

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN

SCHRIFTFLEITUNG:

PROFESSOR DR. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2-4



IM REICHAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN

VERLAG:

GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer 14

Dienstag, den 15. Juli 1930

27. Jahrgang

Inhalt.

Abhandlungen:

1. Zur operativen Behandlung der Nephritis. (I. Teil.) Von Hermann Kümmell sen. S. 445.
2. Praktische Folgerungen aus neuen theoretischen Feststellungen über den Operationsschock. Von E. Rehn. S. 447.
3. Zur psychiatrischen Gutachterfähigkeit des praktischen Arztes. Von M. Jahrmärker. S. 449.
4. Therapeutische Winke aus dem Gebiet der Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten. Von Prof. Reinmöller. S. 451.

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

1. Ueber Blutdruckschwächlinge. Von Prof. Dr. Ed. Stadler. S. 452.
2. Die Indikationen und Gefahren der Tetanusserum-einspritzung. Von Dr. F. Selberg. S. 455.
3. Akute Harnverhaltung. Von Dr. Rudolf Jahr. S. 457.
4. Der Fluor genitalis des Weibes und seine Behandlung. (I. Teil.) Von Dr. M. Penkert. S. 459.

5. Medizinal-statistische Betrachtungen zur Kindbettfieberfrage. Von Ministerialrat Dr. Marung. S. 462.

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

1. Innere Medizin: Zuelzer, Lehmann. S. 464.
2. Chirurgie: Hayward. S. 465.
3. Verdauungskrankheiten: Kuttner, Isaac-Krieger. S. 466.
4. Harnleiden: Portner. S. 467.
5. Hautkrankheiten und Syphilis: Ledermann, Fuld. S. 468.

Nachruf: Ludwig Rehn †. S. 470.

Ärztliche Rechtskunde: Sterbehilfe. Von Senatspräsident Friedrich Leonhard. S. 471.

Soziale Medizin: Betrachtungen über das Reichsgesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Von Dr. v. Pezold. S. 472.

Aus ärztlichen Gesellschaften: S. 473.

Das Neueste aus der Medizin: S. 474.

Therapeutische Umschau: 475.

Tagesgeschichte: S. 476.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. Nr. 14 S 445-476, Jena, 15. 7. 1930

SAUGLINGS-DURCHFÄLLE

DEKOMPOSITION DYSTROPHIE DYSPEPSIE



VON KASSEN ZUGELASSEN

NEUESTE LITERATUR
FINKELSTEIN, LANGSTEIN, LUST
KLEINSCHMIDT, E.MÜLLER, ROMINGER

DIASMONGESELLSCHAFT MBH
NEUBRANDENBURG I. MECKL.

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 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes 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: Postcheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055; Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 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:** Operative Beeinflussung des Zuckerstoffwechsels. (Zuelzer.) Der „Tropikaltypus“. Lebererkrankungen. Roffosche Neutralrot-Reaktion. Insulin. (Lehmann.) S. 464.
2. **Chirurgie:** Dupuytren'sche Fingerkontraktur. Trockenbehandlung in der kleinen Chirurgie. (Hayward.) S. 465.
3. **Verdauungskrankheiten:** Fettstuhl in pathologischer Beziehung. Einfluß der Menstruation auf die Tätigkeit des Magens. Zitronensaft und Weinessig. (Kuttner u. Isaac-Krieger.) S. 466.
4. **Harnleiden:** Schicksal der Nierenkranken. Transperitoneale Nephrektomie. Beseitigung des Meteorismus. Verlagerung der einen

Niere. Hypernephrome. Fehlerquelle in der Röntgendiagnostik der Nierensteine. Intravenöse Pyelographie im Kindesalter. (Portner.) S. 467.

5. **Hautkrankheiten und Syphilis:** Hautschädigungen durch Tabak und Tabakrauchen. Contribución al estudio de las epidermomicosis. Säurebehandlung intertriginöser Epidermophytien. Symptom von Chvostek bei der Psoriasis vulgaris. Hosal und (koch)salzfreie Ernährung. Gibt es eine Ernährung durch die Haut? (Ledermann.) Syphilitische Kontraktur. Aetiologie der Lymphogranulomatosis inguinalis. Definition und Abgrenzung des Ekzems. (Fuld.) S. 468.

Eukodal

an Stelle von Morphin

Prompte, schmerzstillende Wirkung
bei guter Verträglichkeit.

EUKODAL-TABLETTEN 0,005 g O.P. mit 10 u. 20 St.

E. MERCK * DARMSTADT

EUKODAL-AMPULLEN 0,01 u. 0,02 g O.P. m. 5 u. 10 St.

(Auch in der neuen, bequemen „Majolen“-Packung)

Literatur zur Verfügung

Neu!

Die speziellen

Preis: 30 RM.

Blutkrankheiten

Von Prof. **Arneth**, Münster i. W. / II. Bd., XIV, 422 S.

Inhalt: Agranulocytose, Aleukie, A. aplastica, Lympho- und Monocyten angina, Monocytenleukaemie, Lymph. Leukaemie und Pseudoleukaemie, Lymphogranulom, Tuberberkulöses, luetisches Granulom, Lymphosarkom usw. im Lichte der qualitativen Blutlehre.

Verlag von H. Stenderhoff, Münster i. W.

Leitfaden der Perkussion und Auskultation

besonders für Anfänger

Von

Prof. Dr. **Joseph Arneth**
Münster i. W.

Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage

Mit 96 Abbildungen. VI, 214 S. 8^o 1924 Rmk. 5.60

Verlag von **Gustav Fischer** in Jena



das hochwertige, standardisierte D-Vitamin-Präparat
zur Abwehr und Heilung aller D-Avitaminosen.

In therapeutischer Dosierung gut verträglich und
ohne Nebenerscheinungen.

ORIGINALPACKUNGEN ·

Vigantol-Öl (1 ccm enth. 50 klin. Einh.) / Tropfgläser
zu 10 u. 50 ccm. / Vigantol-Dragees (1 Dragee enth.
10 klin. Einh.) / Schachteln zu 50 u. Gläser zu 250 St.

VIGANTOL

I.G. PHARMA
LEVERKUSEN a. Rh.

E. MERCK
DARMSTADT

ES GIBT BLOSS EIN

Antiphlogistine

Die Einführung von Antiphlogistine war der Beginn einer Bewegung in der Therapie, welche ständig zugenommen hat, bis diese Methode nunmehr als eine der anerkannten Grundlagen der medizinischen Wissenschaften gilt, um Entzündungen und Kongestion herabzusetzen. Auf Grund seiner wissenschaftlichen Zusammensetzung löst Antiphlogistine eine „osmotische Drainage“ aus, die die Schleimhäute oder die Hautoberflächen auswäscht und bedeutend wirkungsvoller ist als Oberflächenwaschungen, die niemals die Schleimhaut durchdringen und lediglich eine Oberflächenwirkung hervorbringen.

· Muster und Literatur kostenfrei

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.,
BERLIN-LICHTERFELDE und NEW YORK, U.S.A.

Notizen.

Welthilfe gegen Erblindung. Die Liga der Rotkreuzgesellschaften in Paris, der gegenwärtig Rotkreuzgesellschaften von 56 Ländern angehören und deren Vizepräsident der Vizepräsident des Deutschen Roten Kreuzes **Draudt** ist, beschäftigt sich mit der Durchführung des Planes, in allen Ländern, und zwar nach dem Muster der Vereinigten Staaten von Amerika Schutzmaßnahmen zur Verhütung der Erblindung zu treffen. Es genügen in den meisten Fällen einfache Vorbeugungsmaßnahmen, um das Unglück zu verhüten, das der Verlust des Augenlichtes für den Menschen bedeutet. Es handelt sich jedoch nicht nur um die Verhütung der völligen Blindheit. Der Existenzkampf verlangt heute außerordentliche Sehkraft. Ein anfänglich leicht zu beseitigender Augenfehler kann unter der Einwirkung schädigender Einflüsse unheilbar werden. Es ist deshalb dringend notwendig, Fehler am Sehvermögen der Kinder beizeiten festzustellen, um durch Schutzmaßnahmen ihrer Augenschwäche Herr zu werden. Nur die Vereinigten Staaten von Amerika haben bisher in großem Stile die Blindheitsverhütung vorgenommen. In den Kreisen der amerikanischen Industrie hat man die Statistik der Augenverletzungen, die zu den häufigsten Betriebsunfällen gehören, genau beobachtet und daraus die hygienischen Folgerungen gezogen. Die Gesellschaft für Blindheitsverhütung in den Vereinigten Staaten, die seit mehr als 20 Jahren besteht, hat über 25 000 Mitglieder und verfügt zurzeit über ein Budget von 140 000 Dollar. In der Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Autoritäten und den Organisationen der Gesundheitspflege befaßt sich die Gesellschaft mit der Bekämpfung des Trachoms, der Erblindung infolge von Sexualeiden und in diesem Zusammenhange mit der Beratung werdender Mütter. Als ihre Aufgabe erachtet sie ferner die Verhütung der Erblindungen im Erwerbsleben. Sie veranlaßt und fördert die Einrichtungen von Schulen für schwach-sichtige Kinder. Es gibt gegenwärtig in den Vereinigten Staaten über 300 solcher Schulen. Auch die Gesetzgebung für Blinde oder Schwachsichtige wird von ihr beeinflusst, und schließlich entwickelt sie eine umfangreiche Aufklärungsarbeit in allen Volksschichten. Die Liga der Rotkreuzgesellschaften will nun dieses große amerikanische Schutz- und Hilfswerk über die ganze Erde ausbreiten. Die Internationale Vereinigung für den nahen Osten hat die Bitte ausgesprochen, daß die Liga ihre Tätigkeit im Orient beginnen möge, wo das Trachom Abertausende von Menschen zur Finsternis verdammt.

Calcibiose

Erprobt, Wirtschaftlich
Vitaminreiches Haemoglobin-
Lecithin-Eisen-Kalkpräparat

Bewährt bei Erkrankungen tuberkulöser Art als Roborans, bei Anämie, Skrofulose, besonders bei allen

Erschlaffungs- u. Erschöpfungszuständen des Nervensystems

Original-Packung 100,0 g = 1,20, 250,0 = 2,50, 500,0 = 4,50 RM.

Arsen - Calcibiose - Tabletten

Calcibiose verstärkt durch Arsen, p. Tabl. 0,0005 Acid. arsenic. Indikation wie ob., außerdem b. Hautkrankheiten

Original-Packung 50 Tabletten = 1,50 RM.

Bei Krankenkassen zugelassen
Proben u. Literatur bereitwilligst

Goda A.-G. Breslau 23

Eledon

Buttermilch in Pulverform

hervorragendes Diätetikum für gesunde und kranke Kinder

Literatur auf Wunsch
durch die

DEUTSCHE AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR NESTLE ERZEUGNISSE
BERLIN W 57, BÜLOWSTRASSE 56

Dr. **Soxhlet's**

Nährzucker / „Soxhletzucker“

Eisen-Nährzucker * Nährzucker-Kakao * Eisen-Nährzucker-Kakao

verbesserte Liebigsuppe.

Seit Jahren bewährte Dauernahrung für Säuglinge vom frühesten Lebensalter an. Hervorragende Kräftigungsmittel für ältere Kinder und Erwachsene, deren Ernährungszustand einer raschen Aufbesserung bedarf, namentlich während und nach zehrenden Krankheiten.

LAXOPARAFFIN

Internat. Schutz Nr. 49436 / Paraffinölpräparat in fester Form.

Das ideale Darmgleitmittel

ausgezeichnet durch Wohlgeschmack und gute Bekömmlichkeit.

KATAZYMAN

HEFE-NÄHRZUCKER

D. R. P. 494 873

Das neue Nähr- und Kräftigungspräparat.

NÄHRMITTELFABRIK MÜNCHEN G. M. B. H., CHARLOTTENBURG, BISMARCKSTRASSE 71

Verlag von *Gustav Fischer in Jena*

Neue Veröffentlichung

Fortschritte in der Erkenntnis der Pathologie und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens

Von

Prof. Dr. B. O. Pribram

in Berlin

Mit 4 farbigen Tafeln

(Erweiterter Sonderabdruck aus „Karlsbader ärztliche Vorträge“ Bd. 11.)

50 S. 8°

1930

Rmk 3,-

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 Stoffwechselversuchen in der chemischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Kranken-

hauses sorgfältig untersucht, wobei seine reslole 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

STAATL. FACHINGEN

Natürlicher Mineralbrunnen

Brunnenschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das

Fachinger Zentralbüro
Berlin W 8, Wilhelmstraße 55.

Arztjournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

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 (1/1000) schwach, Nr. II (1/100) 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	Struma	Furunkulose
Ekzem Akne	Angina	Perniones Katarrhe
Urticaria Myxödem		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

Die Spezialsalbe gegen

Beinleiden

~ Haemorrhoiden ~

Dumex-Salbe

(Giftfreier carbolisierter Bleikampfersäureester mit Extr. hamamelid.)

Höchstwirkend / mild / zuverlässig / entzündungswidrig
schmerz- und juckreizstillend

Orig.-Schtl. 20 g M. 0.65, 60 g M. 1.50, 150 g 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

AGAROL

die Original-Emulsion
aus Mineralöl, Agar-Agar
mit Phenolphthalein

Indikationen:
Jede Form der Obstipation
und in jedem Alter · Stuhlträg-
heit während der Gravidität
und Lactation · Autointoxi-
kationen · Analfissuren,
Haemorrhoiden und Proctitis

Keine Nebenwirkungen

Erfahrungsgemäß keine Ge-
wöhnung · Kein Durchsickern
des Oels · Keine Leibschmerzen



Proben und Literatur für Ärzte zur Verfügung

W. R. WARNER & CO., G.M.B.H.
BERLIN-CHARLOTTENBURG

Vollkommene und gleichmäßige Durchträn-
kung der Faeces, Vermehrung der colloiden
Dispersität im Darm · Die Durchtränkung
ist mit Wasseraufnahme verbunden, dadurch
Erweichung der erhärteten Kotmassen und
Rückbildung der Konsistenz des Stuhls zur
Norm · Anregung der Peristaltik und
Tonisierung der Darmmuskulatur durch
Phenolphthalein, das infolge der Art seiner
Suspension im System unerwünschte Resorp-
tionswirkungen vermeidet · Behebung von
Darmspasmen durch den weichen Stuhl.

Das physiologische Stuhlregelmittel

Carbo-Bolusal

Pulver
und
Tabletten

(Carbo sang., Aluminium, Kieselsäure, Bismut, Kalk, Magnesiumsuperoxyd)

Sommer-
Diarrhoen!

Kräftig adsorbierendes

Darmdesinfiziens, Antidiarrhoicum, Antacidum

Dysenterie / Diarrhoen / Hyperacidität / Ulcus ventriculi /
Flatulenz / Fleisch- und Fischvergiftungen / Gärungs-
dyspepsie / Colitis / Darmdyspepsie bei Lungentuberkulose

3 mal täglich $\frac{1}{2}$ —1 Eßlöffel oder 2—3 Tabletten in Tee oder Kakao $\frac{1}{4}$ Stunde vor der Mahlzeit

Auch clysmatisch

Pulver: 20 g (Kp.) M. 0.70, 50 g (Kp.) M. 1.60, 125 g M. 3.30

Tabletten: 60 Stück à 0,5 g M. 1.50

Literatur: Prof. Albu, Prof. Lennhoff, Prof. Matthes, Prof. Leschke, Prof. Seyfarth, Prof. Lepehne, Prof. Ganter,
Dr. R. F. Weiß, Hofrat Dr. C. Uhl, Dr. E. Blumenthal, Dr. Paulsen, San.-Rat Croner (9. Aufl.): Die Therapie an den
Berliner Universitätskliniken u. a.

Literatur und Proben

Bei Kassen zugelassen!



Im
Dauergebrauch
großer
Krankenanstalten

DR. RUDOLF REISS
RHEUMASAN- UND LENICET-FABRIK
BERLIN NW 87/37

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

Dienstag, den 15. Juli 1930

Nummer 14

Abhandlungen.

I. Zur operativen Behandlung der Nephritis.

Von

Hermann Kümmell sen.

Die operative Behandlung der Nephritis, welche vor mehr als einem Menschenalter Harrison und später Edebols inaugurierte, hat sich nur langsam Anerkennung verschafft. Dieses ablehnende Verhalten gegen neue Bahnen beschreitende Eingriffe mag einmal in vorgefaßten Meinungen und theoretischen Erwägungen ohne eigene, objektive Prüfung des Verfahrens seinen Grund haben. Dann aber in dem zurzeit oft zu sehr überwiegenden Betonen des Tierexperiments gegenüber den tatsächlichen Erfahrungen und unumstößlichen therapeutischen Erfolgen an kranken Menschen.

Es ist naheliegend, daß die entzündlich geschwollene, in ihrer Zirkulation schwer geschädigte Niere durch die Spaltung der Kapsel von ihrer Umklammerung befreit wird und wieder in Funktion treten kann. Schwieriger ist die Erklärung der günstigen Wirkung der Dekapsulation bei den mehr chronischen Stadien der Nephritis.

Was sagt nun das Experiment am Tier zu diesen am Menschen erhobenen Befunden mit ihren tatsächlichen Operationserfolgen? Alle, welche sich mit der Lösung dieser Frage beschäftigt haben, auch wir müssen feststellen, daß im Tierexperiment eine rasche Regeneration der entfernten Nierenkapsel festzustellen ist. Auch beim Menschen haben andere Beobachter und auch wir längere Zeit nach der Dekapsulation die Niere von einem derben Kapselmantel umgeben gefunden. Diese absolut feststehende Tatsache mußte natürlich die Erklärung der günstigen Wirkung der Dekapsulation durch Beseitigung der Einengung aufs schwerste erschüttern.

Man kann nur annehmen, daß der momentane Effekt der Dekapsulation genügt, um die gestörte Zirkulations- und Sekretionsverhältnisse wieder in normale Bahnen zulenken, so daß die später neu-

gebildete Kapsel sich so verhält, wie die der physiologisch gesunden Niere. Das wird auch tatsächlich bei der akuten Form der Fall sein, bei der die Entspannung des abgedrosselten geschwollenen Organs sehr bald normale Zirkulations- und Sekretionsverhältnisse schafft und damit Rückbildung zur Norm herbeiführen wird. Auf diese Weise kann jedoch nicht die Wirkung der Dekapsulation auf die überwiegende Mehrzahl der meist chronischen, ohne jede intrarenale Spannung und ohne Organvergrößerung einhergehenden Fälle durch zahlreiche Tierexperimente erklärt werden, während immerhin die zweifellose Wirkung der Dekapsulation bewiesen werden konnte. Ich möchte nur kurz von vielen die Versuche und Mitteilungen von Hoffmann erwähnen, bei denen beide Ureteren unterbunden und die eine Niere dekapsuliert wurde. In allen Fällen wies die Kapselniere schwerere Schädigung auf als die dekapsulierte, selbst wenn die Enthüllung nach bereits 2 bis 3 Tage langer Stauung vorgenommen war.

Auch mikroskopisch waren die Störungen am vaskulären Apparat sowie an den Harnkanälchen auf der nicht operierten Seite schwerer als bei der dekapsulierten Niere. Die Resultate dieser interessanten Untersuchung ergaben, daß die Dekapsulation den Blutkreislauf in der Niere günstiger gestaltet und dadurch die Schäden der Harnstauung und des Giftes, welche das sezernierende und harnleitende System der Niere angreifen, vermindern, so daß in allen Fällen nach der Dekapsulation ein sichtbarer Nutzen in der geschädigten Niere festzustellen war. Die Untersuchungen zeigen uns, auch weiter, daß auch dann, wenn die Niere nicht besonders vergrößert ist, die Dekapsulation bessere Zirkulationsverhältnisse schafft und dadurch nützen kann.

Bei einem unserer Patienten, welchen wir wegen schwerer chronischer Nephritis, mit öfters auftretenden urämischen Anfällen dekapsulierten, trat eine wesentliche Besserung ein, welche jahrelang anhielt und dem Patienten noch als Gartenarbeiter tätig zu sein gestattete. Auch bei diesem

Patienten fand sich nach dem schließlich eingetretenen Tode eine neugebildete derbe Kapsel, aber die Wirkung der Operation hatte in der günstigsten Weise mehrere Jahre angehalten.

Eine andersartige günstige Wirkung der Dekapsulation glaubte Edebols in der Bildung eines neuen Kollateralkreislaufs in der entkapselten Niere zu finden. Die hierüber angestellten zahlreichen Tierexperimente, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, ergaben übereinstimmend, daß keine bemerkenswerte Anastomosenbildung zwischen renalen und perirenal Blutgefäßen festgestellt werden konnte. Auch bei den in unserer Klinik von Hauck an dekapsulierten Tieren hergestellten, die feinsten Gefäßverzweigungen im Röntgenbild wiedergebenden Injektionspräparaten waren keine, die operative Wirkung erklärende Anastomosen festzustellen.

Alle diese bisherigen Erklärungsversuche können uns zweifellos keinen befriedigenden Aufschluß über die Wirkung der Dekapsulation, welche nach ihren zahlreichen tatsächlichen Erfolgen nicht mehr bezweifelt werden kann, geben. Einen wichtigen Punkt scheint man lange Zeit außer acht gelassen zu haben, und beginnt ihn erst in letzter Zeit zu würdigen, das ist die Wirkung des Nervensystems auf die dekapsulierte Niere. Es ist nicht zu leugnen, daß die ungemein genau regulierende Wirkung der Nerven in den feingebauten Organen, wie die Nieren sie darstellen, bisher nicht die gebührende Berücksichtigung erfahren hat.

In letzter Zeit hat uns die operative Inangriffnahme des Sympathikus nach den verschiedensten Seiten hin einen tiefen Einblick in die Funktion des vegetativen Nervensystems tun lassen. Ich bin der Ansicht, daß die Wirkung der Dekapsulation im wesentlichen auf der operativen Beeinflussung der Sympathikusfasern, welche die Nierenkapsel in größerer Menge umgeben und durchziehen, beruht. Wenn wir eine gründliche Dekapsulation der Niere vornehmen, welche sich bis zum Hilus und darüber erstrecken muß, so finden wir die entfernte Capsula propria mit einem reichen Netz von Sympathikusfasern durchsetzt. Wir sind noch weiter gegangen und haben die Vena und Art. renalis und einen Teil des Ureters von dem umschlingenden Sympathikusnetz befreit. Unsere chirurgischen Erfahrungen mit der Sympathektomie an den peripheren Gefäßen, sowie an exstirpierten Halsympathicis zeigten uns, daß nach der Durchtrennung und Entfernung desselben eine wesentliche Dilatation der Gefäße und somit eine starke Durchblutung der von den Arterien versorgten Organe und Körperteile eintritt. Warum sollte es bei der Entfernung des die Niere und ihre Gefäße umklammernden Sympathikusnetzes

anders sein als bei der sympathektomierten Art. femoralis oder brachialis besonders wenn wir die Wirkung der Dekapsulation noch durch die Entfernung der Sympathikusfasern an der Arteria und Vena renalis vermehren. Der krankhafte Spasmus, welcher durch Umklammerung des Sympathikus hervorgerufen wird, vielleicht durch toxische oder sonstige Einflüsse angeregt, hört auf; die Gefäße erweitern sich, die Durchblutung der von dem reichen Gefäßnetz durchflochtenen Niere findet in ausgedehnter Weise statt und der Blutdruck wird herabgesetzt. Bei dieser Annahme brauchen wir nicht die Entspannung der Niere, die ja zweifellos für einige Fälle zutrifft oder den Kollateralkreislauf in das Feld zu führen, sondern wir finden ohne sie die Erklärung für die Heilung und Besserung der Nephritis. Diese Anschauung stützt auch therapeutisch die Volhardsche Lehre von der Entstehung einiger Formen der Nephritis durch einen allgemeinen Gefäßkrampf und erklärt die Heilung derselben durch operative Beseitigung des Gefäßspasmus. Natürlich wird ein erfolgreiches Eingreifen, die erstrebte Erweiterung der verengten Gefäße, nur möglich sein, wenn die Zerstörung nicht zu weit vorgeschritten ist. Die vielfachen operativen Mißerfolge sind gerade darin zu suchen, daß man die schwersten Fälle, bei denen kaum noch ein funktionsfähiges Nierengewebe vorhanden war, wo keine Erweiterung der geschrumpften Gefäße mehr helfend wirken konnte, dem Eingriff unterzog und dann von dem notwendigen Mißerfolg enttäuscht war.

Die von Papin und Ambard 1909 empfohlene Enervation der Niere, welche die Arterie und Vena ren. von den sie umkleidenden Nervenfasern befreit und wenn nötig von der Dekapsulation und der Fixierung der Niere begleitet ist, verfolgt den auch von uns beschrittenen Weg in umgekehrter Richtung. Nur legen wir auf die Dekapsulation den größten Wert, deren heilende Wirkung in der durch sie naturgemäß bewirkten ausgedehnten Resektion der Nerven eine ungezwungene Erklärung findet. Technisch wird diese einfacher, gründlicher und schneller ausgeführt als die Enervation, weil dadurch in bequemer Weise das ganze Sympathikusnetz, das die Niere umgibt, soweit das überhaupt möglich ist, zerrissen und in seiner krankhaften Funktion gehemmt wird. Ihre Wirkung wird durch die Entnervung der Gefäße und des Ureters, wie erwähnt, noch erhöht.

Die Dekapsulation haben wir in den letzten Jahren fast ausschließlich auf einer Seite vorgenommen und nur ausnahmsweise bei ungenügendem Erfolg auch das andere Organ enthüllt. Die Wirkung des einseitigen Eingriffs auch auf die andere Seite und den Gesamtorganismus ist uns schwer zu erklären, wenn wir die Erfahrungen bei der peripheren Sympathektomie zum Vergleich heranziehen. Auch bei diesen

haben wir sehr oft gleichzeitig dieselbe heilende Wirkung auf der unberührten Seite eintreten sehen, wie auf der operierten. So besserten oder heilten schwere, jahrelang erfolglos behandelte, auf beide Extremitäten übergegangene Hautkrankheiten, wenn auch später auf der nicht operierten Seite Rezidive eintraten. Bei dem zahlreichen Übergreifen und netzartigem Ineinandergreifen des Vagus und Sympathikusgeflechtes der einen Seite in die andere ist diese doppelseitige Wirkung leicht ersichtlich.

Daß bei der erwähnten, von uns oft beobachteten Entspannung der eingeengten einen Niere durch die Kapselspaltung mit sofortiger Beseitigung der Anurie auch die andere bald in Funktion tritt, konnten wir zystoskopisch nachweisen. Auf dem Wege der Reflexbahnen, nach den zahlreichen Erfahrungen über reflektorische Anurie, dürfte die Erklärung ungezwungen gegeben sein.

In dem auf einem früheren Urologenkongreß erstatteten Referat über die chirurgische Behandlung der Nephritis suchte ich in der operativen Ausschaltung des Sympathikusnetzes der Niere die Erklärung des Erfolges. Ich glaubte damit auch die Richtigkeit der Volhardschen Lehre von der Entstehung der Nephritis durch einen allgemeinen Gefäßkrampf, gleichsam experimentell durch unser therapeutisches Vorgehen am Menschen zu stützen, während Volhard in seinen Ausführungen ein neues Gebiet zur Erklärung heranzog. Gestützt auf die experimentellen Studien seines Mitarbeiters Kürten glaubte Volhard die Wirkung der Nierendekapsulation durch eine allgemeine unspezifische Reiztherapie erklären zu können. In den wichtigsten Punkten begegnen sich unsere vielleicht verschieden erscheinenden Ansichten über die Erklärung der Dekapsulationswirkung insofern als auch Volhard „an die mögliche Beseitigung eines nervösen Faktors denkt“ und sich dabei auf die Erfolge der einseitigen Nierenentheilung stützt. Die Nervenfaktoren schalten wir am sichersten und gründlichsten durch den operativen Eingriff aus, während die ungezwungene Erklärung für die Wirkung der einseitigen Dekapsulation bereits oben gegeben wurde. Die Wege zur Erreichung dieses gleichen Zieles sind allerdings verschiedene, auf der einen Seite der aktive Eingriff, auf der anderen die Wirkung der unspezifischen Reiztherapie. Die Anwendung der letzteren bei Nierenkrankheiten ist nicht neu. Der Mecklenburger Arzt Dr. Krull will durch Injektionen eines Ameisensäurenpräparates, welches er schon seit 1896 im Sinne der späteren Reiztherapie erfolgreich bei den verschiedensten Erkrankungen angewandt hat, sehr gute Erfolge erzielt haben; mit den Nephro-Myrmekinjektionen wie das für die Therapie der Nierenerkrankungen angewandte Ameisensäurepräparat genannt ist, wird über einen hohen Prozentsatz der wesentlichen Besserungen und Heilungen nach längeren Jahren berichtet.

Die Frage, ob durch tiefe aseptische Einschnitte oder durch die Röntgenbestrahlung gleich günstige Erfolge zu erzielen sind, wie durch die Dekapsulation, kann nach meiner Ansicht nicht durch das Tierexperiment, sondern durch die Wirkung beim kranken Menschen einwandfrei entschieden werden. Bei den zahlreichen Nierenerkrankungen wird die praktische Ausführung und die klare Beantwortung der Frage nicht schwierig sein. Handelt es sich doch um einfache Maßnahmen, gegen welche, falls sie wirklich von Erfolg begleitet sein sollten, der immerhin schwerere Eingriff der Dekapsulation zurücktreten müßte. In einer Anzahl aufgeführter Fälle erwies sich die Röntgenbestrahlung als unwirksam, während die dann folgende Dekapsulation den gewünschten Erfolg brachte. Nach unseren Erfahrungen dürfte der immerhin schwache Reiz einer Weichteilinzision kaum genügen um in schweren Fällen Heilung der Nephritis zu erzielen. Schon leichter wäre die Wirkung der unbeabsichtigten Massage auf die freigelegte Niere, welche nach dem subjektiven Empfinden des Chirurgen mehr oder weniger energisch im Unterbewußtsein ausgeführt wird, um die damit verbundene starke Durchblutung des Organs zu erklären.

(Fortsetzung folgt.)

2. Praktische Folgerungen aus neuen theoretischen Feststellungen über den Operationsschock.

Von

E. Rehn in Freiburg.

Der Operationsschock im landläufigen Sinn ist mit der Vorstellung von einem überstarken operativen Trauma verknüpft. Sein Zurechtbestehen ist nicht anzuzweifeln. Die Untersuchungen der letzten Jahre, welche dem Wesen und der Entstehung der chirurgischen Schockzustände nachgehen, zeigten indes, daß sich das Operationstrauma in seiner Wirkung keineswegs mit obiger Dosierung erschöpft, sondern daß wir auch bei gelinder chirurgischer Handlung mit Störungen analog denen des echten Operationsschockes zu rechnen haben, wenn sich der Organismus des Kranken infolge von Konstitution oder Krankheit im Zustande der Operationsgefährdung befindet. Hieraus ergab sich für die Chirurgie eine doppelte Aufgabe: zur Erfassung des sekundären Krankheitsbegriffes war sie gezwungen, sich mit den allgemeinen Lebensvorgängen der Krankheit und mit dem Ablauf des Krankheitsstoffwechsels zu beschäftigen, während wir zur Erforschung des Schockes nach Wesen und Entstehung auch den Kreislaufproblemen nicht nur

Verständnis sondern auch eigene Forschung zuzuwenden hatten.

Der Schockzustand ist nach zahlreichen physiopathologischen Untersuchungen (Bayliß, Cannon, Crille, Eppinger, Ed. Rehn, Reißinger, Schürmeyer, Schneider u. a.) durch folgende Hauptmerkmale einwandfrei gekennzeichnet.

