

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG.



ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN.

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN
UND DEN LANDESKOMITEES FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN BADEN, BAYERN,
BRAUNSCHWEIG, BREMEN-OLDENBURG, HAMBURG, LÜBECK, SACHSEN, THÜRINGEN UND WÜRTTEMBERG
IN VERBINDUNG MIT DEN

VEREINIGUNGEN FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN:

AACHEN, ALTENBURG, ALTONA, ANSBACH, AUGSBURG, BAMBERG, BARMEN, BERLIN, BIELEFELD, BOCHUM, BONN, BRAUNSCHWEIG,
BRESLAU, BROMBERG, CHEMNITZ, COBURG, CÖLN, DANZIG, DORTMUND, DRESDEN, DUISBURG, DÜSSELDORF, ELBERFELD, ERFURT,
ERLANGEN, ESSEN, FRANKFURT A. M., FREIBURG I. BR., GERA, GÖRLITZ, GÖTTINGEN, GREIFSWALD, HALBERSTADT, HALLE, HANNOVER,
HEIDELBERG, JENA, MARBURG, MEININGEN, MÜNCHEN, MÜNSTER I. W., NÜRNBERG, REG.-BEZ. OPPELN, PASSAU, POSEN, PYRMONT,
REGENSBURG, ROSTOCK, STENDAL, STETTIN, STRASSBURG, STUTTGART, TÜBINGEN, UCHTSPRINGE, WIESBADEN, WÜRZBURG, ZEITZ

UNTER STÄNDIGER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. O. v. ANGERER, KGL. GEH. RAT, EXC., UND PROF. DR. F. KRAUS, GEHEIMER MED.-RAT,
MÜNCHEN BERLIN

REDIGIERT VON

PROF. DR. R. KUTNER IN BERLIN

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

Alleinige Annahme von Inseraten durch **Daube & Co., G. m. b. H.,** Berlin SW. 19, Jerusalemerstr. 11/12.

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

Zehnter Jahrgang.

Mittwoch, den 1. Oktober 1913.

Nummer 19.

- Inhalt.** I. **Abhandlungen:** 1. Prof. Dr. R. Bastianelli: Über die Behandlung des Leistenbruches, S. 577.
2. Dr. Disqué: Über Darmbeschwerden infolge von Magenstörungen und unzweckmäßiger Diät, S. 585.
3. Dr. Alexander Pagenstecher: Röntgentiefentherapie (Schluß), S. 587.
- II. **Aus Wissenschaft und Praxis:** Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten: 1. Aus der inneren Medizin (Prof. Dr. H. Rosin), S. 592. 2. Aus der Chirurgie (i. V.: Dr. Richard Wolff), S. 593. 3. Aus dem Gebiete der Nervenleiden (Dr. K. Mendel), S. 595. 4. Aus dem Gebiete der Bakteriologie (Dr. Bohne), S. 598.
- III. **Ärztliches Fortbildungswesen:** Dreizehnte Generalversammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen (Fortsetzung), S. 599.
- IV. **Standesangelegenheiten:** Geh. San.-Rat Dr. S. Alexander: Die Verstaatlichung des Sanitätswesens, S. 603.
- V. **Tagesgeschichte:** S. 607.

I. Abhandlungen.

I. Über die Behandlung des Leistenbruches.¹⁾

Von

Prof. Dr. R. Bastianelli in Rom.

Es gereicht mir zur großen Ehre, daß die Akademie zu Düsseldorf mich beauftragt hat, über den Leistenbruch zu sprechen, und indem ich dem akademischen Senat und speziell dem Herrn

Geh.-Rat Witzel herzlichst danke, schreibe ich diese Ehrung nicht meinen Verdiensten, sondern denjenigen zu, welche mein Landsmann Bassini sich erworben hat. Folglich gebührt die Ehre diesem Manne und meinem Lande, welches ich heute hier vertrete.

Das Thema ist ein altes, und tagtäglich befindet sich jeder praktische Arzt in der Lage, Leistenbrüche zu diagnostizieren und zu operieren; darüber zu sprechen, könnte als überflüssig erscheinen. Aber gerade weil es ein altes Thema ist und in der täglichen Praxis immer wiederkehrt, sind unsere Verantwortung und die An-

¹⁾ Nach einem auf Veranlassung der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf gehaltenen Vortrag.

sprüche des Publikums immer mehr gewachsen, und es ist die Pflicht des Operateurs, dem Ideal der Vollkommenheit so nahe als möglich zu gelangen.

Deshalb sage ich im voraus, daß ich nicht Neues mitteilen kann, auch ist die Zeit für ein so weitgehendes Thema viel zu knapp. Ich werde nur einen Teil dieses Gebietes berühren und die Grundprinzipien der Radikalbehandlung, so wie sie sich aus den Fortschritten der letzten 25 Jahre ergibt, Ihnen darlegen.

Ich gehe gleich in medias res, um Ihnen zu sagen, wann im richtigen Moment operiert werden muß.

Die operative Indikation hat sich immer mehr ausgedehnt, besonders nach den Verbesserungen der Anästhesie, und wir können sagen, daß nur schwere organische Krankheiten dieser Indikation eine Grenze ziehen. Auch Säuglinge sollten operiert werden, wenn der Bruch bis tief in das Skrotum hineinragt, weil es sich dann um eine Krankheit handelt, die die normale Entwicklung hindert, und weil keine mechanische Kontention möglich ist und Schmerzen und Erbrechen auftreten. Auch Männer über 60 und 70 Jahre können operiert werden, wenn nicht Bronchialkatarrhe, schwere Zirkulationsstörungen und sonstige Erkrankungen vorliegen, die im allgemeinen jeden Eingriff verbieten.

Wenn aber der Bruch sehr voluminös und nicht vollständig reponierbar ist, weil die Eingeweide keinen Platz mehr in der Bauchhöhle finden, so glaube ich nicht, daß ein Mensch über ungefähr 50 Jahre operiert werden soll. Diese kolossalen Brüche müssen sehr eingehend studiert werden, und nur ein sehr erfahrener Chirurg hat das Recht, sich zur Operation zu entschließen. In diesen Fällen ist die technische Frage weit komplizierter und kann nicht von jedem praktischen Arzt gelöst werden. Im allgemeinen bin ich gegen die Radikalbehandlung dieser großen Brüche bei älteren Individuen und operiere nur, wenn eine *Indicatio vitalis* infolge von Komplikationen besteht.

Die lokale Anästhesie erlaubt die weiteste Indikationsstellung, und seitdem wir wissen, daß durch frühes Aufstehen weder die Wunde noch später die Narbe beeinträchtigt werden, dürften meines Erachtens auch alte Leute die Radikalkur schadlos vertragen.

Die lokale Anästhesie ist also der größte Fortschritt unserer Technik, und obwohl viele Operateure, wie Cushing zuerst, dann Reclus, Schleich und in Italien Ceci seit vielen Jahren mit Lokalanästhesie arbeiteten, müssen wir sagen, daß wir erst seit der Einführung der Leitungsanästhesie in der Lage sind, ebenso schmerzlos, aber mit größerer Schadlosigkeit für den Patienten als mit der allgemeinen Anästhesie oder mit der Bierchen Methode zu operieren.

Wenn wir aus individuellen Gründen ge-

zwungen sind, zur allgemeinen Anästhesie zu greifen, so empfehlen wir die Äthernarkose nach der Witzel'schen Methode, da mancher nach Chloroformnarkose auch 3—5 Tage nach der Operation wegen toxischer Nachwirkungen letalen Ausgang gesehen hat.

Die lumbale Anästhesie hat in mehr als 2000 meiner Fälle keine unangenehmen Störungen gegeben, und ich muß sagen, daß, seitdem ich Novokain in Dosen von nicht über 0,10 brauche, ich keine Komplikationen erlebt habe. Selbst die Urinretention ist keine häufigere nach Novokain-Lumbalanästhesie als nach Äther, Chloroform oder Lokalanästhesie, aber es ist mir doch vorgekommen, bei arteriosklerotischen Individuen sehr bedenkliche Delirien und in vielen Fällen hartnäckige Kopfschmerzen zu beobachten, die weit lästiger als die Operation selbst waren. Daher erachte ich die Lumbalanästhesie nicht als zu wählende Methode. Sie muß, wie die Narkose, für spezielle Fälle reserviert bleiben, z. B. bei voraussichtlich langdauernden Operationen, oder wenn gleichzeitig Varikoele, Hydrocele, Hämorrhoiden, Strikturen zu operieren sind, obwohl man auch in solchen Fällen mit der lokalen Anästhesie sein Ziel erreichen kann, wenn auch mit größerem Zeitverlust.

Die ideale lokale Anästhesie erreicht man mit einer 1proz. Novokainlösung plus $1^{100}/_{1000}$ von Suprareninum boricum. Von dieser Lösung kann man Dosen von 30—60 ccm gebrauchen, und selbst mehr, ohne jeglichen Schaden, höchstens etwas Kopfschmerzen bei den hohen Dosen. Wir pflegen die Einspritzung fast stets ohne vorherige Morphiumeinspritzung zu machen.

Mit der lokalen Anästhesie und der Asepsis genügen wir auf die beste Art und Weise den allerersten Anforderungen der radikalen Bruchbehandlung, d. h. keine schädlichen Folgen zu verursachen.

Aber eine ideale Operation muß auch anderen Anforderungen gerecht werden, d. h., sie muß vor Rückfällen schützen, und muß anatomisch korrekt ausgeführt sein.

Logischerweise müßte man annehmen, daß der Weg zur Wahrheit nur ein einziger sei, und doch wie viele Methoden und wie viele Vorschläge existieren, und wie viele neue werden von Verbesserern und Neuerfindern geschaffen!

Ich will jetzt nicht untersuchen, ob alle diese Methoden und Vorschläge den obigen Anforderungen entsprechen; es wäre ein zu langwieriges, kritisches, analytisches Studium. Tatsache ist, daß die Erfinder ihnen treu bleiben, und Tatsache ist es auch, daß es viele ehrliche Chirurgen gibt, die nicht aus falscher Eigenliebe bei Mißerfolgen blind bleiben würden. Wahr ist ferner, daß niemand in der Lage ist, seine eigenen Rezidive sicher zu zählen, und selbst, wenn ich persönlich nur ausnahmsweise einige wenige bei meinen Operierten gesehen habe, so glaube ich

doch nicht, daß ich weniger als die anderen habe. Ich glaube eher, daß meine Rezidive sich irgendwo anders operieren lassen, ebenso wie ich die von anderen operiere. Ich nehme aber an, daß man auch auf verschiedenen Wegen zum Ziel gelangen kann, und deshalb ist es zweckmäßig, die geschichtliche Entwicklung der Radikaloperation kurz zu besprechen, wobei ich nur die Methoden beachte, welche in ihrem Prinzip wirkliche Unterschiede aufweisen.

Die ersten, die sich mit der Bruchradikalkur beschäftigten, begnügten sich damit, den Sack zu entfernen und den äußeren Ring mit 3 bis 6 Nähten zu schließen; als Vorbild dieser einfachen Operation kann die Czerny'sche gelten. — Wenn aber die Entfernung des Sackes die Hauptsache bei dieser Methode ist, wie kann man in den Fällen Vollkommenheit erreichen, wo der Sack groß ist, eine weite Öffnung hat, wenn der Bruch ein direkter ist und man nur den Raum zur Verfügung hat, den der äußere Ring bietet?

Als einen wichtigen Fortschritt müssen wir deshalb das Prinzip von Lucas Championnière betrachten, der uns gelehrt hat, die Fascie des Obliq. ext. der ganzen Länge des Leistenkanals nach zu spalten, so daß man unter Leitung des Gesichts operieren kann. Die Idee ist ganz und gar berechtigt, da sie nicht nur den lokalen Verhältnissen Rechnung trägt, sondern auch einem gesunden allgemeinen Prinzip der Chirurgie entspricht.

Das dritte und wichtigste Prinzip ist das von E. Bassini. Es besteht in der Bildung einer muskulären hinteren Wand des Leistenkanals und in der Schaffung eines neuen schiefen Kanals mit zwei entfernten Öffnungen, in einer Weise, die später noch genau beschrieben werden wird.

Von den vielen Modifikationen und sog. Verbesserungen der Bassini'schen Operationsmethode wollen wir bloß an die erinnern, die statt einer neuen hinteren Wand nur die vordere wiederschaffen wollen, ohne den Samenstrang zu verschieben, wie Ferrari und Mugnai es geübt haben. Diese Methode wollen wir als ante-funikuläre Rekonstruktion des Leistenkanals bezeichnen im Gegensatz zu der retro-funikulären Bassini'schen.

Zuletzt kommen die Methoden, die wir plastische nennen wollen, welche in der Heranziehung von Muskeln oder Muskellappen nebst Aponeurose bestehen oder auch in der Verpflanzung von Knochen, Periost, oder Fremdkörpern — Methoden, welche bis zur Überreibung geführt wurden, indem man den Verlauf des Samenstranges durch die Wand oder durch Knochenkanäle künstlich verschob. Zu solchen Methoden kann nur ausnahmsweise eine Indikation bestehen, und sie können den Wert einer allgemeinen Methode nicht beanspruchen.

Unter den Methoden, welche hauptsächlich die Entfernung des Sackes vornehmen, müssen

wir die Operation von Kocher erwähnen, d. h. die Methode der Invaginationsverlagerung. Obwohl Kocher sich einer speziellen und sehr ingenüsen Technik bediente, so ist doch die ganze Operation bloß auf die Entfernung des Sackes und auf eine Kanalnaht beschränkt, aber im Gegensatz zur Czerny'schen Operation erlaubt sie eine sehr hohe Entfernung des Sackes, ohne Zurücklassen eines Rezidive erzeugenden Trichters.

Wenn wir diese Prinzipien in ihrer Aufeinanderfolge betrachten, so sehen wir, daß die Radikaloperation von einer sehr einfachen eine immer kompliziertere geworden ist, und wenn wir heute die Chirurgen befragten, würden wir mit Überraschung eine umgekehrte Tatsache feststellen, nämlich die Rückkehr zu einfacheren Methoden. Es geschah bei dieser Operation, was gewöhnlich bei vielen Ideen vorkommt, d. h. ein progressiver Aufstieg von einem Extrem zum anderen, und dann wieder umgekehrt, um schließlich bei der Mitte zu verbleiben. Diese verschiedenen Meinungen sind ja sehr interessant, aber sie bringen den Anfänger in Verlegenheit, und besonders den praktischen Arzt, der sich fragt, welchen Weg er betreten soll und auf welcher Seite die Wahrheit liegt. Allerdings vereinfacht sich das Problem sofort bei der Betrachtung, daß die inguinalen Brüche weder ätiologisch noch anatomisch untereinander gleich sind, und das läßt uns verstehen, warum verschiedene Prinzipien eine praktische Anwendung finden. Es genügt einerseits an die Brüche bei Kindern zu erinnern, oder an die der Erwachsenen, wo der teilweise oder ganz offen gebliebene vaginoperitoneale Prozeß den Kernpunkt des Bruches ausmacht, und andererseits an die Brüche infolge von Wandschwäche, an die direkten Brüche und die mit Verschiebung des Cöcums und des Colon pelvicum, sowie an die mit Blasenvorfall komplizierten, um sich zu überzeugen, daß derjenige falsch geht, der allen diesen Varietäten eine und dieselbe Methode entgegensetzt.

In den ersten beiden Formen ist das Vorhandensein des offenen Processus vaginalis die Hauptsache, und man kann sagen, daß nach Entfernung des Sackes die Heilung sicher stattfinden wird. In den anderen Formen müssen die anatomischen Verhältnisse der Wand oder des Inhaltes Fall für Fall betrachtet und behandelt werden. Daher gibt es nicht eine, sondern verschiedene Operationsmethoden, die den verschiedenen Anforderungen entsprechen. Da aber in den meisten Fällen die Hauptsache das Offenbleiben des Processus vaginalis ist, so versteht man, wie die einfache Entfernung des Sackes genügt, und wie Kocher sich mit seiner Methode besserer Resultate als Bassini rühmt. Aber dieser wie anderer einfacher Methoden werden wir uns niemals bei intraparietalen Hernien und bei denen, die von Wandschwäche herrühren, bedienen können, also bei den direkten Brüchen, wo der Sack fast nicht verschieblich ist und eine breite Öffnung hat,

bei den Hernien mit Cystocele und bei den großen Brüchen, bei welchen der Leistenkanal ein weites Loch geworden ist. So muß man wie Kocher selbst anerkennt, sich verschiedener Methoden bedienen können, und wir wollen daher diejenigen typischen Methoden beschreiben, die am besten den verschiedenen Ansprüchen genügen.

Wir wollen unterscheiden:

1. Brüche bei Kindern. Die typische Methode muß die Czerny'sche sein, welche man am besten mit einer hohen Hautinzision ausführt, d. h. nur inguinal, zu dem Zweck, so weit als möglich die Beschmutzung der Wunde zu verhüten. Man schneidet durch alle Bruchhüllen bis zum Sack, isoliert letzteren vom Samenstrang und mit besonderer Vorsicht vom Vas deferens, das wegen seiner Feinheit leicht zerrissen werden kann. Gelingt es, den Inhalt des Sackes leicht in die Bauchhöhle zurückzudrängen, so braucht man den Sack nicht zu öffnen; gelingt es nicht, so muß man ihn öffnen, und handelt es sich um einen voluminösen Darmbruch, so erreicht man die Reduktion sehr leicht in tiefer Narkose und in der Trendelenburg'schen Lage. Alsdann zieht man den Sack so weit als möglich herunter, als ob man den inneren Inguinalring erreichen wollte, und reseziert ihn so hoch als möglich, so daß kein Trichter bleibt. Mit einigen Nähten zieht man den äußeren Ring zusammen.

Für diese Fälle ist die Bassini'sche Operation jedenfalls zu kompliziert und dem Arzt als allgemeine Methode nicht zu empfehlen.

2. Die *Hernia inguinalis obliqua externa*. Unter dieser Rubrik finden wir die verschiedensten Typen, sei es betreffs des Sackes, sei es betreffs des anatomischen Baues der Wand. Daher ist es möglich, auch viele davon mit einfachen Methoden zu heilen. Aber die Methode, die allgemeinen Wert hat und die der praktische Arzt erlernen muß, um allen Schwierigkeiten gewachsen zu sein, ist ohne Zweifel die von Bassini, die ich hier kurz beschreibe:

1. Akt: Schnitt der Haut 10 cm lang, von der Spina pubis hinauf.

2. Akt: Spaltung der Obliq. ext. Fascia 4 bis 6 cm lang (Achtung auf die Nn. ileoinguinalis und ileohypogastricus) und Abpräparieren beider Ränder, bis man medial die Fasern des Obliq. int. und Transv. abd. auf mindestens 2 cm sehen kann; und lateral so weit, bis man den hinteren Rand des Poupert'schen Bandes frei gemacht hat. Spaltung des Kremasters.

3. Akt: Herausheben des Samenstranges und des Bruchsackes aus seiner Lage, Isolierung, Ligatur und Abtragung des Sackes hoch oben.

4. Akt: Neubildung einer hinteren Kanalwand. Der Samenstrang wird mit einem Gazestreifen angeschlungen und lateralwärts nach unten geschoben. Mit einer Reihe geknüpfter Nähte werden die Muskeln Obliq. int. und Transv. abd. an dem hinteren Rand des Pou-

part'schen Bandes zugenäht. Die erste Naht soll hoch oben die Muskeln fassen, indem man den Samenstrang weiter hinaufzieht. Die letzte Naht soll hart an der Spina pubis durchgeführt werden. Alle müssen 1—2 cm Muskel fassen und die letzte Naht soll auch den Rand des M. rectus abd. fassen, wenn die vereinigten Sehnen der Muskeln Obliq. int. und Transv. abd. schwach sind.

5. Akt: Zurücklagerung des Samenstranges. Naht der Fascie des M. obliq. ext. bis zu einer kleinen unteren Lücke. Naht der Haut.

Diese Beschreibung ist nicht genau die originale; weil wir nicht mehr der ersten Idee folgen, die Fascia transversalis zu inzidieren. Wir glauben darauf verzichten zu können, weil es die Operation unnütz kompliziert.

Die Vorteile dieser Operation sind zahlreich, und der erste derselben, den sie mit L. Championnière's Methode gemein hat, ist die Möglichkeit, sich mit dem Auge ganz genau über die anatomischen Verhältnisse der Region zu orientieren. Die Inzision der Aponeurose des Obl. ext. erlaubt die Übersicht über den ganzen Sack, seine Beziehungen zu den Vasa epigastrica und die Konformation seines Halses festzustellen, so daß man ihn ohne Zurücklassen eines Trichters sicher abbinden kann. Außerdem gestattet sie uns eine Orientation über den Zustand des inneren Ringes und der F. transversa, und zwar besser als alle anderen Methoden, weil nach Verschiebung des Samenstranges die ganze Region aufgedeckt bleibt. Ein anderer Vorteil ist der Wiederaufbau einer neuen hinteren Wand des Leistenkanals unter Neubildung eines schrägen Durchgangs für den Samenstrang und zweier voneinander entfernten Ringe, wodurch der Abdominaldruck fast aufgehoben wird. Sämtliche Einwände gipfeln in der Idee, daß es eine komplizierte Methode ist und daß in den meisten Fällen die Rekonstruktion der hinteren Wand überflüssig ist. Es mag etwas Richtiges dabei sein, aber es ist übertrieben, wenn man von der Kompliziertheit in dem Sinne spricht, als ob sie eine Gefahr bedeute. Wir dürfen heute bei der Sicherheit der Asepsis und der Familiarität der Technik dieser Methode sagen, daß die Bassini'sche Operation wohl komplizierter als die anderen sein mag, daß sie aber als allgemeine Methode die sicherste ist, weil sie, gleichviel unter welchen Verhältnissen, stets anwendbar ist. Auch Kocher, der teilweise diese Methode bekämpft, gibt zu, daß die Bassini'sche Operation bei den eingeklemmten Brüchen die zu bevorzugende ist, ebenso bei sehr voluminösen, wie bei den direkten und sonstigen komplizierten Brüchen. Dies ist die beste Anerkennung des allgemeinen Wertes der Methode.

Wir wollen jetzt kurz die Frage der Rezidive erörtern. Wenn wir diejenigen Rezidive beiseite lassen, die infolge von Komplikationen des Wundverlaufs entstehen, wie z. B. bei Hämatomen und Eiterungen, und wobei die Natur der Hernia keine

Rolle spielt, so bleiben nur die normal verlaufenden Fälle zu betrachten. Die Rezidive treten gewöhnlich spät auf, mit langsamer Entwicklung, aber es fehlen auch solche nicht, die schon während der ersten Monate nach der Operation auftreten, um nicht von den ganz seltenen zu sprechen, die fast unmittelbar erscheinen. Der größte Teil rezidiviert durch die obere Öffnung des neuen Kanals, weil letztere entweder bei der Rekonstruktion der hinteren Wand nicht gut geschlossen wurde, oder dem Abdominaldruck langsam nachgab. Der neue Sack gleitet allmählich längs des Samenstranges hinab, um sich an der äußeren Öffnung zu zeigen. Andere Rezidive sind dem langsamen Nachgeben der ganzen neuen hinteren Kanalwand zuzuschreiben. Im ersteren Falle sehen wir einen neuen Sack, im zweiten bloß eine weite Ausbuchtung der Bauchwand, mit der zu vergleichen, die wir bei den Schwächehernien finden. Wenn von diesen Rezidiven einige technischen Mängeln, also dem Operateur zuzuschreiben sind, so sind andere doch mit den speziellen Verhältnissen der einzelnen Hernien verbunden. So z. B. die Cöcum-, Colon- und Blasenhernien, wobei man den Sack nicht vollkommen entfernen kann. Zu anderen Malen handelt es sich um die Konformation der Wand, d. h. um eine muskuläre und aponeurotische Schwäche: hier ist es nicht möglich, eine solide hintere Wand zu schaffen, was meistens der Fall bei schwächlichen oder alten Individuen ist, wo die Gewebe eine senile Involution durchmachen.

Anstatt Sie aber mit einer genauen Beschreibung dieser Tatsachen zu langweilen, will ich eher Ihre Aufmerksamkeit auf Umstände lenken, die meines Erachtens nicht genügend beleuchtet worden sind. Kurz vorher erwähnte ich, daß einige Brüche sich in so kurzer Zeit neu bilden, daß man an die Formation eines neuen Sackes kaum glauben kann. Meine eigenen Beobachtungen haben bewiesen, daß diese schnellen Rezidive teils einer Loslösung der Sackabbindung, teils dem Vorhandensein eines Nebensackes, teils einem gleichzeitigen Vorhandensein einer unbeobachtet gebliebenen direkten Hernia zuzuschreiben sind. Manche Säcke haben einen steifen, breiten Hals und die Serosa wurde nicht genau von dem Fette isoliert, und die Ligatur wurde bloß äußerlich herumgelegt, während der Assistent den Sack herauszieht. Es ist nicht unmöglich, daß dann und wann diese Ligatur nicht hält und das Peritoneum offen bleibt. In solchen Fällen tut man gut, wenn man den Sack nicht nur durch Transfixion unterbindet, sondern auch den Schnitttrand mit fortlaufender Naht versieht, was ich niemals unterlasse. Ein Nebensack ist weit häufiger als man glaubt, und wenn man auch nicht immer einen wahren Nebensack vorfindet, existiert doch öfter eine Ausbuchtung des Bauchfells dem ganzen Leistenkanal entlang, infolge der Schwäche der Fascia transversa. Um diese Verhältnisse zu demonstrieren, muß der Sack ge-

spalten werden, der Zeigefinger bis unter den Vasa epigastrica hineingeführt werden, und es ist dann leicht, das Bauchfell so weit herauszuschieben, daß es neben dem Sack wie ein zweiter Sack oder wie eine große Ausbuchtung erscheint. Es ist ein potentieller Sack, welcher ein Geleise für die Eingeweide ist, die gegen die neue hintere Wand drücken können. In anderen Fällen kann man auch einen Sack medial von den Vasa epigastrica nachweisen, d. h. eine direkte Hernia, entweder schon gut entwickelt oder nur im Beginn, so daß zwei Säcke, ein äußerer längerer

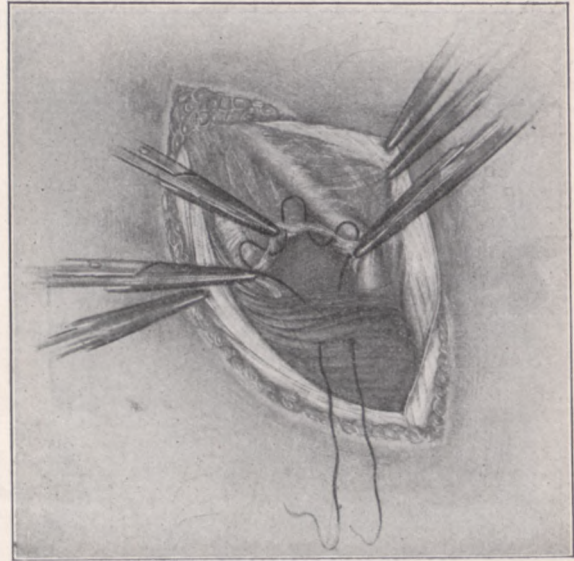


Fig. 1.

lateral und ein innerer kurzer medial von den Vasa epigastrica getrennt zu sehen sind.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß als unumgängliche Bedingung zur Verhütung der Rezidive eine Operationsmethode notwendig ist, welche uns gestattet, die anatomischen Verhältnisse der Hernie zu übersehen. Daher ist die Methode Bassini's die wichtigste und die fundamentale.

Damit wollen wir aber nicht sagen, daß sie allen Anforderungen genügt. Im Gegenteil, sie entspricht nicht vollkommen unserem Postulat, daß die Radikaloperation möglichst anatomisch korrekt sein soll.

Die Verschiebung des Samenstranges ist ein Notbehelf, welcher gestattet, die Muskelschicht dem kruralen Band zu nähern und zwei neue Öffnungen zu schaffen, und wenn man auch annehmen kann, daß, wenn man nicht brutal vorgeht, für den Hoden keine Nachteile entstehen, so verdienen doch auch die Methoden Beachtung, die radikal operieren, ohne den Strang zu verschieben. Wir haben eine solche Methode als antefunikulare Rekonstruktion der Wand genannt. Mit dieser Methode erreicht man gute Resultate.

