II. Die Lungenkrankheiten der Kinder unterscheiden sich erheblich von denen der Erwachsenen sowohl hinsichtlich ihres Verlaufes, wie auch hinsichtlich der auskultatorischen und perkutorischen Befunde. Durch diese Tatsache angeregt, beobachteten wir in dieser Richtung meit mehr als zehn Jahren die Kranken unserer Klinik und Poliklinik, und während der letzten Jahre auch das Material des Krankenheims und der Beratungsstelle für Säuglinge. Außerdem werden von mir genaue Beobachtungen angestellt an meinen Privatpatienten.

Meine systematischen Beobachtungen an einem umfangreichen Material haben ergeben, daß die tuberkulöse Bronchadenitis der Säuglinge stets eine Dämpfung in der linken Axillargegend gibt. Bel älteren Kindern dagegen findet man diese Dämpfung zuweilen auch in der rechten, häufiger aber ebenfalls in der linken Axillargegend. Die Dämpfung wird entweder in der Wölbung der Achselhöhle oder aber in der Höhe der 3. Rippe festgestellt. Ich schlage für dieses Symptom die Bezeichnung "axillare Dämpfung" vor. Die axillare Dämpfung wird im Säuglingsalter ausnahmslos überall dort beobachtet, wo das Symptom von Koranyi festgestellt wird, häufig aber noch, ehe Koranyi auftritt und wenn die Hautreaktion auf Tuberkulin noch nicht positiv ausfällt. Erst im weiteren Verlaufe des Leidens tritt die Tuberkulinreaktion in Erscheinung.

Bei Säuglingen, die an Tuberkulose leiden, haben wir die Erfahrung gemacht, daß bei ihnen neben den stationären Perkussionsbefunden Dämpfungen an verschiedenen Stellen auftreten, die aber hald nach Verlauf einiger Tage verschwinden, um an einer anderen Stelle zu erscheinen. Wegen der Neigung dieser Dämpfungen, abwechselnd bald hier bald dort aufzutreten, bezeichne ich sie als "transitorische Dämpfungen". Bei der Auskultation der Dämpfungsstellen beobachtet man zuweilen ein abgeschwächtes Atmen, aber häufig ergibt die Auskultation nichts von Belang. Diese Dämpfungen haben nichts mit denjenigen bei paravertebralen Pneumonien gemein, die zuerst von Gregor beschrieben worden sind. Die transitorischen Dämpfungen sind weder von beschleunigter Atmung begleitet, noch sind dabei die akzessorischen Atmungsmuskeln bei der Atmung beteiligt, wie es für akute Prozesse kennzeichnend ist. Die Temperatur ist entweder gar nicht oder nur unbedeutend erhöht.

Die Erfahrungen bei Lungenkrankheiten naben uns davon überwugt, daß nur eine leise Fingerfingerperkussion (palpatorische Perkussion) es ermöglicht, geringe Bezirke von Herderkrankungen festzustellen, die nachträglich eventuell (im Todesfalle) durch Sektion bestätigt werden. Ich empfehle für diese Zwecke meine Modifikation der Fingerfingerperkussion, die im Folgenden besteht. Ich perkutiere mit dem ausgestreckten, keinesfalls hammerartig gebogenen Mittelfinger der rechten Hand über dem Mittelfinger der linken Hand, die auf die zu untersuchende Stelle gelegt wird. Der Daumen der perkutierenden Hand wird dabei auf die zweite Hand gestützt, deren Finger das Plessimeter ersetzt, wodurch gleichmäßiges Aufschlagen des perkutierenden Fingers erzielt wird, da die in dieser Weise lixierte rechte Hand nur eine beschränkte Hubweite besitzt, wohingegen die Schlagkraft der nicht fixierten Hand verschieden ausfallen kann, je nach der Höhe des Hubes; bei der von mir empfohlenen Methode wird der Schlag lediglich von der Bewegung des Fingers im Fingergelenk bewirkt, der gestützte Daumen verhindert eine Aenderung der Schlagamplitude.

