operationen, um eine stürmische Gallenwegserkrankung zu dämpfen und die Gallenwege operationsreif zu machen.

Toxische Diarrhöen

lassen sich nach Kugler (Med. Klin. Nr. 34) sehr gut beeinflussen durch Adsorgan, das aus Silberkohle und Chlorsilber-Kieselsäure-Gel mit einem Silbergehalt von 0,5 Proz. besteht. Auch in einigen Fällen von chronischer Kolitis wurden Erfolge erzielt. Besonders wirksam bei Blähungen und Flatulenz. Auch Darmtuberkulose ist im Anfang hinsichtlich der subjektiven Beschwerden günstig zu beeinflussen. Dosis im allgemeinen 3 Kaffeelöffel pro die.

Die Epilepsiebehandlung mit Bor,

die im Ausland ziemlich verbreitet ist, bespricht Jellinek (Med. Klin. Nr. 33), der die Grana boraxata empfiehlt, deren wirksames Prinzip Natrium boricotartaricum ist, das bei der Auflösung des Präparates in Zuckerwasser entsteht. Dosis: Kindern von 1–2 Jahren 0,25–1,0, 3–4 Jahren 0,5–2,5, 5–7 Jahren 1–4 g, Erwachsenen 2–8 g pro die. Die Tagesdosis wird am besten auf dreimal verteilt. Behandlung oft

auch noch in Fällen wirksam, in denen Brom-Luminal versagt.

Bei Diabetes insipidus

empfiehlt Hertmanni (Münch. med. Wschr. Nr. 33) das Schnupfen von Pituigan siccum. Injektionen brauchen seltener gemacht zu werden, der Patient ist nicht so gebunden. Per rectum oder vaginam sind Hypophysenpräparate ohne Erfolg versucht worden.

Gegen Schluckschmerzen,

wie sie bei Entzündungen oder nach Operationen in der Mund- und Rachenhöhle auftreten, empfiehlt Riepelmeier (Klin. Wschr. Nr. 35) Psycobonyl, das eine Psikain-Anästhesin-Paraffinöl-Emulsion darstellt. Schmerzlosigkeit hält bis zu 4 Stunden an. Man pinselt 1–2 mal täglich. Bei geringeren Schmerzen genügt das Schlucken von Psycobonyltableten.

Gegen Pertussis

hat sich Rothenberg (Dtsch. med. Wschr. Nr. 35) Drosithym bewährt, das Auszüge aus Drosera rotundifolia und Thymus serpyllum enthält. Wirkung schleimlösend und Hustenreiz lindernd. Dosierung: Säuglingen und Kindern bis zu 2 Jahren morgens und abends je einen Tropfen in 1 Teelöffel Wasser. Nach 3 Tagen Steigerung auf je 2–3 Tropfen. Bei älteren Kindern dreimal täglich 3–15 Tropfen.

Als Schlafmittel

empfiehlt Deicke (Dtsch. med. Wschr. Nr. 34) Sandoptal (Isobutylallyl-Barbitursäure) in einer Dosis von 1–2 Tabletten zu 0,2 g. Auch bei 4 Tabletten sind Nebenerscheinungen nicht zu befürchten. Am besten 1½–1 Stunde vor dem Schlafengehen in etwas heißer Flüssigkeit. Schlafdauer 8–10 Stunden.

Als Wundantiseptikum

empfiehlt Conrad (Med. Klin. Nr. 35) Jodalcet, das ein Cer-Tonerde-Jodpräparat darstellt. Von besonderer Wichtigkeit ist die gleichzeitig blutstillende Wirkung. Das Präparat wird mittels Pulverbläser oder Wattebausch auf die Wunde aufgestäubt.

Dekubitalgeschwüre

werden nach Masorsky (Münch. med. Wschr. Nr. 36) durch Movasalbe gut beeinflusst, die aus Zinkoxyd, Perubalsam, Hamamelisextrakt besteht. Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus in Berlin gibt seinen Tätigkeitsbericht über die Jahre 1927/29 heraus. Der Bericht über diese Zeitspanne steht unter dem Zeichen der 20jährigen Tätigkeit des Institutes, das sich die Erforschung der Ursachen, der Schäden und Krankheiten, die unseren Nachwuchs bedrohen, und die Durchführung von Maßnahmen zu deren Verhütung zur Aufgabe gestellt hat. Die Schrift zeigt das klinische fürsorgliche und organisatorische Wirken der Anstalt, setzt sich mit dem heutigen Problem der Kinderheilkunde und Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind auseinander und bringt in besonderen Kapiteln das Unterrichtswesen, die Bibliothek, die Auskunftstätigkeit, den organisatorischen Außenbetrieb und die Abteilung Volksbelehrung.

Der Entwurf des Haushaltsplans (1930) des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt enthält 800 000 Mark zur Bekämpfung der Tuberkulose, 600 000 M. zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit, 500 000 M. für medizinisch-polizeiliche Zwecke, 30 000 M. für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, für das Hebammenwesen 5000 M., zu gesundheitlicher Fürsorge in Schulen, auch Schulzahnpflege, 72 000 M., zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 50 000 M., für sozialhygienische Ausbildung der Ärzte und Zahnärzte und hygienische Volksbelehrung 40 000 M. Die Fortbildung von Medizinalbeamten und Impfarzten erfordert 55 000 M. Vorgesehen ist ein Neubau für das Medizinaluntersuchungsamt und die Impfanstalt in Breslau. — Der Etat des Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung sieht für den Neubau einer Augenklinik in Berlin 1 Million M., für den Um- und Erweiterungsbau der Frauenklinik 850 000 M. vor. Der Erweiterungsbau der Göttinger Frauenklinik, der Neubau einer psychiatrischen und Nervenklinik in Münster usw. werden weitergefördert.

Prof. Dr. Max Joseph, der Dermatologe, 70 Jahre alt. Joseph, der aus Ostpreußen stammt, erhielt in Berlin und Wien eine ausgedehnte Vorbildung. Die von ihm eröffnete Poliklinik hatte von vornherein großen Zulauf; das große Material der Klinik, verbunden mit dem hervorragenden Lehrtalent Josephs zogen bald eine große Zahl von Assistenten und Schülern herbei. Neben seiner ausgedehnten praktischen Tätigkeit fand Joseph noch Zeit, wissenschaftlich und schriftstellerisch auf allen Gebieten seines Spezialfaches hervorzutreten. Am bekanntesten ist das von ihm herausgegebene Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, das nunmehr in 10. Auflage erschienen ist. Joseph hat sich auch um das ärztliche Fortbildungswesen lebhaft verdient gemacht und hat im Rahmen der vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen veranstalteten Kurse viele Ärzte unterrichtet. Wir benutzen deshalb die Gelegenheit, ihm auch an dieser Stelle unsere herzlichsten Glückwünsche und unseren Dank auszusprechen und ihm einen genußreichen Lebensabend zu wünschen.