Ich glaube aber, daß sie hauptsächlich der vollkommenen Entfernung des Sackes zu verdanken sind, sowie dem Verschuß des inneren Ringes auf in direktem Wege durch die Vernähung der Muskelschicht mit dem Ligamentum Falloppi, und nicht der Rekonstruktion der Wand als solcher, da auch eine kräftige vordere Wand nicht immer imstande ist, den Druck auszuhalten, der gegen den inneren Ring und die hintere Wand gerichtet wird. Meines Erachtens beschäftigen sich die Chirurgen viel zu wenig mit dem inneren Inguinalring, und obwohl einige wenige, wie

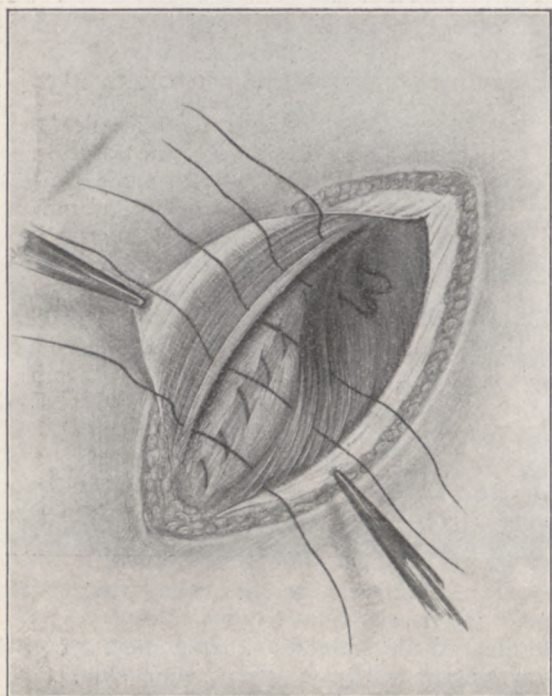


Fig. 2.

Parona, Bottini, Fergusson, diese Phase der Operation besonders betont haben, so wird sie doch noch wenig beachtet und anerkannt, während ich der Meinung bin, daß sie von fundamentaler Wichtigkeit ist.

Eine anatomisch korrekte Operation, die man in den meisten Fällen anwenden kann, und die ich seit vielen Jahren ausführe, ist die, die ich Ihnen jetzt beschreiben werde, unter der Benennung „normale Operation“. Dabei werden Sie keine neue, aber eine Zusammenstellung von verschiedenen Ideen finden.

Das erste Tempo ist wie bei den anderen, einschließlich der Ligatur und Abtragung des Sackes, gleich dem der Bassini'schen Methode, ohne jedoch den Samenstrang aus seiner Lage herauszunehmen. Während der Isolierung des Sackes ist darauf zu achten, daß der Rand des inneren Ringes genau abpräpariert und mit Kocher'schen Zangen gefaßt wird. Eine

Schnurnaht wird durch diesen Rand gelegt und beide Enden des Fadens werden mit zwei Nadeln durch die Muskelschicht des Obliq. int. und Transv. abd. von unten schief nach oben geführt (Fig. 1). Wenn man an diesen Enden zieht, wird nicht nur der innere Ring durch die Schnurnaht geschlossen, sondern auch fest gegen die untere Fläche der Muskelschicht gepreßt. Der Faden wird über der Muskelschicht geknotet, und nun fassen die beiden Nadeln zuerst tief die Muskeln, diesmal von oben medial, nach unten lateral, und dann wird der untere Rand des Poupart'schen Bandes und der Faden geknotet (Fig. 2). Damit wird der geschlossene innere Ring samt dem oberen Teile der Muskelschicht zu einem Ganzen mit dem Poupart'schen Bande vereinigt und gegen diese so gepreßt, daß keine Lücke mehr vor-

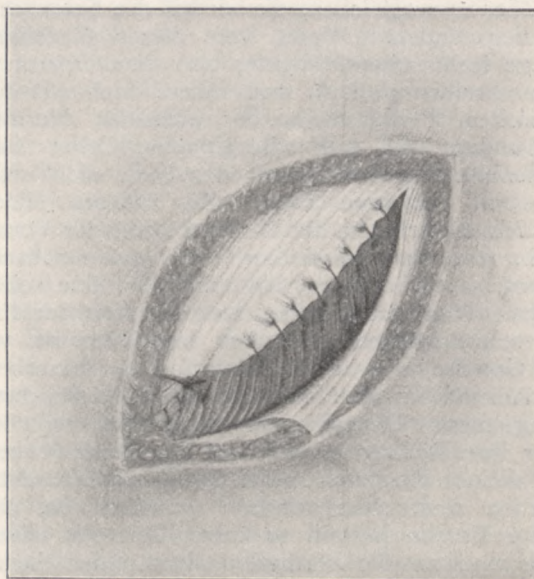


Fig. 3.

handen ist und der Abdominaldruck gerade da den kräftigsten Widerstand findet.

Nun folgt das Zusammennähen des Kremasters über dem unberührten Samenstrang. Dann wird die Muskelschicht wieder gefaßt und dem Poupart'schen Bande antefunikular zugenäht (Fig. 2). Diese Nähte sind nur als ein Verstärkungsmittel der ersten Naht des inneren Ringes zu betrachten, da ich mir denke, daß, wenn die ganze Muskelschicht mit dem Poupart'schen Bande vereinigt ist, auch die erste Naht weniger Möglichkeit hat, nachzugeben.

Diese antefunikuläre Naht verstärkt natürlich auch die vordere Wand, hat aber meiner Meinung nach keine große Bedeutung gegenüber den Hernienrezidiven, wenn nicht der innere Ring besonders geschlossen wird.

Endlich kommt noch die Fasciennaht in Betracht, die in überlappender Weise nach Girard ausgeführt wird (Fig. 3).

Diese Operationsmethode scheint mir mehr den natürlichen Verhältnissen zu entsprechen als alle anderen Methoden, indem der durch den Bruch erweiterte innere Ring enger gemacht wird, die Muskelschicht, die vom oberen Teil des Poupert'schen Bandes verschoben war, ihm wieder genähert und mit ihm befestigt wird, die Lage des Samenstranges nicht geändert und der Kremaster darüber vereinigt wird. Deshalb glaube ich, daß diese Methode die „normale“ genannt werden darf und bei den schrägen Brüchen, wenn man sich den anatomischen Zustand des inneren Ringes und der Fascia transv. klar gemacht hat, angewendet werden kann. Sobald diese aber schwach ist und auch nur eine Spur von Nachgiebigkeit in der Gegend der Fovea interna zeigt, rate ich immer, zur Bassini'schen Methode zu greifen.

Wir wollen jetzt kurz die direkten Hernien betrachten, für die zweifellos die Bassini'sche Methode die einzige richtige ist.

Betrachtet man das Schema (Fig. 4), so sieht man sofort, daß der Zweck unserer Operation die Verstärkung der subepigastrischen Zone (Fovea interna) sein muß, weil in dieser nur die Wölbung des parietalen Bauchfells sich vollzieht, sei es dadurch, daß die Fascia transversalis nachgibt, sei es, daß sie durch ein Fettklumpchen perforiert wird, oder sei es, daß durch die Schwäche und Entfernung der vereinigten Sehnen des M. obl. und T. abd. dem Bauchdruck nicht genügend Widerstand geleistet wird. Je mehr der Bruch sich vergrößert und je schwächer die vereinigte Sehne ist, um so mehr bildet sich in dieser subepigastrischen Zone eine große dreieckige Lücke, die mit dem äußeren Ring in direkte Verbindung tritt. Zuerst müssen wir dem Sack spezielle Aufmerksamkeit widmen, da er eine weite Öffnung und keinen Hals hat und vom Fett reichlich bedeckt sein kann. In einigen Fällen kommt der Sack durch eine kleine Lücke der Fascia transv. heraus, die ihn schnürt und eine Art inneren Ringes schafft; daher scheint es, als ob der Sack einen Hals hätte. Kerbt man aber diesen scharfen Rand der Fascia ein, so wird es sofort möglich sein, einen anderen und manchmal größeren Teil des Sackes, der hinter dem Ring versteckt lag, heraufzuziehen und sich zu überzeugen, daß auch in diesen Fällen kein Hals, sondern nur eine weite Öffnung vorhanden ist. Beachtet man diese Möglichkeit nicht, dann ist ein Rezidiv der Hernie beinahe sicher, da ein großer Teil des Sackes zurückgelassen wurde.

Zunächst müssen wir den Sack breit spalten, seine Ränder kräftig ziehen lassen und über dem hineingeführten Finger das Fett abpräparieren, damit wir nicht die Blase verletzen, und dann von innen mit einer Schnur oder fortlaufenden Naht, je nach der Größe der Öffnung, diese so tief als möglich schließen. Die Ränder des Sackes werden nun 1 cm über der Naht abgetragen und

dann wieder fortlaufend zugenäht, damit keine Lücke oder auch nur die Möglichkeit eines Nachgebens des Peritoneums entsteht.

Der nun folgende Akt besteht in einer Neubildung der Bauchwand, die je nachdem der Zustand der Muskeln und der Fascie es erlaubt, entweder nach Bassini oder plastisch in mehreren Schichten ausgeführt werden muß.

In diesem Falle rate ich folgendermaßen vorzugehen:

1. Die Ränder der Fascia transversalis sind genau zu vereinigen, damit das properitoneale Fett gut und vollständig zurückgehalten wird.
2. Schnitt auf der vorderen Schicht der Rectusfascie, ein paar Zentimeter medial von seinem

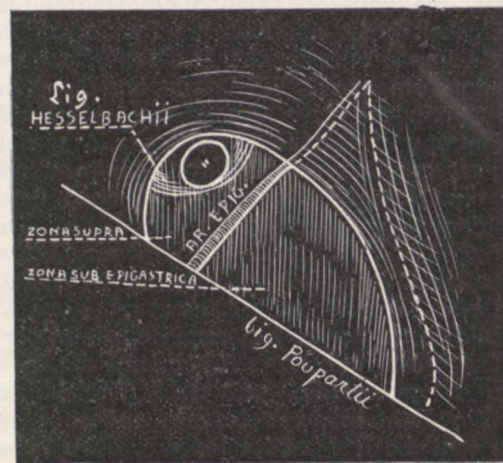


Fig. 4.

lateralen Rand, Präparierung eines Lappens, der nach außen geklappt und am hinteren Rande des Poupert'schen Bandes zugenäht wird.

3. Der freigemachte Rand des Rektus wird auch mit dem Bande im unteren Teile der Region vernäht, während im oberen Teile die M. obliq. ex. und Transv. abd. genäht werden.

4. Die untere äußere Hälfte der Obliq. ext. Fascie wird über der Muskelschicht gelagert und ihr Rand womöglich mit dem medialen Rand der geschnittenen Rectusfascie vereinigt: die innere obere Hälfte wird über die äußere geklappt und mit ihr so genäht, daß der ganzen Länge des Kanals nach keine Öffnung bleibt, mit anderen Worten, daß der äußere Ring weggeschafft wird und der Samenstrang unter der Haut bleibt.

Damit haben wir eine vollkommen neue Bauchwand geschaffen, die bloß eine obere Öffnung für den Samenstrang, aber keine untere hat, so daß die Fovea interna nicht mehr einem äußeren Ring entspricht. Nach der Beseitigung dieses Ringes besteht kein schwacher Punkt mehr, und gerade da, wo die Hernie sich wiederbilden könnte, ist der größte Widerstand geschaffen. Wollte man einwenden, daß die Operation eine

komplizierte ist und daß die Anatomie des Leistenkanals zu tief geändert wird, so würde ich antworten, daß wir nur damit zum Ziel kommen, indem wir uns neue Verhältnisse, daher eine neue komplette Bauchwand schaffen, und daß kein Schaden dadurch entsteht. Es ist deshalb für mich die Operation der Wahl.

Die mir noch zur Verfügung stehende Zeit will ich der Betrachtung derjenigen operativen Zufälle widmen, die typisch geschehen können und deshalb zu vermeiden sind.

Zunächst erinnere ich an die Gefäßverletzung, sei es der Vasa epigastrica, sei es der Vasa iliaca. Beide sind schon mehrmals verletzt worden, die ersteren während der Isolierung des Sackes, die anderen gewöhnlich, während man die Muskelschicht am hinteren Rande des Poupert'schen Bandes zunäht. Die Vena iliaca wurde öfter durchstoßen als die Arteria, und dieser Zufall muß als ein ernster betrachtet werden. Die Vervollkommnung der Gefäßnahttechnik macht es uns jetzt möglich, solche Wunde genau zu nähen, aber eine laterale Abbindung ist wohl das einfachste und genügend für die bloße Durchstechung der Gefäßwand, während die Naht eine präventive Hämostase verlangt, die keine leichte in dieser Gegend sein kann und noch dazu spezielle Instrumente, die man nicht immer zur Verfügung hat, erfordert. In einem Falle, zu dem ich zugezogen wurde, weil die Lateralabbindung und die Naht nicht gelangen, mußte ich die Iliaca und die Epigastrica ligieren, ohne Schaden für den Mann. Um diese Verletzung zu vermeiden, muß man stets an die Lage der Gefäße bei diesem Tempo der Bassini'schen Operation denken und den hinteren Rand des Poupert'schen Bandes mit einer Zange fassen und heben, so daß die Nähte mit Sicherheit gelegt werden können.

Die Verletzung der Vasa epigastrica schätze ich nicht als einen kleinen Zufall, da durch Ligatur dieser Gefäße eine Thrombose der Vena iliaca et femoralis entstehen kann. Wir kennen einige Fälle von plötzlich eintretendem Tode beim Aufstehen des Kranken einige Tage nach der Bruchbehandlung, und Prof. Banti hat anatomisch festgestellt, daß in diesen Fällen die Thrombose sich bis in die Beckenvenen erstreckt hat und bakteriologisch keine Infektion zu demonstrieren war. Deshalb müssen wir auf die mechanischen Verhältnisse unsere Aufmerksamkeit richten, indem weder die Iliaca noch die Epigastrica oder die Samenstrangvenen verletzt oder zu fest durch die Naht gepreßt werden. Daß die Thrombose auch ebenso entsteht, wie bei jeder abdominellen Operation, ist möglich.

Der andere typische Zufall ist die Verletzung der Harnblase, sei es, daß es sich um eine wahre Cystocele, oder sei es, daß es sich um eine paraperitoneale, intraperitoneale oder um

eine künstliche, durch Hervorziehen des Sackes entstandene Cystocele handelt.

In allen diesen Fällen kann man die Blase nicht erkennen und folglich schneiden, reißen oder abbinden. Deshalb muß man jeden mit Fett bedeckten Sack genau beobachten, bevor man ihn öffnet oder abbindet, und wenn man ihn präpariert, muß man bei der Dissektion seiner unteren medialen Seite große Aufmerksamkeit widmen, indem man auf der Leitung eines hineingeführten Fingers die Serosa freipräpariert. Die Blase ist gewöhnlich an ihren blassen Muskelfasern erkennbar, ferner werden wir zum Achtgeben gemahnt, sobald wir das weiße Band, das die obliterierte Ombilicalarterie darstellt, im Felde erscheinen sehen. Dieses Band ist die Grenze zwischen dem Bauchfell und der Blasenwand, deshalb darf man nicht jenseits des Bandes schneiden oder en masse abbinden ohne sorgfältige Dissektion. Ist aber eine Verletzung der Blase geschehen und erkannt, so muß sie sofort genau genäht werden. Was sollen wir nun aber mit der genähten Blase tun? Sollen wir sie versenken? In diesem Falle ist die Gefahr vorhanden, daß, wenn die Naht nicht hält, die Wunde vom Urin infiltriert oder infiziert wird. Sollen wir also die Wunde tamponieren? Aber durch die Tamponade ist eine vollständige tiefe Vereinigung der Gewebe verhindert und dadurch die Radikalbehandlung unsicher gemacht.

In zwei solchen Fällen habe ich mir durch einen kleinen Kunstgriff geholfen, den ich speziell empfehle, wenn der Harn nicht vollkommen aseptisch ist.

Die Blasenwunde wird in Etagen genäht und die Fäden werden lang gelassen. Nun wird genau in dem tiefsten Punkt der Mittellinie ein kleiner Schnitt bis auf das properitoneale Fett gemacht, und von hier aus gegen die Inguinalwunde properitoneal eine geschlossene Zange geführt, mit dieser die Fadenenden gefaßt und in die kleine Wunde gezogen, bis die genähte Blase erscheint. Zwei dieser Fäden dienen auch dazu, um die Blase an der Wunde zu befestigen. Die Inguinalwunde wird geschlossen, während die andere offen bleibt, und sollte nun die Naht nicht halten, so entsteht dadurch bloß eine suprapubische unschädliche Fistel. Die Blase läßt sich sehr leicht bis zur Mittellinie bringen, weil die verletzte Stelle eben dieser Linie sehr nahe liegt.

So haben wir die wichtigsten Punkte in Betracht gezogen, und ich hoffe, in Ihnen den Eindruck zurückgelassen zu haben, daß, wenn es auch mit verschiedenen Methoden, möglich ist, ein gutes Resultat zu erzielen, der Chirurg sich jedoch nicht blindlings an eine einzige Methode anklammern soll, sondern je nach dem vorliegenden Fall die eine oder die andere der vier beschriebenen Arten der Operation, die ihm zur Verfügung stehen, anwenden soll.

Wenn es aber eine Methode gibt, die als universale gelten soll, so ist es die von Bassini,

weil sie der allergrößten Zahl der Umstände genügt. Es ist daher die Methode, die gelehrt werden muß und die jeder die Pflicht hat zu lernen und nach welcher die Um- und Abänderungen in zweite Linie treten.

2. Über Darmbeschwerden infolge von Magenstörungen und unzweckmäßiger Diät.

Von

Dr. Disqué in Potsdam,
Kreisarzt a. D.

Erst im letzten Jahrzehnt hat man festgestellt, daß durch eine mangelhafte sekretorische und motorische Funktion des Magens Darmstörungen zustande kommen.

Wie man bei Mageninhaltuntersuchungen nach dem Probefrühstück ersehen kann, entleert sich der Magen bei verminderter oder fehlender Salzsäureproduktion sehr rasch. Nur noch wenig unverdaute Semmel wird oft mit dem Magenschlauch ausgehebert. Die Speisen kommen oft in gröberer Form in den Dünndarm. Ebenso wie mit den unverdauten nicht genügend verflüssigten Stärkehüllen der Semmel verhält es sich auch mit der groben Zellulose der Gemüse und dem rohen (nicht gekochten) Bindegewebe des Fleisches, das nur im Magen bei vorhandener Salzsäure, nicht aber im Darm verdaut wird. So entsteht bei fehlender Salzsäure im Magen (besonders bei Achylie und chronischer Gastritis) durch Reizung der Darmschleimhaut die gastrogene Diarrhoe.¹⁾ „Man kann dabei oft makroskopisch Bindegewebe im Stuhl nachweisen, der manchmal durch derbe weißgelbe Fäden filzartig durchzogen ist. Vom Schleim unterscheidet sich das Bindegewebe leicht, weil dasselbe glasig durchscheint, häufig mit Bilirubin gefärbt und viel weicher ist.“ — Es kam einmal ein Patient zu mir und behauptete, er habe den Bandwurm. Die abgegangenen Fetzen waren, wie ich konstatierte, Sehnen vom rohen Schinken, den der Patient nicht fein genug geschnitten gegessen hatte. Rohes Fleisch und roher Schinken sollten bei fehlender Salzsäure und bei Diarrhoe am besten vermieden oder nur mit dem Löffel geschabt gegeben werden.

In allen Fällen von Darmstörungen müssen wir den Mageninhalt untersuchen, auch wenn keine Magenbeschwerden vorhanden sind. Sehr oft sah ich Patienten, welche bei Darmbeschwerden erst auf energisches Zureden mit dieser Mageninhaltuntersuchung einverstanden waren, da sie glaubten, sie hätten nichts Abnormes im Magen, sondern nur im Darm. Und doch fand ich in sehr

vielen Fällen ein vollständiges Fehlen der freien Salzsäure, oder manchmal eine bedeutende Hyperazidität. Diese funktionellen Störungen des Magens verursachen sehr häufig Darmbeschwerden, welche durch zweckentsprechende Behandlung dieser funktionellen Magenstörungen oft zum Verschwinden gebracht werden.

Nicht nur eine gastrogene Diarrhoe kann man durch zweckentsprechende Behandlung der Anazidität des Magens beseitigen, sondern auch, wie ich öfter gesehen habe, eine Obstipation durch eine zweckentsprechende Behandlung der Hyperazidität des Magens. Die Obstipation ist sehr häufig mit einer Hyperazidität, oder mit einer Atonie des Magens verbunden, in welchem Falle der Magen sich gerade im Gegensatz zur Anazidität desselben viel langsamer entleert.

Bei der Anazidität ist vor allem auf die Zubereitung der Speisen Rücksicht zu nehmen. Sie dürfen nicht in grober Form den Magen verlassen und den Darm reizen, sondern sollen womöglich durch die Fleischmaschine zerkleinert, fein gewiegt, durch ein Sieb gerührt, im Mörser fein zerrieben usw. dem Kranken dargereicht werden.

Zur Anregung der Salzsäuresekretion spielt auch das psychische Moment eine große Rolle. Die Speisen müssen schön serviert, im warmen Zustand dem Patienten gegeben werden. Auf den Geschmack desselben ist Rücksicht zu nehmen und für reiche Abwechslung der Speisen Sorge zu tragen. Wenn möglich sollen die Delikatessen der Saison verabfolgt werden. Selbstverständlich muß man eine Auswahl nur leicht verdaulicher Speisen treffen. Alles Grobfaserige ist zu vermeiden, außer rohem Fleisch auch Fleisch von alten Tieren, fettes Fleisch, grobe nicht durchgeschlagene Gemüse, oder Kartoffel, rohes Obst usw. — Zur Anregung der Salzsäuresekretion sind leichte Reizmittel: Fleischbrühe, ein Glas Wein zum Essen, Fleischgelee usw. zu empfehlen. — Der Kefir wirkt durch seine geringe Menge von Alkohol, durch seine Kohlensäure ebenfalls anregend zur Salzsäureproduktion und ist durch seine feinere Gerinnung auch leicht verdaulicher als Milch und nach meiner Ansicht wegen der erwähnten Eigenschaften bei Anazidität (resp. auch bei Achylie) mehr als Yoghurt zu empfehlen.

Zuviel Eiweiß (mehr als 60 g täglich) sollte bei Anazidität nicht gegeben werden, da die zu große Menge von Eiweiß nicht genug im Magen verflüssigt wird und den Darm zu sehr reizen oder in Anspruch nehmen würde.

Da die Salzsäure nicht nur im Magen zur Verflüssigung und Peptonisierung der Speisen sehr wichtig ist, sondern auch einen mächtigen Reiz auf die Pankreassekretion ausübt (Pawlow) und eine desinfizierende Wirkung hat, ist bei Anazidität mit folgender gastrogener Diarrhoe die Verabfolgung einer größeren Menge von Salz-

¹⁾ A. Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darms mittels der Probekost. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1908.

säure unbedingt notwendig. Ich gebe dreimal täglich 15—25 Tropfen Acid. muriat. (nicht dilut.) oder 10 Acid. muriat., 10 Pepsin sicc., 100 Aqua dest., DS. dreimal täglich ein Kaffeelöffel, oder dreimal täglich zwei Acidol-Pepsintabletten (die stärkeren) in einem Trinkglas Zuckerwasser, $\frac{1}{4}$ Stunde vor und während des Essens.

Bei Hyperazidität müssen ebenfalls die Speisen in feinverteiltem Zustande gegeben werden (Gemüse, Obst, Kartoffel durchgeschlagen), nicht aber, um sie leichter verdaulich zu machen (wie bei Anazidität), sondern damit sie den Magen schneller passieren. Dasselbe ist bei Atonie des Magens der Fall.

Bei der Hyperazidität sollen in erster Linie im Gegensatz zu Anazidität alle Reizmittel, Gewürze, gesalzenen, sauren Speisen, alkoholische Getränke, Kaffee, Fleischbrühe usw. vermieden werden, während das Pflanzen-, Eier- und Milcheiweiß dem Fleisch (besonders dem gebratenen Fleisch) vorzuziehen sind. Sahne, Butter, Olivenöl haben eine säureherabsetzende Wirkung.

Von Medikamenten kann man Natr. bic., Magnes. ust. \overline{aa} 10,0, Extr. Bellad. 0,15 S. dreimal täglich eine Messerspitze anwenden. Auch das Neutron dreimal täglich ein Teelöffel und die Magnesium-Perhydrol-Tabletten wirken günstig.

Was die Atonie und Gastropse des Magens mit chronischer Stuhlverstopfung betrifft, so sind vor allem die allgemeine Behandlung: Elektrizität, Massage, Gymnastik, Luftbäder, milde Wasseranwendungen, psychische Behandlung, und, wie schon erwähnt, eine richtige Zubereitung und Auswahl der Speisen, bei Unterernährten eine Mastkur mit Butter, Sahne, Eigelb, leicht verdaulichen Kohlehydraten usw. angezeigt.²⁾ Salinische Abführmittel und kohlensäure Mineralwasser dürfen bei Atonie und Gastropse nicht gegeben werden, „während die physiologische Kochsalzlösung (1 Teel. auf 1 Lit. W.) den Magen rasch verläßt und bei Atonie mit Stuhlverstopfung als Trinkkur Verwendung finden kann, ebenso bei Dünn- und Dickdarmkatarrh mit Stuhlverstopfung, da sie den Darminhalt verflüssigt und die Peristaltik anregt. Stuhlverstopfung tritt bei Atonie des Magens weniger deshalb ein, weil es dem Darm an der nötigen Füllung mangelt, sondern weil eine energische Reizwelle, vom Magen ausgehend, in Wegfall kommt.“³⁾

Bei Gastrektasie infolge von Pylorusstenose bilden sich im Magen gärende Stoffe, welche, wenn sie in den Darm gelangen, denselben reizen und Darmbeschwerden hervorrufen. Man kann dann Sarcine oder Hefe in Sprossung nicht nur im Magen, sondern auch im Stuhl häufig nachweisen. Hier sind vor allem Magenspülungen morgens nüchtern mit Zusatz von Natr. bic. von günstiger Wirkung.

²⁾ Disqué, „Über Atonie und Gastropse“. Med. Klinik 1913 Nr. 5.

³⁾ Best, „Archiv. f. Verdauungskrankheiten 1913“ H. 2.

Daß bei nervösen Magenstörungen nervöse Diarrhoen, aber auch spastische Obstipation und kolikartige Schmerzen im Darm (Colica mucosa) vorkommen können, ist selbstverständlich. Auch hier müssen wir vor allem durch Berücksichtigung der Anamnese und durch Mageninhaltuntersuchung das Leiden festzustellen suchen. Die Behandlung der Magen-Darmneurose ist diätetisch gerade die entgegengesetzte wie bei einem Magen-Darmkatarrh. Nicht eine Entziehungsdiät ist hier am Platze, sondern gerade im Gegenteil eine robrierende Diät, keine feinverteilten Speisen sind angezeigt, sondern eventuell eine grobfaserige Diät wie Schrotbrot, viel Gemüse, rohes Obst, worauf schon v. Noorden⁴⁾ bei der Colica mucosa hingewiesen hat.

Wir kommen nun zur Besprechung der Darmbeschwerden infolge einer unzweckmäßigen Diät. Diese können zustande kommen nach schwerverdaulichen Speisen, oder nach einer Intoxikation. Es entsteht eine Indigestion, wie der Franzose sich ausdrückt. Daß auch nach einer zu leichtverdaulichen zu konzentrierten Nahrung Stuhlverstopfung eintreten kann ist längst bekannt. Straßburger, A. Schmidt und Lohrisch haben nachgewiesen, daß bei Stuhlverstopfung die Menge der Bakterien und der Nahrungsreste im Stuhl eine viel geringere ist,⁵⁾ daß der Stuhl durch eine zu gute Resorption mehr eingedickt wird. A. Schmidt⁶⁾ hat, um den Kot massenhafter und wasserreicher zu machen, Agar-Agar (Regulin) empfohlen, das durch die Verdauungssäfte wenig angegriffen wird. Jedenfalls ist bei Stuhlverstopfung eine viel Zellulose haltige grobe eventuell fleischfreie Kost oft sehr angezeigt.

Zuviel Zellulose, zuviel Kohlehydrate in der Nahrung können aber auch wieder Darmbeschwerden machen. Es kommt manchmal zu einer zu schlechten Ausnützung derselben im Darm, zu dem Gegenteil der Stuhlverstopfung, zu der Gärungs-dyspepsie.⁷⁾ Der Stuhl ist hell, porös, schwammig, riecht sauer. Mikroskopisch fallen sofort nach Jodzusatze die blaugefärbte unverdaute Stärke, die blaugefärbten Mikroben, die hefezellartigen Klostridien auf. Der Stuhl sieht manchmal geformt aus, oft dickbreiig, oder dünnbreiig. Der Kohlehydrategehalt der Stühle ist ungefähr auf das doppelte vermehrt, der Leib manchmal bei Druck empfindlich, eventuell sind Unbehagen, Blähungen, Kollern, Appetitlosigkeit usw. vorhanden. Es kann zu Diarrhoen, und durch den Reiz des Darms durch die Kohlehydrate zu Darmkatarrh kommen. Ähnlich wirkt nach

⁴⁾ v. Noorden: Über die Behandlung der Schleimkolik des Darmes. Sammlung klinischer Abhandlungen. Hirschwald, Berlin.

⁵⁾ Zeitschr. f. phys. Chemie 1906, 47, 236 usw.

⁶⁾ A. Schmidt, Münch. med. Wochenschr. 1905 Nr. 41.

⁷⁾ A. Schmidt und J. Straßburger Deutsches Arch. f. klin. Med. 1901, 69, 570 und A. Schmidt Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1912 Nr. 15.

Finkelstein bei kleinen Kindern die schlechte Assimilierung der Kohlehydrate und besonders des Milchzuckers.