Zusammenfassung. 1. Bei der Perkussion von Kindern, die an luberkulösen Bronchdenitiden leiden, erhalten wir eine axillare Dämplung entweder direkt in der Achsenhöhlengegend oder in der Gegend der 3.-4. Rippe. 2. Bei Säuglingen kommt das axillare Symptom stets in der linken Axillargegend, bei älteren Kindern bald links bald rechts viim Vorschein. 3. Diese Veränderungen in den Lungen werden bei der Perkussion häufig beobachtet, noch bevor eine positive Tuberkulinreaktion nach Pirquet oder Mantoux auftritt. 4. Bei der Perkussion von Säuglingen, die an Tuberkulose leiden, werden neben den stationären Veränderungen in den Lungen oder bei gänzlichem Fehlen von solchen transitorische Dämpfungen gefunden, die in 90% der Fälle auch durch Röntgenuntersuchung bestätigt werden. Bei der Auskultation haben wir an den Dämpfungsstellen entweder gar keine Veränderungen oder lediglich abgeschwächte Respiration gefunden. 5. Bei der Perkussion von Säuglingen und Kleinkindern ist die Fingerfingerperkussion in der von uns vorgeschlagenen Modifikation anzuwenden, weil bei der Hammerperkussion oder bei Perkussion mit hammerartig gebogenem Finger uns manche Veränderungen in der Lunge entgehen können.

## Behandlungsschema für chinimeste Malaria.

Von Polizeimedizinalrat Dr. Otto Kluge in Hannover.

Ziemanns Veröffentlichung seiner bewährten "Richtlinien zur Malariatherapie" in Nr. 39 der D. m. W. wird jeder alte Tropenarzt dankbar begrüßt haben. Denn nur die sinnvolle Anwendung eines durch Experiment und Erfahrung gewonnenen Schematismus schützt in der an sich so Johnenden Behandlung dieser Weltseuche vor Fehlschlägen. Vom akut lebensbedrohenden Koma abgesehen, stellt verschleppte und länger erfolglos vorbehandelte chininfeste Malaria die dringlichste und zugleich schwerste therapeutische Aufgabe. Hierfür hat sich mir folgendes Behandlungsschema bewährt, das ich den von Ziemann gegebenen anfügen möchte: Nachdem möglichst einige chininfreie Tage vorhergegangen sind, wird gegeben: am 1. Tage 0,3 Neosalvarsan intravenös; am 2. Tage 5 mal 0,1 Methylenblau in Kapseln (mit geriebener Muskatnuß ana gegen den Blasendrang); am 3. Tage 2 mal 1,0 Chinin (Bimuriaticum oder Chinin-Urethan) intramuskulär. Dann beginnt der Turnus von neuem, wird 3- bis 4-mal durchgeführt.

Erprobt zuerst in dem prognostisch durchaus ungünstig erscheinenden Falle eines Kollegen — chininfeste Tropika der Guineaküste mit schwerstem Verfall, Herzdilatation, Nephritis, Erbrechen und Durchfällen —, brach diese Kur die Infektion schnell und endgültig. Weiterhin habe ich unter mehreren hundert Malariafällen noch dreimal auf dieses Verfahren zurückgreifen müssen: bei 2—11 Jahre lang hartnäckig rückfälligen und auf keine andere Behandlung ansprechenden Tropika- bzw. Tertianainfektionen, mit dem Ergebnis sofortiger

Dauerheilung.

#### Heilung des Frühjahrskatarrhs der Konjunktiva.

Von Dr. Alex Heermann in Kassel.

Gelegentlich einer anderweitigen Konsultation bemerkte eine Patientin im Frühjahr d. J., daß sie seit 13 Jahren regelmäßig von Frühjahrskatarrh befallen werde, alle fachärztlichen lokalen Behandlungen ohne jeden Erfolg gewesen seien und auch in diesem Jahre seit einigen Tagen das Leiden mit ziemlicher Heftigkeit wiedergekehrt sei, was sich durch die Untersuchung bestätigen ließ. Ausgehend von dem Gedanken, daß hier eine Dysfunktion der Keimdrüsen vorliegen könnte, gab ich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen innerlich je eine Ampulle Plazenta-Opton. Sofort verschwanden alle Erscheinungen, ohne bis jetzt wiederzukehren.