Aus aller Welt. Einer eigenartigen Infektion, die durch Papageien, welche aus Brasilien eingeführt worden sind, hervorgerufen wird, sind in Berlin drei Personen erlegen. In mehreren anderen Fällen war es möglich, die davon betroffenen am Leben zu erhalten. — Rockefeller hat für den Neubau einer Hochschule für Medizin in Paris 25 Millionen Mark gestiftet. Er hat daran die Bedingung geknüpft, daß sich der französische Staat und die Stadt Paris mit derselben Summe beteiligen. — Der Reichsminister a. D. Dr. Külz ist zum Reichskommissar für die Internationale Hygieneausstellung gewählt worden. — Einer Zusammenstellung des preußischen Kultusministeriums ist zu entnehmen, daß von den Studenten der preußischen Hochschulen ihrer sozialen Herkunft nach 20 Proz. Söhne von Akademikern, 14 Proz. von höheren Beamten, 22 Proz. von Handels- und Gewerbetreibenden, 30 Proz. von mittleren Beamten und 24 Proz. von Industriearbeitern sind.

Der Ausschuß für ärztliche Fortbildung für Karlsruhe und Mittelbaden hielt zur Feier seines 10jährigen Bestehens im Geologischen Hörsaal der Technischen Hochschule Karlsruhe eine Tagung ab, an der 150 Ärzte teilnahmen. Als Vertreter des Ministers des Innern war Ministerialrat Arnspurger erschienen. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten

Heidelberg und Freiburg waren durch Geh.-Rat Dr. L. v. Krehl bzw. Geh.-Rat Dr. L. Aschoff vertreten. Die Badische Ärztekammer hatte ihren Vorsitzenden, Dr. Harms (Mannheim), entsandt. Der Vorsitzende des Ausschusses, Prof. Dr. L. Arnspurger, eröffnete die Tagung mit einem Vortrag über: „Zehn Jahre ärztliche Fortbildung in Karlsruhe“. Aus dem Bericht ging hervor, daß dem Ausschuß die ärztlichen Vereine Karlsruhe, Pforzheim, Baden-Baden, Rastatt, Durlach, Kraichgau, Ettlingen und Mittelbaden (Bühl) mit insgesamt 434 Mitgliedern angehören. Durch Vorträge und Demonstrationen, die von Karlsruher Fachärzten, sowie Hochschulprofessoren gehalten werden, ist den Ärzten Mittelbadens Gelegenheit geboten, ihr ärztliches Wissen und Können zu erweitern und im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Medizin zu bleiben. Im Anschluß an den Bericht sprachen Geh.-Rat Krehl über: „Die Bedeutung der Allergie am Krankenbett“, Geh.-Rat Dr. L. Aschoff über: „Gallensteinleiden“, und Prof. Dr. B. Baisch (Karlsruhe) über: „Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der nichtspezifischen Hüftgelenkerkrankungen“.

Personalien. Der Leiter des Berliner Rettungsamtes, San.-Rat Dr. Paul Frank, tritt am 31. März d. J. von seinem Posten zurück. — In Würzburg hat sich Dr. Tönnis für Chirurgie habilitiert. — Prof. Kämmerer (München) erhielt vom Stadtrat Bad Reichenhall das Angebot, die Direktion des neu errichteten Krankenhauses und die Vorstandschaft des damit verbundenen Instituts für Bronchitis- und Asthmaforschung zu übernehmen. — In Rostock hat sich der Assistent des physiologischen Instituts Dr. Monjé habilitiert. — Prof. Assmann (Leipzig) hat die ihm angebotene Leitung der inneren Abteilung am Städtischen Krankenhaus in Stuttgart abgelehnt. — Prof. Vogt (Tübingen) hat die im Bau befindliche Frauenklinik in Zwickau übernommen. — Geh.-Rat Turban (Davos) feierte das 50jährige Doktorjubiläum. — Prof. Giovanni Mingazzini, Direktor der Psychiatrischen Klinik in Rom ist gestorben. — Prof. Ernst Leupold (Greifswald) wurde an Stelle von Prof. A. Dietrich auf den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie in Köln berufen. — San.-Rat Otto Hebold, ehemaliger Leiter der Städtischen Anstalt für Epileptiker Wuhlgarten (Berlin), feierte das 50jährige Doktorjubiläum. — Dr. Richard Greving, nichtbeamteter außerordentlicher Professor für innere Medizin, ist zum etatmäßigen Oberarzt an der medizinischen Klinik in Erlangen ernannt worden. — Dr. Wilhelm Tönnis hat sich in Würzburg für Chirurgie habilitiert. — Dr. Friedrich Bernhard hat sich in Gießen für Chirurgie habilitiert. — Der durch den Weggang des Prof. W. Gerlach an der Universität Halle erledigte Lehrstuhl der Pathologie ist Prof. Wäjen an der Universität Berlin angeboten worden. — Geh.-Rat Lubarsch, ehemaliger Direktor des pathologischen Instituts der Charité in Berlin, feierte seinen 70. Geburtstag. — Prof. Heubner an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf hat den Ruf auf den Lehrstuhl der Pharmakologie an der Universität Heidelberg als Nachfolger von Prof. H. Wieland angenommen.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 18. Januar 1755. 175 Jahre. Anatom und Physiolog Samuel Thomas von Sömmerring geboren in Thorn. Wurde hauptsächlich bekannt durch den 1809 von ihm konstruierten elektrochemischen Telegraphen. — 22. Januar 1855. 75 Jahre. In Schweidnitz wird der Mediziner Albert Neißer geboren. Professor in Breslau. Entdeckte den Erreger der Gonorrhöe und den Leprabazillus. Seit 1903 besonders mit der experimentellen Erforschung der Syphilis beschäftigt. — 24. Januar 1850. 80 Jahre. Philosoph und Psycholog Hermann Ebbinghaus geboren in Barmen. Professor in Berlin, Breslau und Halle. Schrieb: „Über das Gedächtnis“, „Grundzüge der Psychologie“, „Abriß der Psychologie“ usw. — 25. Januar 1880. 50 Jahre. Tod des Mediziners Jakob Augustus Lockhart Clarke in London. Nach ihm benannt die Clarkesche Säule im Rückenmark. — 27. Januar 1890. 40 Jahre. Tod des Psychiaters Karl Westphal in Konstanz. Professor in Berlin.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 6, 17 und 20.

INSULIN SPAREND

ERFOLGREICH BEWÄHRT

FERMOCYL

TABLETTEN

HEFE-UND PANKREAS-FERMENT

BEI

AKNE, DIABETES

VIAL & UHLMANN
FRANKFURT a.M.

SCHRAMM

Bei Grippe und Rheumatismus

NEURITHRIT

INTERN

Tabletten KP. 20 Stck. M. 1.20
40 " " 2.30

RHEUMASAN

EXTERN

Doppel-KP. M. 1.40
KP. " 0.80
1/2 Tube " 2.-

20

DR. R. REISS, RHEUMASAN- & LENICET-FABRIK, BERLIN-NW.37

Erich Hoffmann

Dr., o. ö. Professor und Direktor der Klinik u. Poliklinik für Hautkrankheiten an der Universität Bonn

Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten

mit kurzer Diagnostik.

Vierte, vermehrte Auflage. Oktav. 199 Seiten. Rm. 3.50, geb. Rm. 4.70

„Knapp, klar und übersichtlich geschrieben, enthält das Hoffmannsche Büchlein alles Wissenswerte auf dem Gebiete der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten unter weitgehender Berücksichtigung der physikalischen Heilmethoden, der Salvarsanbehandlung usw. Auch diese Auflage kann Studierenden und Aerzten nicht genug empfohlen werden.“
Therapeutische Monatshefte.