1. Sinken des arteriellen Blutdruckes, 2. Verringerung der zirkulierenden Blutmenge mit kapillärer Stase, 3. Abfall der CO_2 Binafahigkeit mit Gefahr der dekompenzierten Azidose. — Danach ist der Tod im Schock ein Kreislaufstod, welcher in der Regel peripher eingeleitet wird.

Besonders schwierig liegt die Beantwortung der Frage, welcher Umstand dem Eingriff eine lebensgefahrende Wirkung verleiht, und gerade ihr kommt allergröfite Bedeutung zu. Als wichtigste wirksame Faktoren sind anerkannt: Gewebsgifte mit spezifischer Kreislaufwirkung, Nervenwirkung im Sinne des vegetativ gesetzten Schockes und örtliche, direkt an dem Kreislauf ansetzende Störung.

Die vegetativ geleitete Schockwirkung steht fest, nur ist sie schwer zu fassen. Große Wahrscheinlichkeit wurde weiterhin der Kollapsentstehung durch Gewebsgifte beigemessen, und zwar um so mehr, als dem Operationsschock wie dem experimentellen Histaminschock die gleichen Kreislaufstörungen zugrunde liegen können. Diese Annahme besteht indes nach kürzlich ausgeführten Untersuchungen meines Assistenten H. Schneider am Freiburger pharmakologischen Institut nicht zu Recht. Er gelangte zu dem ebenso wichtigen wie überraschenden Ergebnis, daß bei dem sogenannten chirurgischen Schock, wie er durch schwere äußere Verletzungen oder den großen Eingriff gesetzt wird, weder Histamin noch histaminähnliche Substanzen im Kreislauf erscheinen.

Dies steht nebenbei durchaus im Einklang mit der klinischen Beobachtung, daß gerade solche Operationen, welche den größten Eiweißzerfall bedingen, wobei an die Amputatio mammae und Ausräumung der Achselhöhle oder an umfangreiche Extremitätenoperationen gedacht wird, trotz bestehender Operationsgefahrdung kein nennenswerter Operationsschock zutage tritt.

Danach reduziert sich das chirurgische Schockproblem auf die mechanisch wirksamen Faktoren des Operationstrauma. Eine solche Erklärung stößt nach Ablehnung der Theorie von den Gewebsgiften nicht auf Schwierigkeiten, nachdem bekanntlich die Bauchhöhle und die Brusthöhle die hauptsächlichsten Gefahrdzonen darstellen. Dies hängt einmal zusammen, daß ihre Erkrankungen verhältnismäßig häufig im Zustand der Operationsgefahrdung operiert werden müssen, denn es sind nach unseren Feststellungen gerade die bösartigen Tumoren der Bauchhöhle, die Erkrankungen der Leber, die Zustände akuter und chronischer Eiterungen des Peritoneums wie der Pleura, welche die chemische Dekompensation setzen. Dieser

chemischen Dekompensation entspricht in der Regel Kreislaufschwäche, d. h. es liegt Operationsgefahrdung selbst für die gelinde chirurgische Handlung vor. Die Erklärung ist folgende: Da die Gesamtblutmenge des Warmblüters zu gering ist, um alle Organe stets gleichmäßig zu füllen, muß die Blutmenge hin und her verschoben werden, wobei Konstanterhaltung des Blutdrucks zur lebenswichtigen Durchblutung des Herzens, des Gehirns u. a. m. oberstes Gesetz ist. Hierdurch entsteht ein gewisser Antagonismus großer Gefäßgebiete; es sind dies nach physiologischen Feststellungen: Die Gefäße der Muskulatur (nach Janßen auch der Nieren, die Darmgefäße, die Gefäße der Leber, sowie der Milz. — Jede Laparotomie bedeutet einen Eingriff in diesen Mechanismus; sie macht Blutdrucksenkung durch Verringerung der zirkulierenden Blutmenge. Nimmt letztere erheblichen Umfang an, eine Folge zu lange dauernden Operierens, oder infolge von Störungen des vasomotorischen Regulationsmechanismus, so haben wir den Ansatz zum Zustand des Schockes oder Kollapses. Schockzustände durch plötzliche übermäßige Erschlaffung der Bauchdecken sind bekannt; ähnlich wirkt die Laparotomie, d. h. sie verändert die Druckverhältnisse in den genannten großen Gefäßgebieten der Bauchhöhle, des Splanchnikusgebietes, der Milz und vor allem der Leber, welche mir im Vordergrund zu stehen scheint. Blutanschoppungen durch mangelhafte Entleerungsfähigkeit, Ausbleiben der Kompensation infolge vasomotorischer Störung mit schlechter Speisung des Herzens wie der Zentralstellen sind bei Operationsgefahrdung die Folgen. Den fertigen Zustand nennen wir Operationsschock.

Was für die Bauchhöhle und den Laparotomieschock Leber, Milz und Darmgefäße bedeuten, das sind für die Brusthöhle der keine Kreislauf und die dünnwandigen großen Venen. Änderungen der normalen Druckverhältnisse können bekanntlich auch hier zu den gleichen Zuständen und Gefahren führen, wie sie für den landläufigen Schock bekannt sind.

Praktische Schlußfolgerungen.

Da es sich bei den meisten der oben kurz kizzierten Erkrankungen um Notoperationen handelt, befindet sich der Chirurg in einer Zwangslage. Der eingetretenen Kreislaufschwäche und ihren Folgezuständen gegenüber ist er machtlos; er kann bis zu einem gewissen Grad durch Vorbereitung des Kranken, die leider nicht immer möglich ist, durch mehrzeitiges Operieren, durch möglichst schnelles und schonendes Eingreifen und Anwendung besonderer Narkoseformen vorbeugen. Um diese Prophylaxe wirksam treiben zu können, ist es Pflicht eines jeden, der das Messer führt, nicht nur die Möglichkeit der Vorbeugung zu beherrschen, sondern vor allem der Erkennung der Operationsgefahrdung besondere Sorgfalt zuzuwenden. Wie dies möglich ist, haben zahlreiche Arbeiten meiner Klinik dargetan. Für

den zuweisenden Arzt ist zu beherzigen, daß im Zustand der Operationsgefährdung auch die gelindeste chirurgische Handlung zum Operationschock und damit zur Katastrophe führen kann. Diese Operationsgefährdung entwickelt sich in einem hohen Prozentsatz der Fälle sekundär und ist in ihrem Vorkommen durch die Frühoperation, d. h. zeitige Operation, wesentlich einzuschränken. Die theoretische Erforschung des Operationschockes diene der Verbesserung der chirurgischen Prognose; es konnte nachgewiesen werden, daß hier nicht nur dem Chirurgen sondern auch dem zuweisenden Arzt eine bedeutsame Rolle zufällt.

3. Zur psychiatrischen Gutachtertätigkeit des praktischen Arztes.

Von

M. Jahrmärker in Marburg a. L.

Im Jahrgang 1929 dieser Zeitschrift schrieb E. Meyer über „Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes“. Wer selbst Jahre in einer großen Praxis mitgearbeitet hat, weiß, was die Psychiatrie draußen für Kranke und Allgemeinheit, denen sie zugute kommt, für den Arzt, der ihren Forderungen gerecht werden soll, bedeutet! Die Aufgaben, welche in psychiatrischer Hinsicht an den praktischen Arzt herantreten, sind dabei zunehmend schwerer und verantwortungsvoller geworden. Besondere Pflichten und besondere Schwierigkeiten erwachsen dem praktischen Arzt in seiner psychiatrischen Gutachtertätigkeit, und es gibt dabei jetzt wohl kaum einen psychiatrischen Fall, in welchem der Arzt nicht für sich oder andere Gutachter zu sein hat. Der Arzt muß in jedem psychiatrischen Fall alle nur möglichen Lebensfragen und Lebensbeziehungen prüfen, von sich aus raten, einleiten usw., was zu tun nötig ist, hat in seinen Händen oft nicht nur Gesundheit, Vermögen, Glück, auch persönliche Freiheit und Ehre, einer Familie Gegenwart und Zukunft. Es ist hier nicht Raum, auch nur zum kleinen Teil anzudeuten, was sich an Fragen und Notwendigkeiten ergibt, ich bin auch sicher, daß den Lesern dieser Zeitschrift das Notwendige bekannt ist; neue und dankbare Aufgaben brachten das Jugendgerichts- und Jugendwohlfahrtsgesetz: Ist ein jugendlicher Rechtsbrecher (noch nicht 18, aber über 14 Jahre alt) nicht strafbar, „wenn er zur Zeit der Tat nach seiner geistigen und sittlichen Entwicklung unfähig war das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen“ (§ 3 J.G.G.), hat das Jugendgericht erforderlichenfalles „Erziehungsmaßregeln“ anzuordnen (§ 5) und muß es, wenn es Erziehungsmaßregeln für ausreichend hält, von Strafe absehen (§ 6), kann das, wenn die Tat ein Vergehen oder eine Übertretung ist, „in besonders

leichten Fällen“ auch sonst (§ 9), ist bei den Erziehungsmaßregeln ein Spielraum gegeben von der „Verwarnung“ bis zu der bekannten „Fürsorgeerziehung“ (§ 7) usw., so wird gerade der praktische Arzt häufig imstande und verpflichtet sein zu sagen, wie ein bestimmter Jugendlicher zu beurteilen und zu behandeln ist; bei der Fürsorgeerziehung ist dann auch direkt bestimmt worden, daß ärztliche Untersuchung und eventuell Beobachtung in einer geeigneten Anstalt angeordnet werden kann.

Der praktische Arzt wird oft mehr gefragt, als er beantworten kann, soll oft positiv Stellung nehmen, wo die nötigen Unterlagen fehlen, findet bei seiner psychiatrischen Gutachtertätigkeit überhaupt, wie Meyer sich ausdrückt, „manche Klippen“, die zu vermeiden seine „ganze Sorgfalt“ erfordert, und es ist ihm die größte Vorsicht nicht nur in D.B.-, Unfallsachen und dgl. dringend anzuempfehlen, wobei ich die alte Forderung wiederholen darf, daß da, wo wichtige Fragen spielen (z. B. Testierfähigkeit) die eigenen Beobachtungen in genügend ausführlicher Niederschrift möglichst objektiv festgehalten werden. Der Arzt weiß heute, wenn er in die Praxis geht, über Psychiatrie und ihre Hilfsfächer wohl weit besser Bescheid wie einstmal, es haben aber auch die Schwierigkeiten psychiatrischer Begutachtung immer mehr zugenommen. Wir glaubten früher Paralyse und Hirnlues prinzipiell unterscheiden zu müssen, nahmen wohl bei der forensischen Beurteilung von Hirnluetikern so wie bei der von Psychopathen, Arteriosklerotikern u. a. jeden Fall und jeden Zustand für sich, schlossen dagegen aus dem Bestehen einer Paralyse (wir diagnostizierten aber aus Reflexstörungen und dgl. noch keine Paralyse) ohne viel Umstände auf Unverantwortlichkeit und eventuell Geschäftsunfähigkeit, können jetzt aber einen prinzipiellen Unterschied zwischen Hirnlues und Paralyse nicht mehr so machen, bekommen auch bei der Paralyse hinsichtlich der forensischen Beurteilung zweifelhafte Fälle, haben u. a. die, wie ein Facharzt sich uns gegenüber einmal ausdrückte, „neue Rasse der geheilten Paralytiker“, welche nicht gerade selten ganz besondere Aufgaben stellen (es gibt natürlich auch solche, welche nicht nur „angeheilt“ sind) usw.; wir haben es immer mehr bewußt zu tun mit Schizophrenen, bei denen die psychotischen Störungen mehr oder weniger zurücktreten, stehen da nicht gerade selten vor der Frage, ob eine Geisteskrankheit überhaupt noch gegeben ist, begegnen oft großen Schwierigkeiten bei der Entscheidung, was etwa noch schizothym im Sinne Kretschmers und was schon Ausdruck ist einer einfachen Schizophrenie, wo der „schizoide“ Psychopath aufhört und der schizophrene Geisteskranke anfängt usw.; unsere Unterscheidungsmerkmale zwischen endogenen und reaktiven Verstimmungen, zwischen Zylothymen und Manisch-depressiven scheinen oft nicht mehr durchzugreifen, unsere Intelligenzprüfungen waren

keineswegs so brauchbar, wie man manchmal dachte, usw.; wir kannten früher nicht die Folgezustände der Encephalitis lethargica mit ihrem im Grund ja wohl auf verhältnismäßig einfache Formeln zu bringenden, praktisch aber keineswegs immer leicht zu beurteilenden Charakterveränderungen, Antriebsstörungen usw. Ich habe nicht Platz, alles, was mir hier vorschwebt, anzudeuten oder gar anzuführen, auf einen Punkt mehr allgemeiner und mehr prinzipieller Art muß ich aber, wenn auch kurz, eingehen:

In 1904 führte ich im ärztlichen Verein Marburg u. a. aus: „Wie eng verknüpft die forensische Psychiatrie mit der klinischen ist, tritt dem besonders vor Augen, der ein forensisch-psychiatrisches Material durchsieht, das sich über Jahrzehnte erstreckt; da sehen wir, wie ein Wechsel in der klinischen Auffassung auch eine Änderung der forensischen Beurteilung naturgemäß im Gefolge hat; wir kommen zu der Überzeugung, daß wir den einen oder anderen Fall auf Grund veränderter klinischer Anschauungen anders begutachten würden als früher geschehen ist“. Man war damals mehr physiologisch-anatomisch und weniger psychologisch eingestellt als frühere Ärzte, wir waren auch in Marburg auf Grund unserer klinischen Arbeiten „Kräpelianer“ geworden, wollten nicht vom Spekulativen sondern vom Empirischen ausgehen, sahen in der klinischen Krankheitsdiagnose gegebenenfalls die Grundlage, auf welcher wir in forensischen Fällen aufbauten, nahmen aus dem Nachweis einer bestimmten Geisteskrankheit, etwa einer Paralyse, Dementia senilis, Dementia praecox, eines „manisch-depressiven Anfalles“, im allgemeinen bestimmte Hinweise auf Unverantwortlichkeit im Sinne des § 51 St. 5 B., Geschäftsunfähigkeit im Sinne des § 104 Abs. 2 BGB. usw. Heute ist wieder mehr eine psychologische Ära (ich denke hierbei aber nicht etwa an „Psychoanalyse“, „Tiefenpsychologie“, mit deren Glaubenssätzen man m. E. überhaupt nicht psychiatrischer Gutachter sein kann), wird der Arzt häufig geradezu zum psychologischen Gutachter, heute sind wieder einmal die klinischen Anschauungen und damit die forensischen Fragestellungen stark im Fluß. Ich habe ein Gutachten vor mir, welches Hauptmann vom Standpunkt der „jüngeren Psychiatrie-Generation“ in einem Prozeß erstattet hat, in welchem es sich um die Rechtsgültigkeit eines Gutsverkaufs handelte, und in welchem nach Kräpelin, welcher, ebenso wie v. Hösslin, den in Betracht kommenden Depressionszustand selbst noch zu sehen Gelegenheit hatte, nacheinander v. Hösslin, Bonhöffer, Kleist, ich, Ræecke, Schultze, Aschaffenburg, Wollenberg die Annahme der Rechtsungültigkeit aus § 104 Abs. 2 BGB. bzw. (Schultze) § 105 Abs. 2 BGB. gemacht, Hoche, Bumke, Hauptmann eine solche aber abgelehnt haben. Hauptmann nimmt mit den meisten anderen Gutachtern eine manisch-depressive Konstitution

und hinsichtlich des in Frage stehenden Zustandes einen „endogenen melancholischen Verfassungszustand“ für gegeben, glaubt aber, daß mit der Diagnose einer endogenen (also biologisch bedingten) Depression für die Geschäftsunfähigkeit ebensowenig etwas gesagt sei wie mit der eines reaktiven Depressionszustandes, schließt (ich kann seine Darlegungen aus Raumangel leider nicht näher anführen) u. a.: „Die Festlegung einer bestimmten Diagnose und deren straffe Inbeziehungsetzung zu rechtlichen Begriffen stammt aus den Zeiten, wo man innerhalb der Psychiatrie noch an die Möglichkeit glaubte, festumschriebene Krankheitseinheiten abzugrenzen“. — „Mit dem Aufgeben einer Krankheitseinheit im älteren psychiatrischen Sinn mußte aber auch die Beziehung eines bestimmten Krankheitszustandes oder eines Grades einer Krankheit zu juristischen Begriffen wie „Geschäftsfähigkeit“ oder „Zurechnungsfähigkeit“ fallen“. — „Wir werden deshalb (weil nicht nur die Einwirkung der pathologischen Faktoren, sondern auch die Gesamtbeschaffenheit der prämorbidem Persönlichkeit, frühere und aktuelle Erlebnisse für die Gestaltung eines Bildes maßgebend seien) ganz im Gegensatz zu dem früher Üblichen bei der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit nicht das einzelne Rechtsgeschäft oder das Delikt aus unseren Betrachtungen herauslassen dürfen, werden vielmehr versuchen müssen, psychologisch die Handlung mit der Psyche des Betroffenen in Verbindung zu setzen, um (auch) aus der Unverständlichkeit oder Verstandlichkeit unsere Schlüsse zu ziehen, natürlich nicht allein aus solchen Erwägungen heraus“. — „Unsere moderne Anschauung des Krankheitsbegriffs erlaubt es eben durchaus nicht, jede Handlung eines Menschen schon als pathologisch anzusehen, nur, weil es sich um einen geisteskranken Menschen handelt. Gewiß ist dadurch die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit in einem bestimmten Fall schwieriger als früher, wir dürfen deshalb aber noch nicht in den alten Fehler verfallen, eine Willensunfreiheit nur deshalb anzunehmen, weil eine krankhafte Störung in einer gewissen Stärke vorhanden war“. — „Es ist nach diesen Ausführungen leicht verständlich, daß die Feststellung einer „ausgeprägten“ manisch-depressiven Geistesstörung niemals ohne weiteres zur Annahme einer Geschäftsunfähigkeit berechtigt“. — Hauptmanns Stellungnahme, welche dem gegebenen Falle entsprechend im wesentlichen auf die Geschäftsfähigkeit geht, aber gerade so, wie deutlich genug wird, auch die Zurechnungsfähigkeit trifft, kennzeichnet mit dem, was ich von ihnen anführen konnte, gut, worauf ich hinauswollte. Hauptmann sagt selbst, seine Argumente würden von Psychiatern „der alten Schule“ sicher beanstandet werden, es verlockt auch sehr da, wo darin neue Grundsätze vertreten werden, Stellung zu nehmen, und ich glaube auch, daß man da, auch bei Berücksichtigung neuer und neuester Erfahrungen, nicht überall beipflichten, daß man z. B. auch nicht mit H. argumentieren

kann: „Wir dürfen als Gutachter das Vorhandensein einer freien Willensbestimmung nicht von dem Nachweis gewisser Pupillenstörungen oder Veränderungen der Rückenmarksflüssigkeit abhängig machen“ (was ja richtig ist), „und so dürfen wir ebensowenig das Vorliegen einer „wohlumschriebenen“ oder „mittelschweren“ oder „ausgeprägten“ manisch-depressiven Geistesstörung zum genügenden Gradmesser für die Bestimmung der Geschäftsunfähigkeit nehmen“, hier handelt es sich aber nicht um solche Auseinandersetzungen, sollte eben nur gezeigt werden, wie klinische Auffassungen und forensisch-psychiatrische Fragestellungen einmal wieder im Fluß sind, wie sich damit die psychiatrische Gutachtertätigkeit vor allem auch für den praktischen Arzt erschwert. Je mehr, darf ich vielleicht zum Schluß noch sagen, psychiatrische Fälle jemand begutachtet und je mehr fremde Gutachten er zu lesen bekommt, um so mehr Fragestellungen kommen wohl in ihm auf, und es kann das dem praktischen Arzt, welcher bei seinen psychiatrischen Fällen Schwierigkeiten begegnet, auf der einen Seite zum Troste dienen, ihn auf der anderen aber auch zu der schon anempfohlenen Vorsicht mahnen; der praktische Arzt darf nicht denken, er müsse immer ein bestimmtes Urteil abgeben können, braucht sich nicht zu scheuen, die Hilfe eines Facharztes bzw. einer Beratungsstelle (die Beratungsstellen sollen übrigens den praktischen Arzt nicht etwa in etwas verdrängen) in Anspruch zu nehmen oder gegebenenfalls gemäß § 81 StPO. oder § 656 ZPO. oder § 65 JWG. bzw. sonst wie Anstalts- bzw. Klinikbeobachtung herbeizuführen, sich unter Umständen auch einmal mit einer Krankenhausüberweisung zu helfen.

4. Therapeutische Winke aus dem Gebiet der Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten.

Von

Prof. Reinmüller in Erlangen.

Chirurgische Eingriffe am Zahn-Kiefersystem sollen grundsätzlich in örtlicher Betäubung ausgeführt werden. Die 2proz. Novokainlösung hat sich sehr gut bewährt. Den Suprareninzusatz halte man niedrig, einen Tropfen der Suprareninlösung 1:1000 auf 10 ccm 2proz. Novokainlösung.

Die Narkose ist nur noch bei der totalen Kieferresektion am Platz und für seltene Ausnahmefälle vorbehalten.

Der periodontitische Abszeß („Das Zahngeschwür“) hat folgende Durchbruchsstellen: Am häufigsten an der Gingiva („Zahnfistel“), weiterhin Kieferhöhle, in seltenen Fällen auch mal Nasenhöhle, ferner durch die äußere Haut.

Durch Inzision und Auslöfflung heilt der periodontitische Prozeß niemals aus, die Entfernung des schuldigen Zahnes, bzw. Erhaltung desselben durch Wurzelspritzenresektion ist immer notwendig.

Bei Kieferhöhlenentzündungen ist auf etwaige dentale Ätiologie zu achten. Selbst in Fällen, wo die nasale Infektion deutlich zu sein scheint, trifft man doch häufig auf dentalen Herd, es gibt nämlich nicht nur eine dentale und nasale Ätiologie, sondern auch eine kombinierte, wobei beispielsweise der dentale Herd ohne besondere Beschwerden schlummern kann, bis er durch hinzutretende nasale Ursache aufflammt.

In den Fällen, wo der periodontitische Prozeß seinen Weg durch die äußere Haut nimmt, finden wir Prädektionsstellen im Unterkiefer am Kinn, Foramen mentale und Kieferwinkel, im Oberkiefer Foramen infraorbitale.

Diese Hautfisteln werden noch vielfach lediglich von außen her angegangen. Auch diesbezüglich ist zu sagen, daß eine Kinn oder Wangenfistel dentaler Ätiologie (und die weitaus meisten sind dental) niemals durch Auskratzen von außen her zur Austeilung kommt, die Fistel schließt sich nach dem Eingriff auf kurze Zeit, aber nicht eher dauernd, bis auch der ursächliche Kieferherd mit ausgeräumt ist. Man lasse sich auch nicht durch ein anscheinend intaktes Zahnsystem täuschen, das Röntgenbild wird hier immer herangezogen werden müssen.

Das Thema der oralen Infektionsquelle ist in den letzten Jahren ja ganz besonders eingehend behandelt worden. Man ist dabei zweifellos etwas über das Ziel hinausgeschossen, aber ebenso zweifellos ist, daß früher dies Gebiet nicht genügend berücksichtigt worden ist. (Nephritis, um nur ein Beispiel zu nennen.)

Auf einem andern Gebiet hat man umgekehrt vielfach das Zahnsystem ätiologisch herangezogen, wo es nicht in dem Maße verantwortlich ist, nämlich bei den Neuralgien des Trigeminus. Für die Trigeminusneuralgie kommt das Zahnsystem direkt selten in Frage. (Allerdings darf man nicht jeden neuralgiformen Gesichtsschmerz als Neuralgie ansprechen.)

Bei hartnäckigen und öfters wiederkehrenden Anginen und Tonsillitiden sind retinierte und halbretinierte untere Weisheitszähne oft die Ursache, auch bei Mittelohrschmerzen, für die im Ohr kein Befund vorliegt, denke man daran.

Die Zusammenhänge zwischen Nasen-Rachen-erkrankungen und Kieferkrankheiten sind sehr innig. Auch hier wird der therapeutische Erfolg von der Erkennung der Ätiologie abhängig sein, es wird nichts nützen, den Nasen-Rachenraum zu behandeln, wenn beispielsweise das Kind eine rachitische Kieferverkrüppelung hat. Gerade am Kiefer ist die Rachitis ganz besonders ausgeprägt, sehr häufig viel stärker, als am übrigen Knochen-system. Gegenüber der Rachitis treten andere Ursachen der Kieferverkrüppelung (Vererbung, Lutschen der Kinder) weit zurück. Wenn aber

ein rachitisches Kind auch noch lutscht, so ist der Boden für hochgradige Kieferverkrüppelung mit all ihren schwerwiegenden Folgen (Atmungs-, Nahrungsbehinderung, Wucherungen im Nasen-Rachenraum usw.) besonders gut vorbereitet. Frauen, die bereits ein rachitisches Kind geboren haben, sollten vom Hausarzt dahin belehrt werden, daß bei neuerlich eintretender Schwangerschaft sofort mit einer antirachitischen Kur begonnen wird, denn die Zahnanlage beginnt bereits im zweiten Monat. Es muß das um so mehr gefordert werden, weil die rachitischen Zahn-Kieferverkrüppelungen weit verbreitet sind, zweifellos in den Jahren nach dem Krieg zugenommen haben.

Das Ekzem der Säuglinge hat Beziehungen zum Milchzahndurchbruch. Es empfiehlt sich daher, die Eltern gleich darauf vorzubereiten, daß mit einem Abheilen des Ekzems erst nach dem Durchbruch des zweiten Milchmolaren zu rechnen ist. Das Ekzem tritt vielfach kurz vor dem Durchbruch des ersten Zahnes auf, bei jedem neuerlichen Zahndurchbruch flammt es auf, ganz besonders bei erschwertem Zahndurchbruch, um erst mit dem Abschluß des Milchzahndurchbruches, also Ende des zweiten Lebensjahres, abzuklingen. Bei verzögertem Zahndurchbruch wird auch das Ekzem entsprechend länger anhalten.

Bei den entzündlichen Erkrankungen der Mundschleimhaut vermeide man jegliche Ätzmittel. Ein ausgezeichnetes Spülmittel ist die 0,5 proz. Thymolspirituslösung, und zwar ein Teelöffel voll der Lösung auf $\frac{1}{4}$ l abgekochten Wassers. Bei hartnäckigeren Stomatitiden spüle man die Mundschleimhaut mit dem Irrigator und stäube nach

den Irrigationen Jodoform auf. Zu den Irrigationen genügt abgekochtes Wasser, dem man auch einen Eßlöffel voll der 0,5 proz. Thymolspirituslösung zusetzen kann, und zwar auf einen Liter Spülwasser. Man beachte aber, daß ohne peinlichste Entfernung des Zahnsteines eine Stomatitis nicht zur Ausheilung zu bringen ist.

Nicht allzuseiten kommt es während der Menstruation zu entzündlichen Reizzuständen der Gingiva, die mit erheblichem Schmerzgefühl verbunden sein können. Es gibt Patientinnen, bei denen diese Überempfindlichkeit als regelmäßige Begleiterscheinung der Menstruation auftritt, ja eine Aphthenbildung kann vorkommen (chronisch rezidivierende Aphthen). Eine derartige Stomatitis, oder Stomatitis aphthosa beginnt gewöhnlich einen Tag vor dem Auftreten der Menses. Auf der Höhe der Menstruation ist auch die Mundschleimhauterkrankung am ausgeprägtesten, um mit dem Abklingen der Menstruation ebenfalls wieder zu verschwinden. Auch bei solchen Fällen keine Ätzmittel, sondern die oben angeführten Spülungen. Bei besonders stark vorhandenem Schmerzgefühl, das gewöhnlich abends am heftigsten auftritt, lasse man mit eisgekühlter Flüssigkeit spülen. Wenn auch dadurch keine wesentliche Herabsetzung der Schmerzen zu erreichen ist, so gebe man: Pyramidon 0,3 mit Dionin 0,01.

Bei den jetzt so außerordentlich häufig vorkommenden Kieferbrüchen (Kraftwagen, Motorräder) Sorge der zuerst hinzugezogene Arzt nach Anlegung eines Notverbandes und Verabreichung von Tetanusserum für umgehende fachärztliche Versorgung.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

(Aus dem Stadtkrankenhaus Plauen i. V.)

I. Über Blutdruckschwächlinge.

Von

Prof. Dr. Ed. Stadler in Plauen i. V.

So geläufig heute dem Praktiker der Begriff des hohen Blutdrucks, der Hypertonie, mit seinen Erscheinungen und Folgen ist, so wenig achtet man bisher auf den entgegengesetzten Zustand, den krankhaft niedrigen Blutdruck. Gewiß, die niedrige Pulsspannung ist uns bei zahlreichen Krankheitszuständen als Begleitsymptom geläufig, so vor allem als akute Erscheinung, Kollaps, beim traumatischen und anaphylaktischen Schock, weiterhin bei der größten Zahl akuter Infektionskrankheiten während der Zeit des hohen Fiebers und schwer gestörten Allgemeinbefindens, aber auch — besonders bei der Grippe — noch Wochen und Monate nach der Entfieberung. Als Dauersymptom kennen wir sie bei der Tuberkulose und bewerten sie hier als Ausdruckschwerer Giftwirkung; seltener bei anderen chronischen

Infektionen. Von diesen Vorkommnissen des niedrigen Blutdrucks soll hier nicht die Rede sein. Es gibt aber eine nicht geringe Zahl von Krankheitszuständen, bei denen die Hypertonie durch keine der genannten Ursachen erklärt werden kann, deren Erscheinungskomplex sich aber in erster Linie auf einen abnorm niedrigen Blutdruck zurückführen läßt.

Wann werden wir denn von einem abnorm niedrigen Blutdruck reden? — Wir wissen, daß der Blutdruck individuell und zu verschiedenen Zeiten erheblichen Schwankungen unterliegt, besonders bei den krankhaften Zuständen, die als „essentielle Hypertonie“ abnorm hohe Werte zeigen. Aus großen Reihenuntersuchungen geht hervor, daß die untere Grenze des normalen Blutdrucks durchschnittlich bei 110 mm Hg liegt. Man hat deshalb tiefere Werte von 105, 100 mm Hg und darunter, wenn sie dauernd bestehen, als pathologisch anzusprechen. Vom hämodynamischen Standpunkte aus kommen als wesentliche Koeffizienten der krankhaften Blutdrucksenkung in Betracht: die Schwäche des

COMPRETEN · AMPHIOLEN

„Amphiolen“

Astonin

(Strychno-Phosphor-Arsen-Injektion)



Astonin:

Natr. glycerinophosphoric. 0,1
Natr. monomethylarsenic. 0,05
Strychnin. nitric. 0,0005

Astonin „stark“:

Natr. glycerinophosphoric. 0,1
Natr. monomethylarsenic. 0,075
Strychnin. nitric. 0,00075

kräftiges Roborans

bei und nach erschöpfenden Krankheiten, bei Neurasthenie, Tabes, Unterernährung.

Schachteln mit 10 „Amphiolen“ Astonin oder Astonin „stark“ Anstaltspackung mit 100 „Amphiolen“

Eine Kur = 20 Einspritzungen: entweder alle 2 Tage eine Injektion oder täglich 1 Injektion mit 8–10 Tagen Pause nach der zehnten; oder bei gemeinsamer Verwendung beider

Stärken: zuerst 5–6 „Amphiolen“ Astonin, dann etwa 10 „Amphiolen“ Astonin „stark“ und schließlich wieder 5–6 „Amphiolen“ Astonin je in Abständen von 2–3 Tagen.