### Ein neuer Scheidenpulverbläser.

Von Frauenarzt Dr. Eugen Guttmann in Charlottenburg.

Für die Trockenbehandlung des Gebärmutter- und Scheidenkatarrhs, des Fluor albus, sind verschiedene Apparate erfunden worden, die insofern nicht genügen, als sie kompliziert in der Anwendung sind oder durch die Art ihres Baues eine Pulverapplikation nur im vorderen Teile der Scheide ermöglichen. Wir wissen nun aber, daß der Ausfluß der Frau in den weitaus meisten Fällen von der Gebärmutter herrührt, insbesondere von der Cervix uteri. Die



Portio befindet sich meist durch die andauernde Benutzung mit dem aus dem Orificium heraustretenden Sekret in einem starken Reizungszustand, unter welchem auch die häufig vorhandenen Erosionen nicht ausheilen können. Es ist daher am zweckmäßigsten, mit der Trockenlegung der Genitalien gleich an der Zervix zu beginnen. Um dieses besser erreichen zu können, bediene ich mich seit längerem eines von der Firma: Medizinisches Warenhaus (Aktien-Gesellschaft) hergestellten neuen Pulverbläsers, den ich kurz beschreiben will.

Ein Pulverbehälter (a) mit flachem Boden, der oben eine weite, mit Gummikork verschließbare Einschüttöffnung hat, setzt sich in eine 8 cm lange Glasröhre fort, die in einem kleinen, olivenförmigen Glaskolben (b) endet. Das Material ist festes Glas, sodaß ein Zerbrechen nur schwer möglich ist. Mit einem an diesem Apparat angebrachten Gummigebläse (c) kann man einen kräftigen Pulverstrahl erzielen (siege Fig.).

Der Pulverbläser wird beim Gebrauch tief in die Scheide bis zur Portio eingeführt, wobei die Scheide durch die vordere Olive

gleichzeitig entfaltet wird, sodaß nach Pulverung der Portio unter langsamem Zurückziehen des Apparates die Scheidenwände überall gut gepudert werden können, und zwar werden dieselben überall gleichmäßig mit einer dünnen Schicht von Puder versehen. Letzteres ist um so mehr von Vorteil, als der Puder durch eine Spülung leicht wieder zu entfernen ist im Gegensatz zur Pulverapplikation im Spekulum, wo sich bei der nachfolgenden Spülung meist Pulverklümpchen bilden, die schwer zu entfernen sind. Nach Gebrauch läßt sich der Pulverbläser mit Watte und einer desinfizierenden

Flüssigkeit leicht reinigen. Eine kleine Schippe dient zum Einfüllen des Puders. Der zu benutzende Puder soll nach Möglichkeit leicht und trocken sein, wie z. B. Dermatol und Amylum zu gleichen Teilen oder Acid. boric. 90,0 Amyl. 10,0. Der Pulverbläser erleichtert dem Arzt die Pulverbehandlung beträchtlich und bringt ihm Zeitersparnis. Auch kann eventuell jede Patientin für sich einen eigenen Pulverbläser in Benutzung haben. Mir selbst hat der Apparat bei längerer Erprobung in der Praxis bereits recht gute Dienste geleistet.

# Fortschritte der gesamten Medizin.

#### Ophthalmologie.

2. Halbjahr 1923. Von Priv.-Doz. Dr. Triebenstein in Rostock. (Schluß aus Nr. 4.)

Ausgehend von der bereits lange bekannten Tatsache, daß bei Patienten mit Iridozyklitis öfters Veränderungen der Foyea centralis und des Optikus vorkommen, die die Sehschärfe beträchtlich herabsetzen können, teilt Zeemann (Arch. f. Aughlk. 112 S. 152) klinische und histologische Beobachtungen einer größeren Reihe von Fällen mit, bei denen im Laufe einer Iridozyklitis solche Veränderungen klinisch gefunden und histologisch nachgeprüft wurden, und schließt daran die Forderung genauerer Gesichtsfeld- und Hintergrundsuntersuchungen, um die Prognose der Iridozyklitis

sicherer beurteilen zu können.