Es handelt sich bei der Gärungsdyspepsie nach A. Schmidt um eine funktionelle Störung des Darms, bei welcher die Kohlehydrate nicht gut assimiliert werden, bei welcher vielleicht nicht genügend Darmsaft abgesondert wird. Vom Dünndarmkatarrh unterscheidet sie sich dadurch, daß nur die Stärke schlecht ausgenutzt wird, nicht aber Eiweiß oder Fett, und daß Schleim, Gallenfarbstoff, und angedaute Zellen im Stuhl nicht nachgewiesen werden können. — Die Kohlehydrate müssen darum bei der Gärungsdyspepsie weggelassen, oder möglichst beschränkt werden. Besonders Kartoffel, Möhren, grüne Gemüse usw. sind absolut zu vermeiden. Außer der Fleisch- und Fetternährung können Zucker, dextrinierte Mehle, Zwieback, später u. a. auch lange gekochter Reis gegeben werden.

Wir wissen, daß nach Zufuhr von viel Eiweiß Darmbeschwerden durch Fäulnis entstehen können. Der Stuhl hat nicht das gelbe, schwammige, sondern ein bräunliches Aussehen und keinen sauren, sondern einen fäulnisartigen Geruch nach Schwefelwasserstoff. Das Eiweiß, besonders das Fleisch muß hier sehr eingeschränkt werden. Zu verabfolgen sind vor allem Kohlehydrate, Breie, Zwieback, Flammeris, Butter, Sahne, Joghurt, durchgeschlagene grüne Gemüse und, wie ich besonders empfehlen kann, das fein zerriebene Friedenthal'sche Gemüsepulver⁸⁾ (M. Toepfer, Boehlen bei Roethai.Sa.)⁹⁾, das nicht nur bei kleinen Kindern als Zusatz zur Milch, sondern auch bei Anazidität und bei Hyperazidität des Magens, bei spastischer Obstipation und bei Dickdarmkatarrh sehr zweckmäßig ist.

Wie wir sehen, muß bei Darmbeschwerden nicht nur eine Mageninhaltuntersuchung, sondern auch jedesmal eine Stuhluntersuchung vorgenommen werden. Das letztere geschieht am besten am 3. Tage nach einer Schmidt'schen Probekost, welche aus 1 1/2 l Milch, 100 g Zwieback, 2 Eier, 50 g Butter, 125 g leicht angebratenen gehackten Rindfleisch, 200 g Kartoffelmus und Schleimsuppe aus ca. 80 g Hafergrütze pro Tag besteht. Wir werden nach diesen Untersuchungen als Ursachen der Darmbeschwerden nicht nur häufig ein eventuelles Darmleiden, sondern oft auch ein Magenleiden, wenn auch manchmal nur funktioneller Natur diagnostizieren können und durch Einleitung einer richtigen Diät die Darmbeschwerden oft rasch zum Verschwinden bringen.

⁸⁾ Disqué, Diätet. Küche. 6. Aufl. S. 196. (Enke, Stuttgart.)

⁹⁾ v. Bergmann u. Strauch, „Die Bedeutung physikalisch fein verteilter Gemüse für die Therapie“. Ther. Monatsh. 1913 H. 1.

3. Röntgentiefentherapie.

Von

Dr. Alexander Pagenstecher in Braunschweig.

(Schluß.)

Nervenkrankheiten.

Ein weiterer therapeutischer Einfluß der Röntgenstrahlen fällt in das Gebiet der Nervenkrankheiten, bei denen allerdings in manchen Fällen kritiklos bestrahlt wird. Daß aber eine solche zunächst kritiklos erscheinende Bestrahlung manchmal, wie zum Beispiel bei der Leukämie, zu schönen Resultaten führen kann, haben wir bereits gesehen, und nicht eigentlich das Vornehmen der Bestrahlung an sich möchte ich tadeln — man versucht manchmal fast widerwillig die Bestrahlung und hat dabei manch schönen Erfolg — vielmehr die kritiklose Veröffentlichung solcher Erfolge. So baut ein italienischer Autor auf die halbjährige Beobachtung zweier Paralytiker,³⁶⁾ die er mit relativ hohen Dosen Röntgenstrahlen behandelte, einen Bericht über erfolgreiche Behandlung der Paralyse mit Röntgenstrahlen.

Auf dem festeren Boden der Erfahrung steht schon die Behandlung einiger anderer Nervenkrankheiten. So ist die Beeinflussbarkeit der

Neuralgien

durch Röntgenstrahlen durch einwandfreie Beobachter festgestellt. Von 28³⁷⁾ mit verschiedenen Neuralgien behafteten Patienten konnten 21 geheilt werden. Vor Vornahme einer chirurgischen Ausdehnung des Nervens und der sehr gefährlichen Exstirpation des Ganglion Gasseri lohnt es sich doch immerhin einen Versuch mit Röntgenstrahlen zu machen.

Eine Stoffwechselkrankheit, die, da häufig Nervensymptome bei ihr überwiegen, nicht allzu selten zu den Nervenkrankheiten gerechnet wird, ist der

Morbus Basedowii,³⁸⁾

wohl neben der Leukämie eine der Krankheiten, bei denen sich zuerst die Röntgentiefentherapie bewährte.

³⁶⁾ Prof. Lutzenberger: Über die Röntgenbehandlung der progressiven Paralyse (Röntgentaschenbuch Bd. 4 S. 203).

³⁷⁾ Stembö: Über die schmerzberuhigende Wirkung der X-Strahlen (Therapie der Gegenwart 1900 Nr. 6).

³⁸⁾ Eigene Beobachtung. Seit 6 Jahren leidet das 29jährige Mädchen an Herzklopfen, Gewichtsabnahme und Magenbeschwerden und bemerkt nun seit 6 Wochen, daß ihr Hals merklich dicker wird. Befund: Prominenz der Augen, ausgebildeter Kropf, Herzaktion beschleunigt. Behandlung: Bestrahlung des Kropfes unter Kreuzfeuerbestrahlung 3 Sitzungen mit im ganzen dreimal drei H. Nach 6 Wochen erneute Untersuchung. Sofort nach der Bestrahlung Wohlbefinden, erst in den letzten Tagen wieder Herzklopfen, deshalb erneute Bestrahlung. Nach weiteren 6 Wochen sind sämtliche Beschwerden geschwunden, Patientin fühlt sich wohl und arbeitsfähig, Prominenz der Augen geringer, Struma noch nachweisbar. Sie wird wiederbestellt, falls die Beschwerden erneut auftreten (Journal 1912 Nr. 4).

Der Symptomenkomplex des Morbus Basedowii wird durch die Bestrahlung in weitgehendem Maße beeinflusst, und auch hier, wie bei den tuberkulösen Lymphomen, je jünger die Erkrankung in unsere Behandlung kommt, desto besser. Die erste bald nach Beginn der Behandlung auftretende Besserung erstreckt sich auf die subjektiven Symptome, es tritt allmählich, manchmal auch plötzlich, eine wohlthuende Beruhigung ein. Allmählich im weiteren Verlauf der Behandlung kommt es zur Besserung der Kardinalsymptome. Zunächst bessert sich der schlechte Ernährungszustand, dann die Tachykardie; der Rückgang des Exophthalmus ist nicht so regelmäßig, ebenso ist die Rückbildung der Struma nicht so auffallend. Die häufig bei Basedow bestehenden Durchfälle werden günstig beeinflusst. Noch mehr, als die ausgesprochenen Basedowfälle, sind es — wie Schwarz aus der v. Noorden'schen Klinik berichtet,³⁹⁾ — die formes frustes, die sich für die Röntgenbestrahlung eignen. Diese merkwürdige Beeinflussung der Basedowkrankheit durch X-Strahlen wird wohl nicht mit Unrecht auf die Entgiftung des Organismus zurückgeführt, indem die zur teilweisen Rückbildung ihres Parenchyms gezwungene Drüse ihre Hyperfunktion einstellt.

Weniger Erfolg hat die Röntgentherapie bei der Behandlung der Struma⁴⁰⁾ zu verzeichnen, ja sie erschwert häufig dem Chirurgen, die sich später als nötig erweisende Operation durch Bildung von Verwachsungen. Wohl ist bei einer Anzahl der Fälle eine Verkleinerung unter Röntgenstrahlen nachzuweisen, in der Mehrzahl ist diese Beeinflussung sehr mäßig. Relativ am besten reagiert noch die Struma parenchymatosa, die Radiosensibilität dieses hypertrophischen Strumagewebes entspricht ungefähr der Empfindlichkeit der nicht verhornten Karzinomzellen, eine Schädigung des Kropfgewebes ist also durch die äußere Haut hindurch wohl möglich. Im Gegensatz hierzu werden Bindegewebs- oder Kolloidkröpfe fast gar nicht beeinflusst, ebensowenig Cystenkröpfe.

Aus dem Gebiet der Nervenkrankheiten wäre noch zu berichten über den günstigen Einfluß der Röntgenstrahlen bei sonst therapeutisch sehr schwer beeinflussbaren Krankheiten.

Hierher gehört die Syringomyelie,⁴¹⁾ die zuerst von Raymond erfolgreich bestrahlt wurde.

Maligne Neubildungen.

Wenden wir uns nun zur Tiefentherapie der bösartigen Geschwülste, so möchte ich zuerst auf die Veränderungen eingehen, die durch die Röntgenstrahlen in Karzinomgewebe

hervorgerufen werden. Einer der ersten, der sich mit der histologischen Untersuchung des bestrahlten Karzinomgewebes befaßte, war Perthes,⁴²⁾ der folgende charakteristische Schilderung von dem Verlauf des Degenerationsprozesses der epithelialen Zellen gibt:

Histologische Veränderungen durch Bestrahlung von Karzinomen. Einige Zeit nach der Bestrahlung koaguliert das Protoplasma der einzelnen Zellen zu einer gemeinsamen Masse, in der Vakuolen auftreten. Die Kerne verlieren die Fähigkeit sich distinkt zu färben, an der Grenze des Krebskörpers finden zahlreiche Verletzungen des Stroma statt. Hier weist das Karzinomepithel keinen scharfen Saum mehr auf, vielmehr zeigen die epithelialen Zellen zahlreiche Kluften und Buchten. Noch zwischen den Epithelien finden wir Bindegewebszellen und Leukocyten eingedrungen, in späteren Stadien ist der Krebskörper völlig auseinander gesprengt, so daß sich nicht mehr wohlgebaute Krebszapfen, sondern nur unregelmäßige Bruchstücke derselben und einzelne degenerierte Krebszellen in einem stark kleinzellig degenerierten Bindegewebe vorfinden. In einem weiteren Stadium ist dann von Karzinomzellen nichts mehr nachzuweisen.

Also auch hier: eine Heilung des Karzinoms mit Röntgenstrahlen ist theoretisch möglich, vorausgesetzt, daß wir genügend tief eindringende Röntgenstrahlen in genügender Menge produzieren können.⁴³⁾

Allgemeine Bemerkungen. Bevor und die Tiefentherapie in ihrer jetzigen Vervollkommnung existierte, wurden die verschiedensten Versuche gemacht, tiefer gelegene Geschwülste den Röntgenstrahlen zugänglich zu machen. So lagerten Werner und Caan⁴⁴⁾ Geschwülste des Magen-Darmtraktes vor, d. h. nähten, sobald sie den Tumor als inoperabel erkannt hatten, denselben in die Bauchwunde ein und behandelten ihn mit sehr hohen Dosen Röntgenstrahlen. Ein anderer Autor schlägt, ohne damit Versuche gemacht zu haben, vor, kleine Röntgenröhren zu konstruieren und diese in den Tumor selbst einzuführen. In dasselbe Gebiet fallen die oben bei der Besprechung der Technik erwähnten Versuche der Sensibilisierung des Tumors.⁴⁵⁾ Auch von den in der Tiefe liegenden Geschwülsten sind seit jeher sporadisch Heilungen durch Röntgenstrahlen berichtet worden, die aber mit gutem Grund als Ausnahmefälle und mit berechtigtem Zweifel angesehen wurden. Eine durchgreifende Wendung

³⁹⁾ Zitiert nach Wetterer, Röntgentherapie S. 545.

³⁹⁾ Schwarz: Zur Röntgenbehandlung des Morbus Basedowii (Neurolog. Zentralbl. 1906 Bd. 25 Nr. 16).

⁴⁰⁾ Pfeiffer: Die Röntgentherapie des Kropfes auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchungen (Beitr. zur klin. Chirurgie 1906 Bd. 48 H. 2), die andere Literatur s. Wetterer S. LXX.

⁴¹⁾ Raymond und Zimmern: Essay de Radiothérapie en neuropathologie (Bull. méd. 1901 Nr. 39 S. 461).

⁴²⁾ Über die Veränderungen an mit Röntgentiefenstrahlen behandeltem tiefliegendem Gewebe vgl. die Ausführungen von Gauß, Aschoff und Krönig in Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 8.

⁴³⁾ Werner und Caan: Über die Vorlagerung intra-abdomineller Organe zur Röntgenbestrahlung (Münch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 11, vergl. hierzu Anmerkung 51).

⁴⁴⁾ Gauß-Lemcke: Röntgentherapie S. 163 ff.

ist erst in allerletzter Zeit durch die Erfolge der Gynäkologen erfolgt, die Röntgenstrahlen in Verbindung mit Mesothorium oder auch allein in bisher unerhörter Dosierung verwandten; und zwar wird die Bestrahlung sowohl vaginal wie durch die Bauchdecken von außen unter starker Filterung direkt dem Tumor appliziert. Die günstigen Erfolge traten dabei so gehäuft auf, daß von einzelnen Gynäkologen auch bei inoperablen Tumoren die Bestrahlung als die Methode der Wahl betrachtet wird.

Ich möchte nicht so weit gehen, sondern folgende Indikationen aufstellen:⁴⁶⁾

In Betracht kommt die Röntgentherapie der bösartigen Geschwülste in folgenden Fällen:

1. bei operablen Karzinomen, einmal beim Hautkarzinom⁴⁷⁾ im reellen Wettbewerb mit der Chirurgie und dann, wenn aus irgendeinem Grunde die Operation bei tiefliegenden Karzinomen nicht stattfinden kann oder verweigert wird;

2. bei inoperablen Karzinomen. Es ist dann nicht allzu selten möglich, durch die Bestrahlung den Tumor wieder operabel zu machen; er schrumpft und wird so operabel, ein Verfahren, welches ich als „Vorbehandlung vor der Operation“ bezeichnen möchte;

3. und, das ist leider noch immer nicht in genügendem Maße bekannt, in der Nachbehandlung der Karzinomoperierten, sei es durch Bestrahlung der regionären Drüsen, sei es durch Bestrahlung in die blutige Operationsstelle hinein vor Schluß der Operationswunde oder durch Bestrahlung der Narben.

Die hier aufgestellten Regeln gelten, wie ich ausdrücklich hervorheben möchte, nicht für die Behandlung der Sarkome, die einer besonderen Ernährung bedürfen.

Gehen wir nun zu der Beeinflussung des krebserkrankten Individuums durch die Röntgenstrahlen über, so geht mit der objektiven Besserung eine Wirkung auf den Allgemeinzustand parallel, in vielen Fällen eilt diese Wirkung der lokalen Besserung voraus oder tritt selbst ohne diese ein.

Diese Allgemeinwirkung ist auffallend. Fast hoffnungslos und nur um das letzte noch zu versuchen, kommen die Patienten, und später drängen sie sich zu den Bestrahlungen selbst dann, wenn ein sichtbarer Einfluß auf die lokale Erkrankung nicht nachweisbar ist. In vielen Fällen tritt ferner eine Änderung in dem subjektiven Befinden ein. Nach anfänglich kurzer Steigerung der Beschwerden nehmen die Schmerzen ab, und es

bleibt nicht allzu selten ein Zustand der Schmerzlosigkeit, wochen-, ja monatelang bestehen. Bei tiefsitzenden Karzinomen sind häufig neuralgische Schmerzen zu beobachten, die durch Beeinflussung der lokalen Ursachen, (Druck von Karzinomherden auf periphere Nerven und ähnlichem) gut zu beseitigen sind. Zu dieser Beeinflussbarkeit der subjektiven Beschwerden möchte ich ferner noch eine auffallende Verminderung des so oft vorhandenen Juckreizes rechnen.

Neben dieser indirekten Wirkung auf das Allgemeinbefinden besteht eine direkte Wirkung der Bestrahlung, die offenbar ihren Grund in der direkten Beschränkung des Wachstums des Tumorgewebes hat. Aus den Untersuchungen von Aschoff, Gauß wie von Bumm kann man bei Uteruskarzinomen diesen Wachstumsstillstand und die schließliche Schrumpfung des Krebsgewebes mittels Probeexzision fortlaufend verfolgen. Erwünscht ist jedenfalls ein langsamer atrophischer Rückgang ohne Erweichung, da die letztere bei stürmischem Zerfall in tief gelegenen Geschwülsten zu Durchbrüchen oder Verjauchungen führen kann.

Von den Gegnern der Röntgentherapie wird häufig behauptet, daß die Bestrahlung maligner Tumoren eine Metastasenbildung begünstige. Dem möchte ich entgegenhalten, daß ein Fehler, der vom Röntgenologen aus Furcht vor Verbrennung nicht allzu selten gemacht wird, darin besteht, daß eine zu geringe Strahlenmenge gegeben wird und daß dann trotz, nicht wegen der Bestrahlung die Metastasenbildung erfolgt. Überhaupt lehrt von jeher die Erfahrung, daß kleine Röntgendosen das Wachstum der Tumoren beschleunigen (Reizdosis). Es ist daher für die Zukunft dringend erforderlich, so intensiv und solange als möglich zu bestrahlen. Wir sind aus diesen Gesichtspunkten dazu übergegangen, Karzinome täglich stundenlang natürlich unter starker Filterung zu bestrahlen.⁴⁸⁾

Als vorübergehende Nebenwirkung starker Röntgenstrahlenmengen möchte ich noch die Tatsache erwähnen, daß manchmal toxämische Zustände entstehen, die durch die Resorption zerstörten Materials hervorgerufen werden. Eine weitere Bedeutung kommt dieser Erscheinung nicht zu, man setzt lediglich einige Zeit mit der Bestrahlung aus.

Einzelne Krebsformen. Die Erörterung der einzelnen Krebsformen möchte ich mit der Besprechung der bei Mammakarzinom erzielten Erfolge beginnen.⁴⁹⁾ Schon 1897 versuchte Gocht die Heilung des Mammakarzinoms durch Radiotherapie und hatte angeblich einen geringen Erfolg. Von damals bis heute sind wir

⁴⁶⁾ Röntgentaschenbuch Bd. 4 S. 229, vgl. die Anm. 49 zitierte Arbeit.

⁴⁷⁾ Eigener Fall: Fünfmärkstückgroßes, exuliertes Karzinom auf dem linken Handrücken. Behandlung mit 8 Holzknecht unter Lederfilter. Verlauf: Nach Mitteilung des behandelnden Arztes während zweier Monate deutliches Kleinerwerden des Tumors und beginnende Überhäutung; wegen äußerer Verhältnisse kann Patientin, die auswärts wohnt, nicht weiter zur Behandlung kommen, daher seit einem Monat erneutes Wachstum, das trotz genau nach Vorschrift ausgeführter Antimeristembehandlung fort dauert (Journal 1912 Nr. 224).

⁴⁸⁾ Wetterer: Röntgentherapie S. 550.

⁴⁹⁾ Werner und Caan veröffentlichten in der Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 26 u. 27 neben anderen Beobachtungen ihre Erfahrungen in der Behandlung der Mammakarzinome (Über die Wirkung von Röntgenstrahlen auf Geschwülste), anschließend ein eigener Fall.

leider in der Behandlung dieser Karzinomform nicht fortgeschritten, noch heute, wie damals, besteht die unbestrittene Ansicht, alle operablen Fälle von Mammakarzinom dem Chirurgen zuzuführen, und zwar, wie natürlich, diese Operation so früh als möglich auszuführen. In den Fällen jedoch, in denen die Operation nicht ausgeführt werden kann, muß andererseits so zeitig als möglich mit der Bestrahlung begonnen werden. Einzelne seltene Fälle sind indes so gut durch die Röntgenstrahlen beeinflusst worden, daß man sie als klinisch geheilt bezeichnen konnte, denn an Stelle des Karzinomgewebes ist mikroskopisch Bindegewebe getreten. Die Haupttätigkeit des Röntgenologen beruht hier, wie so oft, in der Nachbehandlung der operierten Fälle, sie dient gleichsam als Korrigens, um die dem Skalpell entgangenen Tumoreste durch die Strahlen zu zerstören. Bei inoperablen Karzinomen ist ein umgekehrtes Verfahren am Platze, es wird sich empfehlen, die ausgedehnten Tumormassen soweit als tunlich mit dem Messer zu entfernen und dann das freigelegte Karzinomgewebe direkt so energisch als möglich anzugreifen. Die Bestrahlung erfolgt von verschiedenen Seiten unter Kreuzfeuer mit Aluminiumfilter und möglichst harten Röhren, bei exulzerierten Karzinomen mit mittelharten Röhren und Lederfilter, da bei ihnen eine Hautschädigung nicht zu befürchten ist.⁴⁹⁾

Die Röntgentherapie des Zungenkarzinoms⁵⁰⁾ ist ebenso, wie die Beeinflussung des Larynx- und Gaumenkarzinoms vorläufig sehr wenig erfolgversprechend. Ebenso sind die Erfahrungen über Behandlung des Ösophaguskrebses und des Pharynxkarzinoms nicht vielversprechend, diese Organe liegen eben so ungünstig, daß da nur in den günstigsten Fällen geringe Strahlenquantitäten in die Tiefe dringen, leider meistens nicht genug, um eine Wirkung auf das Karzinom auszuüben. Ein Versuch lohnt sich nur dann, wenn die anderen Mittel versagen und man am Ende seines therapeutischen Könnens angelangt ist. Vielleicht wird das aber anders, wenn die Tiefentherapie noch weitere Fortschritte zu verzeichnen hat. Prinzip bei der Behandlung dieser Tumoren ist auch hier: harte Röhren, hohe Dosen, Filter.

Mit der Behandlung der Erkrankungen des Digestions- und Respirationstraktus hängen eng zusammen die

karzinomatösen Lymphdrüenschwellungen.

Auch hier muß für den Therapeuten der Grundsatz gelten: zuerst der Chirurg und dann, oder, wenn chirurgisch nichts mehr zu machen ist, der

⁴⁹⁾ Narbenrezidiv eines Mammakarzinoms, dessen Operation abgelehnt wurde, wird unter wechselndem Filterschutz mit hohen Dosen bestrahlt. Es kommt zu starker Verkleinerung, Abstoßung karzinomatösen Knochens und fast vollständige Überhäutung bei starker Gewichtszunahme im Zeitraum von 6 Monaten.

⁵⁰⁾ Vgl. Fortschritte Bd. 19 S. 237 ff. (Frank Schulz).

Röntgentherapeut. In diesen Fällen können die Strahlen als Palliativmittel warm empfohlen werden. Als Palliativmittel wirken sie vorläufig auch bei den tief im Innern des Körpers gelegenen Karzinomen. Den wenigen angeblichen Heilungen,⁵¹⁾ von denen einige Autoren berichten, stehen wir mit Recht ziemlich skeptisch gegenüber. Andererseits kann man auch bei den inoperablen Magenkarzinomen nicht dringend genug dazu raten, palliativ zu bestrahlen, die Schmerzen werden weit geringer, und wir haben doch bei dieser an die Therapie so viele Ansprüche stellenden Krankheit ein neues Palliativum, das unter Umständen die Morphiumeinspritzung entbehrlich macht.

Einzelne gute Erfolge berichtet man von der Behandlung des Rektumkarzinoms,⁵²⁾ besonders von französischer Seite, es empfiehlt sich daher bei inoperablen Fällen hier mehr, als sonst, eine energisch und konsequent fortgesetzte Behandlung.

Sarkome. Besser für die Behandlung der Röntgenstrahlen eignet sich ein Teil der Sarkome. Die Wirkung der Strahlen auf den Tumor ist entweder prompt, geradezu eklatant oder die Geschwülste verhalten sich vollständig refraktär.

Dieses Verhalten erklärt sich wohl mit Sicherheit aus feinsten Verschiedenheiten in der histologischen Beschaffenheit des Tumors. Kienböck⁵³⁾ hat eine interessante Tabelle von über 300 Sarkomfällen zusammengestellt und festgestellt, daß sich Erfolg zu Mißerfolg verhält bei Spindelzellensarkomen wie 70 zu 30, bei Rundzellensarkomen wie 80 zu 20. Bei Osteo- und Chondrosarkomen wurde in keinem Falle ein Erfolg festgestellt.

Auf Grund dieser Resultate schlägt Kienböck vor, in den meisten Fällen von Sarkom, vorzugsweise aber in leicht rezidivierenden gut gelegenen Geschwülsten die Radiotherapie versuchsweise anzuwenden, wenn dann aber in einigen Wochen kein nennenswerter Erfolg sichtbar wird, die Fälle der Operation zuzuführen. Beim Sarkom erscheint die radiotherapeutische Beseitigung möglich und dementsprechend ein Versuch vor der Operation zulässig; wenn sie gelingt, so haben wir dem Kranken den immerhin nicht einfachen Eingriff erspart und zudem bei Wegfall jedes Traumas eine Verschleppung von Keimen nicht begünstigt. Natürlich ist für inoperable Sarkome die Radiotherapie unbedingt indiziert.⁵⁴⁾ Unsere eigenen Erfahrungen mit Sarkomen lassen den Schluß zu, daß $\frac{3}{4}$ aller Fälle durch geeignete Röntgentherapie der Rückbildung und Ausheilung fähig sind.

⁵¹⁾ Aus der Sitzung der K. K. Gesellschaft der Ärzte vom 21. Febr. 1913 (Münch. med. Wochenschr. 1913 S. 620).

⁵²⁾ Siehe den bei Wetterer, Röntgentherapie S. 598, zitierten Fall.

⁵³⁾ Kienböck: Die Röntgenbehandlung der Sarkome (Fortschritte Bd. 9).

⁵⁴⁾ Ein einschlägiger Fall wird von mir demnächst in der Münch. med. Wochenschr. veröffentlicht.

Benigne Neubildungen.

Von den benignen Neubildungen ist zunächst die Prostatahypertrophie⁵⁵⁾ zu nennen. Die Wirkung der Bestrahlung auf die hypertrophische Prostata ist derjenigen auf die Milz und andere drüsige Organe ähnlich. Die Röntgenlichtempfindlichkeit der Drüse ist relativ hoch, und so macht sich denn häufig schon einige Stunden nach der Bestrahlung eine merkliche Besserung bemerkbar, die in einer verbesserten Urinentleerung ihren Ausdruck findet. Mit dieser objektiven Besserung gehen im Anfang der Bestrahlung subjektive Verschlimmerungen nicht allzu selten einher, bestehend in schmerzhaftem Harndrang und Schwere und Spannungsgefühl im Perineum. Neben diesen Beschwerden werden Störungen des Allgemeinbefindens, Fieber, Schwäche, Übelbefinden und Kopfschmerz beobachtet. Doch bald schwinden diese initialen Symptome, das Volumen und die Verhärtung der Prostata nimmt ab, ein weiterer Rückgang der Harnbeschwerden erfolgt, das Allgemeinbefinden bessert sich. Bei den doch immerhin noch nicht befriedigenden Erfolgen der Chirurgie bei der Exstirpation der Prostata dürfte sich bei allen nicht durch akute Harnretention verschlimmerten Fällen ein röntgentherapeutischer Versuch rechtfertigen.

Erwähnen möchte ich hier noch die guten Erfolge, die Schilling⁵⁶⁾ in Nürnberg mit der Behandlung der Bronchitis und des Asthma bronchiale mit Röntgenstrahlen hatte, und mich dann zu dem Gebiete wenden, durch das eine rationelle Ausnutzung der Tiefentherapie überhaupt erst möglich wurde, zu den vorzüglichen Erfolgen der Röntgentherapie bei der Behandlung der Myome, wo doch tatsächlich die Röntgentiefentherapie der Chirurgie das Messer aus der Hand gewunden hat.

Die Beeinflussung der Myome beruht auf der leicht erreichbaren Beeinflussung des jungen wachsenden Gewebes der Ovarien. Durch diese Beeinflussung kommt es zu einer indirekten Einwirkung auf die Myome, die zur Schrumpfung kommen. Zwei Forscher sind auf diesem Gebiete bahnbrechend gewesen, Albers-Schönberg⁵⁷⁾ in

Hamburg und Gauß⁵⁸⁾ in Freiburg. Während Albers-Schönberg in vorsichtigen Dosen in längerer Zeit zu guten Erfolgen gelangte, nahm die Freiburger Klinik die Intensivbestrahlung auf, d. h. die Bestrahlung mit ganz enorm hohen bis dahin fast unerhörten Röntgendosen und hatte damit, ohne bisher schwere Hautschädigungen zu erfahren, gute Erfolge.