Hansaplast

der perforierte Schnellverband
aus Original-Leukoplast

Die mehrreihige Perforation

ermöglicht den ungehinderten Zutritt der Luft zur Wunde, wodurch der Heilungsverlauf wesentlich beschleunigt wird. Auch gestattet die Perforation die Erkennung einer etwaigen Eiterung.

Hansaplast ist zur Kassenverordnung zugelassen.



P. Beiersdorf & Co. A.-G. Hamburg

DOLORSAN

D.R.Wz.

Jod organisch an Camphor und Rosmarinöl sowie an NH₃ gebunden, Ammoniak und Alkohol

Große Tiefenwirkung!

Analgetikum

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

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

Kassenpkg. M. 1.15, gr. Flasche M. 1.95, Klinikpkg. M. 6.10

In den Apotheken vorrätig!

Johann G. W. Opfermann, Köln

Vial's
TONISCHER Wein

HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS

FÜR
WÖCHNERINNEN
RECONVALESCENTEN

VIAL & UHLMANN FRANKFURT a.M.

PREIS P. FL. MK. 4,50

AEGROSAN

D.R.Wz.

Ferro-calciumsaccharat
12:1000

Ferro - Calcium - Medikation
in Form von Aegrosan ist bei
Lungentuberkulose mit gutem
Erfolg klinisch erprobt

Literatur und Aertzeprouben
auf Wunsch!

enthält das Eisen in der wirksamen Ferroform
und entspricht weitestgehend den Forderungen der modernen Eisentherapie
Aegrosan wird selbst vom kranken Magen gut vertragen, mischt sich ohne weiteres mit dem
Magensaft, braucht weder reduziert noch aufgelöst zu werden und wird schnellstens und
restlos resorbiert.

Daher schnelle und durchschlagende Eisen- und Kalkwirkung ohne Verdauungs-
störungen selbst bei Säuglingen und Greisen

§Bequeme Tropfendosierung!

Preis M. 1.40 in den Apotheken, Klinikpackung M. 3.90 für Krankenhäuser

Johann G. W. Opfermann, Köln

Herzmuskels und abnorm niedrige Widerstände in den kleinsten Schlagadern, den Arteriolen. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß die Blutviskosität, die Gesamtmenge des zirkulierenden Blutes, Tonusänderungen der großen Arterien einerseits und der Kapillaren andererseits für die Höhe des Blutdrucks keine entscheidende Rolle spielen. Um zu entscheiden, welchem Faktor, der Herzschwäche oder der Arteriolenchwäche, im Einzelfalle der niedrige Blutdruck zuzuschreiben ist, ist eine Untersuchung der Größe, Form und Schlagfolge des Herzens und der großen Blutzepienten Leber und Lunge auf Stauungserscheinungen hin erforderlich. Dadurch können wir wenigstens schwere Störungen der Funktion und der Struktur des Herzmuskels ausschließen. Eine Bestimmung der Herzarbeit, um uns von der Leistungsfähigkeit des Organs ein Bild zu machen, ist für die Praxis wegen der Schwierigkeit der Methoden unmöglich. Dasselbe gilt leider für die Funktionsprüfung der kleinsten Arterien, so daß wir bislang außerstande sind nach Ausschluß schwererer Organveränderungen zu entscheiden, ob im Einzelfalle mangelnde Herzarbeit oder Gefäßschwäche den wichtigeren Faktor für einen niedrigen Blutdruck bildet. „Das therapeutische Handeln wird jedenfalls beide Möglichkeiten ins Auge fassen müssen“ (Martini und Pierach).

Das klinische Bild der Hypotonie wird durchaus beherrscht von Klagen über schnelle Ermüdbarkeit bei körperlichen wie bei geistigen Anforderungen. Die allgemeine Leistungsfähigkeit ist gering. Das zeigt sich körperlich weniger bei kurzen Leistungen, z. B. einem 100-m-Lauf, als bei Dauerleistungen, beim geistigen Arbeiter in mangelnder Konzentrationsfähigkeit und schlechtem Gedächtnis. Durch Energie vermag mancher Hypotoniker über solche Schwächen für eine gewisse Zeit hinwegzukommen. Sein Erholungsbedürfnis bleibt aber stets sehr groß. Sehr störend wirkt fernerhin die Neigung zu Schwindel, manchmal bis zur Ohnmacht. Ungewohnt langes Stehen — die Anprobe bei der Schneiderin —, Aufenthalt in überfüllten, schlecht gelüfteten Räumen, eine starke seelische Erregung lösen mit Vorliebe Ohnmachtsanfälle aus. Dasselbe gilt von schon geringen Schmerzen bei Verletzungen, mehr noch bei chirurgischen Eingriffen jeder Art. Zu den häufigsten Beschwerden gehören Kopfschmerzen, oft das Gefühl, als ob „im Kopfe alles auseinander liefe“, meist gesteigert durch körperliche oder geistige Anstrengung. Von Organempfindungen steht im Vordergrund das Gefühl von Herzklopfen auch ohne Steigerung der Schlagzahl des Herzens, seltener Störungen der Darmtätigkeit im Sinne plötzlich auftretender Durchfälle. Als besonders charakteristisch wird von allen Autoren hervorgehoben das Gefühl von Lufthunger, die Unfähigkeit tief durchzuatmen. Die Klagen über kalte Hände und Füße, Neigung zu Schweiß-

ausbrüchen, Empfindlichkeit gegen Schwankungen der Temperatur vollenden das Bild, das uns zur Fahndung nach einer Blutdruckerniedrigung auffordert.

Fragen wir uns, durch welchen Vorgang die wichtigsten Symptome wohl zustande kommen mögen, so weisen die Erscheinungen von Schwindel, Ohnmacht, Kopfschmerz, allgemeiner leichter Ermüdbarkeit gemeinsam auf eine mangelhafte Durchblutung des Gehirns hin. Wir finden dieselben Erscheinungen nur in gemilderter und länger dauernder Form wie beim akuten Kollaps traumatischen oder anaphylaktischen Ursprungs, den wir auf Grund experimenteller Forschungen als Folge einer Widerstandsverminderung in den Arteriolen, einer „Verblutung in das Splanchnikusgebiet“ auffassen. Die Blässe und Schläffheit der Haut, die meist normale oder manchmal sogar verlangsamte Pulsfrequenz bei regelrechter Herzform läßt auch für die größte Zahl der Hypotoniker die Gefäßschwäche als den wichtigeren Faktor annehmen. So manche andere gelegentliche Beobachtung paßt zu dieser Anschauung. Den Gynäkologen ist es bekannt, daß im Wochenbett bei rund 80 Proz. der Wöchnerinnen ein Druckabfall bis unter 110 mm Hg einzutreten pflegt. Die stärksten Senkungen werden zwischen dem 5. und 6. Wochenbettstage beobachtet. Daß Hypotoniker solchen Störungen gegenüber bis zur Lebensgefahr versagen können, zeigte mir eine 28jährige Zweitgebärende, zu der ich am 3. Tage nach einer normalen, ohne stärkeren Blutverlust verlaufenen Geburt hinzugezogen wurde. Die kräftig gebaute, etwas adipöse Frau war fast pulsslos, die Extremitäten fühlten sich kühl an, die Haut war blaß, die Atmung tief. Das Herz zeigte normale Form und Größe bei 84 Schlägen in der Minute. Fieber fehlte. Der Gesamteindruck war äußerst bedrohlich. Der Zustand war kurz nach der Geburt aufgetreten und dauerte schon fast 3mal 24 Stunden. Aus der Anamnese ergab sich, daß die Patientin auch in früheren Jahren häufig an Schwindel, Kopfschmerzen und Neigung zu Ohnmachten gelitten habe. Auch bei der ersten Geburt trat eine lange Ohnmacht ein. Dieses Mal erholte sie sich auf Kampfer, Koffein und Adrenalin im Laufe des 5. Tages post partum allmählich. Kürzlich wurde sie mir von dem Gynäkologen wieder zugewiesen mit der Aufforderung, der Indikation eines künstlichen Abortus bei einer jetzt bestehenden dritten Schwangerschaft zuzustimmen, da er nach den Erlebnissen bei der zweiten Geburt einen dritten Partus nicht übernehmen würde. Ich mußte ihm recht geben, da ich aus der eigenen Anschauung heraus mit höchster Lebensgefahr bei einem abermaligen Wochenbett der Frau rechnen mußte. Der jetzt gemessene Blutdruck im 3. Schwangerschaftsmonate bei gutem Befinden und relativ guter Leistungsfähigkeit der Patientin betrug 95 mm Hg. — Auch für den Chirurgen ist es wichtig zu wissen, ob

sein Kranker an einem Hochdruck leidet oder ein Blutdruckschwächling ist.

Sehen wir uns unsere Hypotoniker auf ihren Körperbau und konstitutionelle Eigenart hin an, so überwiegt bei weitem der asthenische Habitus. Das trifft namentlich für das männliche Geschlecht zu. Unter den hypotonischen Frauen fand ich manche kräftig gebaute mit Neigung zu Fettansatz. Allen gemeinsam ist aber eine gewisse Schläffheit der Stützgewebe, die sich häufig in ausgesprochener Ptose der Bauchorgane feststellen läßt. Ätiologisch hat man weiterhin versucht, den niederen Blutdruck durch Störung der Funktion der inneren Drüsen zu erklären. Naturgemäß stellte man in den Vordergrund die Nebennieren, da bei ihrem Totalausfall, der Addisonischen Krankheit, der niedere Blutdruck zu den charakteristischen Erscheinungen gehört. Martini und Pierach fanden den Blutzuckerspiegel und die Kohlehydrattoleranz bei ihren Hypotonikern meist an der unteren Grenze der Norm. Wenn sie daraus auch nicht auf eine Nebenniereninsuffizienz als Voraussetzung für die Ausbildung des Symptomenkomplexes schließen, so darf dieser Befund immerhin als regelmäßiges Vorkommen bewertet werden. Die Prüfung der anderen endokrinen Drüsen ergab weit ungleichmäßigere Resultate. Mehrfach fand sich ein niedriger Grundumsatz bei gleichzeitigen basedowoiden Erscheinungen. Das Röntgenbild ließ in manchen Fällen Veränderungen der Sella turcica erkennen, die vielleicht auf eine Verkleinerung der Hypophyse hinwiesen. Beim Fehlen anatomischer Grundlagen läßt sich bisher darüber nichts Sicheres sagen.

Manche Hypotoniker zeigen Störungen im Gleichgewicht des Vago-Sympathikus und lassen sich demnach unter die „vegetativ Stigmatisierten“ v. Bergmanns einreihen. Funktionelle Herz- und Magen-Darmstörungen, Störungen im Genitalsystem werden nicht selten beobachtet. Die Frage, in welcher Beziehung sie zu dem niederen Blutdruck stehen, läßt sich wohl selten einwandfrei beantworten. Ich möchte aber nicht so weit gehen wie Stein, die „nervösen“ Erscheinungen und die Vasolabilität in den Mittelpunkt des Symptomenkomplexes zu rücken. Wir kommen sonst zu einer Vermengung unseres Krankheitsbildes mit demjenigen, das Otfried Müller als „vasoneurotische Diathese“ so prägnant geschildert hat, bei dem der Wechsel zwischen Spasmus und Atonie, das „Jonglieren mit den Vasomotoren“ das wichtigste Symptom bildet. Davon kann bei den reinen Hypotonikern nicht die Rede sein. Wir haben hier als bedeutsamste Erscheinung immer nur das zeitweilige Versagen meist infolge zerebraler Insuffizienz, während die guten Zwischenzeiten überhaupt beschwerdefrei sind oder Symptome zeigen, die sich nicht auf den niederen Blutdruck unmittelbar zurückführen lassen. Daß im Laufe der Jahre im Gefolge sich häufender Insuffizienzerscheinungen sich manchmal psychische

Depressionen und Organbeschwerden einstellen können, ist allerdings zuzugeben. Ich kann mich deshalb auch nicht mit der Anschauung Kylin's befreunden, die Hypertonie und die Hypotonie als Phasen derselben Krankheitsgruppe zu bezeichnen. Gerade das Charakteristikum der Hypertonie, das Schwanken des Blutdrucks zwischen hoch und niedrig, geht dem Hypotoniker ab. Sein Druck ist dauernd niedrig eingestellt. Krankhafte Zustände werden bei ihm ausgelöst, wenn das Gehirn infolge mangelhafter Blutzufuhr aus statischen oder anderen hämodynamischen Gründen versagt.

Amerikanische Versicherungsgesellschaften haben uns davon unterrichtet, daß die Prognose der Hypotoniker hinsichtlich der Lebensdauer außerordentlich günstig ist im schroffen Gegensatz zu den Hypertonikern mit ihrer erheblichen Übersterblichkeit.

Die Therapie wird naturgemäß auf eine Hebung des Blutdrucks ihr Hauptaugenmerk zu richten haben. Nehmen wir Herz- und Vasomotorenschwäche als Ursache der Hypotonie an, so werden alle blutdrucksteigernden und gleichzeitig die Herztätigkeit anregenden Mittel angezeigt sein. Von den physikalischen Heilmethoden kommen die Gymnastik, kühle Wasserprozeduren, Luftbäder, Seebäder, Massage in Betracht, sämtlich zunächst je nach der Konstitution und der Schwere der Krankheitserscheinungen milde beginnend und allmählich gesteigert. Alles mit Maßen! Schroffe klimatische Unterschiede und starkes Reizklima wie die Nordsee oder das Hochgebirge werden notorisch schlecht vertragen und sind zu meiden. Zur Erholung eignen sich das Mittelgebirge und die Ostsee- und Mittelmeerbäder weit besser. Die Kost hat sich den Begleiterscheinungen am Magen und Darm anzupassen, häufige kleine Mahlzeiten sind den üblichen drei Hauptmahlzeiten vorzuziehen. Zu Zeiten lebhafterer Insuffizienzerscheinungen wird man ohne kleine „Reiz- und Belebungsmittel“ nicht auskommen. Am besten bewährt sich da früh und nachmittags eine Tasse Bohnenkaffee (horribile dictu!). So manche junge Frau, die den besten Willen zur Arbeit hat, aber jeden Morgen nach 2 Stunden versagt, und sich scheut, nachmittags eine Geselligkeit zu besuchen, da sie der Unterhaltung nach kurzer Zeit nicht mehr folgen kann, wird durch dieses einfache Mittel vor schweren Depressionen bewahrt. Bei der echten Hypotonie wird im Gegensatz zur vasoneurotischen Diathese der Bohnenkaffee in kleinen Mengen ausnahmslos gut vertragen, ohne Herzklopfen und Schlaflosigkeit zu verursachen. Ohnmachten erfordern außer Tiefliegen des Kopfes natürlich starke, subkutan oder intravenös gegebene Vasomotorenmittel und reflektorische Anregung der Gefäße durch Hautreize. Bei dem Dauerzustande, mit dem wir es bei der Hypotonie zu tun haben, kommen Medikamente nur vorübergehend in Betracht. Ich habe in letzter

Zeit gern Strychnin. nitric. in Pillen von 0,003 bis 0,01! 2 mal am Tag allmählich steigend für mehrere Wochen gegeben und den Eindruck einer gewissen Besserung dadurch gehabt. Von gynäkologischer Seite wird Ephetonin empfohlen. Ich habe damit noch keine Erfahrungen gemacht. Die übrigen Herz- und Vasomotorenmittel: Koffein, Kampfer, Adrenalin kommen nur bei akuten Zufällen in Frage.

Zum Schluß sei noch kurz auf die Wichtigkeit der Diagnose einer Hypotonie für die ärztliche Gutachtertätigkeit und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hingewiesen. Wie oft nehmen wir mangelhafte Leistungsfähigkeit eines Arbeiters als Folge mangelnder Arbeitslust oder Willenschwäche an, während eine Blutdruckmessung uns leicht über den wahren Grund seines häufigen Versagens aufklären würde. Es soll damit durchaus nicht einer übertriebenen Bewertung dieses Symptoms für die Arbeitsfähigkeit das Wort geredet werden. Seine Kenntnis wird uns aber manchmal vor einem ungerechten Urteil bewahren und den Kranken der richtigen Behandlung zuführen.

2. Die Indikationen und Gefahren der Tetanusserumeinspritzung.

Von

Dr. F. Selberg,

Direktor der chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Berlin-Weißensee.

Bei allen Erwägungen über die Indikationen der Tetanusserumanwendung hat man von der Grundtatsache auszugehen, daß in dem Verhalten des Tetanustoxins und des Antitoxins insofern ein praktisch eminent wichtiger Unterschied besteht, als es zu den Eigentümlichkeiten des Toxins gehört, daß es sich in seiner neurotrophen Affinität in den Ganglienzellen des Zentralnervensystems verankert, und zwar nicht nur in denen des Gehirns, sondern auch des Rückenmarks. Das Antitoxin dagegen vermag nicht in die Ganglienzellen einzudringen. Daraus ergibt sich, daß das Serum möglichst früh gegeben werden muß, zu einer Zeit, wo von dem Toxin noch möglichst viel im Körper kreist und noch möglichst wenig in das Zentralnervensystem eingedrungen ist. In Übereinstimmung mit dieser Erkenntnis erklärt sich die im großen Stile im Weltkrieg gemachte Erfahrung, daß das Behringsche Tetanus viel weniger imstande ist, bei ausgebrochenen Tetanus zu heilen, als vielmehr bei prophylaktischer Injektion den Ausbruch zu verhüten. Es wird daher allgemein als Pflicht des Arztes aufgefaßt, in allen geeigneten Fällen die prophylaktische Seruminjektion vorzunehmen. In praxi injiziert man entweder sofort, wenn man den Verletzten bekommt oder bei ausgebrochenem Tetanus am zweckmäßigsten in

den Fällen, wo zwischen Verletzung und Ausbruch mindestens 7 Tage verlaufen sind.

Die Inkubationszeit wird sehr verschieden angegeben, von 1—6—14—20 Tage. Die kürzeste Zeit scheint mir zu niedrig gegriffen. Aber ein gefährlicher Punkt beruht darin, daß der Tetanus oft erst so spät ausbricht, daß die kleine Eingangswunde längst verheilt ist und keine Beachtung gefunden hat, ja gelegentlich gar nicht mehr festzustellen ist.

Dazu kommt, daß die allerersten klinischen Manifestationen der Tetanuserkrankung oft nicht genügend charakteristisch sind — sie bestehen in Ziehen oder Schmerz in der Nachbarschaft der Wunde bzw. in dem betreffenden Gliede und in einer auffallenden Neigung zur stärkeren Transpiration. Aus obigem erhellt, daß das Antitoxin bei einer Inkubation unter 7 Tagen im allgemeinen wirkungslos bleiben wird.

Im folgenden sollen kurz die Indikation, die Therapie und ihre Gefahren auf Grund unserer Erfahrungen im Kriege und im Frieden wiedergegeben werden.

Indikation: Jede Wunde, bei der eine Möglichkeit einer Tetanusinfektion besteht, muß prophylaktisch behandelt werden. Es sind dies:

1. Alle Wunden, die mit Straßenstaub, Mist und Gartenerde verunreinigt sind, oder sein könnten.
2. Alle Wunden mit gequetschten Rändern, (auch Bißwunden, besonders von Hund und Pferd).
3. Alle Schußwunden (Teile der Patrone, der Kleidung oder der Außenhautbakterien werden in die Wunde hineingepreßt).

Den Hauptteil bilden zahlenmäßig die Wunden zu 1. Bei der außerordentlichen Zunahme der Wunden, die vom Überfahren oder Anfahren durch Autos, durch Motorräder entstehen, kommen sie immer mehr in den Vordergrund der Praxis.

Da bei der Gewalt der lebendigen Kraft die Schmutzteile in die Wunde sozusagen eingepreßt werden, ist zugleich die Gefahr des Tetanus größer. Bei der anaëroben Natur der Tetanusbazillen sind nicht die großen offenen Wunden die gefährlicheren, (z. B. Abtrennung eines Oberschenkels durch die Eisenbahn) sondern alle gequetschten, zerschundenen und abgeschürften Verletzungen!

Es brauchen, wie erhellt, durchaus nicht imponierende Verletzungen zu sein, die den Tod an Tetanus herbeiführen; gerade leicht übersehene oder als gering eingeschätzte Verletzungen führen das Unheil herauf. Die letzten hier beobachteten letalen Tetanusfälle beruhten auf einem Gertenhieb ins Gesicht und einem Steinwurf an den Kopf, beide bei Kindern.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß es eine schwerwiegende Verantwortung darstellt, im konkreten Falle die Serumanwendung zu unterlassen; unter den heutigen Verhältnissen wäre Anklage wegen Kunstfehler (Haftpflcht) und fahrlässiger Tötung unvermeidlich. (Ausführlicheres siehe in

den ausgezeichneten Ausführungen von Krecke, Beiträge zur prakt. Chirurgie Bd. I S. 222, München 1929.)

Wie gestaltet sich nun die Therapie?

Folgende Methoden sind vorgeschlagen worden:

1. Die Wunde wird lokal mit Serum behandelt (durch Verbindung mit serumgetränkten Tupfern); auch Einpudern mit Trockenserum ist empfohlen worden.

2. Um die Wunde herum wird ein zirkulärer Wall von Serum mit tiefen intramuskulären Seruminjektionen gelegt.

3. Applikation von großen Serumdosen, am besten intravenös, täglich 100 A.E. (25 ccm) die ersten 6 Tage lang.

Sehr zweckmäßig, weil wirksamer, ist die Intralumbalinjektion, spinal oder subokzipital, mehrmals wiederholt, bei schweren Fällen mehrmals 100 AE. Anschütz empfiehlt die intraneurale Methode (Injektion in einen Plexus). Der Nutzen der intrazerebralen Methode ist fraglich, da das Rückenmark dabei unberücksichtigt bleibt. Auch die freigelegte Karotis hat man injiziert.

Ein vorzügliches Mittel nach Ausbruch des Tetanus ist das Magnesiumsulfat. Das Magnesiumsulfat entfaltet (sofern es nicht durch den Verdauungskanal eingeführt wird) eine narkotische Wirkung, insbesondere setzt es schon in kleinen Dosen den Tonus der Skelettmuskulatur herab und führt Schlaf herbei. Gefahren drohen von seiner narkotischen Wirkung auf wichtige Zentren, speziell das Atemzentrum. Am wenigsten gefährlich ist die subkutane und intramuskuläre Injektion (5 resp. 4 ccm einer 25proz. Lösung pro Tag) die aber den Nachteil großer Schmerzhaftigkeit hat; diese kann man durch Zusatz von 1 ccm von 0,5 Proz. Novokain mildern. Für die intravenöse Injektion kommt nur die 2,5proz. Magnesiumsulfatlösung in Frage, von der man 100 ccm langsam injiziert; eventuell macht man eine Tropfinfusion. Wegen der Möglichkeit der Atemlähmung halte man stets Lobelin, Sauerstoff, Kampfer und Koffein bereit. Übrigens ist ein prompt wirkender Antagonist des Magnesiums das Kalzium, wovon 10 ccm einer 5proz. CaCl_2 -Lösung die bedrohlichen Erscheinungen zu kupieren vermögen. Die intralumbale Verabreichung besteht darin, daß man nach Ablassen von 5—10 ccm Liquor die entsprechende Menge 15—25proz. Magnesiumsulfatlösung injiziert. Die Kautelen sind die gleichen wie oben. Bei Anwendung von Magnesiumsulfat ist dauernd weitere Kontrolle während der nächsten Stunden durch den Arzt erforderlich. Als Gegenmittel bei Atemlähmung gebe man das obenerwähnte Chlorkalzium, sowie Lobelin oder Atropin, im höchsten Notfalle bleibt noch die Tracheotomie, verbunden mit Sauerstoffinsufflation.

Die Mortalität des Tetanus wird sehr verschieden angegeben: von 44—70 Proz. Nachdem

die prophylaktische Injektion allgemein eingeführt worden ist, ist glücklicherweise die Zahl der in die Krankenhäuser eingelieferten Fälle im allgemeinen zu niedrig geworden, um dem einzelnen als Grundlage für statistische Berechnung zu dienen.

Es darf noch darauf hingewiesen werden, daß außer der obengenannten speziellen Behandlung die Narkotika wichtig bleiben (am besten Chloralhydrat per clysm) sowie daß die allgemeine Pflege von hohem Wert ist: die Lagerung muß sorgfältig bewacht werden, der Schutz der Kranken vor Licht und Erschütterung, die strengste Ruhe der Umgebung müssen sorgfältig durchgeführt werden, weil die kleinste Störung die fürchterlichen Anfälle auslöst. Auch bei der Ernährung ist Vorsicht geboten, z. B. kann der Kranke im Trismus die Schnabellasse zerbeißen.

Die sogenannten Gefahren der Antitoxininjektion bestehen in der Serumkrankheit.

Wir unterscheiden

a) die sofortige Reaktion, den sogenannten anaphylaktischen Schock. Er besteht in einer Lähmung der Vasomotoren. Durch Lähmung der Splanchnikusgefäße kommt es zu einer „Verblutung ins Innere“. Ihre klinischen Symptome sind: flatternder frequenter Puls, kühle Extremitäten, Atemnot und Hinfälligkeitsgefühl. Die Therapie besteht im allgemeinen in Analeptizis, Kampfer, Koffein, Senspackungen und subkutaner Injektion von 1 ccm der Stammlösung von Adrenalin. Anaphylaxie kommt vor auch ohne vorherige Gabe von Serum; sie tritt besonders auf, wenn das Serum derselben Tierart vorher gegeben worden ist (in praxi jetzt wohl stets vom Pferde). Sofortiger Schock wird besonders beobachtet bei intravenöser Injektion, Zweifellos vorgekommene Todesfälle stehen in Anbetracht ihrer außerordentlichen Seltenheit in keinem Verhältnisse zur segensreichen Wirkung des Serums.

b) die eigentliche Serumkrankheit. Sie tritt gewöhnlich am 8.—9. Tage oder bei der sogenannten beschleunigten Reaktion am 4. bis 7. Tage auf, besonders nach intramuskulärer oder subkutaner Injektion. Wir sehen sie jetzt außerordentlich häufig auftreten, erheblich öfter bei Erwachsenen als bei Kindern. Unter den Erwachsenen werden besonders die vasolabilen Individuen getroffen. Die Krankheit dauert 2 bis 5 Tage; sie besteht in einem meist universellen Ausbruch von Urtikaria, bisweilen an der Injektionsstelle anfangend. Sie geht oft mit Störung des Allgemeinbefindens einher, Schüttelfrost, leichte Temperatur, Drüsenschwellung, Durchfällen. Die Therapie besteht in der bewährten Anwendung von: Puder, Karlsbader Salz, Adrenalin (wie oben) und mit Kalkpräparaten (Afenil). Verwechslungen mit Skarlatina, ausnahmsweise mit Morbillen und Arzneiexanthenen kommen immerhin vor.

Wenn man Grund hat, die Serumkrankheit zu fürchten, versucht man es mit der Desensibili-

sierung: 4—5 Stunden vor der eigentlichen Injektion werden 1—2 ccm des Serums intramuskulär gegeben. (Langsamere Gewöhnung.)

Zusammenfassung.

Es besteht heutzutage kein Zweifel über die unbedingte Notwendigkeit der prophylaktischen, bei Ausbruch auch der therapeutischen Antitoxinbehandlung. Unterlassung beider Behandlungsarten könnte als Kunstfehler eventuell auch strafrechtlich verfolgt werden. Wirkliche Gefahren der Serumbehandlungen bestehen nicht. Die Gefahr einer Anaphylaxie ist, wenn sie überhaupt vorhanden ist, rein zahlenmäßig so gering, daß sie in Anbetracht der Furchtbarkeit des Leidens nicht ins Gewicht fällt.

3. Akute Harnverhaltung.

Von

Dr. Rudolf Jahr,

Facharzt für Urologie in Freiburg i. Br.

Die akute Harnverhaltung stellt ein überaus alarmierendes Krankheitsbild dar: heftigster Harndrang, der sich nach immer kürzer werdenden Pausen zu schmerzhaftesten Blaskrämpfen steigert, höchste Angst und die Unmöglichkeit, auch nur die geringsten Mengen Harns aus der übervollen Blase zu entleeren, sind die am meisten hervorstechenden Symptome.

Bei den Fällen, die in der freien Praxis vorkommen, handelt es sich in der großen Mehrzahl um Männer, und zwar in erster Linie um Prostatiker. — Außer der Prostatahypertrophie kommen als Ursache akuter Harnverhaltung in Betracht Prostatitis und Prostataabszeß, periurethraler Abszeß, Harnröhrenstrikturen, eingeklemmte Steine und Fremdkörper der Harnröhre und Blase, sowie Schädigungen der peripheren Blasenerven durch das Geburtstrauma oder Operationen in der Nähe der Blase (weibliche Genitalien, Mastdarm). Auch Störungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems, Bewußtlosigkeit, Rückenmarksverletzungen, Tabes dorsalis u. a. können zur akuten Harnverhaltung führen. Schließlich sei erwähnt, daß diese schwere Störung auf rein hysterischer Basis mitunter auftritt.

Der Zustand drängt zu schnellster Hilfe. Die Blase muß sofort durch Katheterismus oder Punktion entleert oder wenigstens entlastet werden. Denn auf eine natürliche Entleerung durch Applikation von Wärme, Sitzbädern, Narkotizis u. a. ist in dem Stadium, das der Arzt zu sehen bekommt, nicht mehr zu rechnen. Man versäume daher mit diesen unzureichenden Mitteln keine wertvolle Zeit, halte sich auch nicht allzulange mit der Anamnese, der Untersuchung des Blasenstandes oder der Prostata, oder der Anästhesierung der Harnröhre auf, sondern schreite sofort zum

Katheterismus. Je früher die Druckentlastung erfolgt, desto größer ist die Aussicht, daß die Blase ihre normale Funktion wiedererlangt.

Am besten geeignet bei Männern ist ein gut schlüpfrig¹⁾ gemachter weicher Gummikatheter nach Thiemann Nr. 14 (Charrère) der fast ausnahmslos, auch bei hochgradiger Prostatahypertrophie, überraschend glatt passiert. Dieser Katheter wird (ebenso wie der bekanntere Mercierkatheter) mit nach oben gerichteter Spitze eingeführt und muß diese Stellung während des Einführens beibehalten, darf also nicht gedreht werden. Das ist, neben der selbstverständlich peinlichsten Asepsis, das einzige, worauf man zunächst achten muß.

Am vorteilhaftesten in häuslichen Verhältnissen lagert man den Patienten mit leicht erhöhtem Oberkörper quer auf das Bett, so, daß die Gegend des Steißbeins auf der Bettkante liegt, die Füße auf dem Boden oder leicht erhöht auf Fußbänken stehen.

Wenn der Katheter durch ist, der Harn also abläuft, entsteht die wichtige Frage, wieviel man ablassen soll. Bekanntlich ist es in hohem Grade gefährlich und muß als Kunstfehler angesehen werden, eine chronisch distendierte Blase, d. h. ein Organ, in dem schon vor dem Eintritt der kompletten Harnverhaltung längere Zeit eine unvollständige Harnverhaltung mit größeren Restharmengen bestanden hat, auf einmal völlig zu entleeren. Nieren und Blase vertragen eine derartige plötzliche Druckentlastung nicht und reagieren darauf häufig mit bedrohlichen Insuffizienzerscheinungen oder Blasenblutungen (ex vacuo). Dagegen kann man Blasen, die das Stadium der chronischen unvollständigen Harnverhaltung nicht durchgemacht haben, unbeschadet ohne weiteres entleeren. Die Feststellung, welcher dieser beiden Type vorliegt, ist im entscheidenden Augenblick aber oft nicht mit Sicherheit möglich, besonders wenn, wie zumeist, Prostatahypertrophie vorliegt: Daher mache man sich zur Regel, zunächst nicht mehr als höchstens 1000 ccm Harn abzulassen.