Paul Asch, Professor Dr.

Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne

Ein Leitfaden für Studierende und Aerzte. Zweite Auflage. Mit 25 Abbildungen im Text. Oktav. 84 Seiten. 1920. Rm. 3.—, geb. Rm. 4.—

„Der Praktiker findet in dem Werke auf engem Raum alles für ihn Wissenswerte, und man darf es daher mit Recht einem jeden warm empfehlen.“
Dermatologisches Zentralblatt.

Konrad Stein, Dr., Privatdozent an der Universität Wien

Diagnostik und Therapie der Ohrenheilkunde

Ein Hilfsbuch für den praktischen Arzt. Oktav. VIII, 276 Seiten. 1922 Rm. 6.—, gebunden Rm. 8.—

„Das Buch wird jedem Arzt ein erwünschter Berater sein, der ohne tiefere fachärztliche Kenntnisse, aber mit etwas otologischem Wissen Ohrenerkrankungen zu behandeln hat und wenigstens die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auch bei atypischen und komplizierten Fällen stellen möchte, um sie dem Facharzt rechtzeitig zuzuführen. Es gehört eine nicht gewöhnliche Kunst der Darstellung dazu, eine Ohrenheilkunde ohne jede Bildbeigabe durchaus faßlich zu schreiben, wie es dem Verfasser hier gelungen ist.“
Deutsche medizinische Wochenschrift.

Verzeichnis „Medizin“ kostenlos.



A. Marcus & E. Weber's Verlag Berlin W10
Genthinerstraße 38

Selbst bei schwerster Neurasthenie nie versagend!

Phoskolat

(Chin. Koiamin Präparat)

1 Origgp. 30 cem. Dos.: 10 bis 25 Tropfen bis 3 mal täglich.

A. L. Laboratorium Dresden-A. 1

Verlag von Gustav Fischer, Jena

Rezepttaschenbuch

Herausgegeben von

G. Friesicke †, W. Cappeller, H. Tschirch

ehem. Assistenten d. klin. Anstalten zu Jena

Siebente, verb. Auflage

VI, 126 S. Taschenformat mit Schreibpapier durchschossen 1928

Rmk 3.—, geb. 4.—

FACHLITERATUR

gegen Teilzahlungen liefert

Walt. Pestner, Buchh., Leipzig 12



BEWAHRT

und in den einschlägigen Fachgeschäften aller Länder erhältlich

CALCIPOT

Bewährtes, vorzüglich schmeckendes Kalkpräparat, besonders geeignet für die Kinderpraxis.
HERSTELLER: TROPONWERKE DINKLAGE & CO. KÖLN-MÜLHEIM.



Beatin (Name geschützt)

Sir. lactocreasot, solub. c. calc. lactophosphor. et sedat. comp. Famel.

AFFEKTIONEN DER ATMUNGSORGANE

Literatur u. Probeflaschen durch:
Deutsche Beatin-Fabrikation Ludwig Heinen
Berlin N54. Ackerstr.165

Notizen.

Aluminiumgeschirr ist unschädlich. Seit einigen Monaten wird die Öffentlichkeit beunruhigt durch Alarmnachrichten über die Schädlichkeit des Aluminiums als Kochgeschirr. Diese Nachrichten sind Spritzer, die von einer in Amerika betriebenen, von durchsichtigen wirtschaftlichen Gründen verursachten Agitation gegen das Aluminium zu uns herübergelangen. Es wird unter Aufführung betitelter angeblicher Autoritäten behauptet, daß die Metallmengen, die sich bei der Benutzung solcher Gefäße zum Kochen aus der Masse herauslösen und in die Speisen gelangen, Vergiftungserscheinungen nach sich ziehen. Es wird sogar behauptet, daß diese Aluminiummengen Beziehungen hätten zur Entstehung der Krebskrankheiten. An dem ganzen Gerede ist nichts anderes wahr als die selbstverständliche und allgemeine bekannte Tatsache, daß alle löslichen Metallsalze Gifte sind, d. h. Schädigungen an Zellen und Geweben auslösen, wenn sie nämlich an die Zellen und Gewebe herankommen. Denn dies ist die Voraussetzung jeder Giftwirkung: Fernwirkungen haben auch die gefährlichsten Gifte nicht. Aber das Wesentliche ist eben, daß Schwermetallsalze vom Darm so gut wie gar nicht aufgenommen werden. Von dieser Regel machen nur Ausnahmen die physiologisch unbedingt nötigen Eisensalze. Und andererseits die Salze des Bleis und Quecksilbers, die eben dadurch höchst gefährliche Gifte sind. Alle anderen Metallsalze werden nur in Spuren aufgenommen und sind deshalb nicht Gifte im praktischen Sinne, trotz ihrer oben erwähnten unzweifelhaften Giftnatur bei experimenteller Einführung in das Innere des Körpers. Dies gilt nun auch im weitesten Sinne für die Salze des Aluminiums. Man verwendet Aluminiumsalze unter Billigung der zuständigen Gesundheitsbehörde als Zusatz zu Backpulvern in U. S. A., man gibt gegen Eingeweidewürmer Aluminiumsalze grammweise, ohne daß irgendwie ernstliche Folgen selbst dieser großen Mengen beobachtet worden sind. Die Mengen dagegen, die sich beim Kochen von irgendwelchen Speisen aus Aluminiumgefäßen lösen, liegen in der Größenordnung von Milligrammen. Daß diese Mengen auch nicht die geringste Wirkung haben, ist vor der öffentlichen Freigabe von Aluminiumgefäßen durch eingehende Untersuchungen schon vor Jahrzehnten festgelegt und in dem Gesundheitsbüchlein des Reichsgesundheitsamtes ausdrücklich betont. Man könnte also

im sicheren Bewußtsein der Ungefährlichkeit über die oben erwähnten Angriffe zur Tagesordnung übergehen, wenn nicht eben in manchen Kreisen bereits übermäßige Beängstigungen eingerissen wären. Es hat infolgedessen eine Gegenaktion eingesetzt. In erster Linie hat das Reichsgesundheitsamt seine frühere Stellungnahme nochmals ausdrücklich betont. Ferner hat der bekannte Hygieniker Geh.-Rat Lehmann in der Münchener medizinischen Wochenschrift energisch gegen dieses Geschwätz Stellung genommen, und endlich hat einer der führenden Krebsforscher Geh.-Rat F. Blumenthal in der Zeitschrift für Krebsforschung sich im besonderen dagegen gewendet, daß das Aluminium irgend etwas mit der Entstehung des Krebses zu tun habe. Darüber hinaus haben ferner einige namhafte Chemiker in ausgedehnten Experimentaluntersuchungen nochmals den ganzen Fragenkomplex unter die Lupe genommen, so insbesondere Dr. C. Massatsch, Prof. G. Steudel und Dr. Ragnar Berg. Sie kommen bei dieser eingehenden Prüfung erneut zu dem Resultat, daß die minimalen Mengen herausgelöster Aluminiumsalze aus Geschirren absolut unbedenklich sind. Fr. Z.