Nach der Theorie der Freiburger Klinik muß eine vermehrte Menge Röntgenstrahlen einen vermehrten Tiefeneffekt geben; dieser Tiefeneffekt muß sich dokumentieren 1. darin, daß die Wirkung rascher eintritt, 2. daß sie an sich überhaupt häufiger eintritt, und 3. daß sie öfter als sonst von Dauer ist. Die Erfolge der Freiburger Klinik sind so gut, daß sie bei wahlloser Bestrahlung jedes Myoms (mit wenigen nachher zu erwähnenden Ausnahmen) in den letzten 102 Fällen keinen Mißerfolg sahen. Ich erlaube mir, diese Freiburger Technik kurz zu erwähnen; sie scheint mir die Methode zu sein, in der bei vorsichtiger Anwendung die Zukunft der Röntgentiefentherapie liegt; denn sie ist die für die Tiefenbestrahlung allein richtige: viele Eingangspforten (Rücken, Vagina, Foramen ischiadicum, Bauch), starke Näherung der Röhre, 3 mm-Aluminiumfilter.

Bestrahlungs- und Operationserfolge. Im Vergleich zu den nach Operationen erzielten Erfolgen ist zunächst zu betonen, daß bei vielen hunderten in den verschiedensten Kliniken bestrahlten Fällen nur drei Todesfälle beobachtet worden sind; diese drei Todesfälle hat Menge⁵⁹⁾ genau nachuntersucht und festgestellt, daß sie wohl während der Behandlung, aber nicht durch die Röntgenbehandlung geschehen sind. Demgegenüber hat nach großen Statistiken die Operation des Myoms nach Ausschließung der Fälle, die überhaupt nicht mehr operiert wurden, noch immer eine Mortalität von 3—5 Proz. Die Erfolge mit Röntgenstrahlen sind ohne Todesfall erreicht worden, wobei auch stark ausgeblutete Patientinnen bestrahlt wurden. Ausgeschlossen von der Behandlung wurden Myome in folgenden Fällen:

1. gestielte Myome,
2. gangränöse Myome,
3. Myome mit Sarkomverdacht,
4. Myome, die zu einer Inkarzeration der Blase geführt hatten.

Ist auch nur der Anschein eines Verdachtes auf Malignität gegeben, so wird vor der Bestrahlung eine Probekurettage vorgenommen, bei Bestätigung dieses Verdachtes die Bestrahlungsbehandlung abgelehnt.

Vergleichen wir zweitens die Dauer der

und das auf der rechten Seite liegende etwa kleinfaustgroße Myom in Schrumpfung begriffen (Journal 1913 Nr. 26).

⁵⁵⁾ Vgl. Gauß-Lembcke: Röntgentiefentherapie.

⁵⁹⁾ Zitiert nach Gauß-Lembcke S. 318.

⁵⁵⁾ Wilms und Posner: Zur Ätiologie der Prostatahypertrophie und ihre Behandlung mit Röntgenbestrahlung der Hoden (Münch. med. Wochenschr. 1911 H. 36). Hänisch: Über die Röntgenbestrahlung der Prostatahypertrophie und ihre Technik (Münch. med. Wochenschr. 1907).

⁵⁶⁾ Schilling: Günstige Beeinflussung akuter Bronchitis und des Bronchialasthmas durch Röntgenstrahlen (Münch. med. Wochenschr. 1906 Nr. 37; derselbe: Günstige Beeinflussung der chronischen Bronchitis durch Röntgenstrahlen (Münch. med. Wochenschr. 1906 S. 996 u. 1805).

⁵⁷⁾ Albers-Schönberg und ein großer Teil der maßgebenden Gynäkologen haben ihre Erfahrungen über die Röntgenbestrahlung in den Fortschritten Bd. 19 H. 6 und Bd. 20 H. 1 niedergelegt, vergleiche außerdem hierzu Wetterer: Die Therapie der Uterusmyome (Archiv f. physikal. Med. Bd 6 H. 1). Die von mir behandelten Myomfälle stehen noch alle in Behandlung und erlauben kein abschließendes Urteil. In einem Fall ist nach Verabreichung von 60 H. unter Aluminium 3,2 mm bei 20 cm. Focus-Hautdistanz Menopause eingetreten

operativen und der Röntgenbehandlung, so muß man bei Myomoperationen damit rechnen, daß erst nach Ablauf von 6—7 Wochen die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt ist, während bei den röntgenbestrahlten Fällen eine Behinderung der Arbeitsfähigkeit meistens überhaupt nicht eintritt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt für die Fälle, die mit mehrstelliger Filterbestrahlung behandelt werden, 1—9 Monate, ist aber bei der Intensivbestrahlung auf $1\frac{1}{4}$ Monate zurückgegangen. Als weiteres Moment gegen die Operation kommt in Betracht, daß Ausfallerscheinungen nach Röntgenbestrahlung äußerst selten eintreten,⁶⁰⁾ während sie nach der Operation die Regel sind. Scheinbar wird die innere Sekretion des Ovariums trotz der Schrumpfung doch nicht ganz gestört. Weiter fallen alle unerwünschten Folgeerscheinungen der Operation, wie z. B. Exsudate, Wundeiterungen, Thrombosen, Nebenverletzungen weg. Hautschädigungen sind beobachtet worden, doch nicht mehr seit das 3 mm-Aluminiumfilter benutzt wird. Daß aus diesen Hautschädigungen ein Röntgenulcus entsteht, ist nach den allerdings über einen nicht großen Zeitraum sich erstreckenden Beobachtungen von Gauß ausgeschlossen, denn ein solches Röntgenkarzinom entsteht nur durch lang dauernde Einwirkung kleinster Röntgendosen.⁶¹⁾

⁶⁰⁾ Angabe von Gauß, andere Äußerungen in Fortschritte Bd. 19 H. 6.

⁶¹⁾ Vgl. hierzu Anm. 7.

Damit möchte ich die Ausführungen über die Myombehandlung schließen und noch einmal empfehlen, wenn, was leider noch häufig der Fall ist, die Myomoperation auch nach diesen erweiterten Indikationen der Röntgentherapie ausgeführt wird, doch wenigstens die als inoperabel bezeichneten Fälle der Röntgenbehandlung zuzuführen.

Erlauben Sie mir, daß ich am Schluß meiner Ausführungen noch einmal zusammenfassend über die Röntgentherapie sage:

Dominierend ist die Röntgenstrahlenbehandlung in der Behandlung der Blutkrankheiten Myome und Sarkome; in Konkurrenz mit anderen Methoden kommt sie in Betracht zur Nachbehandlung der an Karzinom und Sarkom Operierten, bei der Gelenk- und Knochentuberkulose, den tuberkulösen Drüsenkrankheiten, dem Basedow, den oberflächlichen Hautkarzinomen; als Palliativum ist sie bei den Karzinomen und vielen chronischen Krankheiten, besonders Nerven- und Gelenkrankheiten, anzuwenden.

⁶²⁾ Die Anmerkungen erheben in bezug auf die zitierte Literatur keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sie sollen nur Fingerzeige für besonders interessante Arbeiten geben. Bezüglich der ausführlichen Literatur wird auf die Literaturangaben bei Göcht und bei Wetterer verwiesen.

II. Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

I. Aus der inneren Medizin. Wie schon in früheren Referaten hervorgehoben ist, wird bei Arthritismus die Diagnose Gicht als Ursache dann gestellt, wenn im Blute bei purinfreier Nahrung Harnsäure sich nachweisen läßt. Die Methode, anfänglich wenig geübt, bürgert sich immer mehr ein auf Grund zahlreicher experimenteller und physiologischer Arbeiten, die bewiesen haben, daß nicht durch die Harnuntersuchung, sondern nur durch die des Blutes die schwierige Frage der gichtischen Ätiologie einigermaßen erledigt werden kann. Immerhin sind es nur wenige Laboratorien in Deutschland, welche die subtile Methodik beherrschen. Bei zahllosen Patienten kann die Diagnose solange nicht mit Sicherheit gestellt werden, als in kleineren Orten und auf dem Lande Chemiker und Apotheker auf die Untersuchungsmethode sich nicht eingerichtet haben. Dazu kommt, daß die Gewinnung von Blut in größerer Menge oder aus der Ader vielfach von den Patienten perhorresziert wird. Es ist daher mit Interesse zu verfolgen, daß Herzfeld und Stocker auf der Eichhorst'schen Klinik in Zürich den Speichel als geeignet für

die gleiche Untersuchung gefunden haben (Zentralblatt f. innere Medizin 1913 Nr. 30). Bekanntlich ist festgestellt, daß bei purinfreier Kost keine Harnsäure im Blute gefunden werden darf. Nun hat Boucharon zuerst beobachtet, daß auch im Speichel Harnsäure sezerniert wird. Er hat auch festgestellt, daß sie bei Gichtkranken vermehrt ist. Die beiden Autoren haben nun größere Untersuchungen am Speichel Gesunder und Kranker angestellt, mittels einer von Herzfeld angegebenen Methode, die im Original nachzulesen ist. Es zeigte sich in 9 Fällen von Gesunden, offenbar ohne purinfreie Kost, in 100 ccm Speichel zwischen 0,17 und 0,96 mg Harnsäure. Höher steht die Harnsäureausscheidung bei Hautkrankheiten, Anämie und Pneumonie. Noch höher wurde sie bei Gicht, Leukämie und Nephritis (3,95—7,80 mg), am größten bei Lebercirrhose und Urämie (35 mg und 84 mg). Es korrespondiert dieser Befund mit allen bisherigen Befunden im Blut. So ist zu erwarten, daß auch für die Diagnose Gicht die Methode, wenn sie sich bewährt, brauchbar werden wird.

Das dunkle Gebiet der Eosinophilie ist neuer-

dings in einer Arbeit von Schecht etwas weiter aufgeklärt worden (Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakol. Bd. 67). Er fand nämlich bei Injektionen artfremden Eiweißes bei Meerschweinchen eine experimentelle Eosinophilie; wird das fremde Eiweiß in die Bauchhöhle gespritzt, so entsteht neben einer Bluteosinophilie noch eine lokale des Peritoneum. Die Beziehung der Eosinophilie zum Bronchialasthma, bei welchem eosinophile Zellen schon seit langer Zeit im Sputum wie im Blute vermehrt gefunden worden sind, werden durch diese Experimente ein wenig aufgeheilt. Bei Vergiftung mit artfremdem Eiweiß zeigen sich stets hochgradige asthmatische Zustände, die ganz wie Bronchialasthma verlaufen. Denn der anaphylaktische Versuch, bei dem die Tiere nicht zugrunde gehen und bei dem ein schwer asthmatischer Anfall überwunden worden ist, hat immer Eosinophilie im Gefolge. Sollte Asthma bronchiale, im Grunde genommen eine rätselhafte Affektion, ein pathogenetisch noch unbekannter rezidivierender anaphylaktischer Zustand sein? Es sei hier bemerkt, daß man unter dem anaphylaktischen Zustand bei einem Tiere folgendes versteht: Spritzt man einem Tiere artfremdes Eiweiß ein, so wird diese Injektion einer mäßigen Dosis gut vertragen. Aber nach einiger Zeit, in etwa 10—14 Tagen, tritt der anaphylaktische Zustand ein. In diesem Zustand werden auch ganz kleine Mengen nicht vertragen, sondern es bilden sich Stoffe im Organismus, als Gegengifte (Anti-anaphylaxine), welche dann als stärkste Gifte wirken, wenn die geringste Menge des gleichen artfremden Serum wieder eingespritzt wird. In diesem Zustande werden bronchialasthmaähnliche Symptome und, wie erwähnt, eventuell Eosinophilie ausgelöst.

Die Wirkung des Thorium X bei Blutkrankheiten haben G. Klemperer und H. Hirschfeld (Therapie der Gegenwart, Februar 1913) weitergeprüft. Was zunächst die perniziöse Anämie betrifft, so hat sich bei intravenösen Injektionen nur ein einziger günstiger Erfolg gezeigt, im übrigen höchstens nur vorübergehend eine Besserung. Solche Erfolge hat man selbstverständlich schon lange bei der Arsenbehandlung gesehen. Das Mittel beweist ebensowenig einen Fortschritt in der Behandlung dieser Krankheit, wie die von Koranyi eingeleitete Benzoltherapie, die auch nur vorübergehende Besserung und nur zweimal eine Heilwirkung zeigte (täglich zweimal 0,25). Bei der Leukämie zeigte das Thorium X (bei den myeloischen Formen wenigstens) eine ähnlich starke symptomatische Beeinflussung wie die Röntgentherapie, ohne daß das Wesen der Krankheit sich änderte, also Rückgang der Leukozytose, Verkleinerung der Milz. Auch bei der lymphatischen Leukämie können solche vorübergehende Involutionen beobachtet werden. Das gleiche gilt auch von der Benzolbehandlung. Ref. möchte trotzdem zu der Anwendung der Therapie, sei es

mit Röntgen, sei es mit Thorium, raten, da eine Hinausschiebung des Exitus auf Monate hin sehr häufig zu erzielen ist. H. Rosin-Berlin.

2. Aus der Chirurgie. In einer ausführlichen Arbeit über den gegenwärtigen Stand und die nächsten Aussichten der autoplastischen freien Fascienübertragung in den „Beiträgen zur klin. Chirurgie“ Bd 86 H. 1 bespricht Kirschner referierend und kritisch alles über die freie Fascientransplantation bisher bekannt gewordene. Die wichtigste Bedingung für ihr Gelingen ist die Keimfreiheit des Operationsgebietes. Erwiesen ist es durch histologische Untersuchungen, daß die transplantierten Fascien am Leben bleiben und organisch einheilen; allmählich ändern sie ihre Struktur durch Abbau und Aufbau je nach der funktionellen Belastung, der sie ausgesetzt werden. Das Material wird man im allgemeinen aus der ausgedehnten und starken Fascia lata des Oberschenkels entnehmen; sie ist auch leicht freizulegen und gleichmäßig auszulösen; da sie nach dem Knie und nach der Hinterseite an Dicke zunimmt, so beginne man den Hautschnitt am Knie und möglichst weit hinten und verlängere ihn nach oben, je nachdem man Material benötigt. Durch die Entnahme selbst großer Fascienstücke werden funktionelle Störungen nicht verursacht. Erwiesen ist ferner, daß die Autoplastik der Transplantation von homioplastischen lebenden Gewebstücken, wie der Überpflanzung konservierten Materials und der Überpflanzung frischer Leichenteile überlegen ist; sie bietet allein einen absoluten Schutz gegen die Übertragung von Krankheitskeimen; die Materialfrage erledigt sich bei ihr am einfachsten. Das Fascienmaterial ist auch den anderen autoplastischen Materialien — Peritoneum, Periost — sowohl durch die Haltbarkeit als seine leichte Gewinnbarkeit überlegen. Im speziellen Teil bespricht Kirschner zunächst die Verwendung von Fascienbändern zur Bildung künstlicher Sehnen (Ersatz von Sehnendefekten) und die Verstärkung von Sehnennähten durch Fascien. Kirschner betont die Nachteile der künstlichen Seidensehnen, sowie die der freien Sehnentransplantation und glaubt, daß die Verwendung von Fascienstreifen an ihrer Stelle mindestens gleichwertige wenn nicht sicherere und dauerhaftere Resultate ergeben würde. Zur Sicherung gewöhnlicher Sehnennähte empfiehlt Kirschner die Anwendung von Fascienmanschetten. Zur Korrektur von Lähmungen der Gesichtsmuskeln hat sich die Benutzung eines Fascienstreifens bei der Operation der Ptosis nach Pagenstecher bewährt, an Stelle der früher verwandten Materialien, Silberdraht, Seiden-, Katgutfäden usw.; in gleicher Weise empfiehlt Kirschner ihre Verwendung zur Hebung des Mundwinkels bei der Facialislähmung zu versuchen. Sehr empfehlen dürfte sich der Ersatz von Gelenkbändern durch Fascienstreifen in der

Behandlung des Plattfußes und anderer Fußdeformitäten, bei der Behandlung der habituellen Peroneusluxation, der habituellen Kniescheibenluxation, zur Korrektur von Deviationen des Schulterblattes wie der habituellen Schulterluxation. Auch für die Fixation parenchymatöser Organe, vor allem bei der Operation der Ren mobilis und des Kryptorchismus, der Nephropexie und der Orchidopexie hält Kirschner die Verwendung von Fascienzügeln zum Befestigen und Tragen der Organe für ein den sonst üblichen Methoden überlegenes Verfahren. In der Darmchirurgie sollte man nach Kirschner bei der Gastroenterostomie die Verwendung von Fascienstreifen zum Verschluss des Pylorus versuchen, an Stelle anderer toter Materialien, wenn man die Passage durch den Pylorus auf diese Weise vollständig ausschalten will, um die im Duodenum gelegenen Geschwüre vor einer Reizung durch den Speisebrei zu schützen; man sollte auch versuchen, sie bei der Thiersch'schen Operation des Rektalprolapses an Stelle der starren Silberdrahringe zu verwenden. Als Nahtmaterial hat sich die Verwendung von Fascien bei der Naht von Knochenbrüchen bewährt. — Die Verwendung von Fascienplatten empfiehlt Kirschner zur Radikaloperation der Hernien des Nabels, der Linea alba und der postoperativen seitlichen Bauchbrüche, sowie zum Ersatz von Bauchwanddefekten. Bei der Operation der Cruralhernie sind Fascienlappen außer zum Verschluss der äußeren Bruchpforte auch zum Ausstopfen und Absperren des Schenkelkanals zweckmäßig zu verwenden. Endlich lassen sich frei transplantierte Fascienlappen zum Verschluss operativ entstandener Defekte der Pleurahöhlenwände, wie des Zwerchfells verwenden. Sehr wichtig ist die Möglichkeit die Stillung von Blutungen aus parenchymatösen Organen, aus Leber und Milz, mit Hilfe von Fascienstücken zu bewirken; man kann sie gebrauchen sowohl zur Tamponade als auch zur Unterfütterung von Nähten als zur flächenhaften Bedeckung von Wunden; bei Milzrupturen denkt Kirschner an die Möglichkeit die ganze Milz in einen Fasciensack einzubinden, dessen Füllung durch Selbsttamponade einen weiteren Blutaustritt hindern würde. Kirschner empfiehlt zur Sicherung von Gefäßnähten und zur Wandverstärkung von Aneurysmen auf die betreffenden Gefäße entsprechend große Fascienmängel zu nähen. Zum Verschluss schleimhauttragender Hohlorgane, der Harnröhre, der Harnblase, des Ösophagus, des nicht peritonealbekleideten Darmes, des Magens bei Geschwürperforationen, der Luftröhre sind wiederholt Fascienstreifen mit Erfolg herangezogen worden. Mehrfach bediente man sich der freien Fascientransplantation bei der Mobilisierung ankylotischer Gelenke mit gutem Erfolge. Bezüglich des Ersatzes von Duradefekten kommt Kirschner zu dem Schluß, daß eine große lückenlose Serie von bisher mit freier Fascien-

transplantation ausgeführten Duraplastiken beweist, das die Verwendung für den Kranken keinerlei Gefahr mit sich bringt. Die Fascien heilen reaktionslos und sicher ein und sie erfüllen mit Regelmäßigkeit die Aufgabe, einen wasserdichten Abschluß des Subduralraumes herzustellen und sie verhindern somit das Zustandekommen einer Infektion des Liquors, die Bildung einer Liquorfistel und das Auftreten eines Hirnprolapses. Ihre Leistungen auf diesem Gebiet wurden bisher von keinem anderen Duraersatzmaterial erreicht. Zum Schluß empfiehlt Kirschner die Isolierung einzelner Abschnitte peripherer Nerven durch weite Fascienmängel, z. B. um der Schonung bedürftige Stellen peripherer Nerven vor Druck oder vor dem Einwachsen des umgebenden Gewebes zu schützen, also nach Ausführung einer Nervennaht oder wenn eine Nervenpartie aus hartem Narbengewebe oder aus einem Knochenkallus (N. radialis) ausgelöst wurde. Die Arbeit von Kirschner enthält außer einer Zusammenstellung und einer Kritik des bisher bekannten und praktisch erprobten über die Fascientransplantation auch viele Anregungen und kann zum Studium und zur Anregung für den weiteren Ausbau der sehr wichtigen Fragen bestens empfohlen werden.

In demselben Heft der Beiträge zur klin. Chir. bespricht Lischkiewitsch, die operative Bekämpfung der Hämoptoe durch lungeneinengende Entknochenungen der Brustwand (Pleuropneumolysis thoracoplastica). Mit der Einführung ausgedehnter Rippenresektionen zur Bekämpfung gewisser Formen von Lungentuberkulose namentlich der kavernösen Phthise, bereitete sich auch der Weg vor in Fällen von schwerer Hämoptoe durch operative Lungenkompression den Blutungsherd heilend zu beeinflussen. In den letzten Jahren hat besonders Friedrich (Königsberg i. Pr.) die Berechtigung der Operation in bestimmten Fällen auf Grund einer Reihe von 28 Operationen nachgewiesen, über die er in seinem Referat über die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose auf dem 3. Internationalen Chirurgenkongreß in Brüssel 1911 berichtet hat. In Betracht kommen in erster Linie Fälle mit hervortretender Blutungsanamnese. Den von Friedrich früher bekannt gegebenen Fällen fügt Lischkiewitsch vier weitere hinzu mit starker rezidivierender Hämoptoe; im ganzen verfügt nunmehr Friedrich über 12 gleichartige Fälle der Art; bei allen hat die Blutung nach der Operation sistiert. 8 Fälle, die von 1908—1912 operiert und geheilt wurden und in fortlaufender Beobachtung standen, zeigten einen durchweg günstigen Einfluß der lungeneinengenden Rippenresektionen meist größeren Umfangs. Die Hämoptoe stellt sonach für die operative Rippenabtragung nicht nur keine Kontraindikation dar, sondern dürfte in manchen Fällen die Indikation zum Eingriff noch verschärfen. Das Maß der Lungenschumpfung ist aber naturgemäß um so größer, je größer der Umfang der Resektion war. Gerade die großen

Resektionen Friedrichs an verzweifelten Fällen mit den vielfach ausgezeichneten Verlaufswesen haben dem Prinzip operativ vorzugehen, die Bahn gebrochen. Und für die richtige Würdigung des Eingriffs gibt gerade das Verhalten der Hämoptoe den besten Gradmesser. Friedrich vertritt jetzt auf Grund seiner Erfahrungen den Standpunkt, daß man bei großen kopiösen Blutungen — $\frac{1}{2}$ Liter und mehr — mindestens ein bis zwei Wochen bis zur Operation vorüber lassen möchte. Dabei wird immer vorausgesetzt, daß auch der tuberkulöse Befund den Eingriff indiziert, daß es sich also nicht um Blutungen aus ganz kleinen Herden handelt, die in der Regel von selbst stehen. In den Fällen, wo ununterbrochen Blut dem Sputum beigemischt ist oder wo sich täglich oder wöchentlich kleinere Blutungen wiederholen, liefern diese Blutungen für die zeitliche Bestimmung des Eingriffs keine Begrenzung d. h. es kann ohne Rücksicht auf sie die Operation ausgeführt werden. Bei den Operationen wurden die Rippen unter Lokalanästhesie je nach der Ausdehnung der Erkrankung über den Herden in größerer Ausdehnung vollständig entfernt, so daß bei Oberlappenerkrankung die 4 oberen Rippen, bei Erkrankung auch des oder der unteren Lappen die oberen 9 Rippen von der Knorpelknochengrenze bis zum Angulus costae reseziert wurden; die Lungen samt der Pleura costalis wurden eventuell noch von der Brustwand abgelöst, um ihr Zusammenfallen dadurch zu erleichtern.

Zwei Arbeiten über Herzbeutelresorption aus der Königsberger chir. Klinik von Boit und Gorinstein kommen zu ziemlich gleichen Schlüssen: die Resorption aus dem Herzbeutel findet durch das Perikard und das Herz selbst statt. Das Mediastinum enthält die abführenden Lymphbahnen aus dem Perikard und dem Herzen; die des Perikards verlaufen in den Ductus thoracicus und in den Truncus lymphaticus dexter, die des Herzmuskels vom Abgang der großen Gefäße zwischen diesen und dem Ösophagus im Mediastinum porticum. Die Resorption und Exsudation im Herzbeutel findet durch aktive Tätigkeit der Endothelzellen des Peri- und Epikard statt, falls diese Zellen zugrunde gegangen sind durch direkte Kommunikation der Perikardhöhle mit den angrenzenden Lymphspalten des Peri- und Epikards, bei Bindegewebsneubildung auf der Innenfläche von Peri- und Epikard durch neugebildete Lymphbahnen dieser fibrösen Schicht.

Zur Diagnostik der Herzverletzungen berichtet Häcker über 2 Fälle der Königsberger chir. Klinik. Sie sollen zeigen, daß die nicht unmittelbar tödlichen Herzverletzungen meist Zeit für eine ruhige exakte Untersuchung lassen und sogar einen nicht zu weiten Transport gestatten können. In einem Falle mit zweimaliger Durchbohrung des Ventrikels bzw. der Vorhofswand war mehrere Stunden nach der Verletzung, als der

Kranke der Klinik überwiesen wurde, keine nennenswerte Unregelmäßigkeit des Pulses vorhanden. Die spätere Obduktion zeigte, daß nicht ein Tröpfchen Blut aus dem Herzen ausgetreten war; offenbar waren die Herzwunden so beschaffen, daß sie sich ventilartig schlossen und so das Blut am Austritt verhinderten. In dem zweiten Fall war das Projektil eines 6 mm kalibrigen Teschings nur in den Herzbeutel eingedrungen, der Kranke konnte nach 4 Wochen ohne Operation beschwerdefrei nach Haus entlassen werden.

Im gleichen Heft der Beiträge zur klin. Chirurgie schildert Carl die sehr beachtenswerte Methode Friedrichs zur Anlegung eines *Anus praeternaturalis definitivus*; es wird ein 10—12 cm langer halbkreisförmiger Hautfettgewebslappen gebildet mit der Basis parallel dem Ligamentum Poupartii. Fascia und Bauchfell werden in 8 cm Ausdehnung parallel der Basis des Lappens gespalten, die Flexura sigmoidea wird vorgezogen und ihr Mesokolon an einer gefäßarmen Stelle radiär gespalten; durch diese Lücke wird das Peritoneum und die Fascia wieder fest geschlossen bis auf einen oberen und unteren Schlitz; das vorgezogene Darmstück ruht jetzt auf einer Bauchfell-Fascienbrücke, es wird auf dieser durch Nähte fixiert. Der Hautlappen wird darüber genäht bis auf eine Lücke am unteren Pol. An dieser Stelle erfolgt die Eröffnung des Anus am zweiten oder dritten Tag post operationem; man durchtrennt nur die vordere Wand. Der wesentlichste Vorteil dieser Methode ist der, daß man später auf dem Hautlappen eine den Darm komprimierende und den Durchtritt der Fäces mechanisch hemmende Pelotte tragen lassen kann. Das referierte Heft der Beiträge zur klin. Chirurgie enthält noch weitere Arbeiten über Myosarkome des Magens, über retroperitoneale Lipombildung, über eine Dermoidcyste zwischen den Blättern der Mesoappendix und einen Bericht über experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Mediastinalstarre und gibt Zeugnis von der regen wissenschaftlichen Tätigkeit der Königsberger chir. Klinik. i. V.: Richard Wolff-Berlin.

