V. Ein dreifach getheilter Pharynx.

Von

Dr. med. E. Hofmann, Zwickau.

Unter den Patienten meiner Sprechstunde am 26. März d. J. erregte die 58jährige Webersfrau Auguste Bässler aus Meerane durch ihr sichtliches Ringen nach Luft, durch ihre langgezogenen, pfeifenden Athemzüge, durch ihr blaurothes, aufgedunsenes Gesicht mein besonderes Interesse. Mit undeutlicher, wie aus grosser Tiefe hervor kommender Stimme, die einen nasalen Klang hatte, erzählte mir Pat. bei der angestellten Untersuchung, dass sie bereits seit 20 Jahren mit Athmungs- und Schlingbeschwerden zu kämpfen habe, welche jetzt eine fast unerträgliche Höhe erreicht hatten. Der Schlaf, der überhaupt nur in sitzender Stellung möglich ist, wird sehr häufig durch Erstickungsanfälle, bei denen unter quälendem Husten zischend ein blasiger Schaum entleert wird, und durch ein merkwürdiges Gefühl im Kopfe, als ob da eine Kugel umhergeschleudert würde, unterbrochen, so dass Pat. meist stündlich in der Nacht aufspringen und nach frischer Luft ringen muss. Feste Nahrung kann dieselbe überhaupt schon seit 5 Jahren nicht mehr zu sich nehmen, mit grosser Anstrengung vermag sie jetzt nur etwas Wasser, Fleischbrühe und Milch, Flüssigkeiten, die zum grossen Theile durch die Nase wieder herauskommen, langsam hinunter zu schlucken. Ihr Bericht selbst ist stockend und wird oft durch Anfälle von Husten und Athemnoth unterbrochen, dabei fiel mir schon jetzt äusserlich das ruhige Verhalten des Larynx auf. Ein Blick in den Pharynx klärte nach einer kleinen Orientirung sofort das ganze Leiden der Pat. auf. Denkt man sich die künstliche Eintheilung des Pharynx in einen oberen Theil, das Cavum pharyngo-nasale, in einen mittleren Theil, das Cavum pharyngo-orale (nach Luschka), und in einen unteren Theil, das Cavum pharyngo-laryngeum, durch horizontale Scheidewände wirklich hergestellt, so hat man eine deutliche Vorstellung von dem Bilde, das mir der Pharynx der Pat. bot. Zunächst zeigte sich nun die Absonderung des Retropharyngeal-Raums von dem mittleren Theile des Pharynx, die man bei Lues gar nicht so selten antrifft, auf folgende Weise bewerkstelligt. Der weiche Gaumen der Pat. ist, jedenfalls auch in Folge von Lues, zum Theil zerstört, zum Theil in ein straffes schwieliges Narbengewebe verwandelt, welches nebst den hinteren Gaumenbögen mit der hinteren Pharynxwand fest verwachsen ist, bis

auf einen längsovalen, 1,3 cm im Längs- und 0,5 cm im Querdurchmesser haltenden Spalt, durch welchen der mittlere mit dem oberen Theil des Pharynx communicirt. Rechts neben der oberen Spitze dieses Spaltes sieht man die fast abgetrennte, sonst aber noch gut erhaltene Uvula an einem fadendünnen Stiele befestigt. Bringt man nun vor diese Oeffnung den Kehlkopfspiegel, so ist von einem unteren Pharynxraum, von einer Zungenwurzel, von einer Epiglottis, falls eine solche vorhanden, und von einem Larynx nichts zu sehen.

Der untere Pharynxraum wird von dem mittleren durch eine Scheidewand fast vollkommen abgeschlossen. Es zeigt sich nämlich der hintere Theil der Zunge in seiner ganzen Breite mit der hinteren und seitlichen Pharynxwand in der Weise verwachsen, dass zunächst in der Mitte zwei je gut fingerbreite, feste, straffe, horizontal verlaufende Narbenstränge auffallen, rechts und links von denselben, also an der rechten und linken Seite des Pharynx, befindet sich je eine etwas tiefer gelegene, blinde Tasche, durch die man mit der Sonde nicht weiter vordringen kann. Gerade in der Mitte zwischen beiden Narbensträngen nun bemerkt man bei genauerem Zusehen eine kleine, runde, in die Tiefe führende, meist mit blasigem Schaume bedeckte Oeffnung, gerade gross genug, dass sie einen männlichen Catheter mittlerer Stärke eben noch durchlässt. Und diese kleine Oeffnung bildete die einzige Communication des mittleren mit dem unteren Pharynxraum, den gemeinschaftlichen Weg für Athmung und Nahrung, daher die Beschwerden der Pat., da bei dem ruhigen Verhalten des Larynx an eine Stenose desselben nicht gut zu denken war. Herrn Kollegen Zetzsche von hier konnte ich die geschilderten Verhältnisse an der Pat. leicht demonstrieren. Bei dem Versuche, nun mit dem galvano-caustischen Messer zunächst den einen seitlichen Narbenstrang, den rechten, zu durchtrennen, zeigte sich, dass es sich nicht bloss um eine oberflächliche Ueberbrückung des unteren Rachenraumes, sondern um eine feste, solide, bis 1,5 cm weit in die Tiefe gehende Verwachsung handelte, die ich von der vorhandenen Oeffnung aus in sägenartigen Zügen Strich für Strich mit dem glühenden Messer durchtrennen musste; die Blutung dabei war fast gleich Null. Sofort nach der Durchtrennung liessen sich die Schrötter'schen Kehlkopfrohren No. 1, 2 und 3 nach einander leicht durch die enge Stelle bringen, und mit bedeutend gebesserter Athmung konnte Pat. schon diesmal abreisen.