Das Krankheitsbild, das Gilbert unter dem Namen der rezidivierenden eitrigen Iridozyklitis aufgestellt hat, erhält durch 6 neue Fälle von Wewe (Arch. f. Aughlk. 93 S. 14) mit 4 eingehenden histologischen Untersuchungen eine neue Bestätigung und Vertiefung. Wewe schlägt vor, die Erkrankung rezidivierende allergische Staphylokokkenuveitis zu nennen, da mit dieser Bezeichnung alles erfaßt sei, was an Charakteristischem zu dem Krankheitsbilde

Meller (Zschr. f. Aughlk. 50 S. 2) berichtet über neue Befunde von Perineuritis und Periarteriitis ciliaris bei Herpes zoster ophthalmicus. Meller hatte bereits früher durch die anatomische Untersuchung eines an Herpes zoster erblindeten Auges nachweisen können, daß beim Herpes zoster die Ziliarnerven schwer entzündlich verändert sind. Er berichtet über zwei weitere anatomisch untersuchte Augen, in denen sich ebenfalls Perineuritis und Periarteriitis fand. Die histologischen Ausführungen und die daran geknüpften Schlußfolgerungen eignen sich nicht zu kurzer Wiedergabe; nur soviel mag hervorgehoben werden, daß sich im zweiten Falle des Verfassers nur an einem einzigen Ziliarnerven retrobulbär ein mächtiges Infiltrat fand, das nicht gefunden worden wäre, wenn es auch nur wenige Millimeter mehr zentralwärts gelegen hätte. Selbst wenn also in einem an Herpes zoster zugrundegegangenen Auge keine neuritischer Veränderungen gefunden werden, so beweist das keineswegs das Fehlen solcher Veränderungen, da sie sehr wohl in der Tiefe der Orbita vorhanden sein können.

Löwenstein (Klin. Mbl. f. Aughlk. 71 S. 313) veröffentlichte einen Fall von Iritis herpetica, der eine volle Bestätigung des von Gilbert aufgestellten Krankheitsbildes der Iritis herpetica gibt: schwere rezidivierende papulöse Iritis mit starken neuralgischen Schmerzen, häufige massige Vorderkammerblutungen, die sich sehr langsam resorbieren. Außerdem bestätigt er die Beobachtung Gilberts, daß nach diesen Affektionen häufig vitiligoähnliche Irisdepigmentierungen zurückbleiben können. Er steht ebenfalls auf dem Standpunkte, daß nicht der Erreger des Herpes febrilis, sondern des Herpes zoster für die Iritis verantwortlich zu machen sei, was er einmal aus dem negativen Ausfall der Hornhautimpfung aus Vorderkammerinhalt von Iritis herpetica, zum andern aber aus dem mikroskopischen Befunde supravital gefärbter Hornhäute mit Herpes febrilis-Virus zu beweisen sucht. Während Herpes zoster anatomisch einwandfreie Läsionen der Nerven hervorruft, gelingt es bei Impfungen mit Herpes febrilis-Virus an Katzen- und Kaninchenhornhäuten nicht, eine Läsion der gut färbbaren Hornhautnerven festzustellen. Da nun bei der Iritis herpetica verschiedentlich ausgedehnte Veränderungen an den Ziliarnerven gefunden seien, und da das Herpes febrilis-Virus solche Veränderungen anscheinend nicht hervorzurufen vermöge, sei der Schluß berechtigt, daß die Iritis herpetica nicht durch den Erreger des Herpes febrilis, sondern des Herpes zoster hervorgerufen werde.

v. Szily und Eckstein (Klin. Mbl. f. Aughlk. 71 S. 545) berichten über sehr interessante Versuche über Vitaminmangel und