3. Aus dem Gebiete der Nervenleiden.

O. Binswanger hat uns die zweite Auflage seines rühmlichst bekannten Werkes „die Epilepsie“ (A. Hölder, Wien und Leipzig 1913 548 S.) beschert. Seine Ausführungen beruhen auf umfassender persönlicher Erfahrung und berücksichtigen auch die zahlreichen neueren Forschungen, die in der Literatur niedergelegt sind. Aus dem reichen Inhalt sei nur hervorgehoben, daß Verf. bezüglich der forensischen Stellung der Epilepsie folgendes ausführt: Epileptiker sind im Sinne des § 51 StGB. für straffrei zu erachten, wenn für die inkriminierte Handlung ein Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden entsprechend den transitorischen Psychosen erwiesen ist oder wenn auf dem Boden der Epilepsie sich tiefgreifende sekun-

däre Intelligenzdefekte entwickelt haben. Über die Therapie der Epilepsie sind die Ansichten des Verf. in folgendem Passus ausgedrückt: im Vordergrund steht die Brombehandlung, die allerdings bei den gehäuften kleinen Anfällen gelegentlich total versagt. Das Brom muß jahrelang in bestimmten, der Individualität des Kranken und dem Verlauf des Leidens angepaßten Dosierungen gegeben werden. Dosis (in dreimaliger Darreichung am Tage): beginnend mit 5—6 g pro die, eventuell steigend auf 8—10—12 g. Größere Dosen sind gefährlich. In der ambulatorischen Praxis sei man mit größeren Dosen als 6 g vorsichtig! Sind größere Dosen als 6 g zur völligen Sistierung der Anfälle nötig, so überweise man den Patienten an eine Heilanstalt. Für Kinder im Alter von 5—12 Jahren 2—5 g pro die. Bezüglich der operativen Behandlung der echten Epilepsie führt Verf. (S. 510) folgendes aus: „Läßt sich mit annähernder Sicherheit aus der Anamnese (z. B. eine überstandene akute Encephalitis oder Meningoencephalitis infectiosa) eine organische Epilepsie nachweisen, sind der echten Epilepsie umschriebene Krämpfe von kortikalem Typus vorausgegangen oder bestehen zur Zeit der Beobachtung ausgesprochene Lokalsymptome, so ist die operative Behandlung indiziert. Die Entscheidung, ob man sich mit der Ventilbildung begnügen soll oder ob die Exzision des primär krampfenden Zentrums auszuführen ist, ist von der klinischen Eigenart des Falles abhängig zu machen. Bei unzweideutigen Lokalsymptomen, postparoxystischen umschriebenen Erschöpfungssymptomen oder bei intervallären interparoxystischen stabilen Ausfallerscheinungen mono- oder hemiplegischer Art ist der Rindenoperation der Vorzug zu geben. Ein operativer Eingriff ist aber nur in den Krankheitsfällen gerechtfertigt, in denen zahlreiche Insulte die Arbeitsfähigkeit des Kranken dauernd beeinträchtigen, oder wenn die Tendenz zum Status epilepticus hervortritt oder endlich wenn ein progredienter geistiger Rückgang offenkundig ist. Für nicht demente Patienten mit seltenen Anfällen kommt ein operativer Eingriff nicht in Frage.“ — Wichtige Angaben über Pathogenese und Therapie der Epilepsie macht G. C. Bolton in der Monatsschr. f. Psych. und Neurol. XXXIII 1913 H. 2; die Betrachtung der bisherigen Epilepsieliteratur führte Verf. zu folgenden Schlußergebnissen: 1. Die zwei Gruppen der meist kennzeichnenden pathologisch-anatomischen Abweichungen in cerebro, nämlich die Ammonshornsklerose und die Randgliose, werden nur in sehr chronischen Fällen angetroffen, die während des Lebens eine deutliche sekundäre Demenz zeigen; bei jungen Fällen kommen sie überhaupt nicht vor. 2. Umgekehrt sind die Ammonshornsklerose und die Randgliose durchaus nichts Spezifisches für Epilepsie, da die Randgliose ohne Ausnahme bei allen möglichen Psychosen vorkommt, bei denen Demenz auftritt (Dementia praecox, senilis, paralytica, alcoholica,

Alzheimer'sche Krankheit usw.). Randgliose weist auf das Bestehen irgendeiner nicht angeborenen Defektpsychose hin. Ammonshornsklerose und Randgliose sind die Folge und nicht die Ursache der Epilepsie. Letztere beruht auf einer Autointoxikation. Die eigenen Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf eine Anzahl von Epileptikern, die für geraume Zeit, 3 Monate oder länger, einem bestimmten Regime unterworfen wurden: 1. eine Reihe von Kranken erhielt leicht verdauliche, salzarme (nicht salzlose), überwiegend lakto-vegetabile Diät. Unter dem Einfluß dieser Diät schienen zwar bei Patienten, die vorher an habitueller Konstipation oder an ausgesprochenen Magendarmstörungen litten, die Anfälle sich etwas zu verringern, sie schwanden aber keineswegs. 2. Purinfreie Nahrung, eiweißarme sowie reine Milchdiät übten gleichfalls keinen deutlichen Einfluß auf die epileptischen Symptome aus. 3. Auch bei salzloser Diät (ohne gleichzeitige Bromdarreichung) war der Erfolg = 0. 4. Der frische Preßsaft von Thymus, Nebennieren und den anderen Drüsen mit innerer Sekretion (selbst in großer Menge eingegeben) hatte durchaus keinen Einfluß auf die Erscheinungen der Epilepsie, er führte insbesondere keinerlei Verschlimmerung der Krankheit herbei. 5. Hingegen schien von der Zusammenfügung des Preßsafftes der Glandulae parathyreoideae und der Schilddrüse eine sehr heilsame Wirkung auszugehen: einige Patienten wurden nahezu unmittelbar ganz frei von Symptomen, bei anderen dauerte das länger, bei einigen selbst sehr lange (z. B. 6 bis 8 Monate), doch bei allen Fällen von genuiner Epilepsie trat eine sehr merkbare Besserung ein, sofern wenigstens noch keine sekundäre Demenz bestand. Brom wurde dabei ganz fortgelassen. Aus diesen zum Teil überraschend guten Erfolgen folgert Verf., daß die Epilepsie auf einer Funktionsstörung des Thyreoideaorgans (Schilddrüse plus Epithelkörperchen) beruht. Allerdings reimt sich diese Tatsache nicht gut mit anderen klinischen Befunden, so z. B., daß bei Kachexia strumipriva so gut wie niemals Epilepsie vorkommt und daß umgekehrt bei Epilepsie keine myxödematösen Abweichungen gefunden werden. Verf. erklärt sich dies folgendermaßen: Die Schilddrüse bildet mit den Nebenschilddrüsen ein Organ, das sehr gewichtige, aber zugleich auch sehr verschiedene Funktion erfüllt; es muß a) den Organismus von verschiedenen in die Zirkulation gelangten Giften befreien und b) den Stoffwechsel regeln und dafür einen bestimmten Einfluß auf andere Organe ausüben; bei Epilepsie ist die unter a) und bei Myxödem die unter b) genannte Funktion gestört, Funktionen, welche vielleicht an verschiedene Zellen oder an verschiedene Innervation gebunden sind. Die Epilepsie erscheint demnach dem Verf. als eine Vergiftung mit normalen Stoffwechselprodukten, die durch Hypofunktion der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen nicht genügend entgiftet

wurden. Daher muß die Behandlung bestehen in (rektaler) Darreichung von frischem Preßsaft aus Thyreoidea und Parathyreoidea von Rindern. Auf dem Versuchswege muß bei jedem einzelnen festgestellt werden, welche Menge des Preßsaftes für ihn die günstigsten Folgen hat. In allen Fällen von echter Epilepsie, wo noch keine deutliche sekundäre Demenz eingetreten war, trat durch diese Therapie sofort oder nach längerer Zeit (mehrere Monate) eine deutliche Besserung auf. Hingegen hatte die Behandlung keinen Erfolg bei Epilepsiefällen, die symptomatisch-zerebraler Natur waren und auf einer früheren Meningitis oder Meningoencephalitis beruhten, ebensowenig bei Epilepsia tarda. Die Insuffizienz der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen ist vielleicht erst eine sekundäre Erscheinung, und zwar abhängig von Störungen im Ganglion infimum nervi sympathici. In 85 Proz. der Epilepsiefälle des Verf. bestand hereditäre Disposition, in 5 Proz. der Fälle war sie zweifelhaft. Bei den erblich Belasteten war für gut die Hälfte der Fälle die indirekte Ursache der Epilepsie in der Trunksucht eines der Eltern oder beider zu suchen. — J. B. Miller (Amer. Journ. of obstetr. LXIV 1912) tritt auf Grund eines näher mitgeteilten Falles für die Unterbrechung der Schwangerschaft ein, sobald die epileptischen Anfälle an Häufigkeit und Intensität zunehmen; besonders gefährlich sei die Komplikation mit Pyämie und Eklampsie, welche sofortige Graviditätsunterbrechung erheischen. — Bezüglich der Behandlung der Epilepsie seien die folgenden Arbeiten referiert: Tsiminakis und Zografides (Wien. klin. Wochenschr. 1912 Nr. 40) teilen die Krankengeschichten von 7 kindlichen und einem erwachsenen Epileptiker mit, bei welchen Entfernung adenoider Vegetationen entweder Aufhören — und zwar dies bei den Kindern — oder ein Seltenerwerden der Krampfanfälle zur Folge hatte. Über einen ähnlichen Fall von Epilepsie, wo die Entfernung adenoider Wucherungen definitive Heilung brachte, berichtet Pignero (Arch. de méd. des enfants XV 1912 Nr. 9). Leubuscher (Deutsche med. Wochenschr. 1913 Nr. 11) versucht, ausgehend von der Einwirkung des Phosphors auf die Tetanie, seit ca. 2 Jahren Epileptiker mit Phosphor zu behandeln, er gab letzteren in ölicher Lösung 0,1:1000,0 Oleum olivarium und verfügt über 9 Fälle. Ein anderes Mittel wurde nebenbei nicht angewandt. Bei einem Kranken verminderten sich die Anfälle um 10—20 Proz., in drei weiteren Fällen um 30 bis 40 Proz. (also eine wesentliche Besserung), in einem Falle um etwa 65 Proz. und im letzten Fall erreichten die Anfälle noch nicht einmal den dritten Teil der vorher beobachteten. Körperlich vertrugen alle Kranken die Behandlung gut. Bei fast allen Patienten hielt die Besserung auch nach Aussetzen der Phosphorbehandlung und ohne daß Brom gegeben wurde, an. Verf. nimmt an, daß es sich bei der Phosphorbehandlung um

Oxydationsvorgänge handelt, die krampfauslösende Stoffwechselprodukte vernichten. — K. Wagner (Allg. med. Zentral-Ztg. 1912 Nr. 32) sah in einem Falle von genuiner Epilepsie bei einem 19jährigen Menschen guten Erfolg von Epileptol Rosenbergs; es kommt vor allem darauf an, dasjenige Quantum Epileptol zu ermitteln, das eben imstande ist, den Anfall zu kupieren. Dieses Quantum betrug im vorliegenden Falle 3mal 62 Tropfen. A. Hauptmann (Münch. med. Wochenschr. 1912 Nr. 35), Kino (Therapie der Gegenwart 1912 Nr. 9) und Geymayer (Klin. therap. Wochenschr. 1912 Nr. 51) empfehlen bei Epilepsie Luminal, und Ref. kann sich ihnen anschließen, da er in einigen — nicht allen — Fällen günstige Wirkung sah. Hauptmann wandte bei mittelschweren Fällen Tagesdosen von 0,15—0,3 an; trotz fortgesetzter Verabreichung wurden keine Störungen, wie Exantheme, oder Kumulation bemerkt, dagegen eine gewisse Gewöhnung; Zahl und Schwere der Anfälle wurden merklich herabgesetzt; an Stelle schwerer typischer Anfälle traten leichtere und auch nur leichte Absenzen. Kino gab als maximale Einzeldosis 0,4 g Luminal, als maximale Tagesdosis 0,6 g und sah besonders in 2 Fällen von genuiner Epilepsie eine sehr günstige Wirkung. Geymayer gab abends 0,1—0,4 g Luminal mit sehr gutem Erfolg, er sah auch nach langer Anwendung des Mittels keine Nebenerscheinungen. Mangelsdorf (Psychiatr.-neur. Wochenschr. 1912/1913 Nr. 47) empfiehlt als Ersatz für Bromkali das Ureabromin — Bromkalziumharnstoff mit 36 Proz. Brom und 9 Proz. Ca —; er gab es in doppelter Menge des vorher gegebenen Bromkali. Das Mittel, für welches nur ganz wenige Fälle eine Idiosynkrasie zeigen, beseitigt die Intoxikationserscheinungen der Bromalkalien sehr prompt, bringt die Hautaffektion zum Schwinden, wirkt auf den psychischen Marasmus als zum Teil exquisites Analeptikum und übt für etwa dreiviertel der Kranken auch auf die Dauer eine gleiche antispasmodische Wirkung aus wie das Bromkali. Ammann (Therapie der Gegenwart 1912 H. 12) redet der Brombehandlung das Wort. Zu niedrige Bromdosen und unregelmäßige Durchführung der Behandlung sind meist schuld an dem Mißerfolg der Therapie. Verf. empfiehlt das Sedobrol, das der salzlosen Suppe zugesetzt wird. Guten Erfolg zeitigte (besonders bei nächtlichen Anfällen) 0,3—1,0 Chloralhydrat jeden Abend unmittelbar vor dem Schlafengehen. Gegen den üblen Mundgeruch bei bromisierten Patienten empfiehlt Verf. folgendes Mundwasser: Kal. hypermang. 1,0, Natr. chlorat. 50,0, Aqu. ad 1000,0. S. i Teelöffel auf 1 Glas Wasser zum Mundspülen. Der spezifisch wirksame Bestandteil dabei ist das Kochsalz. Man kann daher auch zu jedem anderen Mundwasser eine Messerspitze voll Kochsalz zu einem Glase gebrauchsfertiger Lösung fügen lassen. Auch Hans W. Maier (Münch. med. Wochenschr. 1912 Nr. 36) empfiehlt auf

Grund seiner Erfahrungen an 20 Patienten die Sedo-Roche-Tabletten, die, in je 10 g heißen Wassers gelöst, mittags und abends als Suppe gegeben werden (bis zu 2 mal 2 Tabletten pro Tag). Jede Tablette enthält 1,1 g Bromnatr. und 0,1 g Kochsalz. Auch Eulenburg (Med. Klinik 1913 Nr. 5) empfiehlt diese Tabletten. Die operative Therapie der genuinen allgemeinen Epilepsie behandelt H. Ito (Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXV 1912 H. 5 und 6). Verf. hat in den Jahren 1900—1911 im ganzen 106 Fälle genuiner allgemeiner Epilepsie nach der Kocherschen Methode operiert. Von diesen 106 Fällen kommen 25 wegen neueren Datums vorläufig nicht in Betracht; desgleichen scheiden 23 aus, über welche keine Auskunft zu erhalten war. Von den übrigbleibenden 58 Fällen, deren Operation mehr als 5 Jahre zurückliegt, haben sich 8 als absolute Heilungen erwiesen (5^{1/2} bis über 9 Jahre post operationem), 15 sind entschieden gebessert (unter ihnen 3, die einige Jahre nach der Operation ganz frei von Anfällen waren und dann an interkurrenten Krankheiten zugrunde gingen), 33 blieben ungeheilt. Ein Fall kam gleich nach der Operation durch Shock, ein anderer durch Infektion ad exitum. Die 8 geheilten Fälle waren sämtlich nicht belastet und standen zur Zeit der Operation in einem relativ jüngeren Alter. Kurt Mendel-Berlin.

4. Aus dem Gebiete der Bakteriologie. Mein letztes Referat hatte ich mit der Mitteilung von der Entdeckung der *Spirochäte pallida* im Gehirn Paralytischer durch Noguchi geschlossen. Ich hatte gesagt, daß schon die nächsten Monate Nachprüfungen dieser Angaben bringen werden. Diese liegen bereits vor. Marie, Levaditi und Bauchowski, Marinescu und Mita haben dieselben Befunde erheben können. Forster und Tomasczewski (Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern. Deutsche med. Wochenschr. 1913 Nr. 26) entnahmen mittels der Neißer-Pollak'schen Hirnpunktion von lebenden Paralytikern Material und konnten gleich in den beiden ersten Fällen Spirochäten nachweisen. In weiteren 4 Fällen gelang allerdings der Nachweis nicht. Eine andere Arbeit von ebenfalls großer praktischer Bedeutung verdanken wir Uhlenhut und Mulzer. (Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. Deutsche med. Wochenschr. 1913 Nr. 19.) Die beiden Autoren injizierten Milch von syphilitischen Wöchnerinnen in Kaninchenhoden. Obgleich mikroskopisch Spirochäten nicht nachzuweisen gewesen waren, konnten sie doch in beiden Fällen einwandfreie Syphilome erzeugen. Durch weitere Untersuchungen konnten sie dann dartun, daß die Spirochäten durch konzentrierten Magensaft sofort abgetötet werden.

Neben der Syphilis und den Abderhaldenschen Arbeiten ist in letzter Zeit wieder mehr

die Diphtherie in den Vordergrund des Interesses gerückt. Besonders hat die Arbeit von Conradi und Troch über ihren Tellurnährboden eine ganze Reihe von Nachprüfungen im Gefolge gehabt. In dieser Arbeit (Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen. Münch. med. Wochenschrift 1912 Nr. 30) empfahlen die Autoren sehr warm die Anwendung des folgenden Nährbodens: Zu 1000 ccm Wasser fügten sie 20 g Peptonum siccum Witte, 10 g Fleischextrakt, 5 g Kochsalz und 6 g saures apfelsaures Kalzium. Das Gemenge wird eine halbe Stunde im Dampftopf gehalten und dann filtriert. Das Filtrat wird mit 1 Proz. Traubenzucker versetzt. Von diesem Gemisch gibt man ein Teil zu drei Teilen sterilen Rinderserums. Schließlich erhalten 100 ccm dieser Mischung einen Zusatz von 2 ccm einer 1 Proz. Lösung von Kalium tellurosum. Auf einer Erstarrungsplatte läßt man dann das Serum bei 85—90° erstarren. Den auf diese Weise hergestellten Nährboden sollen zwei Vorzüge auszeichnen. Einmal sollen die Diphtheriekolonien schwarz gefärbt werden. Zweitens soll er einen Elektivnährboden für die Diphtheriebakterien darstellen. Während alle Saprophyten durch das Kalium tellurosum in ihrem Wachstum gehemmt werden, ist dies bei den Diphtheriebakterien nur wenig der Fall. Conradi und Troch untersuchten mit dem neuen Nährboden 200 verdächtige Fälle. In 121 Fällen wurden Diphtheriebakterien gefunden. Von diesen 121 Fällen wurden 114 auf der Tellurplatte nachgewiesen, und nur 59 auf der Löfflerplatte. Die beiden Autoren gingen in der Weise vor, daß sie mit dem Untersuchungsmaterial zunächst eine Löfflerplatte besickten. Nach 3 Stunden wurde mittels eines angefeuchteten Wattespatels die eine Hälfte der Platte abgerieben und auf 1—2 Tellurplatten ausgestrichen. Diese blieben 20 Stunden bei 35°. Die zweite Hälfte der Löfflerplatte wird nach 8 Stunden untersucht. Nur wenn jetzt Diphtheriebakterien nicht gefunden werden, wird auch noch die Untersuchung der Tellurplatten vorgenommen. Es ist ohne weiteres verständlich, daß ein Nährboden, der die erwähnten Vorzüge besitzt, für die Diphtheriediagnose von großem Werte sein muß. Leider besitzt der Nährboden neben seinen Vorzügen, die, wie wir hören werden, auch nicht von allen Autoren bestätigt werden konnten, einen Nachteil. Durch die Anreicherung auf der Löfflerplatte wird die Diagnose nicht unerheblich verlängert. Nach Wagner (Erfahrungen mit der Conradi-Troch'schen Tellurplatte zum Diphtherienachweis. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 9) liefert die Anreicherung auch keine besseren Resultate und macht das Verfahren nur umständlich und teuer. Zu etwa demselben Resultat kamen auch Schürmann und Hajos. (Erfahrungen mit den Tellurnährböden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose. Deutsche med. Wochenschr. 1913 Nr. 17.) Verfasser haben im ganzen 337 Diphtheriefälle untersucht, davon

108 nach der von Conradi und Troch angegebenen Methode, 133 Fälle durch direkte Aussaat auf Löffler- und Tellurplatten, endlich 96 Fälle mit Anreicherung in Diphtheriebouillon und 1 Proz. Tellurbouillon. Auf Grund dieser Untersuchungen kamen sie zu dem Ergebnis, daß die Diphtheriekolonien auf dem Tellurnährboden leichter zu erkennen waren als auf dem Löfflernährboden, daß aber eine Anreicherung nicht erforderlich war. Andere Nachuntersucher kamen nicht zu gleich günstigen Resultaten. Klunker (Über die Verwendbarkeit der Conradi-Troch-schen Tellurplatte zum Diphtherienachweis. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 19) sowohl, wie Axionow (Das Wachstum des Diphtheriebazillus auf Tellurserum. Russky Wratsch 1912 Nr. 52) konnten beide feststellen, daß nicht nur Diphtheriekolonien schwarz wuchsen, und daß letztere andererseits auch nicht immer ein schwarzes Wachstum zeigten. Klunker hält die Tellurplatte der Löfflerplatte für gleichwertig, Axionow mißt ihr mehr theoretische als praktische Bedeutung bei. Zu einem ähnlichen Resultat kam Knoll. (Über das Tellurplattenverfahren zum Diphtheriebazillennachweis. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1913 Nr. 13.) Bei seinen Untersuchungen boten die Diphtheriebazillenkulturen nicht nur ein schwarzes, sondern auch ein grauschwarzes und sogar ein hellgraues Aussehen dar. Von 46 positiven Tellurplatten waren die Diphtheriekolonien 27 mal nicht schwarz verfärbt, während dagegen andere Bakterienarten dieses Aussehen zeigten. Einen weiteren Nachteil fand Knoll auch noch in dem Umstande, daß in 23 von den 46 Fällen die Polfärbung mangelhaft war, und zwar sowohl bei den schwarzen wie bei den hellen Kolonien. Ähnlich wie Knoll äußern sich auch Trautmann und Gaehdgens über den praktischen Wert des Tellurnährbodens. (Einige schwebende Fragen der bakteriologischen Diphtheriediagnose. 7. Tagung der freien Vereinigung für Mikrobiologie in Berlin 1913.) Den Vorzügen, die sie in dem Farbenunterschied und

dem Knoblauchgeruch der Reinkulturen sehen, stehen nach ihren Beobachtungen an Nachteilen gegenüber u. a. der Umstand, daß auch wirkliche Diphtheriekolonien nicht immer ein tiefschwarzes Aussehen zeigten. Ferner sahen sie auch andere Bakterienarten, Staphylokokken, Sarcine, Luftkeime schwarz wachsen. Ein weiterer Nachteil war die Verzögerung der Diagnose, die 24 Stunden erforderte. In derselben Arbeit berichten die genannten Autoren auch noch über andere interessante Forschungsergebnisse, die sie an dem großen Material des Hamburger hygienischen Instituts machen konnten. Auf diese Arbeit soll in einem späteren Referat eingegangen werden. In der letzten Zeit sind noch 2 Methoden angegeben worden, die ebenfalls die Diphtheriediagnose erleichtern sollen. Die eine stammt gleichfalls von Conradi (Über ein neues Prinzip der elektiven Züchtung und seine Anwendung bei der Diphtherie. Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 20), die zweite wird von v. Drigalski und Bierast empfohlen (Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen und seine praktische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. 1913 Nr. 26). Da über beide Methoden Nachprüfungen noch nicht vorliegen, so behalte ich mir auch für sie spätere Besprechung vor. — Zum Schlusse dieses Referates sei noch das neue Schutzmittel erwähnt, mit dem kein Geringerer als v. Behring vor die Öffentlichkeit getreten ist. Auf dem Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden sowie in der „Deutschen med. Wochenschr.“ 1913 Nr. 19 hat v. Behring über dieses neue Mittel berichtet. Es besteht in einer Mischung von starkem Diphtheriegift mit Antitoxin in solchem Verhältnis, daß die Mischung im Meerschweinchenversuch nur einen geringen oder gar keinen Toxinüberschuß aufweist. v. Behring glaubt, daß das neue Mittel, 1—2 mal injiziert, einen jahrelang anhaltenden Schutz verleiht. Der praktische Wert muß natürlich durch umfangreiche, sorgfältig vorgenommene Untersuchungen sichergestellt werden.

•Bohne-Hamburg.

III. Ärztliches Fortbildungswesen.

Dreizehnte Generalversammlung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen

am Sonnabend, den 14. Juni 1913 im Kaiserin Friedrich-Hause.

Nach dem stenographischen Bericht.

(Fortsetzung.)

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Schmidt-Halle.

M. H., wir haben eben wieder gehört, in wie umfangreichem Maße bereits das Fortbildungswesen ausgestaltet ist. Daß aber immerhin noch etwas zu tun bleibt, haben wir schon im vorigen Jahre bei derselben Konferenz erfahren. Es wurde damals bereits darüber gesprochen, daß man die ständigen Vorträge, die in Städten abgehalten werden, noch durch sog. Wander-

fortbildungsvorträge ergänzen kann, die hauptsächlich dazu dienen sollen, die Fortbildung auch in diejenigen ländlichen Ärztevereine zu tragen, die zu weit von den Zentren abliegen und nicht die Zeit haben, diese Zentren zu besuchen.

Ich darf vielleicht im Anschluß an den Bericht des Herrn Generalsekretärs kurz mitteilen, wie sich inzwischen diese Wanderfortbildungsvorträge in der Provinz Sachsen entwickelt haben. Sie haben dort ein lebendiges Gesicht bekommen, Dank der Anregung des Herrn Oberpräsidenten v. Hegel. Er hat ein Komitee gebildet, welches aus den Regierungs- und Medizinalräten, sowie aus einigen Ärzten der Provinz besteht und nun in folgender Weise diese Wandervorträge organisiert hat: Die Vorträge finden nur auf Antrag statt, und zwar ist sämtlichen ärztlichen Vereinen der Provinz eine Liste derjenigen Herren geliefert worden, die, zum Teil aus der Universität Halle, zum Teil aus Magdeburg und Uchtspringe, dann auch, glaube ich, aus Erfurt, kurz und gut aus verschiedenen Städten sich bereit erklärt haben, über dieses oder jenes Thema zu reden. Vor-

läufig sollen die Wandervorträge nur im Sommer gehalten werden, damit die dauernden Fortbildungsvorträge, die in den Städten Halle, Magdeburg, Erfurt usw. stattfinden, dadurch nicht gestört werden.

Die Finanzfrage — sie ist ja natürlich der wunde Punkt dabei — ist folgendermaßen geregelt worden: Zunächst hat die Ärztekammer der Provinz sich bereit erklärt, einen namhaften Beitrag jährlich zu gewähren, und zwar in Höhe von 400 Mk. Ferner soll erstrebt werden, daß der Eisenbahnminister den betreffenden Ärzten, die zu den lokalen Vereinen fahren, wo die Vorträge gehalten werden, freie Fahrt gewährt. Dadurch würde allerdings die Sache erheblich erleichtert werden.

Sodann müssen die lokalen Vereinigungen für den Vortrag eine gewisse Summe selbst aufbringen. Es ist mit Absicht nicht festgelegt worden, daß die Vorträge unentgeltlich stattfinden müssen, einmal um nicht etwa den Gedanken aufkommen zu lassen, daß die Vorträge von den betreffenden Herren aus dem Ärmel geschüttelt würden, und zweitens mit Rücksicht auf die jüngeren Kräfte, für die eine Entschädigung von Wert ist. Der Beitrag ist aber so bemessen, daß er für jeden einzelnen, der zu einem lokalen Vortrag kommt, nur vielleicht 1 Mk. oder 50 Pfg. ausmacht.

Die Sache hat bereits begonnen zu funktionieren. Wir sind schon in einigen Städten gewesen, und soweit ich bis jetzt gesehen habe, haben die Vorträge auch großen Anklang gefunden. Wir rechnen damit, daß die Organisation einen weiteren Umfang annimmt, wodurch, wenn ich so sagen soll, das Fortbildungswesen auf das Land, in die Diaspora hineingetragen wird.

Wie ich soeben von Herrn Kollegen Schreiber höre, der sehr eifrig an der Sache mitarbeitet, sind aber auch einige Mißverständnisse aufgetaucht. Es haben nämlich einige lokale Vereinigungen geglaubt, daß man ihre eigenen Vorträge, die sie unter sich halten, dadurch in den Hintergrund drängen wolle, wovon natürlich gar keine Rede sein kann. Sie brauchen sich ja niemand zu verschreiben, wenn sie nicht etwas hören wollen, was sie im eigenen Kreise nicht haben. Derartige Mißverständnisse werden sich leicht auflösen lassen, und so glaube ich, daß das Beispiel der Provinz Sachsen wohl in anderen Provinzen Nachahmung verdienen dürfte.

Vorsitzender:

M. H., wir sind damit schon auf den nächsten Punkt der Tagesordnung übergegangen

III. Berichte aus den lokalen Vereinigungen und Akademien für praktische Medizin,

der sich ja damit ganz gut verbinden läßt.

Ich möchte zunächst fragen, ob noch einer der Herren über diesen von Herrn Geh.-Rat Schmidt angeregten Punkt der Wandervorträge etwas wissen oder beantragen will. Würden die Herren aus Cöln bzw. aus Düsseldorf Erfahrungen mitzuteilen haben?

Prof. Dr. Hoffmann-Düsseldorf.

In Duisburg und Umgegend existiert eine solche Vereinigung, welche die Ärztevereine der kleineren umliegenden Ortschaften umfaßt, die in jedem Winter einen oder den anderen Herrn zu Vorträgen auffordert, sei es aus Bonn, Düsseldorf oder Cöln. Ebenso hat der Krefelder Ärzteverein sich häufig nach auswärts gewandt, um Vortragende zu bekommen. Organisiert ist seitens der Akademie ein derartiger auswärtiger Vortragszyklus noch nie, weil in unserer dicht bevölkerten Umgegend ein Bedürfnis dazu nicht besteht. Die großen Städte liegen so eng beieinander, daß auch die Diaspora, wie Kollege Schmidt sich ausdrückte, sehr leicht in die großen Städte kommen kann. Wir haben deshalb im Winter Vorträge an Sonntagen eingerichtet. Diese Vorträge sind sehr zahlreich besucht. Es kommen 70 bis 80 Herren aus den umliegenden Orten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siegert-Cöln.