Mit einer schlichten Feier wurde in München eine neue von Herrn August Heckscher, New York, gestiftete Abteilung der **Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt** („Heckscher-Stiftung“) eröffnet. Die Spitzen der bayerischen Staatsregierung, Vertreter von Reichs-, Kreis- und städtischen Behörden, von charitativen und wissenschaftlichen Korporationen waren erschienen. Eine Eröffnungsansprache hielt der Vorsitzende des Kuratoriums, Herr Georg Grillo, Düsseldorf. Ihm folgte eine Rede des bayerischen Staatsministers des Innern, Herrn Dr. Stützel, und weitere Aussprachen. Der Chefarzt der Anstalt, Prof. Dr. Isserlin legte in einem Vortrag die Ziele der neuen Abteilung dar. Sie soll als eine Ergänzung der bisher bestehenden Abteilung für hirnerkrankte Kriegsbeschädigte vor allem der übungstherapeutischen und heilpädagogischen Behandlung andersartig Hirngeschädigter, insbesondere der ärztlich heilpädagogischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen dienen. Die ganze Anstalt trägt gemeinnützigen Charakter.



Das Richtige Tertussin- Balsam

BEI KEUCHHUSTEN, BRONCHITIS
überraschende Erfolge in der Hand des Arztes

E. TAESCHNER CHEM.-PHARMAZ.FABRIK **POTSDAM**

Dr. Nachmanns

HUMIDON

(Amidobenzoessäureäthylester 5 v. H.,
Zinkoxyd 5 v. H., Bisubgall. 5 v. H.,
Menthol 0.5 v. H., Fettkörper 84.5 v. H.)

das bewährte Mittel

gegen Haemorrhoiden

(mit aufschraubbarer Kanüle)

ist auch in Kassenpackungen zu haben.

Diese Haemorrhoidensalbe

enthält alle Stoffe, die zur schnellen Beseitigung von Juckreiz und Schmerz, zur Rückbildung der Haemorrhoidenknoten erforderlich sind.

Humidon gegen Haemorrhoiden

wird von Aerzten verordnet und ist als vorzüglich bewährt anerkannt.

Die Herren Aerzte erhalten Proben kostenlos.

Preis der Kassenpackung M. 3.50.

Dr. A. Nachmann, chem. u. pharm. Präparate, G.m.b.H., Berlin W8

Sobem erschien:

Rheuma und Rheumabekämpfung ein soziales Problem

Kritische Beurteilung auf Grund der im
Jahre 1927 bei der Landesversicherungsanstalt Westfalen
behandelten Rheumakranken

von

Dr. Gg. Ernst und Dr. H. J. Broichmann

Mit 3 Abbildungen im Text

IV, 88 S. gr. 8 1929 Rmk 6.—

Rheuma, der Inbegriff verschiedener Erkrankungen, die sich durch reißende Schmerzen an den Bewegungsorganen äußern, galt bis vor kurzer Zeit als ein Gebiet der Medizin, mit dem sich die Wissenschaft nicht allzu eingehend beschäftigte. Auf Grund völlig falscher Vorstellungen fand man sich mit dem Problem Rheumatismus als einem notwendigen Uebel ab, das durch seine allgemeine Verbreitung wohl sehr volkstümlich ist, jedoch gerade deshalb kein besonderes Interesse erregte. Zu dieser Indolenz trug noch bei, daß der Rheumatismus (abgesehen vom akuten Gelenkrheumatismus) in den Statistiken keineswegs durch eine hohe Mortalitätsziffer auffiel und auch in den Morbiditätsstatistiken nicht besonders in Erscheinung trat, weil er häufig unter die Verbrauchskrankheiten des fortschreitenden Alters eingereicht wurde. So ist in den letzten Jahrzehnten der Rheuma zu einem sterilen Problem geworden. Eine Wandlung trat in den vergangenen Jahren mit einem Male auf, als die rheumatischen Erkrankungen durch die ungeheure Belastung ganzer Völker in der Kriegszeit eine nicht unbeträchtliche Steigerung erfuhren. Durch statistische Erhebungen und die rege Aktion der Holländer wurde in der Nachkriegszeit die ungeheure Verbreitung der rheumatischen Erkrankungen in weitesten Kreisen bekannt; Wissenschaft, Versicherungsträger und Staat haben eine energische Tätigkeit aufgenommen, um den Begriff Rheuma zu klären, die Kranken in vollem Umfange zu erfassen und einer eingehenden Behandlung zuzuführen.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Ueber Wunddiätetik

Von

Adolf Herrmannsdorfer

Priv.-Doz. Dr. med. et phil.
Oberarzt d. Chirurg. Univers.-Klinik d. Charité in Berlin

Mit 2 schwarzen und 4 farbigen Kunstdrucktafeln

Sonderabdruck aus

„Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung“ 26. Jahrgang, Nr. 18

24 S. gr. 8° 1929 Rmk 2.—

Mitteilungen für die Aerzte Groß-Hamburgs.
17. Nov. 1929: . . . Wenn auch namhafte Kliniker mit ihrer ablehnenden Kritik nicht zurückgehalten haben, bleibt doch nichts übrig, als sich mit den Grundzügen der Gersondiät zu beschäftigen, und dazu leistet die Schrift von Herrmannsdorfer gute Dienste. Auch er verwirft grundsätzlich bei Wundträgern und Tuberkulösen den Kochsalzgebrauch. Er stellt einen Speisezettel für saure Kost auf mit genauen Vorschriften, was erlaubt, was allenfalls mäßig zu verwenden und was zu vermeiden ist. Er hält seine Kostvorschriften für erprobt und bewährt in Fällen von Lupus und chirurgischer Tuberkulose, während er bei der Behandlung der Lungentuberkulose nicht so unzweifelhafte Erfolge gesehen hat. . . . M.

Recorsan

Herzberuhigungsmittel nach Dr. Gallus Bauer,
Facharzt für Herzkrankheiten in Bad Nauheim.

Indikationen: Tachykardische Anfälle, Herz-
neurosen, Angina pectoris nervosa etc.

Äußerlich: Rp. 1 O.-P. (K.-P.) Recorsan-Salbe
(Ungt. Mentholi — Nicotino —
Valerianae compos.)

Innerlich: Rp. 1 O.-P. (K.-P.) Recorsan-Drageés
(Comp.: Menth. valer. — camphor. monobrom.
— phen. dim. amid. pyraz. — acetanilid. —
castor. — lobel. — cod. — extr. digit. et nicot.
f. tabloid. N. XX).

Proben und Literatur
kostenlos durch den Alleinhersteller

**Chem. Fabrik „Bavaria“
Würzburg 4**

Schnelle Schmerzlinderung

auch bei

Rippenfell- und Lungenentzündung

erzielt die **große Solluxlampe nach Dr. Oeken** — Original Hanau — (bei Lungen- und Rippenfellentzündung ist die kleine Solluxlampe nach Dr. Cemach nicht genügend), die allein dieser Leistung wegen bei keinem Arzt fehlen dürfte. Bestrahlt wird (ohne Farbfilter) das Schmerzzentrum täglich 2 mal, morgens und abends je 40 bis 60 Minuten in ca. 60 cm Abstand nach Entfernung des vordersten Reflektorkonus, also in der sogenannten Ausstattung II oder auch in Ausstattung I (nur unter Anwendung des hinteren Parabolreflektors).