Ist diese Menge abgeflossen, oder enthielt die Blase weniger Harn, so verschließt man den Katheter mit einem kleinen konischen Hartgummistöpsel oder einem entsprechend zugespitzten Stückchen Holz.

Dann befestigt man den Katheter mit 3 bis 4 Heftpflasterstreifen von 1,5 cm Breite und 10 cm Länge, die in Spiralen in sich kreuzender Richtung um Katheter und Penis gelegt werden und läßt ihn als Dauerkatheter liegen. — Vor dem Festkleben muß jede Spur Glycerin oder sonstige Flüssigkeit von Katheter und Penis entfernt werden, weil sonst das Pflaster nicht klebt.

¹⁾ Ein vorzügliches Kathetergleitmittel ist Glycerin purissimum bidestill. (Merk) in Originalflaschen zu 75 ccm, das man durch jede Apotheke besorgen lassen kann. Gewöhnliches Glycerin reizt mitunter wegen Gehaltes an Säuren.

Um nach Möglichkeit einen guten Dauererfolg zu erzielen, d. h. zu erreichen, daß die Blase wieder selbständig ihren Inhalt restlos oder nahezu restlos entleert, muß man dafür Sorge tragen, daß jeder stärkere intravesikale Druck vermieden wird, damit sich die Blasenmuskulatur von der erlittenen Überdehnung erholen kann und nicht neuen Druckschädigungen ausgesetzt wird. Selbst ein mehrmaliger Katheterismus innerhalb 24 Stunden erreicht das nicht mit Sicherheit; meist ist zum mindesten die Nachtpause zu lang, und wenn innerhalb 24 Stunden etwa nur 1—2 mal eine Entleerung vorgenommen wird, so werden die Blasenwandungen mit fast absoluter Sicherheit innerhalb weniger Tage derartig geschädigt, daß ein natürliches Urinieren nie wieder eintritt. — Nur ein gut funktionierender Dauerkatheter kann in der Praxis Anforderungen erfüllen.

Wenn nicht besondere Komplikationen (Fieber u. a.) bestehen, soll der Patient außer Bett im Zimmer bleiben, da es sich meist um ältere Personen handelt, und auch die Blase und Prostata längere Bettruhe nicht gut vertragen. Der weiche Dauerkatheter läßt sich ohne Schwierigkeiten in der Hose verstauen. Natürlich muß der Kranke achtgeben, daß er den Katheter nicht herausreißt, wenn auch ein gutbefestigter Dauerkatheter einem ziemlich beträchtlichen Zug erfolgreich Widerstand leistet.

Wenn die Blase nicht mehr als höchstens 1000 ccm Harn enthielt, weisen wir den Kranken an, den Katheter, sobald leichter Harndrang entsteht, längstens jedoch alle 3 Stunden, auch nachts, zu öffnen (achtgeben, daß das Heftpflaster dabei nicht naß wird!) und die Blase zu entleeren. Das geschieht am besten im Stehen. Der Patient soll sich beim Abfließen des Harns so verhalten, als wenn er urinierte, d. h. selbst mitpressen. Auf diese Weise besteht am meisten Aussicht, daß die Blase ihre vorherige Elastizität und Funktion bald zurückerlangt. Freilich kann man, besonders bei Prostatahypertrophie, nie für den Erfolg garantieren, weil man den Grad der Schädigung der Blase und ihrer Erholungsfähigkeit nicht kennt. Es ist also auf alle Fälle ratsam, den Patienten oder seine Angehörigen darauf aufmerksam zu machen, daß sie mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß eine selbständige Harnentleerung nicht wieder eintreten wird.

Da der Erfolg in erster Linie von dem guten Funktionieren des Dauerkatheters abhängt, muß sich der Arzt täglich wenigstens zweimal davon überzeugen, daß der Dauerkatheter tadellos funktioniert und gut sitzt. Andernfalls muß er ihn erneuern. Dabei kann man dann gleichzeitig untersuchen, ob die Blase wieder selbständig funktioniert. Man läßt zu diesem Zwecke den Harn durch den Katheter ab und spritzt etwa 150—200 ccm Borsäurelösung in die Blase ein; dann entfernt man den Katheter und läßt den Patienten versuchen, die Flüssigkeit auf natürlichem Wege zu entleeren. Gelingt das

einigermaßen, so hat man meist gewonnenes Spiel. Man kann den Katheter weglassen, muß aber dem Kranken einschärfen, sofort Nachricht zu geben, wenn die folgenden Entleerungen nicht glatt vor sich gehen sollten.

Auch wenn der Katheter noch gut funktioniert, entfernt man ihn nach spätestens 2 Tagen und macht die soeben beschriebene Probe, um festzustellen, ob die Blase ihre normale Funktionsfähigkeit wieder erlangt hat. Falls das nicht der Fall ist, muß der Dauerkatheter wieder eingelegt werden. In der Folge wird die Probe jeden Tag wiederholt. Man darf die Geduld nicht verlieren, denn es kommt vor, daß bei konsequenter Vermeidung jeder Spannung in der Blase noch nach 14 Tagen und länger die normale Funktion sich wiederherstellt. Es kann daher nicht verantwortet werden, Prostatiker mit akuter Harnverhaltung nach kurzer erfolgloser Behandlung zur Prostat-ektomie zu verurteilen, die auch heute noch eine sehr schwere Operation ist.

Ein etwas anderes Vorgehen verlangen jene Fälle, bei denen die Blase nach Ablassen von 1000 ccm noch nicht leer war. Hier muß man in höherem Maße mit der Möglichkeit rechnen, daß schon lange vor der absoluten Harnverhaltung größere Restharmen bestanden. Wegen der oben erwähnten Gefahren der plötzlichen Druckentlastung ist bei diesen Kranken eine vorsichtige allmähliche Entleerung striktes Gebot. Nachdem man 1000 ccm abgelassen und den Dauerkatheter verschlossen hat, weist man den Patienten an, den Katheter alle 2 Stunden, auch nachts, zu öffnen und jedesmal $\frac{1}{4}$ l Harn abzulassen. Sollte dieses Quantum bei etwa bestehender Polyurie nicht genügen, die Blase in 2 Tagen völlig zu entleeren, so muß man größere Mengen, 200—350 ccm jedesmal, ablassen.

Wenn sich bei völliger Entleerung der Blase Blutungen oder stärkere krampfartige Schmerzen einstellen sollten, die als Folge zu schneller Druckentlastung anzusehen sind, so füllt man die Blase zunächst wieder mit etwa 500 ccm Borsäurelösung an und verlangsamt das Tempo der völligen Entleerung noch mehr.

Um einer Infektion des Blaseninhaltes nach Möglichkeit vorzubeugen, die eine besonders unangenehme Komplikation darstellt, gibt man in jedem Fall von Harnverhaltung Hexamethylentetramin $3 \times 0,5$ — $3 \times 1,0$. — Die Flüssigkeitsaufnahme braucht nicht besonders eingeschränkt werden, solange der Dauerkatheter liegt. — Die Diät soll leicht sein; für genügende Darmentleerung muß gesorgt werden.

Wenn der Katheterismus mit dem Standardkatheter für Harnverhaltung nach Thiemann Nr. 14 nicht gelingen sollte, so versuche man einen ganz dünnen Seidengespinstkatheter mit Mercierkrümmung (Charrère Nr. 7). Passiert auch dieser bei vorsichtig tastendem Vorschieben nicht glatt, so sollte der Arzt, der nicht

eine große spezielle Erfahrung und tägliche Übung im Katheterisieren hat, von weiteren Versuchen, besonders mit starren Instrumenten, absehen und die Punktion der Blase vornehmen. Diese ist bei richtiger Ausführung leicht und gefahrlos und sicherlich schonender als ein forcierter Katheterismus.

Nachdem man sich durch Palpation und Perkussion davon überzeugt hat, daß die Blase auch wirklich stark gefüllt ist, rasiert man die Gegend oberhalb der Symphyse, reinigt sie mit Benzin und streicht Jodtinktur auf. Man benutzt eine mindestens 6 cm lange dünne (ca. 0,8 mm) Punktionsnadel (Serumkanüle), über deren Ansatzende ein fingerlanges Stück Gummirohr gezogen ist. — Man sticht die Nadel genau in der Mittellinie 1 cm oberhalb des oberen Randes der Symphyse beim liegenden Patienten senkrecht ein, etwa 4—5 cm tief, je nach Dicke der Bauchdecken. Man kann hier nichts verletzen. Das Peritoneum liegt bei stark gefüllter Blase viel weiter nach dem Nabel zu. Man fühlt ganz deutlich den Eintritt der Nadel in die Blase an dem nachlassenden Widerstand, soll dann aber noch 1—2 cm tiefer stechen, damit die Nadelspitze bei sich entleerer Blase in deren Höhle bleibt. Wenn der Harn abtropft, setzt man an das Gummirohr eine 50—100 ccm fassende Spritze und saugt den Harn ab, weil das spontane Abtropfen durch die dünne Nadel zu lange dauern würde. — Wie beim Katheterismus nimmt man aus den oben angegebenen Gründen nicht mehr als höchstens 1000 ccm weg. Die Blasenpunktion kann einige Tage mehrmals innerhalb 24 Stunden wiederholt werden. — Man muß auch hier dafür sorgen, daß die Blase nicht wieder unter hohem Druck kommt. Auch sonst bestehen dieselben Gesichtspunkte wie bei der katheterisierten Blase.

Da es aus mehrfachen Gründen nicht möglich ist, für längere Zeit die Blase täglich mehrmals zu punktieren, müssen wir bestrebt sein, gelegentlich doch einen Katheter durchzubekommen. Das gelingt gewöhnlich, wenn die stürmischen Erscheinungen der Harnverhaltung, der Sphinkterkrampf und die Schwellung der Prostata abgeklungen sind.

Wenn man, nachdem die normale Harnentleerung wieder in Gang gekommen ist, für die Zukunft mit der Möglichkeit neuer Attacken von Harnverhaltung rechnen muß, vor allem also bei Prostatahypertrophie, empfehle ich dringend, dem Patienten oder geeigneten Angehörigen beizubringen, wie der Katheter im Notfall zu gebrauchen ist, und ihm einen passenden Katheter sowie Gleitmittel (s. oben) an die Hand zu geben. Es kommt in erster Linie der weiche Gummikatheter Nr. 14 nach Thiemann in Betracht. — Voraussetzung ist, daß der Katheter leicht und glatt passiert, daß der Patient oder seine Frau über ein gewisses Maß manueller Geschicklichkeit verfügen und daß die äußeren Verhältnisse ein einigermaßen steriles Vorgehen ermöglichen. — Der Katheter, der in ein frisch gewaschenes und geplättetes Tuch eingewickelt

stets bereit liegt, soll sofort eingeführt werden, wenn sich die ersten Anzeichen der Harnverhaltung, leichte Schmerzen und die Unmöglichkeit, den Harn loszuwerden, einstellen, und der Arzt nicht in kürzester Zeit zur Stelle sein kann. Fast immer genügt in diesem Anfangsstadium ein einmaliges Einführen des Katheters zur völligen Wiederherstellung der normalen Harnentleerung.

4. Der Fluor genitalis des Weibes und seine Behandlung.

Von

Dr. M. Penkert,

Dirigierender Arzt der Frauenabteilung an der Kahlenbergstiftung
Magdeburg.

Der Fluor genitalis stellt für den praktischen Gynäkologen, für den praktischen Arzt, der sich mit Behandlung weiblicher Genitalleiden befassen muß, für die Sprechstunde und Ambulanz wohl das wichtigste Problem dar. Wenn man die Patientinnen bezüglich ihrer gynäkologischen Leiden einer Durchsicht unterzieht, so nimmt der Fluor genitalis wohl die allererste Stelle unter den mannigfachen Genitalleiden der Frau ein. Seine Behandlung ist zugleich eine Krux des behandelnden Arztes, sowie auch der Patientin, an die Geduld beider werden in dieser Beziehung die größten Anforderungen gestellt und dies Leiden treibt infolge seiner Neigung zu baldiger Besserung, andererseits auch baldiger Rückfälligkeit die Frauen oft von einem Arzt zum anderen, sie irren infolge der Hoffnungslosigkeit und der von den verschiedensten Seiten versuchten Heilung und Besserung jahrelang umher, so daß hierdurch oft der Grund zu einer Überreizung der Nerven, zu einer großen Nervosität gelegt wird.

Nicht nur das unangenehme Gefühl der Feuchtigkeit, wie es bei vielen übertrieben reinlichen Frauen ohne besondere nachweisbare Ursache vorkommt, die Beschmutzung der Wäsche, der oft widerliche Geruch für die Patientin selbst und ihre Umgebung, die Vorstellung, daß diese unangenehmen Ausdünstungen — dem Ehemann unangenehm — zur Zerstörung der Harmonie der Ehe führen könnte, die ständige Beunruhigung, daß etwas nicht in Ordnung ist, die daraus entspringende Krebsfurcht, sondern vor allem auch die stete Angst, daß durch den ständigen Fluor dem Körper zuviel Stoffe entzogen werden und die Widerstandskraft erheblich nachlassen könnte, bringen die Patientin oft fast zur Verzweiflung.

Der Fluor genitalis ist nicht eine Krankheit im engeren Sinne, sondern wie v. Jaschke in der Einleitung zu seinem Referat auf dem Wiener Gynäkologenkongreß 1925 schrieb, ein außerordentlich vielgestaltiges und noch mehr vieldeutiges Symptom.

Es genügt hier nicht, nur allein die Genitalsphäre zu betrachten und zu untersuchen, es genügt bei der Behandlung keineswegs sich nur

mit der Art des eigentlichen Fluors zu befassen und lokal zu behandeln, sondern es gibt hierbei so vielerlei fließende Übergänge und Beziehungen zu allen möglichen anderen Erkrankungen des weiblichen Körpers, daß der heutzutage teilweise recht enge Gesichtskreis manches Facharztes über die rein lokalen Erscheinungen hinaus erweitert werden und man daran gehen muß, den Grundursachen dieses Symptoms tiefer nachzuspüren. Ist doch der Ausfluß oft der Ausdruck zum Teil leichter zum Teil schwerer Allgemeinerkrankungen, bei denen eine lokale Behandlung unnötig, zum mindesten aber oft recht überflüssig ist.

Bevor wir auf die Entstehung und Behandlung des Fluor genitalis eingehen, dürfte es am Platze sein, sich erst mal einen kurzen Überblick über die physiologisch-chemische und biologische Beschaffenheit und die Funktionen des weiblichen Genitales zu verschaffen und auf sie etwas näher einzugehen.

Das ganze Genitale vom Ostium abdominale der Tuben bis zum Scheideneingang bildet einen großen Schlauch, dessen Wände in gesundem Ruhezustande mit ihrer Innenfläche so nahe bei- und aneinander liegen, daß sie einen in seiner Form und Ausdehnung wechselnden kapillären Spalt umschließen, welcher eine in sehr dünner Schicht ausgebreitete Feuchtigkeit enthält. Innerhalb der Tuben und des Corpus uteri ist dieser Spaltsaft wässerig, transparent, farblos und frei von körperzelligen und bakteriellen Beimischungen, er reagiert alkalisch und entstammt wohl teilweise der Bauchhöhle. Durch die uterinwärts gerichteten, wahrscheinlich kontinuierlichen Ruderbewegungen der tubaren Epithelien müssen der Beckenbauchhöhle ständig kleinste Saftmengen entzogen und in die Geschlechtsgänge, in den Uterus, nach der Zervix zu überführt werden. Vermutlich hat an der Bildung dieses Spaltsaftes auch die reichlich vaskularisierte Tubenschleimhaut Anteil.

Auch aus der reichlich vaskularisierten Uteruschleimhaut dürfte dem Spaltsaft ein Beitrag zufließen, während das besonders im prämenstruellen Stadium in den Drüsen vermehrte seröse Sekret nicht in das Uteruskavum übertreten dürfte, sondern in den Lichtungen der weitgewordenen Uterusdrüsen liegenbleibt. Der innere Muttermund scheint dann eine gewisse Grenze zu bilden und den Genitaltrakt bezüglich seiner Aus- und Abscheidungen in zwei besondere Gebiete zu trennen, was auch aus dem besonders in der Schwangerschaft sehr ausgeprägtem zervikalen Schleimpfropf zu besonderer Andeutung kommt. Da die Zervixepithelien nie Glykogen enthalten und auch im Zervixschleim nie ein diastatisches Ferment vorzukommen scheint, so üben wahrscheinlich die Zervixepithelien, die lebenden Schleimhautzellen eine besonders starke Bakterizidie aus und dienen so als Aszensionsbarriere.

Der Inhalt der normalen Scheide, das Scheidensekret des gesunden Weibes ist nun im wesentlichen ein Produkt der Scheide selbst, und zwar ein Transsudat aus dem gefäßreichen subepithelialen

Bindegewebe, wie ja auch die Verhältnisse in Scheiden nach Uterusexstirpationen zeigen. Die Menge des Scheidensekrets bei der gesunden, geschlechtsreifen Frau ist recht gering, sie beträgt nur $\frac{1}{2}$ —1 g, während in der Schwangerschaft infolge der stärkeren Durchblutung und Durchfeuchtung natürlich auch die Menge zunimmt. Der Scheideninhalt des gesunden Weibes erinnert in seiner weißlichen Farbe und in seiner rahmig schmierigen Beschaffenheit wohl am meisten an frisch geronnene Milch, er enthält im flüssigen Substrat suspendiert zahllose Körperzellen und Bakterien, die in ihrem Mengenverhältnis bekanntlich miteinander wechseln und dadurch zuweilen ein mehr krümeliges, auch dünnflüssigeres, dünnrahmigeres Verhalten zeigen. Ob von der Scheide aus eine stärkere Rückresorption stattfinden kann, muß vorläufig dahingestellt bleiben. Wenn das in der Scheide gebildete Sekret normalerweise nicht auffällig nach außen abgeschieden wird, so liegt das vielleicht an einer Verdunstung der nach außen abgeschiedenen Mengen. Selbstverständlich ist das Verhalten des Scheidensekrets in den einzelnen Lebensaltern des Weibes verschieden. Die eingehenden Untersuchungen über die chemischen und biologischen Verhältnisse des Scheidensekrets bedürfen hier zum Verständnis der Therapie noch einer etwas genaueren Auseinandersetzung. Das Sekret beim Neugeborenen reagiert lackmussauer und enthält meist nur grampositive Scheidenbakterien. Beim Kleinmädchen ist die Reaktion sauer und alkalisch, es finden sich hier auffallend dicke grampositive Diplokokken und kleinere grampositive und negative Kokken neben weniger zahlreichen grampositiven und negativen Stäbchen. Die geschlechtsreife Virgo dagegen birgt in ihrer Scheide Döderleinsche Scheidenbazillen, so gut wie niemals Kokken bei ausgesprochen einheitlich saurer Reaktion. Über die Reaktion der geschlechtsreifen, deflorierten, nicht graviden Frau gehen die Meinungen noch auseinander. Während sie Menge lackmusalkisch fand, scheint sie nach neueren Untersuchungen doch mehr sauer zu sein, eine wirklich reine vaginalbazillenflora scheint hier nicht zu existieren. Bei der schwangeren Frau hingegen ist die Reaktion stark sauer und die Bakterienflora besteht bei der Hälfte der Frauen aus reinen Stäbchenformen, bei einem Viertel aus gemischten Stäbchen und Kokken, bei dem letzten Viertel finden sich wenig Stäbchen (Menge). Auch bei der reinen Kokkenflora ist die Reaktion immer stark sauer. Bei den operativ- oder röntgenkastrierten Frauen findet sich das gleiche Verhalten wie bei den Nichtgeschwängerten, auch bei den Matronen besteht das gleiche Verhältnis.

Eine wichtige Rolle beim Fluor spielen in der Scheide die Säureverhältnisse. Nach den eingehenden Untersuchungen P. Zweifels beruht die saure Reaktion des Scheidensekrets im wesentlichen auf seinem Gehalt an Gärungsmilchsäure, als deren Mutterstoff ein von der Scheidenwand geliefertes Kohlehydrat, das Glykogen, zu gelten hat. Die Zerlegung des Glykogens geschieht in

der Scheide durch ein diastatisches Ferment, ein glykolytisches, das anscheinend immer in allen Zellen des Körpers, auch in den Lymphozyten und Leukozyten vorhanden ist. Wahrscheinlich tritt auch noch eine bakterielle Vergärung der Glykose zu inaktiver Milchsäure hinzu und so können hier Glykolyse und Gärung parallel laufen und Bakterien und glykolytisches Ferment sich gewissermaßen das Spaltungsmaterial streitig machen (Menge). Solange die Säurebildung auf reiner Fermentwirkung beruht, erreicht sie augenscheinlich nur einen geringen Grad. Die Ansicht Döderleins, daß die saure Reaktion des Scheidensekrets auf den Gehalt an freier Kohlensäure zurückzuführen sei, ist durch Menge und Krönig widerlegt. Nach den Untersuchungen von Th. Franz über die verschiedenen Arten der Scheidenflora und die verschiedenen Säuregrade ist bei Vorhandensein nur grampositiver Stäbchen die Kohlehydratmenge hoch (titrimetrisch mit $n/50$ Jodlösung gemessen) 1,55 $n/50$ Jodlösung und $pH = 3,3$; bei Abwesenheit von Vaginalbazillen 0,443 bzw. $pH = 6,2$; bei Vaginalbazillen und anderen Keimen $pH = 6-6,5$. Es besteht also ein gewisser Parallelismus zwischen Kohlehydratreichtum des Nährbodens und Säuregrad. Je höher also der Säuregrad des Scheidensekrets, desto höher auch die Reinheit der Scheide, desto größer auch die Menge der für die Bildung der normalen Verhältnisse der Scheide notwendigen vaginalen Bazillen, bei höchstem Reinheitsgrade der Scheide auch der größte Gehalt an Milchsäure.

Das Scheidensekret erreicht in drei Lebensphasen einen Gipfel der Azidität, und zwar unmittelbar nach der Geburt, zur Zeit der Geschlechtsreife und in der Gravidität. Für den Aziditätsgrad ist aber vor allem die Wandbeschaffenheit der Scheide maßgebend (Novak). Es kann aber auch unabhängig von der Anwesenheit von Vaginalbazillen, ja unabhängig von irgendwelcher bakterieller Besiedlung überhaupt im Scheidensekret saure Reaktion bestehen, für deren Zustandekommen auf fermentative Prozesse zurückgegriffen werden muß (v. Jaschke), und es ist auch ebensowenig wie zwischen Glykogengehalt und Säuretiter ein strenger Parallelismus zwischen Flora- und Glykogenreichtum vorhanden. Der Alkaleszenzgrad des lackmus-alkalisch reagierenden Scheidensekrets beträgt bis $pH 6-8$, der des Zervixsekrets $pH 6,6-7,3$. Er wird nicht vom Ovar beeinflusst. Aus normalem Zervikalsekret kann auch unter dem Einfluß von Vaginalbazillen Säure gebildet werden und somit entammt der Säuregehalt der Scheide nicht nur aus dem Glykogen der Scheidenepithelien, sondern auch aus dem Zervixschleim. Umgekehrt kann ein saures Vaginalsekret im Reagenzglas auch durch eine Scheidenflora 3. und 4. Reinheitsgrades in ein alkalisches verwandelt werden.

Jedenfalls sind unter normalen Verhältnissen des Scheidensekrets die Scheidenwand mit ihrer normalen Beschaffenheit, die Flora und der Säuretiter des Inhalts biologisch aufeinander abgestimmte

Faktoren, und die gesamte Wandbeschaffenheit, der Turgor, die Lebhaftigkeit der Saftströmung, kurz die biologische Gesundheit im weitesten Sinne spielen eine größere Rolle als das Glykogen selbst (v. Jaschke).

Man hat nun weiterhin ja nach dem Gehalt an den verschiedenen Bakterien das Scheidensekret in verschiedene Reinheitsgrade eingeteilt. Beim 1. Reinheitsgrade sollen sich nur Döderleinsche Scheidenbazillen finden; beim 2. Döderleinsche Scheidenbazillen mit einigen anderen Bakterien, Kokken usw. und beim 3. und 4. Reinheitsgrade sollen die Scheidenbazillen sich in der Minderheit befinden, bzw. kaum vorhanden sein. Im Scheidensekret der schwangeren Frau mit seinen hohen Säuregraden leben die infektiösen Bakterien, besonders die klassischen Entzündungserreger menschlicher Gewebe, der Streptokokkus, der Staphylococcus pyogenes aureus und auch das Bact. coli im allgemeinen nicht, ebensowenig im normalen Sekret des nicht schwangeren Weibes. Es sind hier besonders günstige Abwehrbedingungen — Wundinfektionsbereitschaft — nach Erreichung der Geschlechtsreife geschaffen und vorhanden.

Im engsten Zusammenhang mit diesen Überlegungen über den Scheidenmikrobismus steht auch die Frage der Selbstinfektion bei der schwangeren, kreißenden und gebärenden Frau, die Frage, ob das Wochenbettsfieber verursacht wird durch in der Scheide lebende Bakterien oder durch von außen während des Geburtsvorganges hineingebrachte Wundinfektionskeime. Die endogene Spontaninfektion vaginaler Natur wird von Menge strikte abgelehnt und die Ansicht ist erklärlich aus der Tatsache, daß bei dem hohen Säuretiter der schwangeren Frau die infektiösen Keime schlecht oder gar nicht gedeihen, auch aus der Tatsache, daß im Wochenbett etwa eingedrungene infektiöse Keime schnellstens abgetötet werden und verschwinden.

Ob den Reinheitsgraden eine so überragende Bedeutung beigemessen werden muß, wird heutzutage wieder von verschiedenen Seiten bestritten und manche Autoren stehen auf dem Standpunkte, daß diese Klassifizierung in Reinheitsgrade ätiologisch und praktisch für den Fluor belanglos ist, daß vielmehr die Frage wichtiger ist, liegt eine lokale oder allgemeine d. h. körperliche Dysfunktion vor (Henkel).

Die Zell- und Bakterienvariationen des Sekrets sind zugleich eine Verschmelzungs- und Abweherscheinung, die Schwankungen im Zell- und Bakterienbild des Scheideninhalts der deflorierten und nicht schwangeren geschlechtsreifen Frau sind durchaus natürlich und ihr Scheideninhalt in seiner wechselnden Erscheinungsform stellt eine normale Sekretionsvarietät dar, woraus sich auch weiterhin ergibt, daß die 4 Reinheitsgrade völlig überflüssig erscheinen (Menge).

Eines Scheidenschmarotzers sei hier noch Erwähnung getan, des Trichomonas vaginalis, der aber heute allein kaum noch für Scheidenerkrankungen als besonderer Infektionserreger in Be-

tracht kommt, sondern sich meist mit den anderen Bakterien vergesellschaftet findet und besonders bei dem Reinheitsgrad 3. und 4. Ordnung nachweisen läßt, niemals allein ohne andere Scheidenkeime vegetiert.

(Fortsetzung folgt.)

5. Medizinal-statistische Betrachtungen zur Kindbettfieberfrage.

Von

Ministerialrat Dr. Marung in Schwerin.

Kindbettfieber, ein Thema über das man heutzutage, nachdem die Ursachen längst geklärt sind, nachdem Antisepsis und Asepsis es bekämpfen gelehrt haben, anscheinend kaum noch Worte zu verlieren braucht. Und doch ein ernstes, schreckenvolles, Vernichtung drohendes Wort auch heute noch! Kaum etwas Furchtbarereres gibt es in der Tätigkeit des so viel Leid miterlebenden Arztes als den Tod einer jungen Mutter im Wochenbett. Wohl fordert das Kindbettfieber keine Massenopfer mehr wie in früheren vorantiseptischen Zeiten, aber immer wieder noch taucht es als drohendes Gespenst auf und zerstört Menschenleben und Familienglück. Nach den statistischen Angaben des Reichsgesundheitsblattes erkrankten in den letzten Jahren noch durchschnittlich 8200 Frauen jährlich im Deutschen Reiche an Kindbettfieber, von denen 1850 starben. Tatsächlich sind aber, vor allem in Folge der zahlreichen nicht gemeldeten Erkrankungs- und Todesfälle nach Aborten, die Zahlen sicher noch weit höher. Trotz Asepsis und Antisepsis, trotz der großen operativen Fortschritte geht es auch heute noch nicht an, das Kindbettfieber als unwesentlich bei Seite zu setzen. Unablässig müssen wir weiter bemüht sein, dieser für die Erkrankte und deren Familie oft so folgenschwere Erkrankung nachzuspüren und die Erkrankungsziffern herabzudrücken. Ich habe versucht, dieser Frage durch statistische Erhebungen näherzutreten. Die seit den letzten drei Jahren von den Kreismedizinalräten des Landes dem Mecklenburg-Schwerinschen Medizinalministerium erstatteten Berichte über jede gemeldete Kindbettfiebererkrankung scheinen mir hierfür besonders geeignet. Umfaßt diese Statistik auch nur 132 Erkrankungsfälle, so ist doch jeder einzelne Fall eingehend geprüft und beobachtet, so daß sich ein anschauliches Bild der Verhältnisse der geburtshilflichen Allgemeinpraxis — nur sehr wenige Fälle waren klinisch — ergibt. Es wird in den Berichten auf die Klärung folgender Fragen Wert gelegt: Wurde die Geburt nur von einer Hebamme geleitet oder war auch ein Arzt zugegen? Erfolgte die Geburt durch Kunsthilfe und gegebenenfalls welcher Art? Sind bei der Entbundenen oder in ihrer Umgebung in letzter Zeit ansteckende oder eitrige Erkrankungen aufgetreten? Sind die Wohnungsverhältnisse besonders ungünstig?

Die in den Jahren 1927—1929 gemeldeten

132 Erkrankungen an Kindbettfieber verteilen sich auf 40700 Geburten. Es erkrankten somit 0,32 Proz. der Wöchnerinnen in dem genannten Zeitraum in Mecklenburg-Schwerin. Die Zahl der Todesfälle betrug 41, d. h. 0,1 Proz. der Wöchnerinnen. Berechnet auf die Einwohnerzahl des Landes erkrankten demnach auf 100000 Einwohner durchschnittlich jährlich 7 Frauen im Wochenbett, von denen 2 starben, während im ganzen Deutschen Reich in demselben Zeitraum auf 100000 Einwohner jährlich etwa 11 Frauen erkrankten und 3 starben (berechnet nach den statistischen Angaben des Reichsgesundheitsblattes).

Die Entbindungen bei den gemeldeten 132 Erkrankungen verliefen

6 × ohne Arzt und Hebamme mit 1 Todesfall,
58 × nur mit Hebamme mit 5 Todesfällen,
42 × mit Arzt und Hebamme mit 18 Todesfällen.
26 Erkrankungen betrafen Aborte und Frühgeburten, die größtenteils zunächst ohne Arzt und Hebamme verliefen und in 17 Fällen zum Tode führten.