Ich möchte etwas zu den Wandervorträgen sagen. Ich glaube, daß die Sache bei uns eine recht weitgehende Empfehlung verdient, da sie sich auch in anderen Ländern bewährt hat. Die Ärztevereine in Holland, und zwar auch auf dem Lande und in kleinen Städten (Zutphen, Almelo, Dewenter,

Leeuwarden) haben sich zusammengetan, und haben sich mehrfach auch an mich um Wandervorträge gewandt. Das erstmal habe ich es angenommen, das zweitemal habe ich ablehnen müssen. Ich habe mir damals erlaubt, die Daten so zu bestimmen, daß jeden Abend an einem anderen Ort ein Vortrag stattfand. Ich habe selbstverständlich ein Honorar nicht angenommen. Aber ich habe gesehen, daß das speziell auf dem Lande und in den kleinen Städten ein willkommenes Vorgehen war, und habe das auch daran gesehen, daß von neuem solche Vorträge verlangt wurden. Auch die holländischen Kollegen, die nachher zu den Kursen nach Cöln kamen, haben sehr gern davon gesprochen und haben sich eigentlich gewundert, daß man in Deutschland auf dem Lande, fern von den großen Städten, das nicht auch machte, speziell z. B. im Winter, wenn die Praxis mehr ruht und die langen Abende sind. Es wäre sehr gut, wenn wir in Deutschland das etwas zu propagieren suchten. Sie haben eben gehört, daß die Duisburger diese Einrichtung haben. Ich selbst habe auch schon einmal einen Zyklus von 12 Vorträgen in Duisburg gehalten. Ich glaube, es ist dies noch ein aussichtsvoller Zweig der ärztlichen Fortbildung, um so mehr — und das möchte ich hier unterstreichen — als man ja nirgends sich aufdrängt. Wenn die betreffenden Ärztevereine wüßten, wir können den und den haben und das kostet uns nicht so viel Geld — dann, glaube ich, würden sie gern zugreifen und es würde nie eine Konkurrenz mit den ansässigen Vortragenden entstehen.

Vorsitzender:

Das halte ich auch für einen sehr wertvollen Fortschritt, und namentlich der Gesichtspunkt, daß die betreffende Vereinigung den Wunsch aussprechen muß, scheint mir sehr wichtig zu sein. Ich glaube, daß sich das vielleicht auch in Ostelbien ganz gut in derselben Weise machen ließe, wenn sich Herren bereit erklären, und vor allen Dingen, wenn der Wunsch ausgesprochen wird, und wenn die lokalen Vereinigungen auch so viel Interesse dafür zeigen, daß sie für eine gewisse Summe aufkommen. Das scheint mir das Wesentliche zu sein.

Prof. Dr. Benda-Berlin:

Wie auch Herrn Kutner bekannt ist, sind in Zeit derartige Vorträge gehalten worden. Ich war durch Vermittlung des Kaiserin Friedrich-Hauses im vorigen Winter einmal da, soviel ich weiß auch Kollege Martens aus Berlin. Da waren zu den Vorträgen aus Gera sowie aus weiterer Umgegend, ich glaube selbst aus Naumburg Herren gekommen. Es war ein gut besuchter Abend, es waren ungefähr 40 Herren anwesend, die sehr aufmerksam folgten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Schmidt-Halle.

Ich wollte nur noch dazu bemerken: die Zeitzer haben schon ein paarmal auch von Halle aus sich Vortragende erbeten, sie haben also auch schon von sich aus das Bedürfnis gefühlt. Das zu befriedigen würden sie ja nun auf die hier erörterte Weise bequemer haben.

Prof. Dr. R. Kutner-Berlin:

M. H., ich habe deswegen nicht darauf hingewiesen, weil ich sonst doch sehr viele Details hätte mitteilen müssen. Sie finden das alles im gedruckten Jahresbericht. Ich bin natürlich nicht nur informiert, sondern ich war für Zeit in der Lage, alle Vorträge zu vermitteln. Die Vereinigung wandte sich an uns hier, und ich habe dann versucht, zwischen den Wünschen der lokalen Vereinigung und den Vortragenden den ehrlichen Makler zu spielen und, wie Sie ja hören, mit Erfolg.

Da Sie gehört haben, daß grundsätzlich doch die Form der Wandervorträge von den benachbarten Vereinigungen Aussicht hat, den Gedanken der ärztlichen Fortbildung, der ja bei uns in Preußen auf der Dezentralisation beruht, weiter zu tragen, so möchte ich zur Erwägung stellen, ob es nicht ganz zweckmäßig wäre, eine Unterkommission zu bilden, die aus denjenigen Herren besteht, die nun schon praktische Erfahrungen damit gewonnen haben, also vor allen Dingen Herr Geh.-Rat Schmidt aus Halle, dann vielleicht dem Kollegen Schreiber aus Magdeburg und ferner den beiden Herren geschäftsführenden Professoren der Akademien. Vielleicht würde auch Herr Geh.-Rat Dietrich die Freundlich-

keit haben der Kommission beizutreten. Es ist doch ein so ganz spezieller Zweig unserer Tätigkeit, der besonderer Bearbeitung bedarf, auch in dem Sinne der Anregung und der Vermittlung der Kurse, auch in der Frage, wo das zur Geltung zu kommen hat, besonders in welchen Provinzteilen. Ich glaube, daß es ein fruchtbringendes Arbeitsfeld ist, wenn es eingehend bearbeitet wird. Ich bitte, diesem Gedanken doch einmal näher zu treten.

Vorsitzender:

Wünscht jemand zu diesem Vorschlage einer Kommission noch das Wort?

M. H., der Gesichtspunkt, den Herr Kollege Schmidt hervorgehoben hat, daß die lokalen Vereinigungen sich melden sollen, scheint mir noch wichtiger zu sein als eine Kommission. Denn was macht die Kommission? Die Herren sitzen in verschiedenen Städten! Wenn schon viele der Herren so opferwillig sind, hier einmal im Sommer zu erscheinen, so ist es immer fraglich, ob sie noch einmal zu einer Kommissions-sitzung kommen würden. Vielleicht würde es das richtigste sein, wenn wir in den verschiedenen medizinischen Zeitschriften bekanntmachen, daß für ärztliche Vereinigungen in kleineren Orten, die sich zusammentäten, von hier aus auf Antrag Vortragende, die über bestimmte Fortschritte in der Kunst und Wissenschaft unseres Metiers berichten, durch Herrn Kutner zu erfahren seien. Ich glaube, daß das wirksamer sein würde, als die Kommission.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Schmidt-Halle.

Wenn ich noch einmal das Wort dazu nehmen darf, dann glaube ich, es wäre doch auch im Sinne des Herrn Kutner zweckmäßiger, wenn die Sache eine gewisse Dezentralisation behielte und nicht etwa alles durch das Zentralkomitee ginge. Dadurch würden sich unter Umständen die lokalen Vereinigungen, die doch darauf reflektieren, in der Provinz ihre Leute zu Gehör zu bringen, leicht verletzt fühlen können. Ich würde Ihnen lieber den Modus vorschlagen, daß ein kurzer Bericht über das, was in der Provinz Sachsen bisher geleistet worden ist, den Vororten der Provinz vorgelegt wird und ihnen anheimgestellt wird, entweder nach diesem Beispiel oder in ähnlicher Weise provinziell ähnliche Komitees, oder wie Sie es nun nennen wollen, zu bilden.

Prof. Dr. R. Kutner-Berlin:

Dann bin ich doch falsch verstanden worden. Ich habe ja gesagt: Dezentralisation. Ich habe nie gedacht, daß wir nun von hier aus die Vorträge veranstalten. Ich habe nur geglaubt, daß es vielleicht zweckmäßig wäre, wenn man die Angelegenheit mit denjenigen Herren durchspräche, die praktische Erfahrungen haben. Die haben wir z. B. hier nicht. Sie (zum Vorredner) haben sie, Kollege Alt in Uchtspringe hat auch große Erfahrungen. An den dachte ich auch in diesem Moment. Dann wäre z. B. die Frage zu erörtern, ob man nicht die Kollegen dazu anregen sollte, daß sie sich an die nächstgelegene Lokalvereinigung wenden. Das ist auch eine Frage, die mit großer Delikatesse behandelt werden muß, z. B. ob man an die Ärztekammern herantritt und das vielleicht in irgendeiner Form zur Kenntnis der Kollegen bringen läßt, die in ihnen den Wunsch rege macht, mit der Zentralstelle in Verbindung zu treten. Das sind doch alles Fragen, bei denen es wertvoll erscheint, wenn man sich mit den Herren in dauernder Relation befindet, die schon praktisch auf dem Gebiet der Wandervorträge gearbeitet haben.

Ich lege aber auf die Form der Kommission, wenn dagegen irgendwelche Bedenken bestehen, keinen Wert. Nur würde ich wünschen, daß in irgendeiner Weise zum Ausdruck kommt, daß wir nun nicht in eine praktische Agitation eintreten — das Wort Agitation will ich nicht anwenden —, aber doch anregen, die Herren darauf hinzuweisen, und das muß auch in einer Form geschehen, die sehr überlegt sein will. Kollege Alt hat in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung einen sehr eingehenden Bericht über die Wandervorträge im Regierungsbezirk Magdeburg veröffentlicht. Man könnte z. B. daran denken — ich weiß nicht, ob Kollege Stoeter, den wir ja unter uns haben, den Gedanken richtig findet —, daß dieser Bericht vielleicht offiziell an die Ärztekammern gesandt wird, die ihn ihren Ärzten

zur Kenntnis bringen mit dem Anheimgenben, eventuelle Wünsche auf Veranstaltung solcher Wandervorträge an die Ärztekammer oder direkt an uns gelangen zu lassen. Das sind aber alles recht schwierige Fragen, und darum hatte ich den Wunsch, die Erfahrungen derjenigen Herren, die nun schon auf dem Gebiete gewirkt haben, gewissermaßen für die weitere Ausbreitung des Gedankens nutzbar zu machen.

Geh. San.-Rat Dr. Stoeter-Berlin:

M. H., ich glaube, daß eine derartige Anregung bei den Ärztekammern beste Aufnahme finden wird. Ich würde es dann aber für richtiger halten, die Angelegenheit zunächst in den Ausschuß der preußischen Ärztekammern zu leiten, damit von dieser Zentralstelle aus eine weitere Beschlußfassung ermöglicht wird. Wenn Sie in diesem Sinne an uns herantreten wollen, würde ich sehr gern bereit sein, das bei der nächsten Ausschusssitzung zur Diskussion zu stellen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Schmidt-Halle.

Ich bin durchaus bereit, auch einer Kommissions-sitzung darüber beizuwohnen.

Vorsitzender:

Wäre es denn nicht vielleicht am zweckmäßigsten, wenn wir uns darüber einigten, daß einige Herren ein Programm ausarbeiten und dem Ärztekammerausschuß zur weiteren Veranlassung übergeben? Sind die Herren damit einverstanden? Dann darf ich wohl die Kommission als solche als angenommen ansehen und bitte um Vorschläge für die Mitglieder. Da wäre zunächst Herr Kollege Schmidt, Hoffmann, Stoeter und Herr Siegert.

Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin.

Bezüglich der Mitglieder dieser Kommission möchte ich vorschlagen, daß die gewählten Herren und unser Zentralkomitee einmal die Angelegenheit zusammen beraten. Das sind ja bloß 5, 6.

Vorsitzender:

Ja, so wenig wie möglich. Die Herren sind ja so schwer zusammenzubekommen.

Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin.

Wir müssen doch einmal hier zusammenkommen im Komitee. Wir haben verschiedene Sachen zu beraten. Ich glaube, daß es zweckmäßig ist, sich über diese Frage einmal grundsätzlich auszusprechen. Es ist eine wichtige Frage, die vom Zentralkomitee noch gar nicht erörtert worden ist.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Adolf Schmidt-Halle.

Dann würde ich bitten, den Kollegen Schreiber noch hinzuzunehmen, der wesentlich dabei beteiligt ist.

Vorsitzender:

Also die Kommission für die Idee der Wandervorträge würde dann bestehen aus den Herren Schmidt, Hoffmann, Stoeter, Siegert, Schreiber.

Prof. Dr. Kutner-Berlin:

Ich würde dringend bitten, Herrn Prof. Alt noch hinzuzunehmen.

Vorsitzender:

Herr Professor Alt!

Sind alle Herren damit einverstanden?

Dann können wir zur weiteren Beratung des Punktes III übergehen. Ich bitte die Herren, sich zu melden, die noch dazu das Wort ergreifen wollen.

Prof. Dr. Hoffmann-Düsseldorf.

Wir haben hier alljährlich einen Bericht von seiten der Akademie für praktische Medizin erstattet, und ich halte es für meine Pflicht, in diesem Jahre über die dortigen Verhältnisse wieder zu berichten, da ja die Akademie in enger Beziehung zu dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen steht und bei uns auch, was das Vortragswesen betrifft, mancherlei Versuche gemacht werden, die für das Komitee von Interesse sind.

Ich möchte erwähnen, daß wir in Düsseldorf Kurse ab-

gehalten haben mit einer Teilnehmerzahl von rund 500, von denen 91 Teilnehmer aus dem Ausland, 367 aus Deutschland und 42 aus Düsseldorf selbst waren. Wir haben unter unseren Kursen besonders Neuerungen insofern geschaffen, als wir einen sozialen Kurs eingerichtet haben, der vom Königlichen Ministerium in der Weise unterstützt wird, daß Kreisärzte zu diesem Kurse entsandt werden; wir werden ihn in den nächsten Tagen zum zweiten Male abhalten. Dieser Kurs über soziale Medizin hat lebhaften Zuspruch auch von Privatärzten. Vor allen Dingen hat die Landesverwaltung eine große Zahl von Vertrauensärzten geschickt, so daß wir etwa 30 Zuhörer hatten.

Zweitens haben wir in diesem Jahre zum ersten Male einen Schularztkursus abgehalten und gefunden, daß dieses Gebiet für die Teilnehmer an Fortbildungskursen ein außerordentlich dankbares ist, da es sich gerade an Praktiker wendet, die in spezieller Tätigkeit sich nachher bewähren wollen, für welche hier Gelegenheit geboten wird, sich Grundlagen, die zu erwerben erst in der Praxis im großen und ganzen die Möglichkeit geboten wird, leicht zu erwerben.

Ich will auf die übrigen Kurse nicht weiter eingehen, da sie sich in demselben Rahmen halten wie im vergangenen Jahre. Doch möchte ich noch zwei Erscheinungen erwähnen, die beide erfreulicher oder auch unerfreulicher Natur sind. Erstens ist die Zahl der Praktikanten, welche bei uns studierten, sehr in die Höhe geschneit. Es ist keine phänomenale Zahl, denn es sind nur 18 im vorigen Jahre gewesen, aber doch gegen früher, wo wir sieben, acht Praktikanten hatten, eine starke Zunahme. Es ist das deswegen von Bedeutung, weil in Düsseldorf, wie fast bei allen in großen Städten bestehenden Krankenhäusern den Praktikanten keine besonderen Emolumente und keine freie Station gewährt werden kann. Das tun diese Krankenhäuser nicht, weil sie nicht glauben, von den Praktikanten so viel Hilfe zu haben, daß es sich lohnt. Also es kommt jetzt eine ganze Reihe von Praktikanten in unbefristete Stellen, und darin liegt ja etwas erfreuliches. Aber auf der anderen Seite scheint doch der Zugang zum ärztlichen Studium so übergroß, daß die sehr zahlreichen bezahlten Stellen nicht ausreichen.

Zweitens haben wir einen großen Andrang von Studierenden in den Ferien, und zwar so, daß wir viele abweisen müssen. In einer Klinik von 170 Betten 10—20 Famuli zu beschäftigen, das geht schon wegen der Kranken nicht.

Es ist mir aufgefallen und auch den anderen Herren, daß die Praktikanten und Famuli verhältnismäßig wenig praktisch ausgebildet waren. Entweder hören die Herren an der Universität nicht genügend Kurse oder können darin nicht, vielleicht nicht überall, genug Betätigung finden. Die Famuli stehen meist im achten, neunten, zehnten Semester. Die Praktikanten selbst sind anfangs recht unsicher in der Untersuchung, mehr als früher. Also da ist etwas im Rückgange, und ich glaube doch, daß das für das Komitee von Interesse ist.

Wir haben auch mit dem Komitee für Säuglingsfürsorge Abmachungen getroffen, daß akademische Kurse gehalten werden, zu denen eine große Zahl von Ärzten gekommen war.

Die übrigen Tatsachen sind in dem Geschäftsbericht enthalten.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siegert-Cöln.

Was Cöln anbetrifft, so will ich Sie mit den Veränderungen in unserem schon an und für sich etwas größeren Lehrkörper nicht lange aufhalten. Wir haben wieder einmal den Pathologen abgeben müssen und hoffen, recht bald einen tüchtigen Ersatz dafür zu bekommen. Wir haben einige neue Dozenten angestellt, einen speziellen Dozenten für Zahnheilkunde und außerdem noch einen speziellen Dozenten für Cystoskopie, dann ist noch ein weiterer Dozent für Pädiatrie beantragt worden.

Die Art der Kurse ist ja von der in Düsseldorf verschieden, und das wirft auch seine Schatten auf die Zahl unserer Teilnehmer, da wir nach wie vor nur für auswärtige Ärzte lesen können, weil die dafür maßgebenden Tatsachen, die in den Cölnen Verhältnissen liegen, genau wie im Vorjahre fortbestanden. Wir hoffen und wünschen aber nun, daß das kommende Jahr die notwendige Wiederkehr normaler Verhältnisse uns bringt, so daß wir die Aufgabe, auch für

die einheimischen Ärzte und deren Fortbildung lehren zu können, unserem Wunsche gemäß nachher in stärkerem Maße noch werden erfüllen können. Bisher waren weder einheimische Ärzte als Zuhörer eingeschrieben, noch die Praktikanten oder Assistenten, sondern nur auswärtig wohnende Ärzte, die nach Cöln kommen und in Cöln wohnen, um die Kurse zu besuchen. Trotz dieser Beschränkung nur auf auswärtige Ärzte, haben im abgelaufenen Jahre immerhin wieder 437 Ärzte unsere zehn Kurse besucht, darunter 45 Sanitätsoffiziere und 29 Zahnärzte. Auch ein Schularztkursus, den wir gehalten haben, war sehr gut besucht, ebenso der erste Spezialkursus nur für Kinderärzte. Leider aber muß andauernd eine ganze Anzahl von Ärzten ihre Anmeldung nachträglich zurückziehen, weil die Vertreterfrage nach wie vor schwer zu lösen ist, und der größere Andrang zum Studium hier leider Gottes gar nicht zum Ausdruck kommt.

Außer den ärztlichen Fortbildungskursen wurden dann in der Akademie unterrichtet 15 Missionare und 9 Missionarinnen, von denen nicht zu befürchten ist, daß sie später als Kurpfuscher tätig sind, da es nur solche sind, die die sog. dritte Weihe erhalten haben und die sich außerdem noch ganz besonderen Verpflichtungen ihrem Orden gegenüber unterwerfen. Dann noch 41 Schülerinnen der Krankenpflege der Stadt Cöln, also im ganzen über 500 Hörer. Nur 29 Praktikanten waren bei der Akademie tätig, 28 im Jahre vorher. Wir haben also diesen erhöhten Afflux noch nicht zu begrüßen, oder — ich weiß nicht, ob es ein „Begrüßen“ sein wird — zu konstatieren. Die Ursachen dafür, daß so wenige Praktikanten da sind, sind bereits im vorigen Jahre von meinem Amtsvorgänger hier erwähnt worden, vor allem, daß sie bei uns eben keinerlei Zuschüsse erhalten, weder Kost noch Logis noch bare Bezahlung. Und ich finde das wenigstens auch von meinem Standpunkte aus durchaus in der Ordnung. Daß jede Änderung aber — und es scheint ja eine solche sich vorzubereiten — bei den bestehenden Verhältnissen sowohl in Beziehung auf das praktische Jahr wie auch auf die immer noch steigende Zahl der Studierenden der Medizin für die Akademie von einschneidender Bedeutung werden muß, liegt auf der Hand. Ich möchte darauf nicht weiter eingehen. Ich muß jedenfalls wünschen, daß auch diese schwierige Frage des Praktikantenjahres und der Praktikanten eine Lösung finden möge zum Wohle des ärztlichen Standes selbst und, soweit es geht und damit vereinbar ist, auch zum Wohle dieser Aufgabe der Akademie.

Dr. Peyser-Berlin:

Ich möchte mir einmal die Anfrage gestatten, und zwar im Anschlusse an die sehr interessante Diskussion von vor zwei Jahren, die wir hier in der Praktikantenfrage hatten, ob von den 28 Praktikanten in Düsseldorf besonders an dem ersten Kurs, dem sog. sozialen Kurs einige teilgenommen haben und wie viele, und wenn das nicht der Fall war, ob für die Ausbildung der Praktikanten in der Versicherungsmedizin irgendwelche Vorkehrungen getroffen worden sind. Die Herren erinnern sich, daß wir über dieses Thema damals sehr ausführlich diskutiert haben. Es war in Aussicht genommen worden, daß, wo irgendwie durchführbar, sei es in Krankenhäusern oder an den Akademien, gerade auf diesen Punkt Wert zu legen sei.

Dann würde ich dankbar sein für eine Auskunft darüber, ob der Schularztkursus so zu verstehen ist, daß er für schon im Amte befindliche Schulärzte vorgesehen ist, oder ob auch praktische Ärzte teilgenommen haben, um in die Aufgaben des Schularztes eingeführt zu werden.

Prof. Dr. Hoffmann-Düsseldorf.

Was die Teilnahme der Praktikanten an dem sozialen Kursus betrifft, so haben sie an dem Kursus für Versicherungswissenschaft teilgenommen, der im Frühjahr stattfindet und den ich vorhin nicht erwähnt habe, weil er alljährlich stattfindet. Sie würden aufgefordert und kamen zum großen Teile auch hin, zum Teile auch nicht. Wir können ja ebensowenig einen Zwang ausüben wie die Universität. An den übrigen Kursen nehmen die Herren nur teil, so weit sie nicht anderweitig verpflichtet sind, während sie zu diesem Kurs von ihren Chefs beurlaubt werden.

Dann die Frage der Schulärzte: Ob es nur praktische Schulärzte waren oder nicht, das entzieht sich unserer Kennt-

nis, weil wir es nicht von jedem der Herren wissen. Jedenfalls waren sie in der Mehrzahl schon praktische Schulärzte, das ging aus der Unterhaltung mit den Herren hervor und auch daraus, daß zum Teil ausländische Städte ihre Schulärzte schickten; zum Beispiel waren aus Warschau drei Schulärzte von der Stadt offiziell zur Teilnahme an dem Kurse geschickt worden.

Der Schularztkursus ist bisher meines Wissens nur noch in Cöln abgehalten worden, und die Erfahrungen von Cöln werden meines Erachtens wohl interessanter sein, weil er dort schon zum zweiten Male stattgefunden hat.

Ich möchte noch kurz etwas erwähnen, was mir vorhin entgangen ist, was auch in das Gebiet fällt, das Herr Adolf Schmidt heute schon berührte: Die Einladung von auswärtigen Dozenten. Wir haben an unserer Akademie immer grundsätzlich eine Reihe von Herren eingeladen, um über ihr Spezialgebiet Vortrag zu halten. In diesem Jahre findet über Bauch-Chirurgie unter Leitung der Herren Witzel und Pankow ein Kursus statt, zu dem nicht weniger als 40 Dozenten aus Deutschland, Frankreich, Italien, England usw. Vorträge zugesagt haben, also ein Verfahren, das noch viel weiter geht, als das was Herr Schmidt anregte, insofern, als wir dort für acht Tage gewissermaßen einen kleinen chirurgischen Kongreß haben, wo jeder Vortragende nicht nur neue Fragen bringt, sondern aus seinem Spezialgebiet das, was er erarbeitet, authentisch vorträgt, was ja für viele, namentlich Chirurgen, von großem Interesse sein mag. Im vorigen Jahre fand bereits ein ähnlicher Kursus statt, der ausgezeichnet besucht war. Es waren ungefähr 100 Teilnehmer da, und auch der diesjährige Kurs scheint gut besucht zu werden.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siegert-Cöln:

Bei uns ist die Einrichtung getroffen, daß die Praktikanten und Assistenten, soweit sie im Hospital wohnen, wo die Kurse stattfinden, von uns aufgefordert werden, die Kurse zu hören. Aber sie werden nicht als Zuhörer geführt und sie können sich nicht einschreiben lassen.

Was die Schulärzte anbelangt, so haben unter den 28 Teilnehmern, die den zweiwöchigen Kursus besucht haben, meines Wissens nur Schulärzte teilgenommen, außerdem zwei Herren, die sich bereits um Schularztstellen beworben hatten. Also ein Übergreifen auf die übrigen Ärzte, die die Anregung zum Schularzt erhalten sollten, war nicht vorhanden. Ich hoffe aber, daß das besser werden wird.

Wir haben das Programm unseres diesjährigen Schularzt-kursus, der bereits seit $\frac{3}{4}$ Jahren beschlossen war, in dem Sinne umgearbeitet, daß zum ersten Male die Technik des Schularztes in hervorragender Weise berücksichtigt werden soll. z. B., wenn es heißt: Luftverunreinigung, so kommen zugleich auch dazu die Verfahren zur Feststellung der Luftverunreinigung und ihre praktische Anwendung; und wenn es z. B. heißt: Beleuchtung der Schule, dann werden die Apparate, die zur Bestimmung der Beleuchtung dienen, demonstriert, und es werden praktische Übungen daran vorgenommen. Wir glauben, daß dieses Verfahren, die Technik in den Vordergrund zu stellen, wieder den Ärzten Veranlassung geben wird sich diesen Fragen mehr zuzuwenden, und den Städten erlauben wird, bei ihrer Suche nach den Schulärzten besser vorgebildetes Material zu haben.

In der Frage der auswärtigen Dozenten befinden wir uns ja in Cöln in einer anderen Auffassung als Düsseldorf und München. Wir haben es bisher immer so gehalten, auswärtige Dozenten möglichst auszuschließen. Doch ist der Lehrkörper nicht vollständig. Wir haben jetzt eine ordentliche Professur für Hygiene und ein Institut für Hygiene beantragt und hoffen, daß ein wohlmeinender Stadtrat das genehmigen wird. Wir werden dann auch den Schularztkurs zum Beispiel möglichst nur durch Einheimische halten lassen.

Die auswärtigen Ärzte haben an Zahl sehr abgenommen bei uns, und das liegt daran, daß sie z. B. aus Holland mehr oder weniger weggeblieben sind. Sie haben jetzt dort eine eigene Akademie errichtet. Die Schweizer tun es auch, auch Italien hat jetzt in Mailand eine eigene Akademie für praktische Medizin nach deutschem Muster errichtet.

Vorsitzender:

Wünscht jemand von den Herren noch eine Mitteilung zu machen über den Punkt: lokale Vereinigungen und Akademien für praktische Medizin? Wenn das nicht der Fall ist, würden wir zum nächsten Punkt der Tagesordnung übergehen:

IV. Die Internationale Konferenz für das ärztliche Unterrichts- und Fortbildungswesen in London (im August dieses Jahres).

(Schluß folgt.)

IV. Standesangelegenheiten.

Die Verstaatlichung des Sanitätswesens.

Von

Geh. San.-Rat Dr. S. Alexander in Berlin.

Unter dem Titel „Die Grundlagen des ärztlichen Berufes“ hat Herr Kollege Dr. Heinrich Grün¹⁾ eine Schrift veröffentlicht, welche, selbst wenn sie die ärztlichen Verhältnisse Österreichs in erster Linie betrifft, eine Nutzenanwendung auch auf den deutschen Ärztestand zuläßt, ja geradezu vorsieht. — Die Schrift verdient unser Interesse, weil die in ihr erwogenen Probleme in neuerer Zeit wiederholt öffentlich erörtert wurden und weil der Verf. bestrebt ist, die Untersuchung der wirtschaftlichen Lage des Ärztestandes mit allem Rüstzeug moderner Methoden durchzuführen. Das Endresultat dieser Untersuchung ist, um dies vorwegzunehmen: Die Forderung der Verstaatlichung des Sanitätswesens.

Der Gedankengang, durch den der Verf. sich zu der schwerwiegenden Forderung hindurchgerungen hat, ist etwa folgender: Die eigenartige Kombination idealer und wirtschaftlicher Interessen hat die Träger des ärztlichen Berufes von jeher in einen gewissen Zwiespalt zwischen ethischem Empfinden und materiellen Bedürfnissen versetzt. Von jeher hat auch Staat und Gesellschaft dem ärztlichen Stande Pflichten aufgebürdet, die den Erwerb zu schmälern geeignet waren. Zu ihnen gehört die in Österreich noch geltende gesetzliche Bestimmung, wonach jede Abmachung eines Honorars vor Leistung der ärztlichen Hilfe ungültig ist, sowie ferner die ausdrückliche Charakterisierung des ärztlichen Berufes als Gewerbe. Die Gesellschaft aber hat von jeher aus dem Umstande, daß in der ärztlichen Brust eine ideale und materielle Seele wohnt, den falschen Schluß gezogen, daß die Honorierung ärztlicher Tätigkeit als Faktor geringerer Ordnung aufzufassen ist. An der Hand der Statistik sucht nun der Verf. nachzuweisen, daß das durchschnittliche Einkommen der Ärzte Österreichs stets unzulänglich gewesen

¹⁾ Verlag der „Ärztlichen Standeszeitung“ und der „Heilkunde“. Leipzig und Wien 1912.

ist, und das darf ihm aufs Wort geglaubt werden, denn es trifft zweifellos auch für deutsche Verhältnisse zu.