Bei akuten entzündlichen Prozessen überhaupt

bei **Angina**, bei **Furunkeln** erweist sich die Hyperämietherapie mit den leuchtenden Wärmestrahlen der Solluxlampe — Original Hanau — als Idealheilmittel. Die Bestrahlung erzielt in kurzer Zeit

rasches Abklingen lokaler Entzündungsprozesse unter unvergleichlicher Schmerzlinderung.

Erfolge bei akuten Entzündungen des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, der Mandeln, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Speichel- und der Lymphdrüsen. Erfolge bei Entzündungen der Hoden und Nebenhoden, der Prostata, der Sehnenscheiden und Gelenke, ferner bei Neuralgien, Zahnkrankheiten, Furunkeln werden durch wenige Bestrahlungen schmerzfrei zur Oeffnung und Heilung gebracht. Knochenbrüche heilen schneller.

Preise:

Große Sollux-Lampe nach Dr. Oeken auf Bodenstativ . . . RM. 248.—	Die Preise gelten ab Werk. Die Verpackung und Transportkosten treten hinzu.
Kleine Sollux-Lampe nach Dr. Cemach	
a) auf Bodenstativ . . . RM. 95.—	
b) auf Tischfuß . . . RM. 75.—	

Quarzlampen-Gesellschaft

m. b. H.

Hanau a. M., Postfach Nr. 1006

(Ausstellungslager Berlin NW 6
Luisenplatz 8, Telefon Norden 4998)

Notizen.

Internationale ärztliche Fortbildungskurse in Berlin.

Forts. von S. 6

5. Spezialkurs der Chirurgie (vom 28. April bis 3. Mai). Honorar: 75 M.
6. Kurs der gesamten exotischen Pathologie und Parasitologie. Beginn: 3. März.
7. Einzelkurse über sämtliche Gebiete der Medizin mit praktischer Betätigung.

III. Kurse im Oktober 1930.

Für den Oktober 1930 sind in Aussicht genommen:

- Ein Kurs „Praktisches Laboratorium“.
- Ein Kinderkurs.
- Ein Kurs der inneren Medizin.
- Ein augenärztlicher Kurs.
- Ein Kurs über Gewerbemedizin, Versicherungsmedizin und Gutachtentätigkeit.

Die Unterrichtssprache ist deutsch, doch sind einige Dozenten auch in der Lage in englischer, französischer oder spanischer Sprache zu unterrichten.

Die Geschäftsstelle weist geeignete Wohnungen nach, erteilt Auskunft über Aufenthaltskosten, vermittelt den Besuch in Kliniken bei Operationen usw. und versendet auf Wunsch ausführliche Programme.

Die Geschäftsstelle befindet sich im Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4.

Die Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten veranstaltet ihre diesjährige, X. Tagung vom 6.—8. Oktober in Budapest unter Vorsitz von Prof. von Korányi (Budapest). Generalsekretär: Prof. Dr. R. von den Velden, W 30, Bambergerstr. 49.

NOVOPIN Broval-Bäder

stark sedativ wirkender Badezusatz

Indicationen: funktionelle u. organ.
Nervenerkrankungen Schlaflosigkeit etc.

Bei den meisten Krankenkassen zugelassen.
Muster u. Literatur bereitwilligst. 6 Bäder Mk. 3,60

NOVOPIN-FABRIK Bln. S.O.16

In unserer Kinderheilstätte — Kindersolbad — in Bad Dürrenheim (Schwarzwald) ist die Stelle

eines Assistenzarztes

oder einer Assistenzärztin

auf 1. April 1930 neu zu besetzen, sowie die Stelle

eines Medizinalpraktikanten

oder einer Medizinalpraktikantin.

Die Kur- u. Heilmittel der Anstalt sind: Feinluft-Liegekuren u. Heliotherapie, Quarzlicht- u. Röntgenbehandlung, Tuberkulinbehandlung, Solbäder, orthopäed. Maßnahmen usw. Als Spezialfälle gelten: Skrofulo-tuberkulöse Erkrankungen der äußeren und inneren Drüsen, der Lungenhilusgegend, des Knochensystems, der Haut, der Schleimhäute; auch operierte Knochentuberkulose u. Osteomyelitis. Getrennte Abteilungen für: schwächliche, rhachitische, gefährdete Kinder.

Bewerbungen mit Angabe der Gehaltsansprüche sind unter gleichzeitiger Vorlage eines Lebenslaufes, der auch über die seitherige Tätigkeit genauen Aufschluß gibt, von Zeugnisabschriften und eines Lichtbildes möglichst bis 1. März 1930 zu richten an den unterzeichneten Landesvorstand.

Landesvorstand des Badischen Frauenvereins vom Roten Kreuz, Karlsruhe, Kaiserallee 10.

Aleuronat, ca. 90% Nähr-Eiweißmehl für

Magen- u. Zuckerkrankhe

bestbewährt überall da, wo verstärkte Eiweißzufuhr erwünscht, besond. bei Diabetes, Gicht, Tuberkulose etc.

Literatur und Proben gratis und franco durch

Nährmittelfabrik R. Hundhausen, G. m. b. H. Hamm i. W.

Supersan

(Menthol-Eucalyptol-Injektionen Dr. Berliner)

1/2 Fl. (20 ccm) 1/2 Fl. (10 ccm)

Kassenpackung 10 ccm Inhalt

Klinikpackung 100 ccm Inhalt

Ampullenpackung 5 Stück à 1,2 ccm

" 10 " à 1,2 "

" 5 " à 3,3 "

Ampullen 1 Stück à 5,5 ccm

Das Spezialmittel gegen

Grippe, Tuberkulose, Pneumonien, Bronchitis, Peritussis, Sepsis puerperalis.

Literatur bereitwilligst kostenlos.

Kronen-Apothek, Breslau V.

Dr. Schaefer's Epilepsan



Seit 1912 bestbewährtes Heilmittel für epileptische Krampfformen und verwandte Krampfarten

Ausschaltung des Bromismus durch empirische Kombination der heute noch führenden Bromalkalien mit 16 vegetabilischen Faktoren: Sedativa, Neurotonica, Stimulantien und Aktivierungskörpern für die Funktionen des Intestinaltraktes, des intermediären Stoffwechsels, der Ausscheidungs- und Blutbildungsorgane. Leicht dosierbar, da in 5 Stärken im Handel.

Zur Kassenpraxis zugelassen!
In Anstalten und Kliniken verordnet.

In Flaschen à 750 ccm Extr. oder Schachteln à 150 Tabletten.

**Dr. Curt Schaefer, Leipzig N 38
Theresienstraße 5**

Literatur: „Fortschritte der Therapie“, Jahrg. 2, Nr. 11 von Dr. med. Bodek. — „Der Landarzt“, Jahrg. 6, Nr. 10 von Nervenarzt Dr. med. Winter. — „Berliner Klinik“, Jahrg. 32, Nr. 350 von Nervenarzt Dr. med. Kress. — „Der Landarzt“, Jahrg. 10, Nr. 35 von Nervenarzt Dr. med. Ebinger.