In den ohne Arzt und Hebamme verlaufenen 6 Fällen werden als Ursachen unsaubere Verhältnisse und eitrige Entzündungen oder nässende Hautausschläge der Wöchnerinnen oder ihrer Umgebung angegeben. Der einzige Todesfall erfolgte bei einer Wöchnerin mit eitriger Fingerentzündung. Durchgreifende hygienische Volksbelehrung wird hoffentlich solche Fälle mit der Zeit immer seltener werden lassen.

Bei den 42 Geburten mit Arzt und Hebamme trat Kindbettfieber auf

nach spontanem Geburtsverlauf 11 × mit 4 Todesfällen,
nach manueller Plazentalösung 15 × mit 5 Todesfällen,
nach Entbindung durch Zange 10 × mit 5 Todesfällen,
nach Entbindung durch Wendung und Extraduktion 5 × mit 3 Todesfällen,
nach Kaiserschnitt 1 × mit Ausgang in Tod.

Bei 3 von den 5 Todesfällen nach Zangenentbindung handelte es sich um besonders schwere Zangenoperationen. Die 3 Todesfälle nach Wendungen traten ebenfalls nach sehr schwierigen Wendungen auf.

Bringt man die gemeldeten Erkrankungs- und Todesfälle mit der Gesamtzahl der stattgehabten Entbindungen in nähere Beziehung — ich konnte das wegen der zeitraubenden Arbeit allerdings nur für den mittleren der drei Jahrgänge, das Jahr 1928, auf Grund der Geburtenverzeichnisse der Hebammen, durchführen —, so ergibt sich folgendes:

Von den 14073 Entbindungen dieses Jahres verliefen 12018 unter alleiniger Leitung der Hebamme, bei 2055 — also in etwa 14 Proz. — wurde ein Arzt zugezogen. Auf die ersteren 12018 Entbindungen entfielen 27 Erkrankungen an Kindbettfieber = 0,23 Proz. (1927 waren es sogar nur 15, 1929 nur 14 Erkrankungen). Auf

die 2055 Entbindungen mit Arzt kamen 17 Kindbettfiebererkrankungen = 0,83 Proz. Davon fielen auf 125 manuelle Plazentalösungen 4 = 3,2 Proz. auf 625 Zangenentbindungen 3 = 0,48 Proz. auf 117 Wendungen und Extraktionen 2 = 1,7 Proz.

Als Ergebnis der anfangs aufgeführten 3 jährigen Statistik zeigt sich im Gegensatz zu früheren Zeiten vor allem der ganz unverhältnismäßig große Einfluß, den die Fehlgeburt oder vielmehr die Abtreibungsseuche heute, auch in einem Lande mit vorwiegend ländlicher Bevölkerung, auf das Zustandekommen des Kindbettfiebers hat. Eine Feststellung, die um so schwerwiegender ist als diese Erkrankungen nach septischen Aborten eine besonders hohe Sterblichkeit haben, die sich in meiner Statistik auf 65 Proz. beläuft und genau $\frac{1}{3}$ sämtlicher gemeldeten Todesfälle ausmacht.

Die Statistik bestätigt weiter alte Erfahrungen, die wieder einmal sich vor Augen zu halten, nicht unzweckmäßig sein dürfte. Das gilt vor allem von der ungünstigen Prognose der manuellen Plazentalösung. Von den 31 Erkrankungen nach ärztlichen Eingriffen fallen 15 auf die manuelle Plazentalösung, ein ganz außerordentlich hoher Anteil, wenn man die überwiegende Häufigkeit anderer Operationen wie Beckenausgangszangen und Extraktionen bei Beckenendlagen gegenüber jenem Eingriff berücksichtigt. Nicht oft genug kann deshalb die Warnung von Jaschkes („Über Puerperalfieber mit besonderer Berücksichtigung von Diagnose und Therapie“, Nr. 13 der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung vom 1. Juli 1921) vor der „außerordentlichen Gefährlichkeit der in der Praxis viel zu oft ausgeführten manuellen Plazentalösung“ wiederholt werden. Oberster Grundsatz sei, die manuelle Plazentalösung mit Aufbietung aller ärztlichen Kunst zu vermeiden. In manchen Fällen führt noch der im richtigen Augenblick geschickt — nötigenfalls in Narkose — ausgeführte Credé'sche Handgriff durch den Arzt zum Ziele, nachdem er der Hebamme mißglückt ist. Durch zu frühzeitig und unzweckmäßig ausgeführte Expressionsversuche kommt es nicht selten zu Komplikationen, die mit der manuellen Plazentalösung enden. In der verständnisvollen Überwachung des Geburtsverlaufs und in der sorgsamsten Beobachtung der Nachgeburtszeit liegt das wichtigste Vorbeugungsmittel.

Sehr viel kleiner ist die Zahl der Kindbettfiebererkrankungen nach Zangenentbindungen. Unter den 625 Fällen von Zangenoperationen im Jahre 1928 finden sich nur 3 = 0,48 Proz. Erkrankungsfälle. Und doch ist auch hier eine Warnung nicht überflüssig. Unter den 10 Erkrankungen der 3 Berichtsjahre nach Zangenentbindungen endete die Hälfte tödlich! Bei dreien der 5 Todesfälle findet sich die Bemerkung, daß es sich um schwere Zangenoperationen gehandelt habe. Freilich ist eine Beendigung der Geburt durch die Zange, wenn der Kopf im geraden Durchmesser fest auf dem Beckenboden

steht oder gar schon sichtbar ist, nicht schwierig, und alle Beteiligten atmen auf, wenn die langdauernde Geburt durch diesen auch für den Arzt so dankbaren Eingriff schnell und glücklich beendet ist. Aber nicht selten täuscht sich der Arzt über die Schwierigkeit des Eingriffs, wenn der Kopf noch nicht zangengerecht steht und die Weichteile starr sind. Schwere ausgedehnte innere und äußere Weichteilerreißungen sind dann die Folge der nur mit äußerster Kraftaufbietung des Arztes beendeten Operation. Trotz Gummihandschuhen ist unter den oft ungünstigen äußeren Verhältnissen der Allgemeinpraxis bei mangelhafter Assistenz ein steriles Arbeiten kaum möglich, und nicht selten ist in solchen Fällen deshalb Infektion und Kindbettfieber schwerster Form die Folge. Drum kann es auch hier zwecks Vorbeugung vor schweren Komplikationen und Kindbettfieberwiedernur heißen: Keine Zangenoperation ohne strenge Indikationsstellung. Das ruhige Abwarten, häufig allerdings erschwert durch die stürmisch geäußerten Wünsche der Kreißenden und ihrer Umgebung auf Beendigung der Geburt, führt oft noch zur Spontangeburt oder erleichtert einen doch noch etwa notwendig werdenden Eingriff durch günstigere Einstellung des Kopfes.

Daß schwere Wendungen — und als solche werden die in den Berichten aufgeführten meistens bezeichnet — einen ernsten Eingriff bedeuten, zeigt schon die Tatsache, daß von den 5 im Anschluß an die Entbindung im Wochenbett erkrankten Frauen 3 starben.

Die Zahl der Erkrankungen an Kindbettfieber bei den von Hebammen allein geleiteten Geburten mit 58 ist sehr gering. Bei Annahme eines Abzuges von 14 Proz. ärztlich geleiteter Geburten, wie für 1928 ermittelt, auf die Gesamtgeburtenszahl von 40700 würde der Erkrankungshundertatz für den 3 jährigen Zeitraum sogar nur 0,17 Proz. betragen; ein ganz außerordentlich günstiges, für die Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit der mecklenburgischen Hebammen sprechendes Ergebnis. Der Verlauf dieser Erkrankungen war in der Regel ziemlich leicht, es endeten 5 Fälle = 9 Proz. tödlich. In 6 Erkrankungsfällen war mit großer Wahrscheinlichkeit die Ursache des Kindbettfiebers zurückzuführen auf gleich nach Erledigung der Entbindung einsetzende vorher unerkannte oder nicht genügend beachtete Erkrankungen der Hebamme an eitrigen oder septischen Krankheitszuständen. Körperliche und geistige Gesundheit der Hebammen (keine Überalterung des Hebammenstandes!) ist deshalb ebenso wie eine gründliche Ausbildung, regelmäßige Wiederholungslehrgänge, gute Beaufsichtigung durch die Kreisärzte, genügende wirtschaftliche Sicherstellung auch im Interesse der Verhütung von Kindbettfiebererkrankungen zu fordern. Die Beachtung des letzten Punktes sollte nicht vernachlässigt werden. Nur eine in auskömmlichen wirtschaftlichen Verhältnissen lebende Hebamme wird die zu ihrem Berufe erforderliche Ruhe und Sorgfalt aufbringen können.

Wenn in der Statistik des Jahres 1928 auf die lediglich von den Hebammen geleiteten Geburten nur 0,23, auf die mit ärztlicher Hilfe verlaufenen 0,83 Proz. Erkrankungen entfallen, so ist das keineswegs ein schlechtes Zeichen für die ärztliche Kunst. Handelt es sich doch auf der einen Seite fast durchweg um glatt und regelrecht verlaufende Geburten, während der Arzt größtenteils nur Fälle mit abweichendem, oft zu operativen Eingriffen Veranlassung gebendem Verlauf sieht. Dazu kommen die oft äußerst schwierigen, mir aus eigener 25-jähriger geburtshilflicher Tätigkeit wohlbekannten Verhältnisse der Allgemeinpraxis bezüglich unhygienischer Umgebung und mangelhafter Assistenz, die die

Aussichten der operativen Tätigkeit ungünstig beeinflussen. In Anbetracht dieser Umstände darf das Ergebnis der vorliegenden Zusammenstellung bezüglich der geburtshilflichen Eingriffe der Ärzte sogar als ein sehr günstiges bezeichnet werden. Es zeugt von der Leistungsfähigkeit des deutschen Arztes, es zeigt aber auch, wo gefährdende Schwierigkeiten liegen. Auf diese vielleicht zum Teil doch vermeidbaren Gefahren hinzuweisen in dem Sinne, daß kritisch abwartende Beobachtung in der Geburtshilfe oft bessere „ärztliche Fortbildung“ bedeutet als Operieren ohne zwingende Indikationsstellung, möchte ich am Schlusse meiner Ausführungen nicht unterlassen.

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.

Über operative Beeinflussung des Zuckerstoffwechsels

schreiben Depitsch, Hasenöhl und Schönbauer (Wien. klin. Wschr. Nr. 11). Schon lange vor Einführung des Insulins in die Therapie und auch nachher sind zahlreiche Versuche gemacht worden, den Stoffwechsel des Diabetikers operativ zu beeinflussen. Vor allem sind 4 operative Versuche zu erwähnen: 1. die Gangunterbindung der Bauchspeicheldrüse, 2. die Massenligatur des Pankreas, 3. die Unterbindung des Ausführungsganges der Parotis, 4. die Entnervung beider Nebennieren. Es konnte gezeigt werden, daß nach Unterbindung des Hauptausführungsganges der Bauchspeicheldrüse beim Hunde 2—3 Monate nach der Operation die Werte des Nüchternblutzuckers absanken und die Zuckertoleranz erhöht wurde. Das gleiche fand man nach der Massenligatur des Pankreas, die darin bestand, daß im Bereich des Drüsenkopfes eine starke Ligatur um das ganze Drüsengewebe unter Schonung der Gewebe angelegt wurde. Der abgeschnürte Pankreasteil verfällt ebenso wie nach der Gangunterbindung durch die Rückstauung des Sekrets der Atrophie, während das Inselgewebe um so stärker wuchern soll. Diese Versuche wurden nur an gesunden Hunden gemacht. Es ist sehr zweifelhaft, ob sie bei dem Diabetiker ebenfalls zum Erfolg geführt hätten. Die beiderseitige Unterbindung des Ausführungsganges der Ohrspeicheldrüse führt beim Hund zu einer Abnahme des Nüchternblutzuckers und zu einer Steigerung der Kohlenhydrattoleranz. Man nimmt an, daß durch die Ausschaltung der äußeren Sekretion der Parotis eine vorher latente innere Sekretion in Aktion trete, die insulinartig sei oder nach Art einer Sekretinwirkung die Tätigkeit der Inselzellen anrege. Diese Operation ist auch an diabetischen Menschen versucht worden. Während ein Teil

der Autoren günstige Erfolge gesehen haben will, wurde in letzter Zeit auf Grund von Erfahrungen an 18 operierten Patienten diese Operation von der Bergmannschen Klinik abgelehnt. Der Gedanke, die Nebennieren zu entnerven, geht auf die von Zuelzer aufgestellte Theorie zurück, daß die diabetische Stoffwechselstörungen durch einen Wegfall der pankreatischen Hemmungen in der Leber und eine dadurch vermehrte ungehemmte Zuckerausschüttung durch das Adrenalin zustande komme. Zuelzer konnte schon vor 22 Jahren zeigen, daß die Zuckerausscheidung bei pankreaslosen Hunden nach Unterbindung der Nebennierenvenen viel geringer war, als bei entsprechenden Kontrolltieren. Für die Praxis kam diese Operation nicht in Frage, weil die Hunde diesen Eingriff höchstens 36 Stunden überlebten. Ciminata hat berichtet, daß die Zuckerausscheidung im Harn bei pankreaslosen Hunden nach Entnervung beider Nebennieren verschwand und der Blutzucker normal wurde. Für die Praxis ist diese Operation bedenklich, da es möglich ist, daß nach Entnervung der Nebennieren in einiger Zeit schwere Störungen dieses lebenswichtigen Organs eintreten können. Während die früheren Operationen auf direktem oder indirektem Wege eine Vermehrung der Insulinproduktion anstrebten, beruht der Eingriff von Zuelzer und Ciminata auf dem Prinzip, den Antagonisten des Inselorgans zu schwächen und so nach Möglichkeit ein Gleichgewicht wiederherzustellen. Verff. sind bei ihren Versuchen ebenfalls von dieser Theorie ausgegangen. Der von ihnen zunächst beschrittene Weg bestand in der Durchschneidung der im Ligamentum hepatoduodenale verlaufenden vegetativen Nerven. Dadurch werden sämtliche zur Leber ziehende sympathische Nerven und ein Teil der vagalen Fasern durchtrennt. Durch diesen Eingriff sollte die gesamte nervöse Gegenregulation in der Leber ausgeschaltet werden. Durch die Operation konnten bei ge-

sunden Hunden die Blutzuckerwerte heruntergedrückt werden und die Zuckertoleranz erhöht werden. Bei Hunden, denen vorher das Pankreas teilweise extirpiert wurde, wurde durch die Durchtrennung der zur Leber führenden Nerven ebenfalls eine Dämpfung der Zuckerabgabe durch die Leber herbeigeführt. Es war auffallend, daß der Haupterfolg erst 2—3 Monate nach der Operation sich zeigte. In letzter Zeit versuchten die Autoren den Zuckerstoffwechsel der peripheren Gewebe vom Standpunkt der nervösen Gegenregulation zu beeinflussen. Die Versuche, die in der periarteriellen Sympathektomie der großen Extremitätengefäße bestehen, sind noch nicht ganz abgeschlossen, scheinen aber ebenfalls dämpfend auf die Zuckerabgabe aus den Muskeln in das Blut zu wirken. Es wird als besonders wichtig hervorgehoben, daß an den operierten Hunden auch nach langer Beobachtungszeit keinerlei Störungen des Gesamtorganismus auftraten, so daß die Operation am Menschen wohl zu diskutieren wäre. In Frage kämen natürlich vorläufig nur solche Patienten, bei denen die nervöse Beeinflussung des Zuckerstoffwechsels stark hervortritt, wie dies bei manchen Fällen von Insulinresistenz wahrscheinlich ist.

G. Zuelzer (Berlin).

Der „Tropikaltypus“,

eine dem Flecktyphus ähnliche Krankheit, über die in letzter Zeit vielfach berichtet wurde, kommt nach Ansicht von Wolff (Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Ind. Teil 69 Lief. 5 S. 429) auch in Niederländisch-Indien vor. Er stützt seine Anschauung auf 29 untersuchte Fälle. Die Diagnose soll sich — bei einer typhusähnlichen Erkrankung — hauptsächlich aus der Weil-Felix-Reaktion ergeben. Bei Agglutination mit erhitztem Serum sollen sich die Agglutinine als thermolabil erweisen. Die meisten Fälle stammten von der Ostküste von Sumatra.

Bei verschiedenen Lebererkrankungen

steigt, wie Goudsmit zeigt (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jg. 73 I. Hälfte S. 2740), nach oraler Zufuhr geringer Glukosemengen, deutlich der Glukosegehalt des Blutes. Dies Steigen der Blutzuckerkurve bei Leberkranken ist wahrscheinlich teils aus herabgesetzter Glukosefixierung in der Leber zu erklären, teils aus Faktoren, die mit der Insulinproduktion zusammenhängen. Hepatogene Hyperglykämie wird durch Ergotamininjektion deutlich verringert, pankreatogene viel weniger, so daß hierdurch vielleicht ein differentialdiagnostisches Mittel gegeben ist.

Die Bedeutung der Roffoschen Neutralrot-Reaktion

wird von Correa (Bol. Inst. Med. exper. Jg. 4 S. 399) erörtert. Wie R. fand, werden von in vitro gezüchtetem normalen Gewebe verdünnte Neutralrotlösungen ohne Schädigung der Entwicklung aufgenommen, malignes Tumorgewebe

wird dagegen in der Entwicklung gehemmt. Damit in Zusammenhang steht die Erscheinung, daß normale Seren bei Zufügung von Neutralrot ihre Eigenfärbung behalten, Sera von an malignen Tumoren Erkrankten dagegen sich mehr oder weniger intensiv rot färben. Diese Erscheinung (positive Reaktion) ist zwar nicht ganz konstant, konnte aber in der großen Mehrzahl der Fälle beobachtet werden. Die Reaktion ist also ein gutes diagnostisches Hilfsmittel. Die Ursachen der Reaktion sieht C. in einer physikalisch-chemischen Veränderung des Serums in Verbindung mit der Adsorptionsfähigkeit der CO_2 . Entzieht man dem positiv reagierenden Serum CO_2 , so reagiert es negativ.

Das Insulin

wirkt, wie Roffo gefunden hat (Bol. Inst. Med. exper. Jg. 4 S. 391) schon in geringen Mengen hindernd, resp. vollkommen hemmend auf das Wachstum von normalem, wie von neoplastischem Gewebe. R. führt dies teilweise darauf zurück, daß Glukose durch Insulin gefällt wird.

V. Lehmann (Schlachtensee).

2. Chirurgie.

Die Dupuytrensche Fingerkontraktur

bespricht Oehlecker (Hamburg) in Bruns' Beitr. Bd. 149, H. 3. Der Sitz der Erkrankung ist die Palmaraponeurose, d. h. die fächerförmige Verbreitung der Sehne des M. palmaris in der Hohlhand. Bei den innigen Beziehungen, welche diese Aponeurose zu der Haut hat, treten in dem oft über Jahrzehnte sich erstreckenden Verlauf der Erkrankung feste Verwachsungen mit der Haut ein. Hauptsächlich sind der 4. und 5. Finger betroffen. Die Endglieder bleiben fast immer frei, meist ist zunächst das Grundglied betroffen, es sind aber auch Fälle bekannt, in welchen die ersten Beugekontrakturen in dem Mittelglied sich zeigten. Ein Übergreifen der Erkrankung auf die übrigen Finger, namentlich den Daumen ist äußerst selten. Ob ähnliche Erscheinungen an der Plantaraponeurose des Fußes oder die als Induratio penis plastica bezeichnete Erkrankung in dasselbe Gebiet gehören, erscheint sehr fraglich. Die Erkrankung kommt ein- und doppelseitig vor. Überwiegend sind Männer von ihr betroffen. Das Durchschnittsalter der Erkrankten war das 40.—50. Lebensjahr. Die Diagnose stößt nicht auf Schwierigkeiten. Vorgeschichte, der ausgesprochen langsam sich entwickelnde Verlauf und der Befund lassen differentialdiagnostische Irrtümer ausschließen. Wohl aber muß nach früheren Verletzungen gefahndet werden, die z. B. durch eine Gelenkverletzung zu Gelenkkontrakturen geführt haben können, eine Affektion, die mit der hier in Rede stehenden Erkrankung nichts gemein hat. Über die Ursache der Erkrankung bestehen zahlreiche Theorien, keine von ihnen

gibt eine wirkliche Erklärung, die allen Fällen standhält. Die Erblichkeit scheint eine gewisse Rolle zu spielen. In dieser Hinsicht ist der Erklärungsversuch von Ali Krogius bemerkenswert, der die Ursache der Erkrankung in einer entwicklungsgeschichtlichen Anomalie sucht. Er vertritt die Auffassung, daß sich die D. K. aus einer Anlage der kurzen Fingerbeuger entwickle, die sich in der Aponeurose fleckweise erhält und so zu einer Wucherung sehnenartigen Gewebes führt. Bei dem überaus langsamen Verlauf der meisten Fälle muß nicht sofort operiert werden, sondern man kann zunächst einen Versuch mit Massage und Bewegungsübungen machen. Man soll die Anzeige zur Operation auch davon abhängig machen, ob und inwieweit der Kranke in seinem Beruf gestört wird. Zu warnen ist vor dem Versuch mancher Kranken in bezug auf Bewegungsübungen und Massage das jahrelang Versäumte nachholen zu wollen durch eine plötzlich einsetzende allzu energische Inangriffnahme der erkrankten Teile mit den genannten Maßnahmen. Nicht selten wird dadurch ein Reiz ausgeübt und die Erkrankung verschlimmert. Von den zur Einspritzung empfohlenen Mitteln scheint nur dem Humanol eine gewisse Wirkung zuzuschreiben zu sein. Bei der operativen Behandlung muß die erkrankte Haut mitentfernt werden. Es hat wenig Zweck diese nur von der Aponeurose zu lösen und die Aponeurose allein zu exstirpieren. Auch vor der subkutanen Durchtrennung, analog der subkutanen Tenotomie, ist zu warnen. Die Umschneidung der Haut muß elliptisch geschehen, und dann muß die gesamte erkrankte Aponeurose auf das sorgfältigste herausgeschnitten werden. Man soll die Finger nicht gewaltsam strecken, denn Fälle von Fingergangrän, die nach der Operation aufgetreten ist, dürften nur auf dieses gewaltsame Geradebiegen der Finger zurückzuführen sein. Die Spannung bei der Hautnaht wird dadurch vermieden, daß man nach der Operation die Mittelhand in seitlicher Richtung stark zusammendrückt und in dieser Lage verbindet. Es ist empfehlenswert in Narkose und Blutleere zu operieren, da hierdurch die anatomische Übersicht erleichtert wird. Die Gefäße und Nerven der Tiefe müssen auf das genaueste beachtet, freipräpariert und geschont werden. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung, die über viele Monate sich erstreckt, in Massage und Bewegungsübungen besteht und auf das sorgfältigste von sachkundiger Hand ausgeführt werden muß. Macht man sich die genannten Richtlinien zu eigen, so wird man bei der Operation der D. K. gute Resultate erzielen.

Über Trockenbehandlung in der kleinen Chirurgie

schreibt Brandesky (Wien. med. Wschr. 1930 Nr. 7) aus der II. Chirurgischen Universitätsklinik, Hofrat Prof. Dr. J. Hochenegg (Wien): er hat mit vorzüglichem Erfolge eine Streupulverbehandlung unter ganz leichten Gazeverbänden angewendet:

Sozodol-Hydrargyrum 1 Proz. (c. talc.) bewährte sich am besten infolge seiner stark bakteriziden, sekretionhemmenden und epithelisationsregenden Eigenschaften. „Selbst vernachlässigte, schmutzigbelegte Wunden heilten überraschend schnell ab unter Bildung eines trockenen Schorfes. Leichte Schmerzen nach der Applikation sind in 1—2 Stunden völlig verschwunden. Hg-Intoxikationen (Eiweißausscheidung) wurden, selbst bei ausgedehnter Anwendung, nie beobachtet.“

Die Verwendung von 1 Proz. Sozodol-Hydrargyrum-Streupulver ist besonders angezeigt bei Epitheldefekten aller Art, vor allem bei medikamentösen Ekzemen, Exkorationen, nach Abtragung von Blasen, bei unreinen und schwach granulierenden Wunden, Brandwunden, traumatischen Ulzera und trophischen Störungen der unteren Extremitäten. Hayward (Berlin).

3. Verdauungskrankheiten.

Über die Bedeutung des Fettstuhls in pathologischer Beziehung und für die Diagnose der Pankreaserkrankung

berichtet H. Salomon (Arch. Verdgskrkh. Bd. 46 H. 3/4). Alle Untersuchungen sprechen dafür, daß bei einer Pankreaserkrankung mit Störung der äußeren Sekretion erheblicher Art bei genügender Fettzufuhr (wenigstens 200 g Butter pro Tag) sich auch stets hochgradige Störung der Fettverdauung nachweisen läßt. Gegenteilige Beobachtungen beruhen darauf, daß die Frage der zugeführten Fettmenge nicht genügend mitberücksichtigt wurde. Typisch, und nur bei Pankreasstörungen beobachtet, ist der „Butterstuhl“. Bei keiner anderen Erkrankung, die mit Störung der Fettspeicherung und Fettersorption einhergeht (Leber, Gallenblasenerkrankung, Basedow, Sprue u. a.) kann selbst bei stärkster Belastung, ein Butterstuhl erzeugt werden. Für die Annahme, daß für die Fettersorption noch eine innersekretorische Komponente in Frage komme, ist nach Ansicht des Verf. bisher kein Beweis erbracht worden. Er spricht sich auch gegen das Vorkommen funktioneller Pankreasachylien aus, da sich bei den so gedeuteten Erkrankungen niemals der Butterstuhl nachweisen lasse.

Beitrag zum Einfluß der Menstruation auf die Tätigkeit des Magens

liefert Else Schlange (Med. Klin. 1930 Nr. 3). Die verschiedenen älteren Ansichten über die Beeinflussung der Magenfunktion durch die Menstruation, die sich wesentlich widersprechen, werden mit der Methode der fraktionierten Magenausheberung nachgeprüft. Bei 25 Patientinnen, mit leichteren Erkrankungen wurden die Untersuchungen einmal während der Menstruation, einmal im Intermenstrum ausgeführt. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß in den meisten

Fällen wesentlich Differenzen nicht festgestellt werden können. Typus der Aziditätskurve, absolute Höhe der Säurewerte zeigten nur unerhebliche Abweichungen voneinander, die innerhalb der natürlichen Schwankungen liegen. Bei einigen Fällen wurde noch eine dritte Untersuchung in der menstruationsfreien Zeit vorgenommen, durch die sich die Konstanz der Befunde weiter bestätigte. In 3 Fällen war die Säurekurve während der Menstruation erniedrigt, und nur in 2 Fällen — bei stark nervösen Patientinnen — war die Kurve erhöht.

Zitronensaft und Weinessig, ihre physiologische Wirkung und diätetische Bedeutung

wurden von Bickel (Arch. Verdgsrkh. Bd. 46 H. 3/4) experimentell geprüft. Als Essig wurde der reine Weinessig bei den Versuchen verwendet. Da im wesentlichen der Säuregehalt für die physiologische Wirkung in Frage kommt, wurde bei den Vergleichsversuchen die gleiche titrimetrische Azidität zugrunde gelegt. Bei Untersuchungen an Hunden mit dem Magenblindsack nach Pawlow ergab sich, daß der Weinessig stets eine deutlich stärkere Saftsekretion erzeugt als der Zitronensaft. Die Wirkung auf die Austreibungszeit des Magens wurde am Hunde mit permanenter seitlicher Duodenalkanüle beobachtet, wobei sich für Weinessig eine unerheblich längere Austreibungszeit ergab, die wahrscheinlich auf seine stärkere exzitosekretorische Wirkung zurückzuführen ist. Ausführlichen Untersuchungen am Kaninchen zum Studium des Einflusses von Zitronensaft und Weinessig auf den allgemeinen Körperstoffwechsel wurde die Methode der Bestimmung des Oxydationsquotienten des Harns zugrunde gelegt. Es ergab sich hierbei, daß Weinessig die Oxydation im Körper steigert, und zwar vor allem in qualitativer Hinsicht leichter als Zitronensaft.

L. Kuttner und K. Isaac-Krieger (Berlin).

4. Harnleiden.

Das Schicksal der Nierenkranken.

Litzner (Med. Klin. 1929 Nr. 43) berichtet darüber aus der Brugsch'schen Klinik folgendes: Geht bei akuter Nephritis im Verlauf der Erkrankung der Blutdruck bei Bettruhe auf 100 mm zurück, wird auch die Herzgröße normal, so ist Ausheilung wahrscheinlich, selbst wenn sich im Urin noch monatelang Eiweiß und Zylinder finden und selbst wenn das Verdünnungs- und Konzentrationsvermögen noch herabgesetzt ist. Rückfälle führen aber leicht zur Schrumpfnier! Auch bei chronischer Nephritis, die aus der akuten hervorgegangen ist, darf die Prognose gut gestellt werden, solange Blutdruck und Herzgröße normal bleiben. Deshalb sollen auch bei anscheinend harmloser chronischer Eiweißausscheidung Herz und Blutdruck von Zeit zu

Zeit geprüft werden, um nicht den Übergang in eine progredient verlaufende Nierenentzündung zu übersehen.

Bei der chronischen Nephritis, die nicht aus einer akuten hervorgeht, ist die Prognose immer ungünstig. Die Zeit, die bis zum Ende vergeht, ist allerdings ganz verschieden. Dabei ist die Erhöhung des Reststickstoffes ebensowenig ein Maßstab für die Schnelligkeit des Zusammenbruches wie die Retinitis albuminurica. Wohl aber spricht Erhöhung der aromatischen Substanzen im Blute (stark positive Indikan- und Xantoproteinreaktion) für einen baldigen Tod.

Transperitoneale Nephrektomie.

Rathcke legte (Zbl. Chir. 1930 Nr. 2) ein apfelgroßes Hypernephrom in der rechten sehr beweglichen Niere transperitoneal frei, da er einen intraperitonealen Tumor angenommen hatte. Das Peritoneum parietale wurde zwischen Kolon und Radix mesenterii gespalten. Die Exstirpation erwies sich als so leicht, daß man bei beweglichen, nicht zu großen Tumoren ruhig transperitoneal vorgehen sollte. Die Drainage könne nach einer lumbalen Stichinzision hin erfolgen.

Beseitigung des Meteorismus bei Röntgenbildern der Nieren.

Der Meteorismus beruht nach Pollak (Klin. Wschr. 1930 Nr. 2) auf einer Störung der Verdauungsvorgänge; Zuführung von Verdauungsfermenten schaffe Abhilfe. Ein Präparat, das sämtliche in Betracht kommenden Fermente in geeigneter Form enthalte und brauchbar sei, ist das „Enzypan“ (Deutsche Pharmaz. Ges. Berlin W 50).

Verlagerung der einen Niere.

In einem von Pfistner (Zbl. Chir. 1930 Nr. 13) beobachteten Falle lag die rechte Niere unterhalb der linken und täuschte eine Geschwulst vor. Die Diagnose wurde dann durch Pyelographie gestellt.

Hypernephrome

können sehr groß werden, ohne Erscheinungen zu machen. 2 Fälle von Lieck (Zbl. Chir. 1930 Nr. 14) beweisen aufs neue diese bereits bekannte Tatsache.

Fehlerquelle in der Röntgendiagnostik der Nierensteine.

Ein derbes Fibrom der Rückenhaut kann, wie Leeser (Zbl. Chir. 1930 Nr. 12) zeigt, auf dem Röntgenbild den Eindruck eines Nierensteines machen. Man muß annehmen, daß solche Fibrome Kalksalze enthalten.