Weniger beweiskräftig erscheint die Behauptung, daß in Österreich schon seit Jahrzehnten, jedenfalls lange vor der Krankenkassengesetzgebung ein Überfluß an Ärzten vorhanden gewesen ist. Der Verf. schließt dies aus der wesentlich stärkeren Zunahme der Ärzte im Verhältnis zu der der Bevölkerung. Der Schluß ist jedoch unberechtigt, denn es fehlt der Nachweis, daß die stärkere Zunahme ein Übermaß von Ärzten zur Folge hatte. Viel wahrscheinlicher ist, daß die Zunahme auf ein stärkeres Bedürfnis der Bevölkerung nach ärztlicher Versorgung, also auf kulturelle Ursachen zurückzuführen ist und demnach einen berechtigten Folgezustand darstellt.

Diese Feststellung ist deshalb nicht unwichtig, weil der Verf. der Krankenkassengesetzgebung in Österreich und Deutschland, welche häufig als Ursache für den wirtschaftlichen Tiefstand der Ärzte betrachtet wird, diese wesentliche Rolle nicht zudiktieren will und annimmt, daß die Lage der Ärzte auch ohne Krankenversicherung nicht besser wäre. Zwar gibt er zu, daß sie eine Herabsetzung und Entwertung ärztlicher Hilfeleistung bewirkt habe, aber nicht in dem Maße wie andere Faktoren: Überfüllung, Spezialistentum, Polikliniken und Kurpfuschertum.

Die Frage, ob die Kassengesetzgebung den Ärzten wirtschaftlich geschadet hat, sucht der Verf. dadurch zu lösen, daß er die Einkommensteuerverhältnisse der Ärzte in Beziehung setzt zu der Zahl der gegen Krankheit Versicherten in einzelnen Teilen Österreichs. Aus dem Umstande, daß die Ärzte derjenigen Länder, in denen die meisten Krankenversicherten sind, die besten Einkommen darbieten und umgekehrt, schließt er, daß die Krankenversicherung keinen ungünstigen Einfluß auf die ärztliche Lebenshaltung ausübt. Vor einer solchen Beweisführung kann nicht eindringlich genug gewarnt werden. Es ist ja klar, daß die Feststellung obiger Tatsachen, selbst wenn die Statistik fehlerfrei ist, das, was der Verf. will, nicht beweisen kann, weil eine Reihe anderer Ursachen auf die Einkommensverhältnisse der Ärzte ebenso bestimmend einwirken, wie die Zahl der Versicherten. Es sei nur an die Wohlhabenheit der Bevölkerung und die Annehmlichkeiten des Großstadtlebens erinnert, die den Zug gerade gut situerter Ärzte in bestimmte Zentren beeinflussen. Daß z. B. in Wien mit seiner gesellschaftlichen Kultur einen höheren Prozentsatz gut situerter Ärzte beherbergt als Galizien und Dalmatien, ist doch sicherlich nicht auf die Zahl der Krankenversicherten zurückzuführen.

Unrichtig ist auch der Schluß, daß die Krankengesetzgebung dem Ärztestande Nutzen bringt, weil eine gegen früher gesteigerte Zahl von Kranken, die in keiner oder allenfalls nur unentgeltlicher ärztlicher Behandlung gewesen sind, einer großen Zahl von Ärzten ein materielles Plus

zuführt — ein Argument, dessen sich mit Vorliebe auch andere nichtärztliche Sozialpolitiker und Vertreter von Behörden Deutschlands bedienen. Daß die Summe der Einnahmen der Ärzte infolge der Krankenversicherung der Arbeiter sich wesentlich gesteigert hat, kann füglich kein Mensch bestreiten, das beweisen ja die Tabellen der ständig steigenden Kosten für ärztliche Behandlung, wengleich sie mancherlei enthalten, was nicht in die Rubrik der ärztlichen Honorare gehört. Aber grundfalsch wäre es, dieses Plus mit einem wirtschaftlichen Nutzen zu identifizieren. Denn dem Plus gegenüber steht ein sehr beträchtliches Minus in Form von Steigerung der Betriebsunkosten (Fuhrwerk, Wohnung, Assistenz, Instrumentarium usw.), und ganz besonders in Form vorzeitiger Abnutzung von Körper und Geist durch erzwungene Massenarbeit. Die Steigerung der Ausgaben für alle Lebensbedürfnisse, die doch ohne weiteres eine Erhöhung der Einnahmen nach sich zu ziehen hätte, sei nur nebenbei erwähnt.

Was wollen aber alle diese, man möchte beinahe sagen, kleinlichen Abwägungen von Plus und Minus bedeuten gegenüber dem enormen Schaden, den die Krankenversicherung den Ärzten durch Entwertung der beruflichen Leistungen zugefügt hat. „Diensthonorare“, wie sie anerkanntermaßen von den Krankenkassen gezahlt werden, schädigen die Ethik des Standes und setzen dessen gesellschaftliches Niveau tief herab. Gewiß wurden und werden auch vor und außerhalb der Krankenversicherung unzureichende Honorare gezahlt; aber der Verf., der dieses Argument in den Vordergrund stellt, vergißt den fundamentalen Unterschied zwischen einer in dem Belieben des einzelnen liegenden, humanitären Grundsätzen diktierten Honorareinschätzung gegenüber der einseitigen Gebührenfeststellung durch mächtige öffentlich rechtliche Organisationen. Der Honorardruck muß demoralisierend wirken, weil die treibende Kraft die Macht des Stärkeren ist, nicht etwa, wie so oft behauptet wird, die Humanität, mit der öffentliche Zwangseinrichtungen nie rechnen dürfen und die dem Spender auch nie aufgezwungen werden kann.

Entgegen dem Verf. besteht also zu Recht, daß ein gerüttelt Maß des Niederganges des Ärztestandes auf die Handhabung der Krankenversicherung zurückzuführen ist. Auch die freie Arztwahl ist für die Beurteilung der Frage nicht so gering einzuschätzen, wie der Verf. bei aller platonischen Hochachtung vor dem Prinzip anzunehmen geneigt ist. Es würde zu weit führen, die alten Ladhüter, die auch der Verf. gegen die freie Arztwahl ins Feld führt, zu beleuchten, bzw. zu widerlegen. Da er sich vornimmt, noch 1—2 Jahre Erfahrungen aus Deutschland zu sammeln, ehe er ein endgültiges Urteil abgibt, so kann man ja diese Schonzeit abwarten. Eines aber sollte eigentlich dem Verf., der doch wirtschaftlich modernen Anschauungen huldigt,

schon heute klar sein, daß eine so ausgedehnte öffentliche Einrichtung wie die Krankenversicherung nur im Einvernehmen mit deren wichtigstem Gestaltungsfaktor, dem Ärztestande, gedeihen kann, und daß, wenn dieser Stand einmütig, trotz aller Bedenken und Hindernisse, die freie Arztwahl fordert, diese Forderung für die Erhaltung der Integrität des Standes als wesentlicher Faktor zu gelten hat.

Nach der Begründung des Niedergangs des Standes, die etwa zwei Drittel der Schrift umfaßt, gelangt der Verf. zum Thema *probandum*. Er schreibt: Ich habe für die Angabe der *ultima ratio* für den Ärztestand so viele grundlegende Begriffe erörtert, so viele Argumente für Theoretiker und Praktiker vorgebracht, daß ich annehme, die Frage: Wie kann dem Ärztestande geholfen werden? beantwortet sich von selbst. Für die Ärzte gibt es nur ein Heil: die Verstaatlichung des Ärztestandes.“ Ich fürchte, der Verf. täuscht sich, wenn er die Schlußfolgerung als gegeben hinstellt, trotz der nicht unbedeutlichen Literatur, die die Frage bereits aufzuweisen hat. Es ist bezeichnend für die Reife der Idee, wenn der Verf. in keinem der bisher gemachten Vorschläge einen durchführbaren Plan erkennen kann, so daß er sich genötigt sieht, mit einem neuen Projekte, eines, wie er sich ausdrückt „künftigen Prachtbaues des Sanitätswesens“ in die Arena zu treten. Er faßt seine Gründe für die Notwendigkeit der Errichtung dieses „Prachtbaues“ in eine Reihe von Thesen zusammen, die nur ganz kurz beleuchtet sein mögen:

1. Die wirtschaftliche Lage des Ärztestandes ist auf einem Tiefstand angelangt. — Die These widerspricht der eigenen Auffassung des Verf.'s, wonach der Tiefstand seit langer, langer Zeit vorhanden gewesen ist. Im übrigen ist doch wohl auch die Allgemeinheit der These zu beanstanden.

2. Die wirtschaftliche Lage des Volkes, welches immer weniger zahlungsfähig wird, wird sich eher verschlechtern. — Alle Zeichen der Zeit beweisen das Gegenteil. An dem wirtschaftlichen Aufschwung der Arbeiter, ja auch der Landbevölkerung ist nicht zu zweifeln.

3. Der Kampf zwischen Ärzten und den sozialhygienisch zu versorgenden Interessengruppen wird sich immer steigern. — Woher weiß das der Verf.? Autoritative Kreise nehmen vielmehr an, daß, wenn die Interessentenkreise erst einmal mit den Bedürfnissen und gerechten Ansprüchen der Ärzteschaft sich vertraut gemacht haben werden, wozu allerdings Zeit und Geduld gehört, ein harmonisches Zusammenwirken zugunsten der öffentlichen Wohlfahrt nicht ausbleiben wird.

4. Den Ärzten droht eine Entfremdung des Volkes, weil wir sozialhygienische Einrichtungen für eine Reihe von Volksschichten bekämpfen müssen. — Gegen diese Anschauung muß energisch Protest erhoben werden. Kein Arzt verkennet die Notwendigkeit und die Segnungen der Zwangsversicherung der Arbeiter. Wogegen wir

uns wenden, das ist lediglich die Ausdehnung der Gesetze auf zahlungsfähige Bevölkerungsschichten und die Willkür der Verwaltungsorgane.

5. Alle vorgeschlagenen Mittel für die Verbesserung der ärztlichen Lage sind kleine symptomatische Mittel. — Ein Mittel, das jedem Mitgliede irgendeines Standes eine sorgenfreie Existenz gewährt, gibt es nicht, auch nicht für den Fall der Verstaatlichung. Die auf dem Wege der Selbsthilfe erstrebten Mittel werden ausreichen, um den Stand als solchen zu heben. *Ultra posse nemo obligatur*.

6. Die Verstaatlichung ist zum Besten des Volkes und der Ärzte. — Es ist unerfindlich, weshalb das Volk bei beamteten Ärzten die, wie wir sehen werden, den Kranken zwangsweise aufgebürdet werden sollen, besser aufgehoben sein soll als bei frei praktizierenden Ärzten, unter denen eine Vertrauenswahl möglich ist. Auf die Wohltat für den Ärztestand kommen wir noch zurück.

7. Nur ein von Daseinssorgen befreiter Arzt kann die Medizin fördern. — Auch dieser Satz sagt mehr, als er beweisen kann. Es gibt zum Glück noch recht viele Ärzte, die, obwohl mit wirtschaftlichen Sorgen behaftet, ihren Beruf treu und gewissenhaft ausüben. Und andererseits: Ist ein mit 4000 Kronen dotierter beamteter Arzt frei von Nahrungssorgen?

8. Nur Ärzte, die an der Gesundheit, nicht an der Krankheit ein Interesse haben, können bei der neuen Zukunftsära des ärztlichen Berufes Mitarbeiter sein. — Es wird noch mancher Tropfen in die Donau fließen, bis diese neue Ära, in der die Prophylaxe sämtliche Krankheiten ertötet haben wird, angebrochen ist. Bis dahin könnten wir wohl noch mit der jetzigen Sorte von Ärzten vorlieb nehmen.

9. Eine Schädigung bestehender Rechte wird nicht vorgenommen, da erworbene Rechte geschont werden sollen. — Das wird abzuwarten sein.

In ausführlicher Darlegung wendet sich der Verf. alsdann gegen die Gegner der Verstaatlichung, wobei er von denjenigen Autoren, die die Verstaatlichung mit utopistischen Plänen verteidigt haben, weit abrückt. Er teilt die Gegner in solche, die die „sogenannte“ (wie er sich ausdrückt) Freiheit des Ärztestandes gerettet wissen und gegen die jetzt herrschenden Mißstände ankämpfen wollen. Sodann in solche, denen es gut geht und die von der Neuerung nur Nachteile zu erwarten vermeinen. Drittens in solche, die in der Verstaatlichung eine Bevorzugung der Ärzte sehen und endlich solche, welche positive Vorschläge vermissen. Ich vermissen noch eine Kategorie von Gegnern, und zu denen gehöre ich, die das Bedürfnis nach Verstaatlichung überhaupt leugnen.

Dem ersten Einwand begegnet der Verf. mit der Behauptung, daß die Freiheit des Standes längst entschwunden ist, also nicht erhalten zu werden braucht. Er vermeint den Beweis für

diese Behauptung hauptsächlich aus dem ziffermäßigen Nachweis, daß zwei Drittel der österreichischen Ärzte „angestellt“ sind, entnehmen zu dürfen. Ich fürchte, daß trotz aller Gründlichkeit dem Verf. das Malheur passiert ist, die Anstellung mit der Verstaatlichung zu verwechseln. Unter Verstaatlichung kann doch nur gemeint sein die Einreihung der Ärzte unter die Zahl der Beamten mit allen Eigenheiten des Beamtentums, insbesondere mit der Zuweisung einer bestimmten Berufstätigkeit durch staatliche Behörden. Die freie Ausübung der Berufstätigkeit ist damit ausgeschlossen, bei Verfehlungen droht das staatliche Disziplinarverfahren. Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der „Anstellung“. Ob sie seitens von Behörden oder Privaten erfolgt, immer erfolgt sie mittels Dienstvertrages, welcher nur für bestimmte Leistungen Vorkehrungen trifft, im übrigen aber dem Kontrahenten freie Wahl in der Ausübung seines Berufes läßt und die Unterstellung seiner Handlungen unter das bürgerliche Recht gewährleistet. Ein amtliches Disziplinarverfahren ist ausgeschlossen. Die Parallele ist also unhaltbar und demnach auch die Schlußfolgerung des Verf.'s. Auch was er über die Einengung ärztlicher Freiheit durch gesetzliche und ungesetzliche Einschränkungen ins Feld führt, ist nicht stichhaltig. Eine ideale Freiheit, ohne Einschränkungen, die den Träger des Berufes ermächtigt, ohne Rücksicht auf Gesetz, Sitte und den Nächsten zu schalten und zu walten, ist mit einem geordneten Staatswesen unvereinbar und existiert in keinem Kulturstaate und keinem Berufsstande gegenüber. Es ist richtig, daß dem Ärztestande durch Gesetz und Sitte größere Einschränkungen auferlegt sind als anderen, aber es darf doch nicht vergessen werden, daß dem auch Privilegien gegenüberstehen, die anderen versagt sind. Die Höhe der staatlichen Anforderungen an unseren Stand ist zudem ein untrüglicher Gradmesser für die Wertschätzung, deren er sich in der Öffentlichkeit zu erfreuen hat.

Daß der Verf. die, denen es „gut geht“, an sich zu den Gegnern der Verstaatlichung rechnet, ist ein Zeichen dafür, daß er die Kollegialität und den Altruismus seiner Kollegen ziemlich niedrig einschätzt. Und daß es Leute geben sollte, die dem Ärztestande eine Verstaatlichung sozusagen „aus Konkurrenzneid“ nicht gönnen sollten, würde ich kaum annehmen. Es ist auch nicht angebracht die Notwendigkeit der Verstaatlichung aus dem Umstande herzuleiten, daß andere akademische Berufsstände staatlichen Charakter haben. Mit der akademischen Vorbildung hat die Verstaatlichung absolut nichts zu tun. Der staatliche Beamtenkörper besteht nur zum geringsten Teile aus akademisch Vorgebildeten, und große Berufsweige mit akademischer Vorbildung außer den Ärzten entbehren der Verstaatlichung, z. B. die Techniker, Künstler, Architekten usw. Selbst die Stände, die Verf. anführt, sind von allgemeiner Verstaatlichung weit entfernt.

Die Theologen, Lehrer, Juristen sind nur soweit Beamte, als öffentliche Interessen in Frage stehen, zu deren Schutz der Staat geeigneter Organe bedarf. Das ist für die öffentliche Gesundheitspflege auch stets rechtens gewesen, denn in der ganzen zivilisierten Welt gibt es Medizinalbeamte und Medizinalbehörden. Dagegen hat der Staat keineswegs die Aufgabe für jeden einzelnen Vorsehung zu spielen. Jeder Eingriff in die Rechte des einzelnen, soweit er nicht durch öffentliche Interessen (Seuchenschutz) benötigt wird, wäre ein Akt der Bevormundung, an dem sich zu beteiligen den Ärzten kaum zugemutet werden kann.

Aus Vorstehendem ergibt sich, daß grundsätzlich der Verstaatlichung des Sanitätswesens das Wort nicht geredet werden kann. Aber die Not des Standes, die auf anderem Wege nicht beseitigt werden kann! In Deutschland gibt es nur wenige Kollegen, die auf diesem Standpunkte stehen. Die übergroße Mehrheit, nämlich von 30000 mindestens 25000, d. h. alle Mitglieder des sog. Leipziger Verbandes leugnen das Bedürfnis nach Verstaatlichung, weil sie die Kraft in sich fühlen, auf dem Wege der Selbsthilfe der Not des Standes zu steuern. Ein Teil glaubte eine Zeitlang hierzu gesetzlicher Maßnahmen nicht entraten zu können. Nachdem dieser Weg sich als nicht gangbar erwiesen hat, wird es in absehbarer Zeit gelingen, das Ziel durch Beharrlichkeit und gemeinsame Arbeit zu erreichen. Das hier auseinander zu setzen, ist nicht die Aufgabe dieser Zeilen.

Es könnte sonach überflüssig erscheinen, auf den Verstaatlichungsplan des Verf. näher einzugehen, wenn nicht gerade aus ihm die Unmöglichkeit seiner Durchführung hervorleuchtete. Verf. will die erforderliche Summe durch eine Steuer aufbringen, die als Kopfsteuer gedacht ist, und er berechnet, daß durch einen relativ unbedeutenden Beitrag die Kosten für Krankenhaus- und ärztliche Behandlung gedeckt werden könnten. Dadurch wäre es möglich, den Ärzten Gehälter von 4800 bis 18000 Kronen zu gewähren. Natürlich würde Hilfszwang und Beschränkung der Freizügigkeit damit verbunden sein. Merkwürdigerweise bezieht der Verf. die Spezialisten in den Kreis der zu Verstaatlichenden nicht ein, so daß es unklar bleibt, warum z. B. der mit einem chirurgischen Leiden behaftete Kranke weniger Anrecht auf Gewährung freier Behandlung haben soll, als ein innerlich Kranker. Unklar ist auch, warum Verf. die Gewährung von Heilmitteln von der Verstaatlichung ausschließt, er unterläßt wenigstens sie zu erwähnen. Daß er nebenbei auch Privatärzte zuläßt, ist sehr erklärlich, denn schließlich kann doch kein Arzt gezwungen werden sich verstaatlichen zu lassen.

Die finanziellen Unterlagen für den Plan auf ihre Richtigkeit zu prüfen, ist ganz unmöglich, aber auch nebensächlich. Es dürfte genügen, kurz diejenigen Maßnahmen anzuführen, die in

Deutschland zur Durchführung dieses Planes erfüllt werden müßten. Es sind dies: Änderung der Verfassung (hinsichtlich der freien ärztlichen Behandlung), Änderung der Freizügigkeit, Änderung der Gewerbeordnung, Regelung der Anstellung, Pensionierung und Reliktenversorgung der Staatsärzte, Übernahme des gesamten Krankenhauswesens (einschließlich der kommunalen, Stifts- und Privatkrankenhäuser, Irrenanstalten, Heilstätten usw.) und Aufbringung der Mittel für den Ankauf, die Verf. als *quantité négligeable* ganz außer Ansatz läßt, Änderung der sozialen und Medizinalgesetzgebung und das alles, um etwa 10 000 Ärzten ein menschenwürdiges Einkommen zu verschaffen (größer dürfte die Zahl der Notleidenden wohl nicht sein)! Wenn der Verf. einen Plan, der derartige Umwälzungen im Leben eines Staates, abgesehen von dem der Gesellschaft, erfordert, nicht für eine Utopie hält, dann ist er um seinen Optimismus zu beneiden.

Zum Schluß noch eine kurze Antwort auf die naheliegende Frage: Warum so viele Worte gegen eine Idee, deren Aussichtslosigkeit auf den ersten Blick zu erkennen ist? Weil die Erörterung des

Verstaatlichungsproblems durch Ärzte eine gewisse Gefahr für den Stand in sich birgt. Wir müssen leider bekennen, daß unser Stand bei einem Teil der Bevölkerung sich nicht der Sympathien erfreut, die er verdient. In deren Händen ist die Schilderung eines hoffnungslosen Notstandes und die Verkündung einer hoffnungslosen Rettungsaktion von beteiligter Seite eine willkommene Waffe, die bei passender Gelegenheit gegen uns gerichtet werden kann. Ist auch von Verstaatlichung des Sanitätswesens in dieser Weise nicht die Rede, so schwirren doch bedenkliche Pläne über Anstellung beamteter Kassenärzte, über Einführung eines Hilfszwangs und ähnliche reaktionäre Maßregeln durch die Luft. Man droht dem Stande mit der Peitsche, wenn er in der Kassenfrage nicht artig nachgibt. Sollte dem Verf. vor dieser Gesinnungsgenossenschaft nicht bange sein und sollte es nicht im Interesse des Standes, das dem Verf. fraglos sehr am Herzen liegt, besser sein, die vorhandenen Kräfte wirksam auf einem Punkt, nämlich den der Selbsthilfe zu konzentrieren, als sie durch interessante, aber unfruchtbare Ideen zu zersplittern?

V. Tagesgeschichte.

Das hilfsärztliche Externat in Sachsen. Das Königl. Sächsische Landes-Gesundheitsamt erläßt folgende Bekanntmachung: Um den nach erlangter Approbation zur Praxis übergehenden Ärzten zu einer Erweiterung und Befestigung ihrer klinischen Kenntnisse und Erfahrungen, sowie den schon in der Praxis stehenden Ärzten zu ihrer Fortbildung Gelegenheit zu geben, ist denselben die hilfsärztliche Beschäftigung — das Externat — in den unten verzeichneten Krankenanstalten eröffnet. Das Externat ist der Regel nach nur denjenigen Ärzten zugänglich, welche dem Sächsischen Untertanenverbände angehören; doch wird mit Genehmigung des Königl. Ministeriums des Innern auch Nichtsachsen der Zutritt gestattet. Dasselbe kann einem und demselben Bewerber nach und nach an verschiedenen Anstalten bewilligt werden, dessen Gesamtdauer soll aber in der Regel ein Jahr nicht überschreiten. Zur Aufnahme in das Externat ist der Nachweis der erlangten ärztlichen Approbation erforderlich. Die Aufnahmeversuche sind an das Königl. Landes-Gesundheitsamt, I. Abteilung, zu richten. Diesen Gesuchen, in denen angegeben sein muß, an welcher Anstalt, von welcher Zeit an und auf wie lange Bittsteller zum Externat zugelassen sein will, ist der Approbationschein oder eine beglaubigte Abschrift desselben und falls auch um Bewilligung einer Unterstützung nachgesucht wird, ein kurzer Lebenslauf des Gesuchstellers beizufügen. Die zum Externate zugelassenen Ärzte haben die Kosten ihres Lebensunterhaltes während desselben aus eigenen Mitteln zu bestreiten, doch können, soweit die dazu verfügbaren Mittel ausreichen, den im Sächsischen Untertanenverbände stehenden Externen vom Königl. Ministerium des Innern auf bezüglichen Vorschlag des Königl. Landes-Gesundheitsamtes angemessene Unterstützungen gewährt werden. Zurzeit stehen für das Externat folgende Krankenanstalten zur Verfügung: die Königl. Frauenklinik zu Dresden, die Königl. Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege, die Stadtkrankenhäuser zu Dresden-Friedrichstadt und Dresden-Johannstadt, die städtische Heil- und Pflegenstalt zu Dresden, das Hospital der Diakonissenanstalt zu Dresden, das Carolahaus zu Dresden, die Kinderheilanstalt zu Dresden, das Säuglingsheim zu Dresden, das mechano-therapeutische Institut des Sanitätsrates Dr. Linow zu Dresden, die Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig, die psychiatrische und Nervenklinik der

Universität zu Leipzig, die dermatologische Klinik der Universität zu Leipzig, das Stadtkrankenhaus zu Chemnitz, die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz, das Stadtkrankenhaus zu Plauen i. V., das Königliche Krankenstift zu Zwickau, das Stadtkrankenhaus zu Zwickau, das Johanniter-Krankenhaus zu Heidenau, das Ländliche Krankenhaus zu Meißen, die Heilstätte für Lungenkranke „Albertsberg“, die Heilstätte für Lungenkranke „Carolagrün“, die Heilstätte der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen bei Gottleuba, die Heilstätte für Lungenkranke „Hohwald“ bei Neustadt, die Irren-Heil und Pflegenstalt zu Sonnenstein, die Irren-Heil und Pflegenstalt zu Untergöltzsch und die Pflegenstalt für Geisteskranke zu Colditz.

Die Berliner Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildungskurse veranstaltet im Anschluß an die Oktober-Ferienkurse einen Gruppenkurs über Kinderkrankheiten. Beteiligt an dem Kurse sind die Herren: Prof. Westenhöfer (Pathogenese der kindl. Tuberkulose), Prof. Erich Müller (kindliche Tuberkulose), Prof. Axhausen (chirurg. Tuberkulose im Kindesalter), Prof. Abelsdorff (Augenerkrankungen im Kindesalter), Prof. Langstein (Säuglingsernährung und Krankheiten), Prof. Bendix (exsudative und spasmophile Diathesen), Priv.-Doz. Meyer (Ernährung und Ernährungsstörungen im Kindesalter), Prof. Müller (Klinik und Behandlung der Lues congenita), Prof. Fritz Meyer (Diphtherie-Behandlung), Priv.-Doz. Eckert (Serumkrankheiten und Anaphylaxie), Prof. Cassel (akute Exantheme), Prof. Jochmann (Scharlach, Tetanus, Meningitis), Prof. Lewandowski (akute Poliomyelitis), Prof. Rothmann (zerebrale Kinderlähmung), Oberarzt Dr. Peltsohn (chirurg. u. orthopäd. Behandlung der Kinderlähmungen), Oberarzt Niemann (Rachitis), Prof. Keller (Bedeutung der Neuropathie), Priv.-Doz. Reyher (Röntgendiagnostik), Prof. Klapp (Kriechverfahren), Stabsarzt Lotsch (Tracheotomie und Intubation), Priv.-Doz. Stier (Psychopathische Kinder), Prof. Forster (Epilepsie), Prof. Langstein (chron. Albuminurie), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Baginski (Demonstrationen). Das Honorar für den Kurs, der sechs volle Tage in Anspruch nimmt, beträgt 30 Mk. Während des Oktobermonats finden außerdem noch in den Abendstunden einstündige Vorträge über aktuelle

Themen, z. B. über die Mesothoriumbehandlung des Uteruskrebses statt. Das Honorar für 12 Vorträge beträgt 3 Mk. Ausführliche Programme über die Ferienkurse und die erwähnten Sonderveranstaltungen versendet gratis und portofrei das Bureau des Vereins (Herr Melzer, Ziegelstraße 10—11, Langenbeckhaus).

Der 3. Internationalen Konferenz für Krebsforschung, die in Brüssel vom 2.—6. August 1913 tagte, lag das folgende Programm für die Verhandlungen zugrunde: Die Anwendung der physikalisch-chemischen Verfahren bei der Behandlung des Krebses. Anwendung chemischer Mittel nach Radikaloperationen. Ref.: Prof. Dr. Neuberger-Berlin: Die Grundlage der physikalisch-chemischen Verfahren; Prof. Dr. Caspari-Berlin: Die Anwendung der physikalisch-chemischen Verfahren; Prof. Dr. Freund-Wien; Exz. Prof. Dr. Czerny-Heidelberg; Prof. Dr. Bayet-Brüssel. 2. Vakzinationstherapie und Serumtherapie der Geschwülste. Ref.: Priv.-Doz. Dr. Odier-Genf; Prof. Daels und Dr. de Somer-Gent; Dr. William Coley-New-York. 3. Statistik der Krebskrankheit. Örtliche Verbreitung. Ref.: Dr. Rosenfeld-Wien; Prof. Firket und Dr. Kremer-Lüttich. 4. Ätiologie des Krebses. Ref.: Prof. Joh. Fibiger-Kopenhagen: Über eine durch Nematoden hervorgerufene papillomatöse und karzinomatöse Geschwulstbildung im Magen der Ratten (Vortrag mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten); Prof. A. Marie-Paris: Ist der Krebs bei Tabes beobachtet worden? 5. Einrichtungen für die Fürsorge Krebskranker (Fürsorgestellen usw.). Ref.: Prof. Dr. Blumenthal-Berlin; Dr. Solé-Brüssel. 6. Pflege der Krebskranken und Unterricht in dieser Pflege. Ref.: Prof. Dr. George Meyer-Berlin. 7. Bericht über den Stand der Krebsforschung und Krebsbekämpfung in den einzelnen Ländern, unter Vorlage der betreffenden Drucksachen, Schriften für Ärzte, Merkblätter für das Volk usw. Ref.: Dr. Willems-Gent; Priv.-Doz. Dr. Odier-Genf. — Der nächste Kongreß wird im Jahre 1916 in Kopenhagen unter dem Vorsitz von Prof. Fibiger abgehalten werden.