Schichtstargenese. Sie konnten bei säugenden Ratten durch Verabreichung vitaminarmer, also qualitativ minderwertiger, aber quantitativ genügender Nahrung an 30 Jungtieren Katarakte erzeugen, die teils die typische Form des Schichtstars aufwiesen, teils Totalstare waren. Die Jungtiere zeigten außerdem Wachstums- und Gewichtsstillstand. Skelettveränderungen wurden nicht gefunden. Füttert man ältere Tiere unter denselben Bedingungen, so treten wohl rachitische Störungen, aber keine Starbildung auf. Der Mangel des fettlöslichen Faktors A ruft also je nach dem Lebensalter verschiedene Ausfallserscheinungen hervor, was nur so gedeutet werden kann, daß in verschiedenen Altersperioden verschiedene Krankheitsbereitschaft einzelner Organteile oder ganzer Organe besteht. In veraschten Starlinsen wurde das Vorhandensein von Kalk nachgewiesen. Die Verfasser nehmen an, daß es sich primär um eine Diathese mit Kalkstoffwechselstörung und Anreicherung des Kalks in der Linse handelt. Die späteren Linsenveränderungen dagegen dürften auf einer Aenderung des kolloidalen Gewebszustandes beruhen. Die Wichtigkeit dieser Befunde für die Pathogenese auch des menschlichen Schichtstares wird eingehend gewürdigt.

Ebenfalls über Augenveränderungen, Katarakt und Iritis, bei Ratten infolge Thalliumfütterung berichten Gins-berg und Buschke (Klin. Mbl. f. Aughlk. 71 S. 385). Sie erzielten durch Fütterung von Ratten mit Thalliumazetat Katarakt, Iritis, Wachstumshemmungen, Störungen des Kalkstoffwechsels, also Symptome, die auf den Sitz der Störung in den Epithelkörperchen hindeuten, ohne daß es zu einer chronischen Tetanie kam. Der Katarakt hatte in einigen Fällen schichtstarähnliche Form, meist kam es zu atypischer, der Alterskatarakt des Menschen ähnlicher Starbildung, die bis zu völliger Verflüssigung der Kortikalis fortschreiten konnte. Die Iritis pflegte nur bei sehr weit vorgeschrittener Starbildung aufzutreten. Eine sichere Beantwortung der Frage, in welcher Weise eine Schädigung der Epithelkörperchen zu Katarakt und Iritis führt,

geben auch diese Thalliumversuche nicht.

Vogt (Zschr. f. Aughlk. 50 S. 145) konnte drei Linsen mit sog. doppeltem Brennpunkt an der Spaltlampe untersuchen. Es gelang ihm dadurch die Feststellung, daß die Erscheinung des doppelten Brennpunktes auf eine Startrübung des sog. Embryonalkerns zurückzuführen ist. Bisher war teils angenommen worden, die Erscheinung des doppelten Brennpunktes beruhe auf einer Refraktionsabnahme der Rindenteile, teils hatte man vermutet, daß der Alterskern stärker lichtbrechend werde. Nunmehr ist die wahre Natur der Affektion als einer Startrübung und Refraktionserhöhung des Embryonalkerns sichergestellt.

Gallus glaubte gefunden zu haben, daß Frauen häufiger an Linsentrübungen erkrankten als Männer, und nahm an, daß das Klimakterium die Starbildung infolge Fortfalls des Ovarialinkretes begünstige. Er hielt sich zu dieser Schlußfolgerung um so mehr berechtigt, als er meinte festgestellt zu haben, daß 80% aller früh an Linsentrübungen erkrankten Frauen frühzeitig in die Menopause einträten, und zog daraus die therapeutische Folgerung, die Linsentrübungen organotherapeutisch (mit Ovaraden) zu behandeln, wobei er auch Erfolge gesehen haben will. Ascher (Klin. Mbl. f. Aughlk. 71 S. 339) prüfte an großem Material nach und kam zu dem Schlusse, daß kein Zusammenhang zwischen dem Aufhören der Eierstocksfunktion und der Kataraktbildung nachgewiesen werden könne. Das frühere Auftreten von Katarakt bei Frauen sei vielleicht mit dem überhaupt früheren Altern der Frau zu erklären, vielleicht kämen aber nur äußere Momente in Betracht, die die Frau früher zum Arzte führten.

Asmus (Klin. Mbl. f. Aughlk. 71 S. 75) gibt seine Erfahrungen über Infektionen nach der Nachstardiszission bekannt, die dahin gehen, daß bei kornealem Einstich die Infektionsmöglichkeit unendlich viel höher ist als bei subkonjunktivalem Eingehen. Ein Einfluß der Art des gebrauchten Instrumentes scheint nicht vorhanden