Die intravenöse Pyelographie im Kindesalter

wird, wie Drachter (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 11) mit Recht meint, ein sehr wertvolles Hilfsmittel werden, denn Tumoren sowie die

häufigen Mißbildungen der Nieren lassen sich nunmehr ohne Harnleiterkatheterismus zur Darstellung bringen. Portner (Berlin).

5. Hautkrankheiten und Syphilis.

Über Hautschädigungen durch Tabak und Tabakrauchen

Fritz Lickint (Dermat. Wschr. 1929 Nr. 43 a). Nach Verf. macht der Tabak:

1. Störungen der Gefäßversorgung: Zunehmende Gelbfärbung der Haut bei chronischer Nikotinvergiftung, dann Erythromelalgie, eine echte vasomotorische Neurose. Ferner mannigfaltige Hautveränderungen, die bei schweren arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen auf der Basis der chronischen Nikotinvergiftungen entstehen können.

2. Allergische Reaktionen: Man unterscheidet je nachdem die Endothelien der Hautkapillaren oder die Epidermiszellen in Betracht kommen, eine vaskuläre Allergie, oder eine vaskuloepitheliale Allergie der Haut. Zur ersten Gruppe gehören das Erythem, die Urtikaria und das Quinckesche Ödem. Zur zweiten die ekzematiformen Erkrankungen. Beide können durch Tabak erzeugt werden. Als Nikotinausschlag veröffentlicht Näckle folgenden Fall: Ein Mann hatte einem anderen 7—10 g Kautabak in den Kaffee getan, worauf dieser neben anderen schweren Vergiftungserscheinungen einen scharlachähnlichen juckenden Hautausschlag bekam, der nach 4 Tagen fast vollständig verschwunden war.

3. Beeinflussung der Abwehr von Infektionen. Hier handelt es sich um die Frage, ob infektiöse Prozesse der Haut durch Tabak gefördert und unterhalten werden können, sei es auf dem Wege mangelnder Durchblutung der erkrankten Gewebe, sei es durch eine toxische Schädigung der Immunkörper des Blutes. Nach Haberland trete bei schweren Phlegmonen sehr oft schlagartig eine Besserung durch Rauchverbot ein. Nach Starkenstein wirke Nikotin bei parenteraler Einverleibung entzündungswidrig.

Contribución al estudio de las epidermomicosis

(Beitrag zum Studium der Epidermykosen). De Gregorio Eduardo (Actas Dermo-Sifilograficas, Enero (Januar) de 1929 No. 4 S. 207). Die Hände und die Füße sind nach Verf. die am häufigsten befallenen Lokalisationen der verschiedenen Hautkrankheiten. Unter ihnen existiert eine große Gruppe, die durch pflanzliche Parasiten erzeugt wird und die die sogenannten epidermophytischen Affektionen bilden. Verf. bespricht an der Hand der Literatur und auf Grund eigener Beobachtungen die Triphyten und die Epidermophyten vom botanischen Gesichtspunkt aus, schildert die ekzematiformen Epidermomykosen und die dishydrotischen Epidermomykosen und die Dishydrosis vera (Tilbury-Fox), die eine eigene Symptomatologie hat, im Sommer und

Winter auftritt und manche Individuen 2- oder 3 mal im Jahre befällt. Ein besonderes Kapitel ist der Differentialdiagnose und der Technik der Pilzuntersuchung gewidmet. Die Krankheiten sind nach Verf. außerordentlich chronisch und rezidivierend und dauern, wenn sie nicht diagnostiziert werden, jahrelang. Das Medikament der Wahl ist die Jodtinktur mit nachfolgender Pulverbehandlung. Eventuell an Stelle von indifferenten Pulvern die Anwendung von Zinksalbe.

Säurebehandlung intertriginöser Epidermophytien.

Marchionini (Dermat. Ztschr. 1929 Bd. 56). Nach Verf. zeichnet sich der Boden, auf dem sich intertriginöse Pilzerkrankungen der Haut, vor allem die intertriginöse Epidermophytie im 4. Interdigitalraum der Füße ausbildet, physikalisch-chemisch durch eine erhebliche Erniedrigung seiner Hautoberflächenazidose aus. Es entsteht dadurch eine Schweißverdunstungsbehinderung an den Füßen, die eine alkalische Zersetzung des Schweißes zur Folge hat. Verf. hat mit Salzsäurespiritus, Normolaktol und Borsäure günstige Erfolge erzielt, in einigen Fällen unter späterer Zuhilfenahme antiparasitärer Methoden (Jodtinktur, Arningsche Tinktur und Chrysarobin).

Das Symptom von Chvostek bei der Psoriasis vulgaris.

Roman v. Leszczynski (Dermat. Wschr. Oktober 1929 Bd. 89 Nr. 43). Nach Verf.s Theorie ist die Psoriasis vulgaris der Ausdruck einer kongenitalen Minderwertigkeit des oberen (Hals-, Kopf-) Blutdrüsensystems. Sie kommt unter besonderen Umständen (Pubertät, Schwangerschaft, Infektion, Intoxikation), welche eine Mehrleistung der genannten Drüsen erheischen, zum Vorschein. Eine Stimulation der hypofungierenden Drüsen, eine Reizung der vikariierenden Drüsen oder Zufuhr fremder Hormone kann das Bilanzgleichgewicht wieder herstellen und die Psoriasis beseitigen. Ungelöst bleibt immer noch die Frage, welche Drüse oder welche Drüsen an der Entstehung der Psoriasis am meisten Schuld tragen und weiter durch welchen biochemischen Prozeß die Funktionsstörung der Blutdrüsen auf die Haut vermittelt wird. Neben der Thyreoides, der Thymus und der Hypophyse macht Verf. auch die Parathyreoides für die Schuppenflechte verantwortlich.

Hosal und (koch)salzfreie Ernährung.

E. Delbanco (Dermat. Ztschr. 1929 Nr. 31). Zur Durchführung der kochsalzfreien Diät auch im Sinne der Gerson-Sauerbruchschen Ernährungsmethode bei Hauttuberkulose empfiehlt Verf. das Hosal, welches frei ist von Halogenen, Ionen und nur wenig Natriumkation enthält. Den salzähnlichen und zugleich würzigen Geschmack verdankt Hosal, das Temperaturen bis zu 70° ausgesetzt werden kann, im wesentlichen seinem Gehalt an optisch aktiven polyaminosauren Kalziumdoppel-

Vasenol

Vasenol-Wund- u. Kinder-Puder

Wundsein der Kinder, nässende Ekzeme, Intertrigo, Decubitus, bei Verbrennungen, zur Massage usw.

Vasenol-Fuß-Puder

(Vasenoform-Puder). Glänzend bewährt bei Hyperhidrosis pedum et manum. Prophylaktikum gegen Insektenstiche. Antihidroticum zur Behandlung von Körperschweiß bei Phthisis, Fettsucht usw.

Vasenol-Wund-Brand-Binde

Ein vorzügliches Deck- und Linderungsmittel bei Verbrennungen, Verbrühungen, Verletzungen aller Art. Bestens bewährt als Impf- und Nabelverband, bei Unterschenkelgeschwüren, offenen Frostbeulen usw. Zeichnet sich durch beschleunigte Heilwirkung, das Fehlen jeder Verklebung mit dem Wundsekret aus. — Beste Tamponade bei Nasenoperationen.

Vasenol-Körper-Puder

Hygienischer Körperpuder gegen Wundlaufen, Wundreiben, bei Intertrigo, Balanitis, Furunkulose, Sudamina, Hyperhidrosis, Lichen tropicus, als hygienisches Einstreumittel, zur Sportmassage usw.

Vasenol-Wund- u. Kinder-Paste

Als Kinder- und Kühlpaste, Deckmittel bei Ekzemen, Decubitus, Pruritus usw. bestens bewährt.

Vasoform-Puder

Zuverlässiges Mittel zur Desinfektion der Hände

Nach vorheriger, mechanischer Reinigung der Hände wird durch das Einreiben des stets gebrauchsfertigen Puders in die Haut eine vollkommene, stundenlang anhaltende Keimfreiheit der Hände erzielt.

In der Kassenpraxis zugelassen

Vasenol-Baby-Creme

In neuartig ausgestatteten Blechdosen.

Für die tägliche Hautpflege des Kindes unentbehrlich. Ein weicher geschmeidiger Creme von hoher therapeutischer Wirkung.

Proben und Literatur durch Vasenol-Werke, Dr. Arthur Köpp, Leipzig W 33

JODEX

(Jodpräparat für äußerliche Anwendung)

Drüsenschwellungen,
rheumatische Leiden,
Struma, Exsudate, Pleuritis,
Rippenfellreizungen,
Luftröhrenkatarrh,
Bronchialkatarrh,
Sportverletzungen.

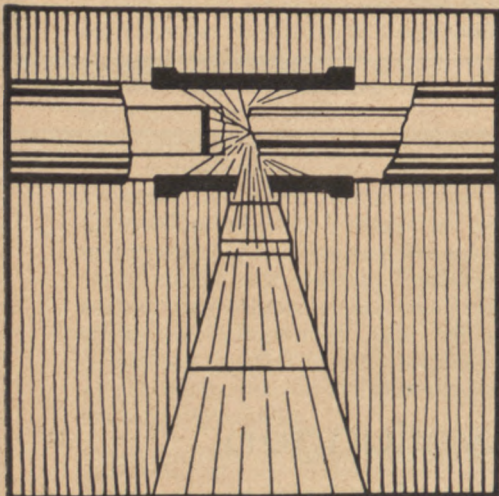
Proben und Literatur kostenfrei

Chemisches Werk Dr. Klopfer G. m. b. H.
Dresden A. 20

PHILIPS „Metalix“

Keine Gefahren mehr durch Hochspannung und Strahlung bei Röntgenuntersuchungen!

Der tragbare Philips „Metalix“-Apparat ist besonders für den praktischen Arzt geschaffen worden. Bei der Durchbildung des Gerätes wurde daher der größte Wert auf vollkommenen Schutz gegen Hochspannung und schädliche Strahlung gelegt. Zahlreiche Gutachten aus allen Ländern beweisen, daß der Apparat auch den höchsten Anforderungen an Leistungsfähigkeit und Dauerhaftigkeit entspricht.



Vollkommener Strahlungsschutz durch Innenabschirmung.
Gegen Hochspannung isoliert und geerdet.
Größte Bildschärfe durch Goetze-Strichfokus.
Einfacher Anschluß an die Lichtsteckdose.

Literatur: Dr. Max Sgalitzer „Röntgenuntersuchung im Krankenzimmer mit hochspannungssicherer Apparatur“. Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen, Heft 4, April 1930 / Dr. Paul Luftschitz „Über die praktische Bedeutung der kleinen tragbaren Röntgenapparate.“ Monatsschrift ungarischer Mediziner, 7. bis 9. Heft 1929, Budapest.



Im Handkoffer transportfähig verpackt.



Fordern Sie bitte unsere Druckschrift Nr. 3019

PHILIPS RÖNTGEN G. M. B. H.
BERLIN W 35, POTSDAMER STRASSE 38

salzen. Hosal ist kein Heilmittel, nur dazu bestimmt, der Nahrung einen salzartigen und gewürzten Geschmack zu geben. Es darf den Speisen nicht während des Kochens zugegeben werden, weil Geschmack und Farbe sich bei der hohen Temperatur ändern. Es eignet sich vor allem als Zugabe nach dem Garkochen und als Streusalz für fertige Speisen jeder Art. Aus einer Reihe von Veröffentlichungen geht die Unschädlichkeit des Mittels hervor.

Gibt es eine Ernährung durch die Haut?

H. Winternitz und H. Naumann (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 44). Die Arbeit beschäftigt sich mit einer Nachprüfung der von Stejkal und seinen Mitarbeitern berichteten Angaben, daß es ihnen gelungen sei, durch Einreibung eines komplexen Nährpräparates (Dinatron) in die Haut, dem Körper verschiedene Nahrungsstoffe, annähernd in dem gewohnten Mischungsverhältnisse zuzuführen. Sie verwandten eine Dinatronsalbe, welche neben Vitaminen 50 Proz. Fett, 37 Proz. Kohlehydrat und 5 Proz. Eiweiß enthält und in einer Menge von tägl. 200 g (Inhalt 1 Tube) oftmals 14 Tage lang eingerieben wurde. Auf diese Weise soll es ihnen gelungen sein, bis zu 1400 Kalorien, also den ungefähren Kalorienbedarf eines unterernährten, bettlägerigen Menschen, dem Körper einzuverleiben.

Winternitz und Naumann stellten fest, daß weder das emulgierte Fett, noch der damit in die Haut eingeriebene Rohrzucker nachweisbar resorbiert wird. Sie ziehen den Schluß, daß es eine Ernährung durch die Haut, die auch nur als äußerster Notbehelf für wenige Tage in Betracht käme, nicht gibt. Die Haut ist zur Aufnahme von Nahrungsstoffen in keiner Form geeignet. Dinatron ist für Ernährungszwecke wertlos, zur Massage und Körperpflege stehen aber geeignetere Hautsalben zur Verfügung.

Ledermann (Berlin).

Die syphilitische Kontraktur, ein Muskel-Sehnen-Zeichen der Syphilis

(M. Favre, Sur une manifestation musculotendineuse de la syphilis: La contracture syphilitique. La contracture syphilitique des jumeaux. J. Méd. Lyon 1929 20. Mai S. 347). Zu den nicht hinreichend gewürdigten Symptomen der Syphilis gehören gewisse Veränderungen am Muskel- und Sehnenapparat, die zu objektiven Symptomen führen und infolge der Funktionsstörung leicht feststellbar sind. Das typische Beispiel bietet die sogenannte syphilitische Kontraktur des Bizeps. Nach einem zuweilen plötzlichen Beginn tritt sie zutage als eine Streckbewegungseinschränkung des Unterarms und als Schmerz bei der Spannung wie bei der Kontraktion des Bizeps und endlich als Kontraktur dieses Muskels. Bei der Betastung

bemerkt man eine abnorme Empfindlichkeit am Übergang zwischen Muskel und Sehne.

Die beschriebene Kontraktur des Bizeps gehört gewöhnlich dem sekundären Stadium der Syphilis an, kann aber auch zu spät zur Beobachtung kommen. Bisher ist ein anderer als der spezifische Ursprung des Zeichens nicht bekannt geworden. Dagegen trifft die Angabe Fourniers nicht zu, daß sich eine Kontraktur nirgends anders als am Bizeps finde, denn die Autoren haben den gleichen Befund an den Gemelli surae erheben können.

Die Ätiologie der Lymphogranulomatosis inguinalis bleibt unbekannt

(J. Nicolas, M. Favre, F. Lebeuf, Les recherches biologiques ont-elles éclairé l'étiologie de la maladie de Nicolas-Favre? J. Méd. Lyon 1929 20. Mai S. 341). Die sogenannte subakute Lymphogranulomatosis inguinalis, bekannt als Nicolas-Favresche Krankheit ist in ihrer Selbstständigkeit und Spezifität nicht zu bezweifeln. Von den zahlreichen Versuchen durch biologische Methoden den Erreger zu fassen, sei es durch Mikroskopie, Kultur, Übertragung, Kutisreaktion, Vakzinbehandlung und Komplementbindung hält bisher keiner Kritik stand.

Definition und Abgrenzung des Ekzems

(Carle, Essai sur l'eczéma. Conceptions actuelles et délimitation. J. Méd. Lyon 1929 5. Mai S. 325). Seit 30 Jahren haben mikroskopische Untersuchungen, Kultursergebnisse und Studium des Verlaufs zumal unter der Einwirkung der Therapie bewiesen, daß diese sogenannten Ekzeme aus innerer Ursache sehr häufig echte Epidermatitiden oder Dermatitis äusseren Ursprungs sind. Von diesen Dermatosen rühren die einen von Pilzen her, Schimmel- und Hefepilzen, wie das Ekzema marginatum, die Dysidrosis und eine große Zahl von Intertrigo-fällen, für andere sind Mikroben verantwortlich, gewisse Fälle von Folliculitis agminata, durch Staphylokokken, gewisse Streptokokkenansiedlungen in Furchen und Beugen, an der behaarten Kopfhaut und die Mehrzahl der ehemaligen Seborrhoiden, die man heute auf besondere Kokken zurückführt. Endlich greift das sich ständig erweiternde Feld der traumatischen artefiziellen, beruflichen Dermatitis ebenfalls täglich mehr und mehr auf das Gebiet des Ekzems über. Durch all diese Eindringlinge erscheint dies Gebiet heutzutage beträchtlich verkleinert. Der Name des echten Ekzems bleibt augenblicklich vorbehalten der immerhin großen Gruppe, für welche äußere Ursachen noch nicht bekannt sind. Für die aus dem Gebiet des Ekzems abgesonderten Fälle bekannter Verursachung muß die therapeutische Konsequenz gezogen werden: örtliche antiseptische Behandlung an Stelle der Pomaden, inneren Mittel und diätetischen Kuren. Fuld (Berlin).

Nachruf.

Ludwig Rehn †.

Am 29. Mai dieses Jahres verschied nach einem langen taten- und erfolgreichen Leben der erste o. ö. Professor für Chirurgie an der neugegründeten Frankfurter Universität, Ludwig Rehn.

Er, der so oft mit klarem diagnostischen Blick das Leiden der Hilfesuchenden erkannte und mit sicherer Hand beseitigte, mußte gerade am Abend seines Lebens, den man als das so oft gepriesene „Otium cum dignitate“ genießen sollte, kennen lernen, was es heißt, selbst krank zu sein und die heilende Hand des Chirurgen zu fühlen. Als Sohn eines Arztes und Physikus in Allendorf, im damaligen Kurfürstentum Hessen am 13. April 1849 geboren, lernte der früh Verwaiste



bald die harte Schule des Lebens kennen. Nach bestandnem Abitur im Frühjahr 1870 brach bald der Krieg aus. Als freiwilliger Husar rückte er mit nach Frankreich ein und kehrte unverwundet mit dem siegreichen Heer in die Heimat zurück. In Marburg setzte er die kaum begonnenen Medizinstudien fort, trat in das Korps Hasso-Nassovia ein, welches er dann als erster Chargierter zu stolzer Höhe und zu Waffenruhm führte. Als gefürchteter Linksschläger erteilte er manche Abfuhr, verlor aber trotz aller mit dem akademischen und dem Verbindungsleben unvermeidlichen Ablenkungen nie das große Ziel seines Lebens aus den Augen. Er war ein fleißiger Student und bewies, daß sich ein flottes Burschenleben sehr wohl mit dem Besuch der Kollegien und einer rechtzeitigen Erledigung des Examens, sogar mit guten Prädikaten, verbinden ließ.

Als Schüler des bekannten Marburger Chirurgen Roser lernte er eine vorzügliche Diagnostik und operative Technik, aber auch noch die vorantiseptische Zeit mit ihren Mißerfolgen und Schrecken kennen. Er konnte die Götterdämmerung der

Listerschen Wundbehandlung aufsteigen sehen und später als einer ihrer tüchtigsten Vorkämpfer durch viele neue Ideen und Maßnahmen vervollkommen helfen. Er hatte das Glück, die größte und gewaltigste Epoche der Chirurgie nicht nur mitzerleben, sondern konnte auch als einer ihrer erfolgreichsten Führer für ihren Ausbau eintreten.

Rehn hat sich aus eigener Kraft zu dem entwickelt, was er wurde. Nicht an der üblichen Schule eines führenden Chirurgen einer großen Klinik hat er sich sein Können und seine neuen Ideen erworben, sondern in eigener selbständiger Arbeit. Wohl hat er sich bei Roser und als Assistent an einem der Frankfurter Krankenhäuser die notwendigen chirurgischen Kenntnisse erworben, seine wirkliche Ausbildung hat er sich jedoch selbst geschaffen und sich sein Können ohne die führende Hand eines Meisters erworben. Früh ließ er sich als praktischer Arzt in den noch nicht zu Frankfurt a. M. gehörenden Orten Griesheim, Rödelheim und Bockenheim nieder, allmählich der Großstadt zustrebend. Anfang der achtziger Jahre gründete er in Frankfurt a. M. zunächst eine bescheidene Privatklinik, um das mit eiserner Konsequenz verfolgte Ziel, ausschließlich als Chirurg wirken und als solcher sich weiterentwickeln zu können, endlich zu erreichen.

Als hervorragendste Leistung aus dieser ersten Frankfurter chirurgischen Tätigkeit ist die operative Inangriffnahme und Heilung des Morbus Basedowii hervorzuheben. Rehn war der erste, welcher die krankhafte, den menschlichen Organismus schwer schädigende Hypersekretion der Schilddrüse durch ausgiebige Resektion derselben beseitigte. Wahrlich ein kühner und geistvoller Gedanke, dessen Bedeutung und Richtigkeit in der bald einsetzenden, lebhaften und jahrelang dauernden Opposition ihre Bestätigung finden mußte. Schon früh, 1890, hat sich Rehn mit der wichtigen Frage des Ileus beschäftigt und die Ausheberung des Magens, auch nach eröffneter Bauchhöhle zur leichteren Reposition der überdehnten Darmschlingen empfohlen. Die Klärung des Wesens der Peritonitis und ihre Behandlung, sowie die Frühoperation des Ileus und der Appendizitis waren von Rehn bevorzugte Gebiete, auf denen er viel geleistet hat. Nach Horsley entfernte Rehn als der erste 1891 erfolgreich ein Lymphangioma cavernosum der Cauda equina.

Die auf dem Chirurgenkongreß 1895 erfolgte Mitteilung über die Entstehung von Blasen- geschwülsten bei Fuchsinarbeitern fand durch das Neue der Beobachtung und die Bedeutung des chemischen Reizes für die Entstehung bösartiger Neubildungen allgemeine Anerkennung.

Auf der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Frankfurt a. M. 1896 stellte uns Rehn einen jungen Mann vor, bei dem er als

der erste das durch einen Messerstich verwundete Herz freigelegt und erfolgreich genäht hatte. Das bis dahin der Chirurgie verschlossene Gebiet des verletzten Herzens hatte er erfolgreich betreten. Der Beifall und der Dank der anwesenden Chirurgen durch den Mund der Vorsitzenden v. Czerny, Heidelberg, krönte diese operative Großtat.

Wenn ich noch Rehns hervorragenden Anteil an der Ausbildung der Chirurgie des Brustschnittes der Speiseröhre, welche er wiederum als einer der ersten 1898 in Angriff nahm, erwähne, so seien damit nur die bedeutendsten Marksteine, welche Rehn in der Chirurgie errichtet hat, erwähnt.

Zahlreich und fast alle einzelnen Gebiete unseres Fachs behandelnd sind die Arbeiten, mit denen Rehn und seine Schüler die Chirurgie bereichert und gefördert haben.

Von Stufe zu Stufe, vom bescheidenen praktischen Arzt bis zum ordentlichen Professor für Chirurgie ist der zielbewußte, charakterfeste, deutsche Mann mit dem festen Rückgrat emporgestiegen, ohne mit dem akademischen Chrysam gesalbt zu sein. Wohl eine einzigartige Leistung einer „Persönlichkeit“.

Noch am Abend seines Lebens zog Rehn als beratender Chirurg mit dem XVIII. Korps nach Frankreich, bis ihn eine schwere Wundinfektion mit ihren Folgen zur Rückkehr in die Heimat zwang. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat Rehn in dankbarer Anerkennung seiner großen Verdienste um sie und unsere Wissen-

schaft mit den höchsten Ehren, welche sie zu vergeben hat, ausgezeichnet.

Enge Bande der Freundschaft und später der Verwandtschaft haben mich mit dem Dahingegangenen seit langen Jahren fest verknüpft. Ausgehend von den Zeiten gemeinsamer Aktivität in Marburg, bis zu der vielseitigen, jahrelangen Tätigkeit auf dem uns einigenden, so viel Neuland zeigenden Gebiet der Chirurgie. Wenn die Osterglocken verklungen waren und die Räume der Chirurgischen Klinik in der Ziegelstraße, dann im alten und später im neuerbauten Langenbeckhause sich füllten, fehlte niemals die hohe markante Gestalt Rehns, mit seinem wohlklingenden Organ im formvollendeten Vortrag die Zuhörer fesselnd. Im letzten Jahr konnte Rehn noch das 80jährige Wiegenfest an der Seite seiner treuen Gattin, mit welcher ihn eine lange, glückliche Ehe verband im Kreise seiner Kinder, seiner zahlreichen Enkel und Freunde verleben.

Mehr und mehr traten die Beschwerden des Alters in den Vordergrund, bis ein sanfter Tod ihn am 29. Mai in ein besseres Jenseits abberief. Die zahlreiche Trauerversammlung aus allen Teilen der Bevölkerung, der Behörden, des Wirtschafts- und akademischen Lebens, sowie zahlreicher Corpsbrüder und Freunde, zeigten, wie sehr sich der Dahingegangene der allgemeinen Verehrung und der dankbaren Anerkennung seiner großen Verdienste um die Chirurgie und die leidende Menschheit erfreuen durfte. Wir aber und alle, die ihm nahestanden werden dem großen Toten ein treues Andenken für alle Zeiten bewahren.

Herm. Kümmel sen.

Ärztliche Rechtskunde.

Sterbehilfe.

Von

Senatspräsident **Friedrich Leonhard** in Berlin.

Die von Binding und Hoche in ihrer Schrift „Die Freigabe lebensunwerten Lebens“ (besprochen in dieser Ztschr. 1920, 566) vorgeschlagene Straffreiheit für Euthanasie ist nach einem Bericht von Ebermayer (Leipz. Neueste Nachr. 4. 7. 1929) im Ausschuß für die Strafrechtsreform Gegenstand der Beratung gewesen. Abgelehnt ist die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen des Getöteten, „um ihn von den Qualen eines unheilbaren Leidens zu befreien“. Daß eine solche „Sterbehilfe“ nach geltendem Recht strafbar ist, hat auch Binding nicht verkannt. Er behauptet nur Straffreiheit der Euthanasie und versteht darunter „die zum Zwecke der Linderung von Schmerzen vorgenommene Verdrängung einer unabwendbaren Todesursache durch eine andere, die nicht oder nur ganz unerheblich schneller wirkt“ (S. 17).

Darin sieht er keine Verursachung des Todes, sondern bloß eine Umwandlung des unvermeidlichen Ausgangs zur Schmerzlosigkeit, also eine reine Heilhandlung (S. 18). Mit Unrecht wendet Ebermayer dagegen ein, ebensogut könnte man behaupten, man dürfe einen zum Tode Verurteilten auf dem Wege zur Richtstätte erschießen, um ihm die Schande, von Henkershand zu sterben, zu ersparen. Zweck und Bedeutung der von Binding für straflos erklärten Handlung sind hier verkannt. Der Zweck ist nicht die Tötung, sondern die Schmerzlinderung durch ein Mittel, das freilich als nicht beabsichtigte Nebenwirkung den Tod herbeiführt, jedoch nicht schneller als er ohne Anwendung des Mittels durch das Leiden herbeigeführt worden wäre. Die Heiltätigkeit des Arztes erstrebt nicht bloß und nicht immer Lebensverlängerung, sondern oft nur Schmerzlinderung, sofern sie nicht zur Lebensverkürzung führt. Gewiß kann die Überzeugung des Arztes von der Unvermeidlichkeit des nahen Todes auf Irrtum beruhen; trotzdem berechtigt sie ihn ebenso wie zu

hochgefährlichen, sonst nicht zu wagenden Eingriffen, auch zur Betäubung von Schmerzen auf die Gefahr hin, daß das Linderungsmittel den Tod herbeiführt. Ohne diese Unbedenklichkeit hätten im Kriege unsere Frontärzte nicht so vielen tödlich Verwundeten ihre letzten Qualen erleichtern dürfen. Auch im Frieden werden menschenfreundliche Ärzte bei der Handhabung ihrer Praxis die Überspannung der Theorie von der Pflicht zur unbedingten Lebensverlängerung mit Qualen ungestillter Schmerzen sich kaum zur Richtschnur nehmen.

Die Bedenken werden erst dann gerechtfertigt, wenn durch das schmerzlindernde Mittel das Leben des Kranken wesentlich verkürzt wird. Dies kann nur dann zutreffen, wenn der Eintritt des Todes infolge des Leidens nicht unmittelbar bevorsteht. In diesem Falle ist es verfehlt, mit Binding von einem lebensunwerten Leben zu sprechen. Die Unheilbarkeit einer Krankheit rechtfertigt nicht den Entschluß, den von ihr erst in der Zukunft zu erwartenden Tod vorwegzunehmen. Sie hindert den Kranken nicht immer an erfolgreicher Berufstätigkeit, am nützlichen Wirken in der Familie oder in der Öffentlichkeit, sie braucht ihm nicht die Lebensfreude zu zerstören. Sittlich gerechtfertigt ist der Entschluß, aus dem Leben

zu scheiden, vielmehr nur, wenn unerträgliche körperliche, auch seelische Qualen die Fortsetzung des Lebens zu einer unzumutbaren Last machen. Nur in solchen Fällen ließe sich eine Erweiterung der im geltenden Rechte schon bestehenden Strafmilderung für die auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen geleistete Sterbehilfe zur Straffreiheit für das neue Recht in Vorschlag bringen. Dagegen sprechen aber die auch von Ebermayer hervorgehobenen Bedenken, besonders die Gefahr des Irrtums und die des Mißbrauchs durch die auf den Tod wartenden künftigen Erben. Die Schutzbehauptung, daß die Tötung auf Verlangen wegen unerträglicher Qualen vorgenommen sei, wird nach dem Tode des Erblassers kaum zu widerlegen sein. Die von Binding geforderte Vorprüfung durch eine Kommission von Ärzten soll in Eil- und Notfällen, um die es sich meist handeln wird, unterbleiben; einer nachträglichen Prüfung durch diese Kommission stellen sich dieselben Schwierigkeiten entgegen. Man wird daher Ebermayer zustimmen, wenn er die im Entwurf angenommene Strafmilderung für die Tötung auf Verlangen für ausreichend erachtet, um denen gerecht zu werden, welche, aus reinem Mitleid handelnd, einem gequälten Kranken Sterbehilfe geleistet haben.

Soziale Medizin.

Betrachtungen über das Reichsgesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten.

Von

Dr. von Pezold in Karlsruhe.

Das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist nur verständlich, wenn man davon ausgeht, daß in ihm zwei Gesetze zusammengeschweißt sind: ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ein Gesetz zur Emanzipation der Prostituierten. Diese beiden Gesetze, die wenig miteinander zu tun haben, mußten aber zusammengeschweißt werden, weil nur dadurch die für jedes neue Gesetz notwendige parlamentarische Mehrheit für das erstere Gesetz zu erhalten war. Da die Träger des einen Gesetzes in vielen Punkten mit den Trägern des anderen nicht einig waren, ist ein Kompromißgesetz entstanden. Den einen war die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Hauptsache, die Emanzipation der Prostituierten aber völlig gleichgültig, soweit sie nicht ihren Zielen direkt widersprach, die anderen erstrebten vor allem die Emanzipation der Prostituierten als Schlußstein der Emanzipation der Frau, während für sie die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erst in zweiter Linie kam. Die einen hatten vor allem das sanitäre Ziel im Auge, die anderen das ethische bzw. soziale oder politische Ziel. Der Kom-

promiß wurde der zweiten Richtung mehr gerecht, als der ersten, ohne den Kampf eindeutig zu entscheiden. Das ist die Ursache, daß er auch heute noch tobt.