Akademie

für ärztliche Fortbildung
Dresden

Fortbildungskursus für Aerzte in Röntgendiagnostik einschließlich Indikationen für die Röntgen- und Radiumtherapie vom 17.—22. Februar 1930

Kursus für Neurologie und Psychiatrie vom 19. Februar—1. März 1930

Kursus für Chirurgie und Orthopädie mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie vom 3.—15. März 1930

Anfragen und Anmeldungen sind schriftlich oder persönlich nur an die Geschäftsstelle der Akademie, Dresden-N. 6, Düppelstr. 1 (Landesgesundheitsamt, wochentags geöffnet von 9—2 Uhr, Ruf 52151) zu richten. Die Vorlesungsverzeichnisse sind 1 Monat vor Kursbeginn von der Geschäftsstelle erhältlich.

DIE MARKE VON WELTRUF

MONTOZON

Fichtennadelextraktbäder
Kohlensäurebäder, Sauerstoffbäder

Neu:
nach demselben Spezialverfahren:
Montozon
Kalmus Kinderbad

HASCHI-FABRIK
BERLIN S 42

In der
Charité
dem preuß. Staats
krankenhaus werd.
seit dem Jahre 1925
MONTOZON-Bäder
verabreicht.

Tropen - Genesungs - Heim

des Deutschen Instituts für ärztliche Mission
Tübingen, Württ. Universitätsstadt

in reiner Luft und südlicher, stiller Lage, 400 m ü. M.
Vollste Sonnenwirkung im Winter. Zentralheizung.
Neu eingerichtet Ende 1929. Liegehallen im Hause.
Diätküche. Medizinalbäder, subaquales Darmbad. Zwei
Aerzte, mehrere Schwestern. Für Erholungsbedürftige
und Kranke vom Ausland und Inland. Fernruf 664.
Drahtanschrift: Tropenheim Tübingen.

Bei Anfragen und Einkäufen beziehe man sich
auf die „Zeitschrift
für ärztliche Fortbildung“.

Keine Arsentherapie ohne

Dürkheimer Maxquelle

Deutschlands stärkste Arsenquelle
19,5 mgr. As₂ O₃ i. l.

Bei fast allen großen Krankenkassen Deutschlands zur Verordnung zugelassen

Probequantum kostenlos, ad us. propr. zum Vorzugspreis.
Literatur u. Trinkschemata d. Herren Ärzten gratis u. franko

Arsen-Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Bad Dürkheim (Rheinpfalz)

Direktion: Wiesbaden

Prospekte über das Bad Dürkheim versendet der Bad- und Sallenenverein

Einbanddecken

(in Ganzleinen)

für den Jahrgang 1929

der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“

können zum Preise von Rmk 1.80 von jeder Buchhandlung oder vom
Verlag (+ 30 Pf. für Porto und Verpackung) Gustav Fischer in Jena
bezogen werden.

C. VON NOORDEN-KLINIK FRANKFURT A.M. / SCHIFFERSTRASSE 80

Chefärzte: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. von Noorden und Prof. Dr. L. R. Grote
PROSPEKTE DURCH DIE VERWALTUNG

Klinische Anstalt zur Behandlung aller inneren
Erkrankungen mit Bevorzugung der Stoffwechsel-
erkrankungen (Diabetes, Gicht, Fettsucht etc.), der
Krankheiten des Magens und Darms sowie der
Herz- und Nierenkrankheiten. — Geisteskrank-
heiten und Infektionen sind ausgeschlossen.



Chemisch-Pharmazeutische A.G.
Bad Homburg

Keine
Lalen-
Propaganda

Heilanstalten

von Mitgliedern des Verbandes Deutscher ärztl. Heilanstalts-Besitzer und -Leiter

Geschäftsstelle des Verbandes: Hedemünden a. d. Werra. — Näheres durch Prospekte der einzelnen Anstalten.

Kurhaus Ahrweiler, Ahrweiler (Ahrtal, Rheinland). Dr. von Ehrenwall'sche Kuranstalt. Das ganze Jahr geöffnet. Indication: Alle Formen psychischer und nervöser Störungen, Entziehungskuren; besondere Abteilung für innere Krankheiten (Diabetes etc.). Leitende Aerzte: **Dr. von Ehrenwall**, Geh.-San.-Rat, Besitzer. **Dr. Marx**.

Christophsbad Göppingen, Württ.
Dr. Landerer Söhne
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offenes Landhaus für Leichtkranke und Erholungsbedürftige.
Ärztliche Leitung **Dr. F. Glatzel**.

Kuranstalt Neufriedenheim München XII. Für Nervenkrankte aller Art. Herrlicher 12 ha großer alter Park. Alle Kurmittel u. psychischen Behandlungsmethoden, Entziehungskuren. Völlig getrennte Abteilung für Psychosen.
Geh. Sanitätsrat **Dr. Rehm**, **Dr. Baumüller**.

Berlin Kuranstalten Westend

Fernspr.: Westend 506

1. Kurhaus mit modernst. Komfort. 2. Villa Sibylle für Minderbemittelte der gebildeten Kreise. Sanatorien für Erholungsbedürftige und Neurosen. 3. Psychiatrische Abteilung.
Alle Methoden der Psychotherapie. Entziehungs-, Fieber-, Schlafkuren.

Prof. **Dr. Henneberg**,
Dr. Schlömer, **Dr. Möllenhoff**

DDr. Fraenkel-Oliven's Sanatorium „Berolinum“
Berlin-Lankwitz, für jede Art organischer oder funktioneller Störung des Centralnervensystems, für Nerven- u. Gemütskranke, Entziehungs-, Schlaf- und Malariakuren, sowie für freiwillige Pensionäre.
San.-Rat **Dr. Fraenkel**, **Berlin-Lankwitz**, **Viktoriastr. 60.** Fernspr.: G. 3, Lichterfelde 0800

Dr. Hertz'sche Kuranstalt
für Nerven- und Gemütskranke
Entziehungskuren
BONN a. Rh. Tel. Sammel-Nr. 3141
San.-Rat **Dr. Wilhelmy**, Prof. **Dr. König**

Sanatorium Dr. Barner / Braunlage
Oberharz. Fernruf 8. Ganzjährig. Für Magen-, Darm-, Stoffwechsel-, Herz- u. Nervenkrankte, Asthmatiker, Rekonvaleszenten.
Dr. Fr. Barner, **Dr. W. Barner**, **Dr. H. Laufer**.

Sanatorium Rebhaus Freiburg/B.
Klinisch geführtes Haus für Innere-, Nerven- und Stoffwechselkrankheiten.
Diätische. Psychotherapie. Das ganze Jahr geöffnet. Leitender Arzt: **Dr. L. Mann**

San.-Rat **Dr. Bieling's Waldsanatorium TANNENHOF**
Friedrichroda i. Thür.
Heilanstalt für innere und Nervenleiden. Spezialdiätikuranstalt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Fettleibigkeit, Basedow unter Grundumsatzkontrolle).