Das Seminar für soziale Medizin der Ortsgruppe Berlin des „Verbandes der Ärzte Deutschlands“ veranstaltet vom 7. bis 18. Oktober einen Zyklus über Arzt und Gewerkrankheiten. Als Vortragende wirken mit: die Herren Kgl. Gewerberat Plotke-Berlin, Kgl. bayerischer Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München, Dr. Curschmann-Greppin-Werke (Kreis Bitterfeld), Prof. Dr. Sommerfeld-Berlin, Prof. Dr. Lennhoff-Berlin, San.Rat Dr. J. Köhler-Berlin, Prof. Dr. Joachimsthal-Berlin, Prof. Dr. Schuster-Berlin, Prof. Dr. Baschko-Berlin, Dr. Fehr-Berlin. Programme und nähere Auskunft durch Dr. A. Peysner-Berlin-Charlottenburg, Grolmannstr. 42/43.

Rudolf Virchow-Haus. Die Berliner Stadtverordnetenversammlung hat den Antrag des Magistrats, der Berliner medizinischen Gesellschaft einen jährlichen Zuschuß von 10 000 M. und eine 4proz. Hypothek von 1 Million Mark zum Bau und Betrieb des Rudolf Virchow-Hauses zu gewähren, angenommen. Mit dem Bau des Hauses wird daher demnächst begonnen werden. Das Rudolf Virchow-Haus soll einen Mittelpunkt für medizinische und gemeinnützige insbesondere hygienische Zwecke bilden. Es soll drei Versammlungssäle für Demonstrationen, ferner Räume für ein Virchow-Museum

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

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

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: 1) *Kalle & Co. A.-G., Biebrich*, betr. Jodol. 2) *J. D. Riedel A.-G., Berlin-Britz*, betr. Neu-Bornyval. 3) *E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt*, betr. Jodipin. 4) *Gustav Fischer, Verlag, Jena*, betr. *Denker und Brünings*, Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege.

und für eine große, auf etwa 200 000 Bände berechnete Fachbibliothek mit Lesesaal enthalten.

Der Lupus-Ausschuß des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose wird am 27. Oktober (nicht am 21. Oktober) in Berlin tagen. Neben dem Bericht über die Tätigkeit der Kommission wird über endogene und ektogene Entstehung und über neuere Behandlungsmethoden des Lupus verhandelt.

In der Jahresversammlung der deutschen Heilstättenärzte in Freiburg wurde das Hauptreferat über klimatologische und klimathotherapeutische Fragen von Herrn Dr. Schröder erstattet.

„Reichs-Medizinalkalender.“ Begründet von Dr. Paul Börner, herausgeg. von Geh. San.-Rat Prof. Dr. J. Schwalbe in Berlin. Verlag von Georg Thieme in Leipzig. Preis: 5 Mk. — Den 35. Jahrgang hat nunmehr der wohl den meisten Kollegen bekannte Kalender erlebt; es dürfte daher ein kurzer Hinweis auf einige Verbesserungen und Neuerungen genügen. Der erste Teil für 1914 (Taschenbuch mit zwei Beiheften) ist soeben erschienen, der zweite Teil befindet sich in Vorbereitung. — Im Taschenbuch ist der Abschnitt „Daten und Tabellen für den Praktiker“, welcher wichtige anatomische, physiologische und klinische Zahlenangaben alphabetisch auführt, wiederum erweitert worden. Im ersten Beiheft erschien im vorigen Jahre neu ein Aufsatz: „Über Katheter und Bougies, ihre Sterilisation und Anwendung bei den hauptsächlichsten Erkrankungen der Harnwege, nebst einer Anleitung zum Selbstkatheterisieren der Patienten“ aus der Feder von Prof. Oberländer in Dresden, diesmal ist hinzugekommen ein sehr interessanter „Abriß der diätetischen Küche“ von Prof. H. Strauß in Berlin. Das zweite Beiheft umfaßt ein alphabetisches Verzeichnis der wichtigsten Bade- und Kurorte sowie, nach Gruppen geordnet, Anstalten für besondere Erfordernisse in der Therapie und Pflege. Der zweite Teil wird neben dem Personalverzeichnis der Ärzte wichtige Kapitel der Medizinalgesetzgebung sowie Zusammenstellungen der medizinischen Fakultäten, Vereinsorganisationen, Landesvertretungen usw. enthalten. Lowin.

Die Vereinigung wissenschaftlicher Hilfsarbeiterinnen gibt Auskunft über Berufsangelegenheiten, Ausbildung, sowie über alle Fragen, die den Verein betreffen. Anfragen darüber sind an: die Vorsitzende Fr. Wolff, Wilmersdorf, Nassauische Straße 54/55 (Sprechstunde Mittwoch von 6—7 Uhr), die Schriftführerin Fr. Piorkowski, Wilmersdorf, Düsseldorfstraße 72 (Sprechstunde Donnerstag von 4—5 Uhr), zu richten.

Kongreßkalender. 1. Oktober: Italienischer Kongreß f. mediz. Radiologie in Mailand. 4. u. 5. Oktober: V. Jahresversammlung des Vereins der Spezialärzte für Beinleiden in Berlin. 6. Oktober: 27. Französischer Chirurgenkongreß zu Paris. 11.—13. Oktober: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthodontie in Berlin. 15.—22. Oktober: IX. Internat. Kongreß für Hydrologie, Klimatologie und Geologie in Madrid. 22.—26. Oktober: XI. Internationale Tuberkulosekonferenz in Berlin. 22. Oktober: II. Tag der Fürsorgestellen für Lungenkranke, verbunden mit der Tuberkuloseärzteversammlung in Berlin. 27. Oktober: Lupus-Ausschuß des D. Zentr.-Kom. zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin. 8.—15. November: Int. Vereinig. f. Tropenmedizin in Ostasien in Saigon.

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

aus den Gebieten der

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

Redaktion:
Berlin NW. 6,
Luisenplatz 2-4

mit besonderer Berücksichtigung der

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

Verlag:
Gustav Fischer
in Jena

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

I. Ein neuer Gelenkwinkelmesser.

Von

Dr. August Schütz,
Bezirksarzt in Straubing.
(Autoreferat.¹⁾)

Die Reichsversicherungsordnung hat einen weiteren Ausbau der Untersuchungsmethoden Unfallverletzter, wofür verschiedene praktische Instrumente zur Verfügung stehen, notwendig gemacht. Während z. B. das Preysinger'sche Bandmaß, der Möller'sche Winkelmesser für die Fingergelenke usw. ganz exakte Resultate liefern, fehlte es bisher an einem überall verwendbaren Winkelmesser für die größeren Gelenke des Körpers; ein solcher wurde nun vom Ref. im Benehmen mit der Firma Stiefenhofen in München konstruiert.

Der Winkelmesser besteht aus zwei, in der Mitte durch ein Charnier verbundenen Armen, an denen ein sich automatisch aufrollendes Bandmaß angebracht ist, das den Winkel an der Kapsel ablesen läßt. Nach Bestimmung des Winkels bleibt das Band fixiert und gestattet ein bequemes Ablesen des gemessenen Winkels; der weitere Vorteil ist die Anwendbarkeit des Winkelmessers an allen Gelenken, weil das Charnier in der Gelenkbeuge eingelegt werden kann.

Da die Beweglichkeit der einzelnen Gelenke je nach Alter und Beschäftigung sehr verschieden ist, muß im konkreten



Falle stets die Beweglichkeit beider gleichen Gelenke festgestellt werden, woraus sich alsdann die Beschränkung am verletzten oder kranken Gelenke ergibt.

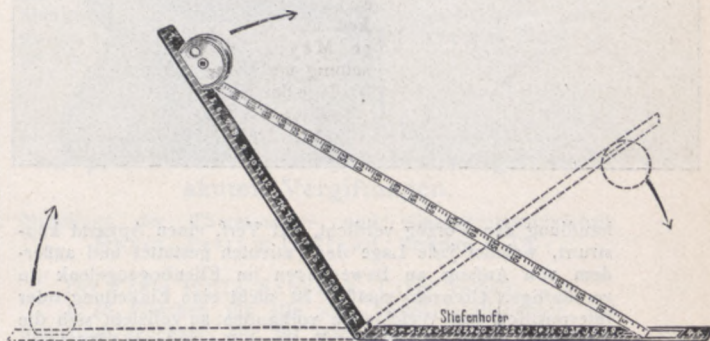
1. Arm. Hebung an der Schulter gewöhnlich nicht bis 180°; nach vorn und oben wohl bis 150-155°, nach hinten und oben bis 75°.

Streckung im Ellenbogen bis 180°, Bewegung bis 25°.

Von der Mittelstellung aus gemessen, gelingt die Streckung der Hand bis 125°, die Beugung bis 130°.

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 19.

Der Winkel zwischen
gespreiztem Daumen und Zeigefinger ist 70-90°,
„ Zeige- und Mittelfinger ist 45-50°,
„ Mittel- und Ringfinger ist 25-30°,
„ Ring- und kleinen Finger ist 20-35°.



2. Bein. Streckung in der Hüfte = 180°;
Beugung in der Hüfte = 45°;
Streckung im Knie = 180°;
Beugung im Knie = 20-30°;

Die Beweglichkeit im Fußgelenke muß von der rechtwinkligen Stellung der Ferse aus bemessen werden = 105-110° nach dem Fußrücken; bei Bewegung des Fußes Verkleinerung dieses Winkels auf 80-85°, bei Streckung Vergrößerung auf 160°.

Ähnlich lassen sich auch die Pro- und Supination von Hand und Fuß, die Spreizung der Beine, der Winkel bei X- und O-Beinen feststellen, so daß durch den neuen Winkelmesser die Beweglichkeit in allen Gelenken genau bestimmt werden kann.

2. Zur Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche.

Von

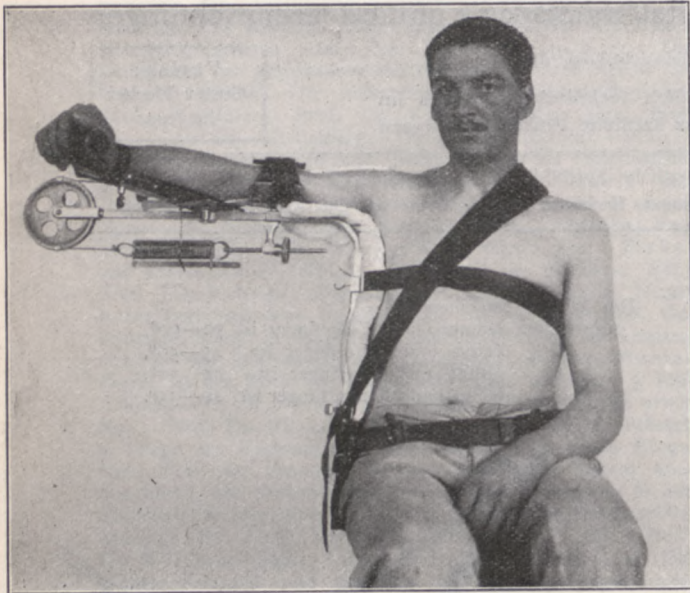
Priv. Doz. Dr. Th. Christen, in Bern.
(Autoreferat.¹⁾)

Manche der üblichen Extensionsmethoden erzeugen bei mittleren und hohen Oberarmbrüchen eine typische Dislocatio ad peripheriam, welche nach erfolgter Heilung die Auswärts-

¹⁾ Münch. Med. Wochenschr. 1913, Nr. 28.

rotation erheblich erschwert. Ferner ist bekannt, mit wie viel Mühe oft nach erfolgter „anatomischer“ Heilung, die Wiederherstellung der Funktion der Schultergelenkes erkämpft werden muß. Beiden Übelständen wird mit bestem Erfolg vorgebeugt durch Extension in doppelter Rechtwinkelstellung des Armes, d. h. bei frontalem Oberarm und sagittalem Unterarm, wie sie von Zuppinger eingeführt worden ist.

Diese Behandlung war bisher nur im Bett durchgeführt worden, weil aber aus manchen Gründen die ambulante Be-



handlung den Vorzug verdient, hat Verf. einen Apparat konstruiert, welcher jede Lage des Patienten gestattet und außerdem von Anfang an Bewegungen im Ellenbogengelenk (in vernünftigen Grenzen) zuläßt. Ist nicht eine Einkeilung oder Interposition von Weichteilen vorhanden, so vollzieht sich die Reposition meist von selbst. Zu deren Kontrolle sind Röntgenaufnahmen bei angelegtem Apparat sowohl von vorn nach hinten, als auch von unten nach oben möglich. Für den Patienten ist diese Behandlungsart die angenehmste.

Der Apparat wird von der gesunden Schulter getragen. Die Extensionskraft liefert eine Stahlfeder, die gleichzeitig als Federwaage die Größe des Zuges mißt. Bezugsquelle Medizinalgeschäft Hausmann, St. Gallen, Schweiz.

3. Gesichtsschutzvorrichtung aus Papier.

Von

Dr. Levinger in München.

(Autoreferat.¹⁾)

Die auf beigegebener Abbildung veranschaulichte Schutzmethode hat sich Verf. bestens bewährt.

Die Augen werden durch eine, je nach Bedarf mit einfachen Schutzgläsern oder optischen Gläsern versehene Brille oder Zwicker geschützt. Mund und Nase und der größte Teil des übrigen Gesichts durch eine Papiervorrichtung. Der obere nach der einen Seite umgefaltete Teil des Papieres ist einseitig am Rand gummiert. Die gummierte Stelle wird angefeuchtet und der Nase — jedoch nur oben im knöchernen Teil — aufgeklebt. Das wie eine Maske über das Gesicht herabhängende Papier ist, damit es dem Gesicht besser anliegt, auch unten noch einmal umgefaltet. Da die knorplige Nase frei

bleibt, stört die Maske nicht. Diese Papiere können verwendet werden:

1. Um den Arzt gegen das Angehustetwerden bei Untersuchung und Operation infektiöser Halskranken zu schützen.

Ihr Vorzug gegen andere Vorrichtungen ist hierbei absolute Sauberkeit (nach dem Gebrauch werden sie weggeworfen) und leichteste Transportmöglichkeit (im Rezeptblock oder sonstwie in der Tasche kann eine Anzahl der Papiere in der Längsrichtung gefaltet mitgeführt werden).

2. Da sie im Dampf in der Trommel sterilisierbar sind lassen sie sich auch von Operateuren, die an akutem Schnupfen leiden, dazu verwenden — besonders bei Bauchoperationen — um den Patienten vor Infektion zu schützen. Die Papiere sind bei Hermann Katsch, München, zu beziehen. Preis: 100 Stück 1 Mk.



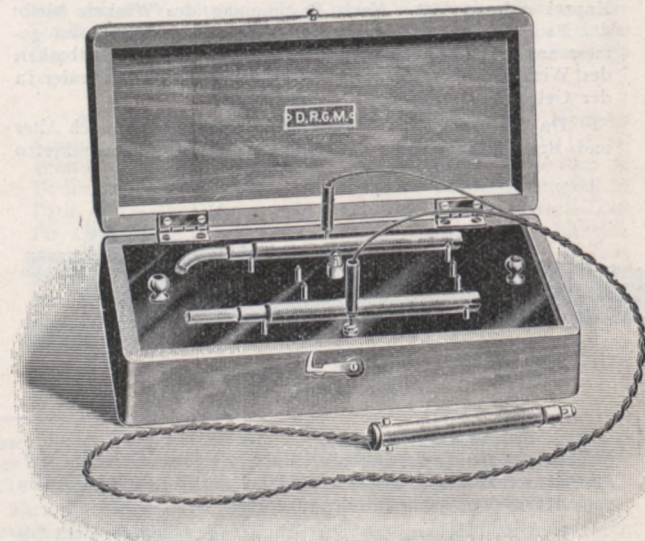
4. Eine neue Lampe zur Diaphanoskopie und Endoskopie.

Von

Dr. H. Reuter in Bayreuth.

(Autoreferat.¹⁾)

Zwei Trockenbatterien von ca. 8 Volt speisen eine stiftförmige Metallfadenglühlampe, auf der zur Erhöhung des



Lichteffektes eine Sammellinse eingeschmolzen ist. Als Ersatz für diese Lampe von 8 Volt ist eine solche von 6 Volt beigegeben, die bei Nachlaß der Spannung zu verwenden ist.

¹⁾ Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr. 29.

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 28.

**Fortsetzung des redaktionellen Teils
nach dem gelben Zwischenblatt.**

Für die diaphanoskopischen Untersuchungen am hinteren Bulbusabschnitt läßt sich ein Aufsatzstück mit gebogenem Glasansatz, für Untersuchungen tiefer Wundhöhlen und für sonstige endoskopische Zwecke ein gerader Ansatz verwenden. Diese Ansätze können leicht desinfiziert werden. Das ganze Instrument befindet sich in einem kleinen, leicht transportablen Holzkästchen. Bezugsquelle: Paul Walb, Nürnberg, Bindergasse. Preis: 28 Mk.

5. Rekord-Gärungs-Saccharometer nach Dr. Eickhoff.

Mitteilung der Thermometer- und Glasinstrumentenfabrik Meyer, Petri & Holland, Ilmenau i. Th.

Das Rekord-Gärungs-Saccharometer nach Dr. Eickhoff besteht aus folgenden Teilen: 1. dem Apparat mit Spiralfeder und Kappe, 2. einer Pipette von 0,5 ccm Inhalt, 3. einer Dose Florylin (Dauerhefe), 4. einer Dose Fettmasse zum Einfetten des Konus am Apparat, 5. einem Fläschchen Quecksilber, 6. auf Wunsch: einem Thermostat nach Dr. Eickhoff. Die Benutzung des Apparates gestaltet sich folgendermaßen: Man löse die Feder, nehme den Apparat auseinander, bestreiche die geschliffene konische Gleitfläche des Fußteils mit Fettmasse und setze den Apparat wieder so zusammen, daß die Öffnungen am Gärraum übereinanderliegen. (Sollte durch zu reichliche Fettmasse eine Verstopfung der Öffnungen eingetreten sein, so durchstoße man die Masse mit einer Nadel.) Dann entferne man die Metallkappe am oberen Ende des Steigrohrs und gieße das beigegebene Quecksilber ein.

Behufs Vornahme einer Zuckerbestimmung nehme man den Apparat nach Lösung der Feder auseinander, bringe in den Gärraum 0,5 ccm unverdünnten Urins setze die nötige Menge Dauerhefe (siehe unten) hinzu, bestreiche die konische Gleitfläche mit etwas Fettmasse und setze den Apparat wieder so zusammen, daß die Öffnungen am Gärraum übereinanderliegen. Durch Neigung des Apparates nach vorn stelle man das Quecksilber auf Null, schließe die Öffnungen durch Drehung der Teile gegeneinander ab und hake die Feder ein.

Sodann bringe man das Saccharometer in den mit Wasser von 37° C. gefüllten Thermostaten oder in ein gewöhnliches Nachtlicht-Wasserbad. Bei der nun stattfindenden Gärung wird die Kohlensäure durch das feine Röhrchen im Zylinder auf das Quecksilber geleitet, verdrängt dasselbe und treibt es in das gradierte Steigrohr. Die Vergärung nimmt bei dieser Temperatur 4-5 Stunden in Anspruch,

bei Zuckerwerten über 6 Proz. bis zu 6 Stunden. Beim Ablesen des Zuckergehaltes nach beendeter Gärung muß dieselbe äußere Temperatur (Zimmerwärme) herrschen wie bei Beginn der Gärung.

Zusatzmenge der Dauerhefe Florylin: Man nehme für Zuckerwerte bis 0,5 Proz. ein Stückchen von 0,5 cm Länge, von 0,5 bis 1,5 Proz. 1 cm Länge, von 1,5 bis 10 Proz. 2 cm Länge. Für die geringen Werte, die an der Skala bis 0,3 Proz. anzeigen, bringe man für die Selbstgärung der Hefe 0,1 Proz. in Abzug. (Zum bequemen Abmessen der Hefenteilchen ist die Gebrauchsanweisung der Dose mit einer

Zentimeterteilung versehen.) (cfr. Nr. 19 der Med. Klinik 1913: Ein neues Gärungs-Saccharometer nebst Bemerkungen über einen praktischen Thermostaten und Dauerhefe von Dr. Eickhoff, Paderborn.)

6. Zur Technik der Hebosteotomie: Die Beckenklammer, ein neues Instrument.

Von

Dr. E. Bloss in Karlsruhe i. B.

(Autoreferat.¹⁾)

Die Beckenklammer besteht aus einem leichten, festen Stahlbogen, der in der Mitte eine Schiebervorrichtung besitzt, und dessen beide Enden je einen verstellbaren Nagel tragen. Zwei Fingerbreit über dem Trochanter major rechts und links wird je ein Nagel durch Haut und Muskulatur in den Beckenknochen eingeschlagen, und zwar 2 cm tief in den Knochen, der an dieser Stelle 4 cm dick ist. Sitzen nun beide Nägel fest, so wird die Hebosteotomie ausgeführt. Danach wird der Stahlbogen auf die Nägel aufgesetzt und zugeschraubt. Jetzt kann die Frau bewegt werden, wie es die Situation fordert. Der Beckenspalt wird nun so weit geöffnet, daß der Kopf gerade eben durchzutreten vermag. Danach wird der Beckenring wieder geschlossen und der Heilung überlassen. Die Beckenklammer ist erhältlich bei Instrumentenmacher K. Ohm, Karlsruhe i. B., Kaiserstr. 134 zum Preise von 30 Mk.

7. Erste Hilfe-Schrank „Cito“ bei plötzlich internen Erkrankungen und akuten Vergiftungen.

Mitteilung der Thermometer- und Glasinstrumentenfabrik Meyer, Petri & Holland, Ilmenau i. Th.

Der Erste Hilfe-Schrank „Cito“ enthält:

1. 48 Flaschen für alle jene Mittel (alphabetisch und numerisch geordnet), die für rasche Eingriffe bei plötzlich



internen Erkrankungen und Vergiftungen in Frage kommen und 2. die durch mit Zahlen markierte Stellen mit der numerischen Anordnung der Flaschen kongruierenden, an den Türen befestigten Drucksachen und zwar:

¹⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1911 Nr. 3.

a) der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen,
 b) der ersten Hilfe bei Vergiftungen,
 so daß dadurch eine neue absolut rasche Orientierung über die in Frage kommenden Hilfsmittel und ein sofortiges Bereitstehen derselben auch für die in Abwesenheit des Arztes diesen vertretenden Vertrauenspersonen erreicht ist, wodurch der Arzt sofort nach Bekanntgabe der Art der plötzlichen Erkrankung nach seiner Wohnung, auch nach entfernt gelegenen Orten, an denen er gerade weilt, mit den richtigen Mitteln schleunigst versehen werden kann. Wie oft kommt der Landarzt in die unangenehme Lage, viele Kilometer vom Hause entfernt und entfernt von einer Apotheke rasch eingreifen zu sollen. In solchen Fällen wird ihm nunmehr auf die rascheste Weise und auf Grund der übersichtlichen Einteilung des „Cito“-Schrankes das Gewünschte resp. alles Nötige in richtiger Form übermittelt werden können.

Dabei ist jedes Glas genau signiert (mit Aufdruck auch der Maximaldosen und Tagesdosen) und numeriert. Auf den herausziehbaren Leisten sind dieselben Nummern angebracht, so daß eine rasche Orientierung und Wiedereinordnung erreicht wird. Im Notfalle kann das ganze Schränkchen transportiert werden, ohne daß bei einigermaßen richtiger Handhabung eine Gefahr der Zerbrechlichkeit besteht. Das Schränkchen enthält 48 Gläser für die in Frage kommenden Mittel, außerdem eine Schublade zur Aufnahme von Senfpflaster, Gelatine, Injektionsspritzen usw.

Der Schrank ist in Natur-Eichenholz hergestellt, und die die Gläser tragenden Leisten sind so eingerichtet, daß erst nach Herausziehen derselben die Gläser herausgenommen werden können.

Dimensionen: äußere Höhe ca. 62 cm, äußere Breite ca. 43×14 cm. Preis für den Schrank, komplett mit 48 Flaschen mit eingeschliffenen Deckelstopfen und mit aufgeklebten Papieretiketten, ohne Medikamente per Stück Mk. 50. Derselbe Schrank, Flaschen jedoch mit weiß eingetragener Schrift und mit weißem Rand, ohne Medikamente per Stück Mk. 66.

8. Instrumentarium nach Killian zur Freilegung des Operationsfeldes bei Kieferhöhleneröffnung.

Mitteilung des Fabrikanten: H. Windler, Berlin N 24, Friedrichstr. 133 a.

Dasselbe besteht aus einem mit Knöpfen versehenen Stirnreif aus Metall und drei zum Aufhängen an den Knöpfen



des Stirnreifens eingerichteten Haken, von denen der gerade für die vordere Oberlippe, die beiden gebogenen für den rechten bzw. linken Mundwinkel bestimmt sind.

Preis: komplett 16,50 Mk.

Schluß des redaktionellen Teils.

Notizen

(ohne Verantwortung der Redaktion).

Über Prothämin, ein neues Nährpräparat, berichtet Dr. H. Gutowitz in Leipzig (Prager Med. Wochenschr. 1913 Nr. 32). Das nach Angaben von Geh. Prof. Dr. Salkowski-Berlin zur Darstellung gebrachte Bluteiweißpräparat „Prothämin“ ist nach Versuchen von anderer Seite, sowie nach den Beobachtungen des Verfassers als eine wirkliche Bereicherung unseres Nahrungsmittelschatzes anzusprechen. Es enthält sämtliche im Blut vorhandenen Eiweiß- und Nährstoffe in konzentriertester Form und ohne konservierende Zusätze. Der 0,2 Proz. betragende Eisengehalt des Präparates übertrifft dabei den des Blutes um das Fünffache. Sodann enthält das Präparat noch wesentliche Mengen des zum Aufbau des Organismus besonders wichtigen Phosphor und zwar organisch gebunden. Das Präparat, ein feines schokoladenbraunes geruch- und geschmackfreies Pulver, ist leicht löslich (Goedecke u. Co., Leipzig). Die ausgedehnten Tierversuche Salkowski's haben erwiesen, daß es sich um ein sehr leicht verdauliches Mittel handelt, das auch dem schwächsten Magen zugebetet werden kann. Alle diese Eigenschaften in ihrem Zusammenwirken machen das Prothämin zu einem wertvollen Nahrungsmittel und indizieren es in allen denjenigen Zuständen, welche durch mangelnde Stoffwechselenergie verursacht werden und aus irgendwelchen Gründen zu einem Darniederliegen des allgemeinen Ernährungszustandes geführt haben. Verf. schildert die ausgezeichnete Einwirkung des Prothämin in Fällen von Chlorose, Lungenaffectationen, Pleuritis, Alters-

schwäche, Neurasthenie, Skrophulose, bei akuten Infektionskrankheiten, in der Rekonvaleszenz laparotomierter Frauen usw. Das Mittel hat sich ihm als ein für jedes Lebensalter geeignetes gutes Nahrungsmittel bestens bewährt. Rasche Zunahme des Hämoglobingehaltes des Blutes, Appetitanregung, Gewichtszunahme bis zu $4\frac{1}{2}$ kg in 4 Wochen, Kräftezunahme, günstige Beeinflussung vorhandener Verdauungsstörungen wurden beobachtet. Das Mittel wurde fast ausnahmslos gern genommen. Die Tagesmenge hielt sich in den Grenzen von 3 mal täglich 1—2 Kaffeelöffel.

Kurhaus u. Pension Monte Bré. Wohl selten hat sich eine Anstalt so schnell entwickelt wie das Kurhaus und Pension Monte Bré in Lugano-Ruvigliana. Es waren in der Anstalt anwesend: im Jahre 1908 = 300 Kurgäste mit 9522 Verpflegungstagen, im Jahre 1909 = 500 Kurgäste mit 14382 Verpflegungstagen, im Jahre 1910 = 850 Kurgäste mit 23597 Verpflegungstagen, im Jahre 1911 = 1000 Kurgäste mit 31812 Verpflegungstagen, im Jahre 1912 = 1300 Kurgäste mit 38512 Verpflegungstagen. Es ist dies wohl der beste Beweis dafür, daß die Anstalt nicht nur klimatisch und landschaftlich konkurrenzlos dasteht, sondern auch die ärztliche und wirtschaftliche Leitung in besten Händen ist. Alles Nähere durch ill. Prospekt, der unentgeltlich jedermann zugesandt wird.