Dabei ist heute nach zweieinhalbjährigem Bestehen des Gesetzes tatsächlich noch nicht zu sagen, welchen Ausgang dieser Kampf nehmen wird. Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit dem neuen Gesetz werden durchaus verschieden gedeutet. Während die einen die Verschlechterung des Straßenbildes als eine beklagenswerte Folge der Straffloserklärung der Gewerbsunzucht bezeichnen, buchen die anderen dieselbe Erscheinung als Erfolg, weil nun die Prostitution aus ihren Verstecken ans Licht träte und daher besser erfaßt werden könne.

Wenn die einen die Vermehrung der Zuhälter-Exzesse als Folge der Aufhebung der Kasernierung und Ausschaltung der Polizei durch die Gesundheitsbehörden ansehen, bezeichnen die anderen dieselben als Effekt der passiven Resistenz dieser Behörde.

Klagen die einen über die Machtlosigkeit des Krankenhauses und der Gesundheitsbehörde gegenüber widerspenstigen Zwangseingewiesenen, so schieben die andern dies auf die falsche Einstellung der Krankenhausärzte. Wünschen die einen für derartige Elemente Überführung ins Arbeitshaus, so erhoffen die anderen vom diplomatischen erzieherischen Vorgehen das Heil.

Die einen sehen in dem Rückgang der Syphilitis

in Schweden die Folge des neuen Gesetzes, das für das unsrige Vorbild war, die andern, darunter Marcus, der Vater des Gesetzes selbst, erklären das Salvarsan als Ursache dieses Rückgangs, der gleichzeitig auch in anderen Ländern beobachtet wurde.

Siegreiche Emanzipationsbestrebungen hat es gegeben, so lange die Welt besteht. Stets waren aber die um Gleichberechtigung und Höherstellung Strebenden, die Führer im Kampf, zum mindesten an ihm beteiligt. Das Merkwürdige an der Emanzipation der Dirne ist, daß diese selbst am Kampf gar nicht beteiligt ist. Die Führer, vor allem die Führerinnen in diesem Kampf standen den Kreisen der Dirnen fern.

Nicht das Gefühl der Liebe und die Anerkennung von Verdiensten war für diese Kämpfer maßgebend, sondern lediglich das Gefühl des menschlichen Mitleids und der Drang, einen Zustand zu beseitigen, der als ungerecht empfunden wurde.

Über Wert und Unwert des Reichsgesetzes ist tatsächlich heute nicht zu entscheiden, das bleibt der Zukunft überlassen. Der Gradmesser wird die Kurve der Geschlechtskrankheiten sein. Wie steht es nun mit dieser?

Wir hatten nach dem Kriege ein Abfallen dieser Kurve, das besonders bei der Syphilis sehr deutlich war. Nun kam das Gesetz, das ein weiteres Sinken der Geschlechtskrankenziffern erwarten ließ, als es die Pflicht, sich ärztlich behandeln zu lassen, aufstellte, als es wissentliche Übertragung mit Strafen belegte, als es Aufklärung

der Kranken und Meldung der Säumigen den Ärzten auferlegte. Diese Erwartung hat sich bisher nicht erfüllt. Die Kurve sinkt nicht weiter. Es mehren sich die Meldungen aus dem Reich, daß die Gonorrhöeziffer steigt und daß auch die Luesziffern in letzter Zeit ein wenn auch unbedeutendes Steigen zeigen, von *ulcus molle*, Endemien und Lymphogranulomatose nicht zu reden. Führen die einen das Ansteigen der Lueskurve auf Fehler in der praktischen Anwendung des neuen Reichsgesetzes zurück, so reden die andern von einem Oszillieren der Kurve auf niederem Niveau und epidemiologischen Schwankungen. Wer dabei Recht hat, kann tatsächlich nur die Zukunft entscheiden.

Man darf auch nicht vergessen, daß wir in einer Übergangszeit leben. Lücken im neuen Reichsgesetz müssen noch durch das neue Strafbuch und durch das geplante Bewahrungsgesetz ausgefüllt werden.

In Dresden wurde vom Regierungsvertreter die starke Initiative und schöpferische Kraft der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten lebhaft anerkannt. Zu ihr kann man das Vertrauen haben, daß sie den richtigen Weg einschlägt, wenn tatsächlich die Geschlechtskrankenziffern steigen. In ihr vereinigen sich die besten Kenner der Materie. Was not ist: Stärkung des ärztlichen Einflusses in den Gesundheitsbehörden, Klärung der Befugnisse der Polizei, Möglichkeit renitente Geschlechtskranke im äußersten Fall in Bewahrungs- oder Verwahrungshäusern unterzubringen.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 14. Mai 1930 hielt vor der Tagesordnung einen Vortrag Herr Katzenstein (und Knake): Experimentelle Anregung von Epithelwachstum im Explantat. Nach Explantation von vorzugsweise aus Epithel bestehenden Organen (Pankreas, Leber und Niere) wachsen in den ersten 3 Tagen hauptsächlich und meistens Fibroblasten aus (Bindegewebe). Durch Zusatz kleinster Mengen von Galle desselben Embryo erfolgt eine enorme Anregung des Epithelwachstums, während das des Bindegewebes ganz oder fast ganz unterdrückt wird. (Pankreas und Niere 135 Kulturen). Von den Gallenbestandteilen scheint hauptsächlich Cholesterin in verschiedener Form und ihm nahestehende Stoffe (Desoxycholsäure) diese Wirkung zu haben. Die verschiedenen Organe reagieren verschieden. Bei Gewebekulturen von Pankreas wirkt am besten eine isotonische Lösung von Cholesterin in Desoxycholsäurem Natrium anregend auf das Epithelwachstum, hemmend auf das des Bindegewebes (250 Kulturen). Desoxycholsäurem Natrium allein, das dem Cholesterin nahesteht, wirkt im gleichen Sinne, jedoch in viel geringerem Maße. Bei Gewebekulturen von Niere und Leber wird das Wachstum des Epithels durch eine Emulsion von Cholesterinoeltragant ausgelöst. Auch Olivenöl allein bewirkt dasselbe in kleinerem Maßstab, desgleichen Zusatz von Eidotter bei Nieren (150 Kulturen). Im ganzen wurde in 660 Kulturen innerhalb der ersten Tage der Explantation dieser Effekt erzielt. Gallekulturen wurden 5 Wochen einige Cholesterinkulturen in drei Passagen gezüchtet. Diese Hervorrufung des Epithelwachstums durch Zusatz von Cholesterin erhält ihre tiefere Bedeutung durch die Tatsache, daß einzelne Autoren im Karzinom, eine größere Anhäufung von Cholesterin gefunden haben wollen, daß die experimentelle Erzeugung des

Paraffinkrebses durch Teerpinselungen schneller und intensiver gelingt, wenn das Tier subkutan oder per os Cholesterin erhält und daß durch Fütterung eines Tieres mit Cholesterin Leberadenome entstanden sind. (Selbstbericht.) In der Tagesordnung sprach Herr E. Heymann: Über operative Eingriffe mittels hochfrequenter Ströme. Operative Eingriffe mit hochfrequenten Strömen werden seit einiger Zeit in zunehmender Anzahl in Kliniken und Krankenhäusern ausgeführt und verdrängen allmählich das Messer des Chirurgen. Verwendet wird die elektrische Energie in der Form, wie sie bereits seit Jahren als Diathermie in der internen Medizin zur Durchwärmung der Körperorgane ihr Bürgerrecht besitzt. Die Erfahrung muß zeigen, ob sich das neue Verfahren bewährt oder nicht. Vor über 20 Jahren ist es bereits zu chirurgischen Zwecken angewandt und wieder verlassen worden. Allmählich ist es dann wieder aus der Versenkung an die Oberfläche gekommen. Auf Heymanns Abteilung im Augusta Hospital werden seit längerer Zeit fast alle Eingriffe mit dem elektrischen Verfahren ausgeführt. Weichteile lassen sich wie mit dem schärfsten Messer durchschneiden, ohne daß die Wundränder verbrennen oder in ihrer Ernährung bedroht werden. Die Blutung ist gering, weil sich kleinere Gefäße unter der Wirkung der Jouleschen Wärme durch einen Koagulationspfropf schließen und größere spritzende Gefäße nach Einleiten des Stroms in die Arterienklemmen durch einen Gerinnungspfropf verstopfen. Die durchtrennten Gewebe bleiben trocken, da sie sich mit einer feinen Schicht aus geronnenem Eiweiß überziehen und bilden auf diese Weise einen sicheren Schutz gegen Infektion und Verimpfung von Geschwulstteilchen. Die Apparate, die von den bekannten Firmen in fast gleicher Güte geliefert werden, bedürfen noch einer gewissen technischen Vervoll-

kommung. Wenn sie auch nur den vierten Teil der amerikanischen kosten, so haften ihnen diesen gegenüber der Nachteil der faradischen Wirkung auf die Muskulatur und Auslösung von kräftigen Zuckungen an. Ebenso ist das Instrumentarium, das bei chirurgischen Eingriffen benutzt wird, verbesserungsbedürftig, doch sollte nicht jeder der einen neuen Draht oder eine besondere Schutzhülle erfindet, verlangen, daß fortan die Instrumente seinen Namen tragen. Selbst die schönsten Erfindungen sind bereits vor 20 Jahren beschrieben worden. Das operative Vorgehen mittels hochfrequenter Ströme bewährte sich bei Entfernungen der Gallenblase, des Magens, des Wurmfortsatzes, kurz bei fast allen Bauchoperationen und bei vielen Eingriffen an den Gliedmaßen, ganz besonders aber bei Eröffnung und Ausschälung von Furunkeln, Karbunkeln und ausgedehnten Eiterherden. Die Schicht geronnenen Eiweißes, die sich an der Schnittfläche bildet, bietet einen natürlichen Schutzwall gegen die Verschleppung von Eiterkeimen, ebenso wie sie die Überimpfung von Geschwülstkeimen verhindert. Die Zukunft wird zeigen, ob nicht auf diese Weise das Fortwuchern von Geschwülsten der weiblichen Brustdrüse von Magen-Darm Krebsen oder anderen Neubildungen gleichfalls verhindert wird. Jedenfalls wird keine Brustamputation ohne das elektrische Verfahren mehr ausgeführt. Einen wichtigen Fortschritt bedeutet das Operieren mit dem elektrischen Strom für die Schnelligkeit und Sicherheit der Blutstillung. Unterbindungen, von denen früher ausgiebig Gebrauch gemacht werden mußte, sollen jetzt fast gänzlich fort. Dadurch gestalten sich die Heilbedingungen für die Wunden günstiger, denn zu lästigen Fadeneiterungen und Fistelbildungen kann es nicht mehr kommen. Besonders bewährt hat sich die elektrische Blutstillung bei der Entfernung blutreicher Kröpfe, namentlich bei Basedowkranken, ferner bei der Ausrottung von Blutschwämmen im Gesicht und anderen kosmetischen Eingriffen, vor allem aber bei Entfernung der mit zahlreichen Gefäßen überzogenen und durchsetzten Hirngeschwülste. Unleugbar ist die Verwendung der Hochfrequenzströme in der Chirurgie noch mit Nachteilen, selbst Gefahren verbunden. Lästig ist beispielsweise die Abhängigkeit von dem Funktionieren der technischen Anlage, gefährlich die Nähe explosibler Stoffe, wie Lachgas, Äther und Benzin, die sich am Funken entzünden können. Auch Verbrennungen an der inaktiven Elektrode sind beobachtet. Aber die Vorteile der Hochfrequenzchirurgie gegenüber Messer und Unterbindung sind derart überzeugend, daß dem Verfahren die Zukunft gehört. (Filmdemonstrationen — Selbstbericht). In der Aussprache hierzu bestätigt Herr Nissen aus der Sauerbruchschen Klinik im ganzen die Mitteilungen Heymanns. Das Verfahren wird nur da angewendet, wo die Blutstillungen Schwierigkeiten machen. Das trifft auch für die Lunge zu. N. läßt einen Film ablaufen, der die Entfernung eines Lungentumors zum Gegenstand hat. Herr Ing. Hoffmann a. G. gibt Erläuterungen über die Apparatur. Sie unterscheidet sich kaum von den gewöhnlichen Diathermieapparaten. Der Widerstand der Gewebe bestimmt

die Höhe der angewendeten Spannung. Sie schwankt zwischen 150 und 600 Volt bei 0,3—0,6 Amp. Die angewendeten Wechselströme haben eine sehr hohe Wechselzahl, so daß sie nur Wärme auslösen. Die Gleichmäßigkeit des Stromes, die erforderlich ist, um einen möglichst schorffreien und glatten Schnitt zu erreichen, wird durch eine Funkenstrecke erlangt mit einer Funkenzahl von 40—70000 gegenüber 6—10000 bei der Diathermie. Die mit Funkenstrecke arbeitenden Apparate unterscheiden sich in ihrer Leistung heute nicht mehr von den mit Elektronröhren arbeitenden. Sie sind aber billiger und leichter zu bedienen. Die faradischen Effekte sind in Nervenzentren nicht zu vermeiden und beruhen vielleicht auf Wärmewirkung. Herr Gutmann erkennt den Fortschritt der Methode an einem Vergleich mit einer von Hahn in den neunziger Jahren erfolgten Behandlung eines Glioms. Herr Hofmann berichtet über Erfahrungen in der Dermatologie mit der Methodik. Es gibt glatte Narben, auch wenn die Heilung nicht per primam erfolgt ist. Schnell wachsende Angiome kleiner Kinder können ohne Narkose schnell operiert werden. Der Eingriff selbst ist zwar schmerzhaft, aber es gibt dann keinen Wundschmerz. Die Operation stark pigmentierter Naevi, die als sehr gefährlich gilt, kann ohne Lebensgefährdung mit dem elektrischen Strom ausgeführt werden. Herr M. Borchardt sieht in dem Verfahren einen Fortschritt, der sich namentlich bei der Operation parenchymatöser Organe und in der Hirnchirurgie zu erkennen gibt. Die Blutstillung ist aber in der Hirnchirurgie nicht immer elektrisch möglich. Größere Gefäße müssen abgeklemmt und unterbunden werden. Man darf auch die Nachteile des Verfahrens nicht übersehen. Die faradische Reizung z. B. bei Operationen in der Achselhöhle hat es bedingt, daß B. dort nur mehr mit dem Messer arbeitet. Mitunter wird auch die Überhitzung sehr un bequem. Die Apparatur ist teuer und eigentlich nur von einer Klinik anschaffbar. Es ist auch darauf hinzuweisen, daß das Verfahren in Fällen angewendet wird, die hierfür nicht in Betracht kommen. Herr Abel hat vor 17 Jahren an dieser Stelle über Elektrokoagulation von Uteruskarzinomen gesprochen. Dieses Verfahren sollte weiter ausgebaut werden. Über die eignen neu aufgenommenen Behandlungen wird berichtet werden. Man kann nicht davon sprechen, daß die elektrische Methodik zu viel angewendet wird. Herr Borchardt betont demgegenüber nochmals, daß er nicht von einer zu ausgedehnten Anwendung der Methode gesprochen habe, sondern von ihrer Ausführung an Krankheitsfällen, für die sie nicht in Frage kommt. Herr Gohrbandt glaubt, daß die Wundheilung nach den elektrischen Eingriffen etwas verzögert ist. Es handelt sich um Brandwunden, die schlechter heilen als Skalpellwunden. Herr F. Krause vermutet, daß die Blutstillung der Gefäße durch Koagulation doch nicht so sicher ist, wie nach Unterbinden. K. fragt deshalb, wie es mit Nachblutungen steht. Herr Goldscheider wünscht Aufklärung des Unterschiedes der Wirkung der Galvanokautik und der Diathermie. Herr Heymann spricht ein Schlußwort.

Das Neueste aus der Medizin.

Gutachten, die „eigentlich“ keine sind.

Millionentestamente gibt es nicht nur in Romanen, zuweilen auch in unserer sonst heute so ärmlichen Wirklichkeit. Die Zeitungen sind voll von Meldungen über die siebenstellige Loeskesche Erbschaft, über die ein alter Herr, der sich im Jenseits freuen mag, daß ihn die Sache nichts mehr angeht, etwas merkwürdig verfügt haben soll; so sagen wenigstens die, so — entgegen besseren Erwartungen — nichts bekommen haben. Man kann es ihnen kaum übel nehmen, haben und nicht haben ist eben in solchem Falle ein zu großer Unterschied. Daß aber in diese mit recht starkem Hautgout behaftete Sache jetzt auch unsere Wissenschaft verwickelt werden soll,

berührt weniger erfreulich. Sachverständige bestellt das Gericht, wo ein Testament angefochten wird, hier aber haben auch die sich geschädigt fühlenden Nichterben einen Fachmann zur Unterstützung herangezogen und sich dazu einen gerichtlichen Mediziner und Universitätsprofessor ausgesucht. Der hochgestellte Kollege hat ein vom Gericht nicht eingefordertes Gutachten eingereicht, von dem die Gazetten bereits allerhand zu erzählen wissen. Es sei überaus ausführlich geworden, obwohl es zugestandenermaßen nur auf Grund eines unzureichenden Materials entstanden sei, und trotz dieser Schwäche, für die den Verfasser keine Schuld trifft, da er ja nur die Unterlagen seiner Auftraggeber benutzen konnte — komme es zu, wenn auch sehr vor-

sichtig formulierten, Schlußfolgerungen, die den Interessen der einfordernden Partei entsprechen. Die Möglichkeit der Fälschung des Testaments wird darin bejaht; aber die vom Gericht bestellten, unabhängig voneinander befragten vier Autoritäten, denen natürlich das Gesamtmaterial vorlag, kamen übereinstimmend und ausnahmslos zur entgegengesetzten Überzeugung — immer vorausgesetzt, die Zeitungen berichten zutreffend.

Man kann bei der Lektüre derartiger Dinge ein Gefühl erheblichen Unbehagens nicht unterdrücken, da man die Möglichkeit einer erneuten öffentlichen Blamage unserer ohnehin schon in so hohem Maße ihres Ansehens entkleideten Kunst und Wissenschaft vor Augen sieht. Die buchstabenmäßige Korrektheit auf seiten des Gutachters soll natürlich in keiner Weise bezweifelt werden. Fraglich aber bleibt doch, ob der Arzt und zumal der exponierte Universitätslehrer, sich einem Sachwalter gleich — auch im Punkte der Entlohnung! — und einseitig informiert einer Partei in solcher Sache zur Verfügung stellen soll. Von der Minderung des Ansehens, das ihn fast unentrinnbar treffen muß, wird der ganze Stand mitbetroffen, und der kann heutzutage nicht mehr viel von dieser Art ertragen. Daher geht ein derartiger Fall uns alle an. Die Frage muß einmal ganz allgemein und unabhängig vom Anlaß

erhoben werden: Muß denn jedes Gutachten und jede gutachtliche Äußerung abgegeben werden, bloß deshalb, weil es verlangt wird? Gewiß, Neinsagen ist verdammt schwer und gar heutzutage, wo wir von Staats wegen unter die Gewerbetreibenden rechnen, und trotzdem, wir werden es einmal wieder lernen müssen. Die seit einigen Jahren immer verzweifelter laut werdende Frage nach der Zukunft unseres Standes ist in Wirklichkeit eine Frage nach der Disziplin, deren wir noch fähig sind, zu der wir uns noch aufraffen können. Bisher kann die Antwort kaum ermutigend ausfallen.

Im hier berührten Falle ist noch eine andere Einzelheit bemerkenswert. In der Frage der Echtheit einer Unterschrift werden — immer entsprechend den Zeitungsmeldungen — Gedankengänge aus der Pathologie der Handschriften herangezogen, da es sich um einen dekrepiden, dem Ende nahenden Mann handelte, der sie gegeben haben soll. Nun ist dies sicher ein hochinteressantes und der ernstesten Erforschung würdiges Gebiet. Man gewinnt aber doch bei allem, was man darüber liest und in Erfahrung bringt, den Eindruck, daß es noch nicht genügend angebahnt ist, noch nicht über derartig gesicherte Grundlagen verfügt, um auf einem derartig schwankenden Boden wie hier tragfähig zu sein.

Dr. R. Wolf (Berlin).

Therapeutische Umschau.

Gegen Bronchitis

empfiehlt Mautner (Med. Klin. Nr. 26) eine Kalkbehandlung. Er benutzt dazu Kalzium-Sandoz, von dem er alle 2—3 Tage 10 ccm intravenös injiziert. Die erste Wirkung zeigt sich oft schon nach 2—4 Injektionen, über 10 Injektionen wurden nicht verabfolgt. In vielen Fällen ist es zweckmäßig, Kalzium noch per os zu geben, und zwar in Mengen von 3 mal 1 Kaffeelöffel oder 2 Tabletten Kalzium-Sandoz. — Zur Bekämpfung des Hustenreizes empfiehlt Schmid-Sachsenstamm (Med. Klin. Nr. 25) Allional. Im allgemeinen reicht eine Tablette aus; besonders empfehlenswert, wenn durch Codein der Hustenreiz nicht so weit unterdrückt wird, daß der Patient eine ruhige Nacht hat.

Der akute und chronische Gelenkrheumatismus

ist, wie Peters (Dtsch. med. Wschr. Nr. 26) ausführt, mit möglichst großen Salicyldosen zu behandeln. Er verordnet: Natr. salicyl. 30, Natr. bicarbon. 60, Sir. Aurant. 300, Aq. dest. frigid. ad. 1000. Der Patient bekommt jedesmal 50 ccm = 1,5 Natr. salicyl.; es werden 10 Dosen in 24 Stunden gegeben. Bei diesen hohen Salicyldosen soll Endokarditis seltener auftreten. Nach Verschwinden von Fieber und Schmerzen wird die hohe Dosierung noch 3 Tage fortgesetzt. Dann werden 50 ccm alle 4 Stunden gegeben, wobei

der Patient aufstehen kann. Sobald die Schmerzen wieder auftreten, ist sofort wieder Bettruhe und zweistündliches Einnehmen zu verordnen.

Der akute Herztod

beruht auf dem sogenannten Kammerflimmern. Morawitz u. Hochrein (Münch. med. Wschr. Nr. 26) weisen darauf hin, daß man bei solchen Kranken, bei denen die Gefahr eines akuten Herztodes zu bestehen scheint, besonders bei Koronarsklerotikern, durch rechtzeitig einsetzende Chinidinbehandlung den akuten Herztod verhüten kann. Man gibt pro die 0,2 g Chinidin. bas., das besser als Chinidinsalze vertragen wird, und zwar am besten in 2 Einzeldosen zu je 0,1 g. Die Darreichung kann mehrere Monate hintereinander erfolgen, ohne daß eine Schädigung zu befürchten wäre.

Uterusatonie

bekämpft Podkowa (Dtsch. med. Wschr. Nr. 26) mit Graviton, das per os und parenteral zuverlässig wirkt und frei von Nebenwirkungen ist. 1—2 ccm der 1proz. Lösung intramuskulär bringen meist in 5—7 Minuten eine steinharte Kontraktion des Uterus zustande. Per os wird bei mangelhafter Rückbildung des Uterus im Wochenbett 3 mal täglich 1 Tablette gegeben.

Johannesson (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Die 6. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde. Versicherungs- und Versorgungsmedizin findet am 26. und 27. IX. in Breslau statt. Das Hauptthema: „Trauma und Wirbelsäule“ werden behandelt: vom chirurg. Standpunkt Prof. Schmieden (Frankfurt a/M.), und Prof. Magnus (Bochum), vom röntgenolog. Prof. Grashey (Köln/Rh.), vom neurolog. Priv.-Doz. Guttman (Breslau). Ferner sind folgende Vorträge vorgesehen: 1. „Aufgaben der elektro-pathologischen Klinik“ (Prof. St. Jellinek, [Wien]), 2. „Zusammenhang zwischen tabischer Gelenkerkrankung und Unfall“ (Dr. Bettmann [Leipzig]), 3. „Varietäten und Abnormitäten der Wirbelsäule (Ob. Reg. Med.-Rat Ehrlich, [Köln/Rh.]), 4. „Trauma und innere Krankheiten“ (Priv.-Doz. R. Stern [Breslau]). Am 26. IX. nachm., findet die Hauptversammlung des Reichsverbandes der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte statt. Anmeldungen für Vorträge werden bis zum 26. Juli erbeten an die Geschäftsstelle der Dtsch. Gesellschaft für Unfallheilkunde, Berlin W 57, Bülowstraße 22.

L.

Die Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York hat ein Beratungskomitee gebildet für alle Kollegen, die von hier nach Amerika zu reisen beabsichtigen. Im Dezember d. J. wird diese Gesellschaft ihr 70jähriges Stiftungsfest feiern, wozu alle europäischen Kollegen, die zu dieser Zeit in Amerika weilen, eingeladen sind. Auch an den regelmäßig am ersten jeden Monats stattfindenden Versammlungen werden hiesige Kollegen als Vortragende oder Gäste gern begrüßt. Anschrift: German Medical Society, Care of New York Academy of Medicine, Fifth Avenue and 103 rd Street, New York, N. Y.

L.

Die Medizinische Fakultät in Münster veranstaltet vom 20.—23. Oktober einen unentgeltlichen Fortbildungskurs in den klinischen und theoretischen Fächern mit besonderer Berücksichtigung der neueren Forschungsergebnisse. Näheres durch Prof. Dr. Eichhoff, Münster i. W., chirurg. Klinik, Jungblodtplatz 1.

L.

Die Gesellschaft für Heilpädagogik veranstaltet vom 6.—9. Oktober in Köln (Kongreßhaus) ihren 5. Kongreß. Die angesagten Referate und Vorträge behandeln das abnorme Kind, den abnormen Jugendlichen in Familie, Schule und Anstalt, in Fürsorgeerziehung und vor Gericht, die Einwirkung von Umwelt, körperlichen Gebrechen, Kinderkrankheiten usw. auf die geistige Entwicklung des Kindes, die Früherfassung aller Defekte, die Fragen der heilpädagogischen Beratung und der Erholungsfürsorge, der Bewegungstherapie, die Probleme von Denken und Sprechen, die Stellung des Jugendlichen im Rechtsleben und im Strafvollzug, die heilpädagogischen Gesichtspunkte für die Gerichtspraxis, die medizinische Behandlung einzelner Schwachsinnformen, die heilpädagogische Ausbildung und den Stand der Heilpädagogik im Ausland. Eine große Zahl Heilpädagogen, Mediziner, Juristen, Verwaltungsbeamte und behördliche Vertreter haben schon jetzt ihre Teilnahme in Aussicht gestellt. Ein ausführliches Programm erscheint im Juli. Die Geschäftsstelle befindet sich in München 9, Voßstraße 12 (Erwin Lesch).

L.

Die Interstate Post Graduate Medical Association of North-America hat Herrn Geheimrat Strauß (Berlin) und Herrn Prof. Adam, den Herausgeber dieser Zeitschrift, zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Der 4. Ärztliche Fortbildungskurs in Bad Elster fand vom 10.—13. Juni statt. Die Themen waren zum Teil aus der Gynäkologie, teils aus dem Gebiet der Inneren Krankheiten und der Bewegungsstörungen entnommen. Die Referenten gehörten zu den kompetentesten Sachverständigen und es ist deshalb nicht verwunderlich, daß der Kurs, an dem weit über 100 Ärzte teilgenommen hatten, auf alle Teilnehmer den besten Eindruck hinterließ.

Wichtige Mitteilungen für alle Röntgenapparatbesitzer. Betr.: Vorschriften für den Hochspannungs- und

Strahlenschutz in medizinischen Röntgenanlagen (Normblätter Din Rönt 1 und 2). Die Normenstelle der Deutschen Röntgen-Gesellschaft hat in Band 41, Heft 4 der „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ bekanntgegeben, daß die oben genannten Vorschriften als Normblätter mit der Bezeichnung Din Rönt 1 (Hochspannungsschutzvorschriften) bzw. Din Rönt 2 (Strahlenschutzvorschriften) erschienen sind und nur vom Beuth-Verlag G. m. b. H., Berlin S 14, Dresdener Straße 97, bezogen werden können. Den Mitgliedern der Deutschen Röntgen-Gesellschaft sind beide Normblätter bereits zugesandt worden. Die in Din Rönt 1 und 2 unter IV bekanntgegebenen Betriebsvorschriften sind jedem, der sich im Röntgenbetrieb — wenn auch nur vorübergehend — betätigt, vor Dienstantritt gegen Empfangsbescheinigung auszuhändigen. Weiter sind die Betriebsvorschriften und eine Anleitung zur ersten Hilfeleistung bei Unfällen in elektrischen Betrieben im Röntgenzimmer auszuhängen. Diese Betriebsvorschriften und die Anleitungen zur ersten Hilfeleistung sind von der Deutschen Röntgen-Gesellschaft gegen Erstattung der unten genannten Kosten unter Nachnahme des Betrages zu beziehen. Bestellungen sind zu richten an die Deutsche Röntgen-Gesellschaft, zu Händen des Herrn Direktor Alfred Hirschmann, Berlin NW 6, Luisenstraße 58/59.

Personalien. Zum Chefarzt der im Bau begriffenen Heilstätte für Lupusranke in Müncheberg-Mark ist Dr. Carl Funk, Oberarzt an der Dermatologischen Abteilung im Rudolf Virchow-Krankenhaus Berlin, ein früherer Assistent von Prof. Arndt (Berlin), gewählt worden. — Priv.-Doz. Hiller, München wurde von der Deutschen Medizinischen Gesellschaft in Chicago und der Chicago Neurological Society zum korrespondierenden Mitglied ernannt. — Prof. Albert Döderlein, Direktor der Gynäkologischen Klinik in München, wurde 70 Jahre alt. — Dr. Mortimer Freiherr von Falkenhausen, Priv.-Doz. für innere Medizin in Breslau, ist zum nichtbeamteten a. o. Professor ernannt worden. — Dr. Adolf Niederstadt (Lichtenrade) ist provisorisch zum Reichsbahnoberarzt als Referent der Hauptverwaltung der Reichsbahngesellschaft an Stelle von Geheimrat Wagner ernannt worden. — Zu nichtbeamteten außerordentlichen Professoren in Frankfurt wurden ernannt: die Priv.-Doz. Alfons Mader (Kinderheilkunde), Karl Zeiger (Anatomie und Entwicklungsgeschichte), Josef Tannenbergl (allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie), Heinrich Guthmann (Frauenheilkunde). — Dr. Paul Frick hat sich in Gießen für Kinderheilkunde habilitiert. — Prof. Otto Tilmann, Direktor der Chirurgischen Klinik in Köln, ist zum 1. Oktober von den amtlichen Verpflichtungen entbunden worden. — Prof. Max Nonne, Direktor der Neurologischen Klinik in Hamburg, wurde von der Griechischen medizinischen Gesellschaft in Athen zum Ehrenmitglied ernannt. — Dr. Fritz Jedin, Chefarzt des St.-Hedwigs-Krankenhauses in Warmbrunn, starb, 43 Jahre alt; sein Nachfolger wurde Dr. Eberhard Cordes, Privatdozent für Chirurgie in Breslau. — Der durch Emeritierung von Prof. H. Bonhoff in Marburg erledigte Lehrstuhl der Hygiene ist Prof. Joseph Bürgers in Königsberg angeboten worden. — Die Priv.-Doz. für Innere Medizin in Berlin, Dr. Max Berliner, Dr. Ernst Fränkel, Dr. Kurt Henius und der Privatdozent für Frauenheilkunde Dr. Otto Bockelmann sind zu nichtbeamteten außerordentlichen Professoren ernannt worden. — Zum Regierungsrat beim Reichsgesundheitsamt ist der wissenschaftliche Angestellte, Stabsarzt a. D. Prof. Max Christian ernannt worden. — Prof. Bernhard Martin, Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik in Berlin, hat die Leitung der chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Wilmersdorf übernommen.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 30. Juli 1880. 50 Jahre. Prof. Ludwig von Buhl, Entdecker des Diphtheriepilzes, gestorben in München. — 31. Juli 1860. 70 Jahre. Chirurg Anton Freiherr von Eiselsberg geboren in Steinhaus (Österreich). Professor in Utrecht, Königsberg, Wien. Schrieb über Schilddrüsenexstirpation, Transplantation, Gehirnoperationen usw.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4 und 13.