Friedrichsbrunn (Ost-Harz) 580 m
Sanatorium Dr. Strokorb
Physik.-diätet. Therapie. Innere, Nerven-, Stoffwechs.-Krankh. / Herrl. Wald. / Getr. Abtlgn. f. Erwachs. u. Kind. Leit. Arzt: **Dr. Staupendahl**.

Kurfürstenbad „Godesberg“ a. Rh.
Für innere und Nervenkrankte
Ärztl. Leitung: Kaufm. Leitung:
San.-Rat **Dr. Stachly**. Direktor **Butin**.

Höhenkuren i. Hochschwarzwald
das ganze Jahr geöffnet.
Kurhaus Höchenschwand
bad. Schwarzwald, 1015 m ü. M. Höchstgelegene deutsche Kuranstalt. Innere und Nervenkrankte. Tuberkulosefrei. Jahresbetrieb. Prospekt durch die Direktion. Leiter der ärztl. Abteilung:
Dr. med. W. Bettinger.

Dr. Ferd. Wahrendorfsche Kuranstalt Jiten b. Hannover
f. Nerv.- u. Gemütskranke. Offene, halboff. u. geschl. Häuser. Große, eigene Landwirtschaft m. Beschäftigungsmöglichkeit. Moderne Therapie. 5 Aerzte. Näheres durch Anfrage. Fernruf Hannover 56324.

Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg)
Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke. — Entziehungskuren, Psychotherapie. — Prospekt. — Telefon: Eßlingen 6310. Besitzer und leitender Arzt: San.-Rat **Dr. Krauß**.

Sanatorium Dr. May, Kreuth, Obb.
800 m ü. d. M. Ganzjährig
Nerven-, Herz- u. Stoffwechselkrankte
60 Zimmer / Neuzeitlich eingerichtet
Besitzer und Leiter:
Sanitätsrat **Dr. May**

Dr. Ziegelroth's Sanatorium
Krummhübel i. Riesengebirge / Winterkuren
Physikalisch-diätetische Therapie

DR. BÜDINGEN'S KURANSTALT KONSTANZ AM BODENSEE TELEFON 176



Herz Nerven innere Seiden
PROSPEKTE VERLANGEN!

Partenkirchen Dr. Wiggers Kurheim
Sanatorium für alle innere, Stoffwechsel-, Nervenkrankte und Erholungsbedürftige. 130 Zimmer, 30 Privatbäder. Sonntags, aussichtsreichste Höhenlage Partenkirchens. 780 m Meereshöhe. Chefarzt: Prof. **Dr. Kattwinkel**; Ordinerende Aerzte: **Dr. Hans Kirchner**, **Dr. Bruno Kerber**; Ärztin: **Dr. Wilhelmine Kerber**.

Familienhotel „Der Kurhof“
nächstgelegenes Hotel bei den Sport- u. Badeplätzen, mitten in 10 Tagewerk großem Park. Ganzjährig geöffnet. Frühjahr u. Herbst Preisermäßigungen. Alles Nähere, wie Prospekte usw. durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Florenz Wigger**.

Freiluft-Sonnen-Kuren Ober-Schreiberhau
Klinik **Dr. Tichy**

Lungenheilstalt Bad Reiboldsgrün (Sachsen)
Ärztl. Leiter: San.-Rat **Dr. Gebser**
2 Oberärzte, 2 Assistenten. Neubau mit modernsten Behandlungs-Einrichtungen

Sülzhayn-Südharz Sanatorium Stubbe für Leicht-Lungenkrankte
Ärztl. Leit.: San.-Rat **Dr. E. Kreaser**.

Sülzhayn (Südharz) Dr. Steins Neues Sanatorium für Leichtlungenkrankte
Mod. Anstalt m. allem Komfort (fließ. Wasser). Beste Südlage i. geschütztem Waldtal. 2 Aerzte.
Leit. Arzt: **Dr. med. Stein**.

Urach (Württ.) San.-Rat Dr. Klüpfel's Sanatorium Hochberg
für Nervenkrankte, innere Kranke u. Rekonvaleszenten. Das ganze Jahr geöffnet. Leit. Arzt: **Dr. Klüpfel**.
Inh.: **Geschwister Klüpfel**.

Sanatorium Liebenstein i. Thür.
DDr. Eichler-Seige. Klin. geleitete Kuranst. spez. für Herz-, Magen-, Darm-, Stoffwechsel-, Nervenkr. Jahresbetr. Diätikuren. Psychother.

Sanatorium Lindenbrunn b. Cöpppenbrügge (Hann.), Kr. Hameln-Pyrmont. Herrl. Gebüsgl. Physik.-diätet. Heilanst. Zu Winterkuren bes. geeignet. Angenehmer Erholungsanfehlhalt. Eig. Schwelbrunnenquell. zu Bade- u. Trinkkur. Prospekte. **Dr. med. Natter**

WIESBADEN Sanatorium Pro. Dr. Determann
für innere u. Nervenkrankte, in schönster Lage am Kurpark, Paßlinenstr. 4. Tel. 21047.

Kindersanatorium Dr. Rohr Wilhelmshöhe bei Kassel
in unmittelbarer Nähe von Schloßpark und Habichtswald. Mittlere Höhenlage. Sommer- u. Winterkuren. Unterricht.

Mutosan

D. R. W. Z. 259763

Dr. E. Uhlhorn & Co. in Bielefeld

Das bekannte Lungenheil-Mittel bei

Tuberkulose Rippenfellentzündung Keuchhusten und ähnl. Symptomatisches und Heilmittel.

Soeben erschien:

Lehrbuch der Geburtshilfe

Bearbeitet von

Prof. Dr. **G. Bessau**, Leipzig / Prof. Dr. **A. Döderlein**, München / Prof.
Dr. **O. von Franqué**, Bonn / Prof. Dr. **O. Hoehne**, Greifswald / Prof. Dr.
Rud. Th. von Jaschke, Gießen / Dr. med. **B. Ottow**, Berlin / Prof. Dr.
L. Seitz, Frankfurt a. M. / Prof. Dr. **W. Stoeckel**, Berlin /
Prof. Dr. **M. Walthard**, Zürich