Gefährdung der Säuglinge im Sommer

vermeidbar durch

Calcia-Milch

und

Calcia-Eiweiß-Milch

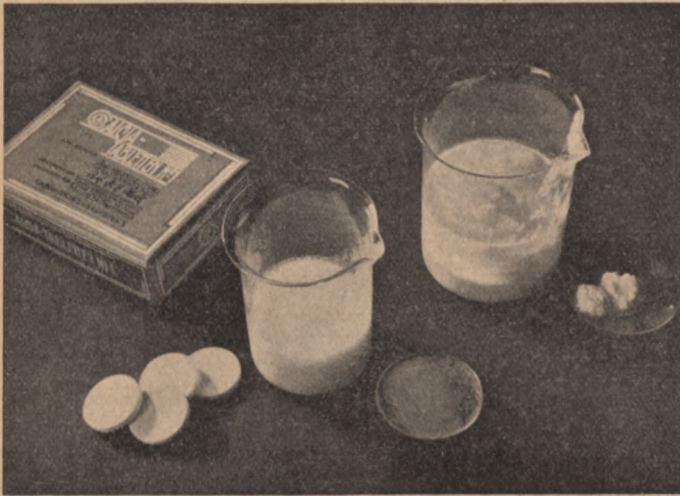
hergestellt mit den

Calcia-Tabletten

nach

Prof. Dr. L. Moll

Muster und Literatur durch



Flockung nach Magensaft-Einwirkung

Calcia-Milch, feinflockig-homogen

Kuhmilch, grobflockig-geschichtet



C.H. Boehringer Sohn A.-G., Hamburg 5

Bei vielen Tausenden von Aerzten im eigenen Gebrauch

Die Herren Aerzte erzielen bei Verordnung von

Lauchstädter Brunnen

günstige Erfolge

*Wirkt harnsäurelösend und blutbildend,
ist wohlschmeckend, reizlos und mild*

INDIKATIONEN:

Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten infolge
schlechter und fehlerhafter Blutmischung

Rheumatismus, Gicht

Blutarmut, Nervosität, Rekonvaleszenz

*Bei Zuckerkrankheiten und Nierenleiden wegen seines Mangels an
Kochsalz von autoritativer Seite als Kurgetränk warm empfohlen*

Vom Hauptverband Deutscher Krankenkassen zur Verordnung bei
den Krankenkassen zugelassen. Aufgenommen im Deutschen Arznei-
verordnungsbuch

Literatur und Probeflaschen stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung
durch die Verwaltung des Brunnenversandes der Heilquelle zu Bad Lauchstädt

An Privatkliniken, Krankenhäuser u. Aerzte-Kasinos erfolgt Lieferung zu Vorzugspreisen



Die Lauchstädter Mineralquelle ist jene
altberühmte Heilquelle, die schon Goethe,
Schiller, Gottsched und andere Geistesgrößen
aus Deutschlands klassischer Zeit zur Kur
gebraucht haben

TRANSPULMIN

Chin. bas. u. Campher in aether. Oelen, zur Prophylaxe und Therapie postoperativer Bronchial- und Lungenkomplikationen. Auch zur Anregung der Darm-peristaltik, bes. bei Laparotomierten. Zur Kupierung der krupösen Pneumonie: **SOLVOCHIN.**

KAMILLOSAN

Liquidum und Salbe, das hochwertige genau dosierbare Kamillenpräparat, entzündungswidrig, anaesthetisierend, desodorierend u. auch desinfizierend. Für vollkommen reizlose Spülungen, Umschläge, Salbenverbände usw. Für die kleine Chirurgie: Kamilloosan-Wasserstoffsuperoxid in fester Form: **Kamillozon.**

CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE A. G. BAD HOMBURG

TREUPEL'SCHE TABLETTEN

das klassische Originalkombinationspräparat, geg. Schmerzzustände u. fieberhafte Erkrankungen. Keine Gewöhnung. Auch anstelle von Schlafmitteln.

ADONIGEN

auch vorbeugend zur rechtzeitigen schonenden Herzbehandlung.

Komb.int. u. extern.
Salicyltherapie

HYPERAEMIT-KURPACKUNG 1/2

Auf einander abgestimmte Salicylate zur externen Therapie als **Klareibung** (Salicylfettsäureglyceride D. R. Pa.). — zum **Einnehmen** Tabletten — mit hyperaemisierenden bzw. resorptionsbefördernden Stoffen in einer Kurpackung vereinigt.

Rheuma, Neuralgie, Ischias

Chemische Werke, Rudolstadt, GmbH.



An dem Landessänglingsheim der Provinz Ostpreußen zu Insterburg — angegliedert der Landesfrauenklinik — ist **die Kinderarztstelle**

mit einem Kinderarzt evtl. mit einem kinderärztlich genügend vorgebildeten Arzt von sofort zu besetzen. Die Anstellung geschieht als Vollassistent der Landesfrauenklinik. Die Besoldung erfolgt nach Gruppe X des Reichsstellentarifvertrages (entsprechend der Forderung des Reichsverbandes angestellter Aerzte) unter Anrechnung bisheriger Assistentenzeit. Freie Wohn- und Verpfleg. kommen in Anrechnung. Anstellung auf Privatdienstvertrag, Ortskl. B. Bewerb. m. Lebenslauf, Lichtbild u. Zeugnisabschriften sind zu richten an den Direktor der Hebammenlehranstalt der Provinz Ostpreußen, Landesfrauenklinik Insterburg, Prof. Dr. P. W. Siegel.

„EMYLIS“



Original

in Anordnung, Paßform und Linie

In jed. deutsch. Stadt u. allen **Univ.-Frauenkliniken** eingeführt und bewahrt. Wir bitten um Verordnung in geeigneten Fällen. Prospekte kostenlos. Probenmodelle zu Vorzugspreisen. Vorführung unverbindlich d. Fachgeschäfte a. Plätze **Günder-Lang, Darmstadt 49**

Kreiskrankenhaus Gumbinnen, Ostpr.

150 Betten, modern eingerichtet, sucht

Medizinalpraktikanten

sobald oder später bei freier Station. 50 bis 100 M. mon. Meldungen an den Kreis-ausschuß in Gumbinnen oder Chefarzt Dr. Eder, Chirurg und Frauenarzt.

Probenummern

der „Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung“ versendet der Verlag an Interessenten unentgeltlich. Mitteilungen geeigneter Adressen werden stets mit besonderem Dank entgegengenommen

Verlag Gustav Fischer in Jena

Auf der Inneren Abteilung des Evgl. Krankenhauses (Eduard Morian-Stiftung) in Duisburg-Hamborn, Im Birkenkamp (330 Betten), ist für sofort eine

Assistentenstelle

zu besetzen. Angebote mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Lichtbild usw. erbeten. Gehalt nach Uebereinkunft.

Die Krankenhausverwaltung.

SCHACHT



Für zentrale und periphere Erkrankungen des Nervensystems kohlensäurereiche Thermalbäder von 33-35° in dem bekannten Spezialbad:

Bad Oeynhausen

Die Stadt ohne Stufen
Das ganze Jahr geöffnet

WISSENSCHAFTLICHE ABHANDLUNG UND PROSPEKTE DURCH DIE BADEVERWALTUNG

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Selbstheilung hoffnungsloser Krankheiten

Von

Dr. med Carl Hamburger

Berlin

42 S. gr. 8°

1928

Rmk 2.50

Diese kleine Schrift berichtet in gedrängter Form von schwersten Fällen schwerster Augenleiden, die nach dem jetzigen Stande des Wissens bereits als hoffnungslos galten (oder nur noch als operativ heilbar) und trotzdem zur Heilung kamen; sympathische Ophthalmie, Augentuberkulose, altes Trachom, Sehnervenatrophie, grauer Star und Glaukom. Ueberall wird auf den Zusammenhang mit der großen allgemeinen Medizin hingewiesen. Auch wurden nur Beobachtungen aufgenommen, welche jeder Kritik standhalten; die meisten sind Kasuistik aus Universitäts-Augenkliniken.

Deutsche med. Wochenschrift. 1928, Heft 51. . . Die Schrift erörtert diese merkwürdigen Fälle in sehr interessanter Weise und ist durch ihre allgemeinen pathologischen Ausführungen für jeden Mediziner sehr lesenswert. Sie verrät außerordentliche Belesenheit und Gedankenreichtum des Verfassers. Geh. Med.-Rat Prof. Goldscheider, Berlin.

Klinische Wochenschrift. 1929, Heft 10. . . Die Lektüre des geistvollen Heftchens bietet auch dem Nicht-Augenarzt einen hohen Genuß und Anregung zum Nachdenken. . . .

Dr. Curt Steindorff, Augenarzt, Berlin.

Hygiea (Schweden). 1928, Heft 22: . . . Eine deutsche Abhandlung von 41 Seiten! Nach unseren schwedischen Begriffen müßten es wohl wenigstens 500 sein. . . . Wer sich für unsere Kunst und die wunderbaren Probleme der Heilung interessiert, der muß dieses kleine, eigenartige und . . . streng wissenschaftliche Buch kaufen und durchdenken. . . .

Hugo Toll.



und in den einschlägigen Fachgeschäften aller Länder erhältlich

Notizen.

Internationale ärztliche Fortbildungskurse in Berlin

werden mit Unterstützung der Medizinischen Fakultät und der Organisationen des Kaiserin-Friedrich-Hauses von der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse veranstaltet. Ein Teil der Kurse findet ständig statt, ein anderer lediglich im Herbst 1930 bzw. Frühjahr 1931.

I. Ständige Kurse:

- von Monats- und Halbmonatsdauer über alle möglichen Gebiete der Medizin.
- 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 Herbst 1930:

- Kurs „Praktisches Laboratorium“ (vom 29. September—4. Oktober). Honorar: 40 M.
- Gruppenkurs: Innere Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Klinik (vom 6.—18. Oktober). Honorar: 75 M.
- Fortbildungskurs über das Gebiet der Kinderkrankheiten vom 29. September—11. Oktober). Honorar: 100 M.
- Fortbildungskurs für Augenärzte (vom 1.—11. Oktober). Honorar: 80 M.
- Kurs über „Beruf und Erkrankung mit besonderer Berücksichtigung der Gutachtertätigkeit“ (vom 27. Oktober—4. November). Honorar: 60 M.

- Einzelkurse über sämtliche Gebiete der Medizin mit praktischer Betätigung.

III. Kurse im Frühjahr 1931:

Für den März sind in Aussicht genommen:
Ein Spezialkurs der Chirurgie.
Ein Röntgenkurs.

Ein Übersichtskurs für praktische Ärzte
(eine Woche der Arzt als praktischer Therapeut, eine Woche der Arzt als praktischer Diagnostiker).
Ein 8tägiger Kurs über Pathologie.

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.

Ein **pharmakologisch-klinischer Lehrgang über Digitalis** unter besonderer Berücksichtigung der intravenösen Strophanthintherapie wird in der sozialen Anstalt „Sanatorium Speyerhof“, Heidelberg am 1. und 2. August veranstaltet. Außer dem Leiter der Anstalt, Prof. Fränkel wirken bei dem Kurse mit die Herren: Prof. Heubner, Prof. Krötz (Frankfurt a. M.) Priv.-Doz. Weese, Priv.-Doz. Behrens, Priv.-Doz. Staub, Dr. Grassmann, Dr. Herzog, Dr. Gosmann, Dr. Weicker. Näheres durch die ärztl. Abt. Speyerhof-Heidelberg.

Keine Arsentherapie ohne

Dürkheimer Maxquelle

Deutschlands stärkste Arsenquelle
19,5 mgr. As, O, I. I.

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 Sallinenverein

Bei Nieren-,
Blasen- und
Frauenleiden,
Harnsäure, Ei-
weiß, Zucker.
1929
25 400 Besucher.

Wildunger Helenenquelle

Schriften u. Nach-
weis billigster
Bezugsquellen
durch die Kur-
verwaltung
Bad Wildungen.

Good Kitzpflöf und sein Souffizitätsbannu!

Gegen Gicht, Rheuma, Stein- und Stoffwechselfeiden! — Ermäßigte Pauschalkuren: Die ersten 3 Wochen (Mindestdauer) Pauschalpreis M. 199.50, 4. Woche M. 59.50. (Bewilligung von Kredituren auf Antrag.)
Im Kurhaus: Wochenpauschalpreis: M. 84.—; im Badehof: Wochenpauschale: M. 105.—. Das Badehoffanatorium, Diätische nach Prof. Brauer, Hamburg.
Auskunft auch über Hauskuren durch die Badeverwaltung.

WILDBAD

im Schwarzwald



Heilquellen 34—37° C.

430—750 m ü. d. M. 23 000 Gäste
gegen Gicht, Rheuma, Ischias, Nervenleiden u. a. Verjüngung.
Luftkur. Bergbahn. Ganzjähriger Badebetrieb. Vor- u. Nach-
saison ermäßigte Preise. Prospekt d. Badverwaltung od. Kur-
verein und durch alle Reisebüros, in Berlin im „Wildbadkiosk“
bei der Gedächtniskirche neb. Rankestr. 1 (Tel. Bi-marck 3506).

Aleuronat, ca. 90% Nähr-Eiweißmehl für Magen- u. Zuckerkrankte

bestbewährt überall da, wo verstärkte Eiweißzufuhr erwünscht, besond. bei Diabetes, Gicht, Tuberkulose etc.
Literatur und Proben gratis und franko durch
Nährmittelfabrik R. Hundhausen, G. m. b. H. Hamm I. W.

RUBIO

Vitaminpräparat nach
Prof. Aron, Breslau.
Proben und Literatur
kostenlos.
Originalflasche
(etwa 200 g).
Klinikpackung
(etwa 1 Liter).
Chemische Werke
Rudolstadt GmbH
Rudolstadt

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**.

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. Schlomer, Dr. Möllenhoff

DDr. Fraenkel-Oliven's **Sanatorium „Berolinum“** Berlin-Lankwitz, für Nerven- u. Gemütskranke, für jede Art organischer od. funktioneller Störung des Centralnervensystems, 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**

Dr. Köhler's Sanatorium Bad Elster Innere, Nerven-, Stoffwechsel-, Frauen-, Gelenk-Leiden, **Rheuma** Lähmungen Moorbäder und alle Kurmittel im Hause

Friedrichsbrunn (Ost-Harz) 580 m

Sanatorium Dr. Streckorb Physik.-diätet. Therapie. Innere, Nerven-, Stoffwechs.-Krankh. / Horrl. Wald. / Getr. Abtlgn. f. Erwachs. u. Kind. Leit. Arzt: **Dr. Staupendahl**.

Kurfürstenbad „Godesberg“ a. Rh.

Für innere und Nervenkrankte
Aerztl. Leitung: Kaufm. Leitung:
San.-Rat **Dr. Stachly**. Direktor **Butin**.

Christophsbad Göppingen, Württ.

Dr. Landerer Söhne Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Offenes Landhaus für Leichtkranke und Erholungsbedürftige. Aerztliche Leitung **Dr. F. Glatzel**.

Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg)

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

Dr. BÜDINGEN'S KURANSTALT KONSTANZ AM BODENSEE TELEFON 475



Herz Nerven innere Seiden

PROSPEKTE VERLANGEN!

Dr. Ziegelroth's Sanatorium

Krummhübel i. Riesengebirge Physikalisch-diätetische Therapie

Bad Liebenstein i. Thür.

Das Sanatorium DDr. Eichler-Seige hat in diesem Frühjahr direkte Zuleitung der Mineralquellen Liebensteins erhalten. Es können daher jetzt in der eigenen Badeanstalt des Sanatoriums die natürlichen kohlen-sauren Stahl-Sprudelbäder verabreicht werden. Die Erwärmung des Wassers geschieht nach dem modernsten Verfahren (System Imhof, Bad Nauheim). Die 1928 erbohrte Quelle gehört zu den kohlen-säurereichsten Deutschlands und ähnelt in ihrer Mineralisation ganz auffallend derjenigen des Kissingener Rakoocy. Natürliche Stahl-Kochsalzsprudelbäder im Hause.

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**.

Partenkirchen Dr. Wiggers Kurheim

Sanatorium f. alle inneren, Stoffwechsel-, Nervenkrankte u. Erholungsbedürftige. Sonntags, ansichtsreichste Höhenlage. Leitender Arzt: Prof. **Dr. Kattwinkel**. Mitleitende Aerzte: **Dr. H. Kirchner**, **Dr. Br. Kerber**. Aerztin: **Dr. Wilhelmine Kerber**.

Familienhotel „Der Kurhof“ Ganzjährig geöffnet. Frühjahr u. Herbst Preisermäßigung. Alles Nähere durch den Besitzer Geh. Hofrat **Dr. Florenz Wigger**.

Lungenheilstalt Bad Reiboldsgrün (Sachsen)

Aerztl. Leiter: San.-Rat **Dr. Gebser** 2 Oberärzte, 2 Assistenten. Neubau mit modernsten Behandlungs-Einrichtungen

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**.

Sülzhayn-Südharz Sanatorium Stubbe für

leicht-Lungenkrankte Aerztl. Leit.: San.-Rat **Dr. E. Kremser**.

Urach (Württ.) San.-Rat Dr. Klüpfels Sanatorium Hochberg

für Nervenkrankte, innere Kranke u. Rekoneszenten. Das ganze Jahr geöffnet. Leit. Arzt: **Dr. Otto Klüpfel**. Telefon 61

WIESBADEN Sanatorium Determann

für innere u. Nervenkrankte, in schönster Lage am Kurpark, Paulinenstr. 4. Tel. 21047. Aerzte: **Prof. Dr. H. Determann**, **Dr. W. Schmitt**.

Kindersanatorium Dr. Rohr

Wilhelmshöhe bei Kassel Sonnige Lage, in unmittelbarer Nähe von Schloßpark u. Habichtswald. Mittlere Höhe. Sommer- und 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.

FACHLITERATUR gegen Teilzahlungen liefert! Walt. Pestner, Buchh., Leipzig 12

Bei Bestellungen ist Angabe der „Zeitschrift für ärztl. Fortbildung“ erwünscht.

Kissingen

Prof. v. Dappers Sanatorium

für Magen-, Darm, Leber, Galle, Fettsucht, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Herz, Gefäße, Nieren, Nerven. — Mastkuren.

April bis November. — Prospekte.

Prof. Dr. v. Dapper-Saalfels, Geh. Mediz.-Rat

DEUTSCHES NORDSEEBAD

Büsum

Bahnstation in Schl.-Holst., Grüner Strand, Wattenlaufen, Badeplätze für See-, Sonnen- u. Luftbäder, Warmbad, Kurmusik

Führer umsonst durch die Badeverwaltung

Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten

unter besonderer Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung

Von

weil. Prof. Richard Stern

Dritte Auflage

völlig neu bearbeitet von

Dr. med. Rudolf Stern

Priv.-Doz. f. innere Medizin an der Universität Breslau

XVI, 664 S. gr. 8^o

1930

Rmk 32.—, geb. 34.—

Inhalt: Einleitung: 1. Bedeutung des Trauma in der Aetiologie innerer Krankheiten. 2. Aufgaben der Unfallbegutachtung. 3. Die Folgen körperlicher Anstrengung als „Unfall“. 4. Einige häufige Fehlschlüsse bei der Unfallbegutachtung innerer Krankheiten. 5. Zur Abgrenzung des Arbeitsgebietes. — I. Allgemeine Infektionskrankheiten. 1. Trauma und Infektion. 2. Scharlach. 3. Poliomyelitis anterior acuta. 4. Polyarthrit acuta. 5. Meningitis purulenta. 6. Die tuberkulöse Meningitis. 7. Miliartuberkulose. 8. Weilsche Krankheit. 9. Aktinomykose. 10. Malaria. 11. Syphilis. 12. Anhang: Einfluß psychischer Einwirkungen. — II. Krankheiten der Kreislauforgane. a) *Die organischen Erkrankungen des Herzens*. 1. Vorbemerkungen über Herzverletzungen. 2. Akute Endokarditis. 3. Chronische Endokarditis. 4. Herzfehler infolge Klappenzerreißung. 5. Herzmuskelkrankheiten. 6. Krankheiten des Perikards. 7. Mechanische Beeinträchtigung der Herztätigkeit und Dislokation des Herzens. b) *Krankheiten der Gefäße*. 1. Krankheiten der Arterien. 2. Arteriosklerose. 3. Aneurysmen. 4. Krankheiten der Venen. 5. Anhang: Vasomotorische Neurosen. c) *Funktionelle und ätiologisch unklare Erkrankungen des Herzens und der Gefäße*. 1. Die Herzneurose. 2. Paroxysmale Tachykardie. 3. Angina pectoris. d) *Verschlimmerung von Herz- und Gefäßkrankheiten durch Trauma* (mechanische und psychische Einwirkung, körperliche Anstrengung). — III. Krank-

heiten der Lungen und des Brustfells. 1. Vorbemerkungen über Lungenkontusionen. Krankheiten der Bronchien und embolische Prozesse. 2. Lungenzündungen. 3. Lungengangrän und Lungenabszeß. 4. Lungentuberkulose. 5. Lungenemphysem. 6. Erkrankungen der Pleura. — IV. Krankheiten der Verdauungsorgane und des Peritoneum. 1. Krankheiten der Speiseröhre. 2. Krankheiten des Magens und des Duodenum. 3. Krankheiten des Darmes. 4. Krankheiten des Peritoneum. 5. Krankheiten der Leber und der Gallenwege. 6. Krankheiten des Pankreas. — V. Krankheiten der Nieren. 1. Vorbemerkungen über Nierenverletzungen. Veränderungen des Harns infolge von Trauma. Lageanomalien. 2. Flüssigkeitsansammlungen innerhalb der Niere und in ihrer Umgebung. Nephrolithiasis. 3. Die doppelseitigen hämatogenen Nierenerkrankungen. 4. Infektiöse Prozesse in den Nieren und ihrer Umgebung. — VI. Maligne Geschwülste innerer Organe. — VII. Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und der Drüsen mit innerer Sekretion. 1. Diabetes mellitus. Diabetes insipidus. Gicht. 2. Perniziöse Anämie. Polycythämie. Die Leukämien. Leukämoide Krankheitszustände. Hämorrhagische Diathesen. Erkrankungen der Milz. Paroxysmale Hämoglobinurie. 3. Erkrankungen der Schilddrüse, der Epithelkörperchen, der Hypophyse. Krankheiten der Nebennieren. — Literaturverzeichnis. Autoren- und Sachregister.

Münch. med. Wochenschr. 1930, Nr. 16: . . . Das Buch fußt auf eingehender exakter Verwertung der einschlägigen, außerordentlich umfangreichen Literatur und großen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen. Es ist kritisch, klar zusammengestellt und bringt lehrreiche, überzeugende Einblicke in das große Gebiet der traumatischen Vorgänge, bespricht u. a. auch den Einfluß psychischer und mechanischer Einwirkungen und nervöser Komponenten. Ueberall werden wichtige, beachtenswerte Richtlinien zur Begutachtung gewiesen, die das Buch nicht nur dem Internisten, sondern auch jedem anderen Facharzt und dem praktischen Arzt, der in der Unfallbegutachtung in größerem Umfang zu wirken hat, wertvoll bzw. unentbehrlich machen.

Klieneberg[†]r, Königsberg Pr.

Deutsche med. Wochenschr. 1930, Nr. 20: . . . Das Werk zeigt eine bewunderungswürdige Beherrschung der einschlägigen Literatur, aber auch eine kritische Durchdringung des ungeheuren Stoffes und zahlreiche eigene Beobachtungen des Verfassers, die dem Material der Breslauer medizinischen Klinik entstammen. Das umfangreiche Werk wird dem Arzt, der sich mit Unfallheilkunde zu befassen hat, ein zuverlässiger Führer sein. Aber auch der innere Kliniker wird viel Anregung daraus schöpfen.

Prof. P. F. Richter, Berlin.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1930, Nr. 9: . . . Sterns Buch wurde eins von den klassischen Büchern der Unfallmedizin. . . . Mit der gleichen unbeirrten Sachlichkeit wie Richard bemüht auch Rudolf Stern sich, frei von jedem der Mode unterworfenen Dogmatismus Beobachtungen zu sammeln und nach den bewährten Maßstäben kritisch zu sichten. . . . Vom Standpunkte des Nervenarztes sei hervorgehoben, daß die Kenntnis vieler Abschnitte dieses Buches . . . für den neurologischen Unfallgutachter sehr wichtig ist.

Der Verbreitung dieses Buches dürfen wir eine gute Prognose stellen.

Friedrich Leppmann.

Schweizerische Zeitschr. f. Unfallmedizin, 1930, März: . . . Das Buch Sterns durfte seit jeher unter die besten Werke auf unfallmedizinischem Gebiete eingereicht werden. Auch heute kennen wir kein Buch, das dieses Sondergebiet mit der gleichen Gründlichkeit und Kritik umfaßt; es verdient, bei Begutachtungen stets zu Rate gezogen zu werden.

Verlag von Gustav Fischer in Jena

Siwalin

(Pasta cacao-tina Bism. comp.)

Klinisch erfolgreich erprobt und bewährt bei der
Behandlung von

Varicen und Ulcus cruris

Med. Welt Nr. 16 a 21. 5. 27 . . . " die Forderungen, die man
an ein brauchbares Präparat in der Wundheil-Therapie
zu stellen hat, sind folgende:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1. Tiefen- und Allgemein-
wirkung. | 5. Sekret aufsaugend. |
| 2. Reizlos. | 6. Desodorierend und des-
infizierend. |
| 3. Schmerzlindernd. | 7. Nicht klebend. |
| 4. Leicht hyperämisch wirkend. | 8. Granulationsfördernd. |

Ein Mittel, das diesen Forderungen so gut wie vollständig ge-
recht wird, ist unter den vielen Präparaten Dr. Sidlers Siwalin
Dieses Urteil bestätigen zahlreiche Gutachten.!

Siwalin, Kassen-Packung RM. —.90

Siwalin, Privat-Packung RM. 2.—

Siwalin, große Privat-Packung " 6.45

Siwalin, Klinik-Packung, ca. 600 g " 10.—

Neo-Siwalin, Tube RM. 1.75

Für leichtere Fälle und zur Nachbehandlung

Calmitol

(Weingeistig-ätherische Oellösung von Jodochlor-Kampferaldehyd,
Menthol und l-Hyoscinoleat.)

das wirksame Antipruriginosum

Eigenschaften:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Spezifisch juckstillend. | 3. Ausgesprochene Tiefen-
wirkung. |
| 2. Große Desinfektionskraft. | 4. Nicht toxisch. |

Indikationen:

1. Juckende Hautkrankheiten, wie Ekzeme, Lichen, Vidal, Prurigo, Pruritus-sine materia, Urticaria, Perniones usw.
2. Parasitäre Hautkrankheiten, wie seborrhoische und parasitäre Ekzeme, Impetigo, Pyodermien usw.
3. Bei Insektenstichen u. übermäßiger Schweißabsonderung.

Calmitol, flüssig, Kassen-Packung . . . RM. 2.—

Calmitol, flüssig, Privat-Packung RM. 3.90

Calmitol, flüssig, Klinikpackung " 10.—

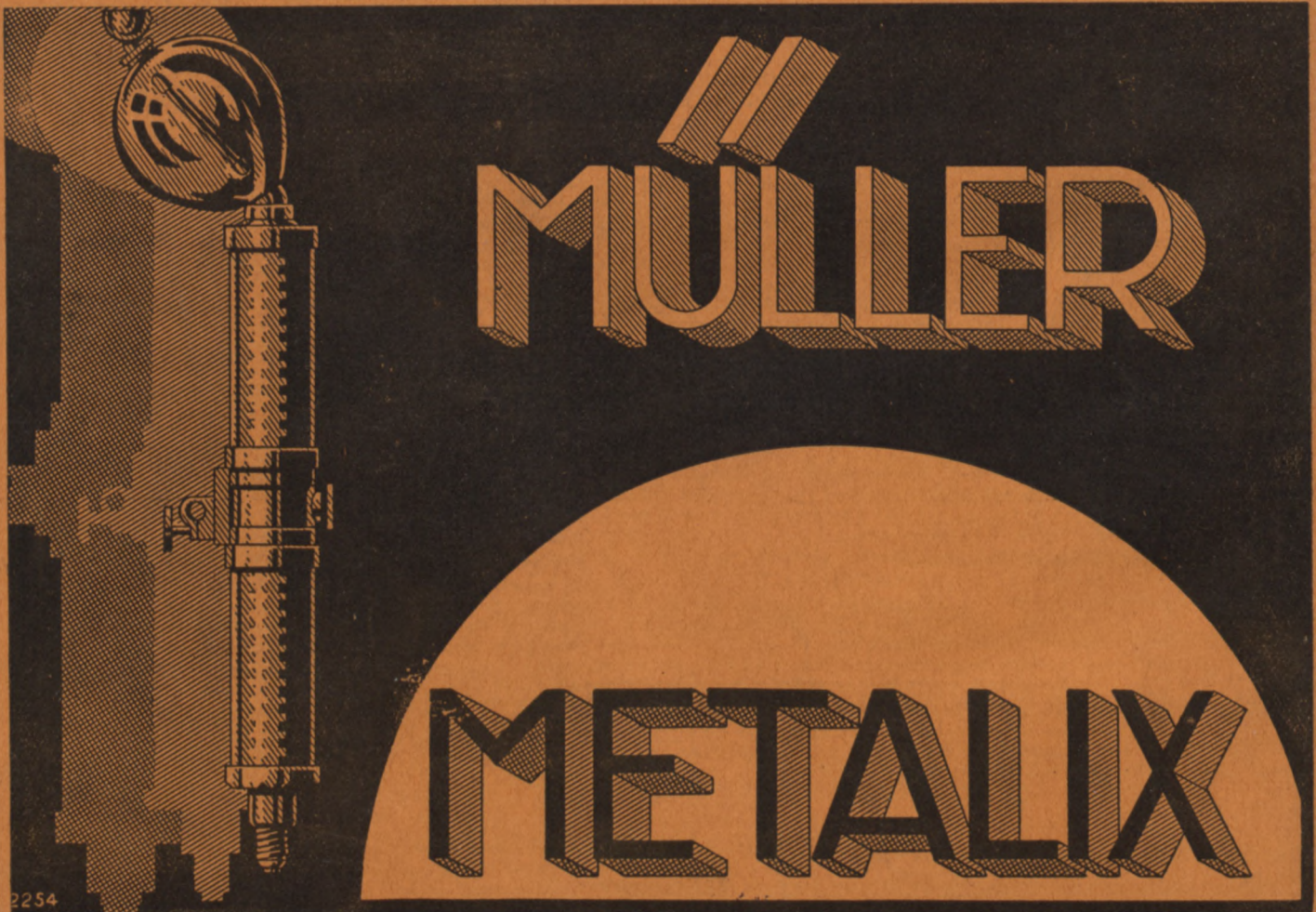
Calmitol-Salbe, 10⁰/₀ ig, Tube RM. 2.20

Calmitol-Salbe, Klinik-Packung RM. 7.50

Bei Krankenkassen zur Verordnung zugelassen

Literatur und Proben auf Wunsch

Dr. Sidler & Co., G. m. b. H., Freiburg i. Br.
Fabrik chem.-pharm. Präparate



2254