Herausgegeben von

Prof. Dr. W. Stoeckel

Geh. Medizinalrat, Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Berlin

Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage

Mit 614 zum größten Teil farbigen Abbildungen im Text

XIV, 1055 S. gr. 8^o

1930

Rmk 42.—, geb. 45.—

Inhalt: **I. Zusammenfassende Literatur über Geburtshilfe.** / **II. Anatomie der Geburtswege und der Beckeneingeweide.** Von Prof. Dr. O. Hoehne, Greifswald. Mit 20 Abbild. / **III. Die Befruchtung, Einbettung u. Entwicklung des Eies.** Von Prof. Dr. O. Hoehne, Greifswald. Mit 39 Abbild. / **IV. Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe.** Von Prof. Dr. M. Walthard, Zürich. Mit 9 Abbild. / **V. Physiologische Biologie in der Schwangerschaft.** Von Prof. Dr. L. Seitz, Frankfurt a. M. Mit 55 Abbild. / **VI. Die normale Geburt.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 33 Abbild. / **VII. Die Mehrlingsschwangerschaft und die Mehrlingsgeburt.** Von Prof. Dr. O. Hoehne, Greifswald. Mit 15 Abbild. / **VIII. Das normale Wochenbett.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 10 Abbild. / **IX. Physiologie, Behandlung und Ernährung der Neugeborenen.** Von Prof. Dr. G. Bessau, Leipzig. Mit 18 Abbild. / **X. Wehen und Wehenmittel.** Von Dr. med. B. Ottow, Berlin. Mit 5 Abbild. / **XI. Die regelwidrige Geburt.** Von Prof. Dr. Rud. Th. von Jaschke, Gießen. Mit 54 Abbild. / **XII. Geburtsstörungen durch Anomalien des Beckens.** Von Prof. Dr. L. Seitz, Frankfurt a. M. Mit 51 Abbild. / **XIII. Die pathologischen Geburtsblutungen.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 29 Abbild. / **XIV. Die Uterusruptur.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 5 Abbild. / **XV. Die pathologischen Vorgänge im Organismus der Mutter während Schwangerschaft und Geburt (pathologische Biologie).** Von Prof. Dr. L. Seitz, Frankfurt a. M. Mit 16 Abbild. / **XVI. Pathologisches Verhalten der Plazenta, der Eihäute, der Nabelschnur und des Fötus.** Von Prof. Dr. L. Seitz, Frankfurt a. M. Mit 51 Abbild. / **XVII. Störungen der Schwangerschaft und Geburt durch Regelwidrigkeiten der Geschlechtsteile und ihrer unmittelbaren Nachbarschaft.** Von Prof. Dr. O. von Franqué, Bonn. Mit 12 Abbild. / **XVIII. Fehlgeburt (Abortus).** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 22 Abbild. / **XIX. Extrauterin gravidität.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 19 Abbild. / **XX. Das pathologische Wochenbett.** Von Prof. Dr. M. Walthard, Zürich. Mit 40 Abbild. / **XXI. Die Funktion und Erkrankungen der Brustdrüsen im Wochenbett.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 5 Abbild. / **XXII. Die Veränderungen und Erkrankungen der Harnorgane in der Gravidität, während der Geburt und im Wochenbett.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 6 Abbild. / **XXIII. Pathologie des Neugeborenen.** Von Prof. Dr. Rud. Th. von Jaschke, Gießen. Mit 29 Abbild. / **XXIV. Rechtsfragen in der Geburtshilfe.** Von Prof. Dr. A. Döderlein, München. Mit 1 Abbild. / **XXV. Geburtshilfliche Operationen.** Von Prof. Dr. W. Stoeckel, Berlin. Mit 69 Abbild. / **XXVI. Die geschichtliche Entwicklung der Geburtshilfe.** Von Dr. med. B. Ottow, Berlin. / **Sachregister.**

Sechs Jahre sind seit dem Erscheinen der letzten Auflage vergangen, und eine Fülle neuer Prüfungen, neuer Erfahrungen, neuer Vorschläge ist in diesem kurzen Zeitabschnitt in der Literatur niedergelegt. Die sorgfältige Verarbeitung und Nutzbarmachung dieses Stoffes für den Unterricht und für die Beratung in der Geburtshilfe war das Programm für die dritte Auflage. Die Verfasser wollen ihr Ziel, das sie von Anfang an im Auge hatten, auch weiter festhalten; sie wollen dieses Werk so abgrenzen, daß es als Lehrbuch für die Studierenden und als Helfer für den praktischen Geburtshelfer dienen kann, daß es aber auch dem, der darüber hinaus fachwissenschaftliche Belehrung in Einzelfragen sucht, die Wege zeigt, auf denen er die ihn interessierende Literatur findet. Sie fügen sich also nicht dem Zug der Zeit, so wenig wie möglich und dieses Wenige so kurz wie möglich zu bringen. Sie haben vielmehr die Überzeugung, daß es sowohl unter ihren Schülern wie unter Kollegen in der Praxis genug geburtshilflich Interessierte gibt, die über ein A-B-C-Wissen hinausstreben.

Besondere Sorgfalt wurde der Illustrierung des Werkes

zugewendet. Was schlecht erschien, wurde verbessert, ergänzt oder ausgemerzt. Was fehlte, wurde neu eingefügt, darunter viele von den herrlichen Abbildungen aus Bumm's Grundriß der Geburtshilfe, die bisher noch unübertroffen geblieben sind.

Den schweren Verlust, den auch dieses Werk durch den frühen Tod von Opitz und Reifferscheid erlitten hat, hat der Herausgeber auszugleichen versucht, ohne die Zahl der Mitarbeiter zu vermehren. Prof. Seitz hat das Kapitel über die normale Schwangerschaft übernommen und mit dem Kapitel über die physiologische Biologie in der Schwangerschaft vereinigt. Prof. Stoeckel selbst hat die Kapitel über das normale Wochenbett und über die Erkrankungen der Brüste, Dr. Ottow hat das über Wehenmittel und Wehenanomalien neu bearbeitet.

Eine besondere Förderung und erhebliche sachliche Vervollkommnung hat das Buch dadurch erfahren, daß es gelungen ist, Prof. Bessau für das Kapitel über Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen und Prof. A. Döderlein für das neu eingefügte Kapitel über gerichtliche Geburtshilfe zu gewinnen.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Zu Entfettungskuren

Lipolysin

»Henning«

Neu!

L I T E R A T U R
ÜBER SCHILDDRÜSEN-
AKTIVIERUNG

Zondek u. Reiter:
Kl. W. Jg. 2, Nr. 24, 1923

Zondek u. Reiter:
Z. f. klin. Med. Bd. 99
Heft 1/3, 1924

H. Zondek:
D. M. W. Nr. 12, 1924

Abelin:
Biochem. Zeitschr. 199
S. 72-106, 1928.

Lipo Aktivator

»Henning«

unterstützt die Entfettungskur mit Lipolysin durch Aktivierung des Schilddrüseninkretes. Lipo-Aktivator enthält die beiden Schilddrüsenaktivatoren Kalium und Phosphorsäure.



Dr. GEORG HENNING / Chem. und Pharmaz. Fabrik.
BERLIN - TEMPELHOF

Bei Husten

Wirksamer und billiger als Codein. Dosis 2-3mal täglich 0,005 — 0,01g nur nach dem Essen zu nehmen.

Dicodid

Tabl. zu 0,01 g 10 St. O.-P. (RM. 1.—); zu 0,005 g 10 u. 20 Stück O.-P. (RM. 0.75; 1.30).

Cardiazol-Dicodid-Tropfen

10% Cardiazol + 0,5% Dicodid. hydrochl. Dosis: Für Erwachsene 3mal täglich 20 Tropfen. Für Säuglinge und kleine Kinder 2-3mal täglich 5 Tropfen, für größere Kinder 3mal 10 Tropfen auf etwas Zucker oder in Fruchtsaft. 10 g Orig.-Packg. (RM. 2.40).

Paracodin-Sirup

Für Erwachsene mehrmals täglich 1 Kaffeelöffel voll. Für Kinder nach dem ersten Lebensjahr je nach Alter mehrmals täglich 1/4 - 1/2 Kaffeelöffel voll. 50 u. 100g Orig.-Flasche (RM. 1.70 bzw. 2.75).



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.