In der nächsten Sitzung am 30. März eröffnete ich in ähnlicher Weise auch die linke Hälfte des unteren Pharynx, und dabei ergab sich, dass die Epiglottis zum grössten Theile fehlte, und nur noch ein kleiner Stumpf derselben vorhanden war. Eine Untersuchung am 3. April zeigte den untersten Theil des Pharynx in der Nähe des Epiglottis-Restes noch ein wenig trichterförmig verengt, sonst befand sich Pat. äusserst wohl und konnte trotz der fehlenden Epiglottis wieder nach Herzenslust essen, trinken, Athem holen, und auch ungestört schlafen, ganz wie in gesunden Tagen. Um die letzte geringe Verengung noch zu heben, machte ich am 10. April an der linken und rechten Seite des unteren Pharynx in der Gegend des Epiglottis-Stumpfes mit dem galvano-caustischen Messer noch einige kleine Einschnitte, kaum hatte ich aber auf der rechten Seite einen letzten kleinen seitlichen Narbenstrang durchtrennt, da sah ich im Spiegel einen kleinen Blutstrahl spritzen, und so viel ich mich auch abmühte mit Wattebäuschen, in Liquor ferri sesquichlor. oder in Ol. Terebinth. getaucht, zu tamponiren, die Blutung wollte nicht stehen, so dass ich mich nach 1½, stundenlangem vergeblichen Bemühen schon mit dem Gedanken vertraut machte, am hängenden Kopfe die Tracheotomie auszuführen und dann den ganzen Pharynx zu tamponiren, da endlich stand die Blutung; das straffe Narbengewebe trug jedenfalls Schuld an dem verzögerten Verschluss der kleinen Arterie.

Zur grösseren Sicherheit liess ich Pat. noch zwei Tage im hiesigen Stadtkrankenhause verbringen, die Blutung kehrte aber nicht wieder und Pat. konnte geheilt abreisen. Dieser offenbare Fall von Lues, für dessen Natur ausserdem noch eine ziemlich handtellerergrosse Hautnarbe auf der rechten Hälfte des Nackens, die von einem Geschwür herrührte, an dem Pat. von 1869—1870 litt, deutlich sprach, bildet jedenfalls ein treffendes Beispiel für die Neigung der Schleimhäute, auch nach Heilung der ursächlichen Erkrankung zur Bildung von membranartigen Narben, wie Herr Prof. Sommerbrodt das Zustandekommen selbst einer membranartigen Verwachsung beider Stimmbänder bei einer 36jährigen Frau in Folge von Lues beobachten konnte. Ein von mir kürzlich in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde veröffentlichter Fall von ausgedehnter Verwachsung gehört in dieselbe Kategorie.

VI. Sanitätsbericht über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Herausgegeben von der Militär-Medicinal-Abtheilung des Königl. Preussischen Kriegsministeriums unter Mitwirkung der Militär-Medicinal-Abtheilung des Königl. Bayerischen Kriegsministeriums, der Königl. Sächsischen Sanitätsdirection und der Militär-Medicinal-Abtheilung des Königl. Württembergischen Kriegsministeriums. Erster Band: Der Sanitätsdienst bei den Deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Mit 64 lithogr. Tafeln, 18 Holzschn., 13 Karten und 16 Skizzen. Berlin 1884. Mittler & Sohn. Ref. Schill-Dresden.

(Schluss aus No. 27.)

Das 3. Capitel, das interessanteste von allen, bespricht die Thätigkeit der Sanitätsdetachements, der Feld-, Kriegs- und Etappenlazarethe unter folgenden Gesichtspunkten: 1) in welchem Umfange und unter welchen Umständen die einzelnen Formationen thatsächlich zur Wirksamkeit gelangten, 2) in welchem Verhältniss die durch dieselben repräsentierte Hülfe während der verschiedenen Kriegsperioden, insbesondere auch bei den einzelnen Schlachten, und grösseren Gefechten, zu dem Hülfsbedarf stand. Ein wesentlicher Gesichtspunkt war, zu zeigen, in wie weit die erste Hülfe auf dem Schlachtfeld als zulänglich zu betrachten war, und wie die Möglichkeit der Hülfeleistung dem Hülfsbedarf sich anpasste. Das Capitel giebt nicht eine Geschichte der einzelnen Sanitätsformationen, vielmehr eine zusammenfassende Darstellung eines bestimmten Theils des Sanitätsdienstes auf dem Kriegsschauplatze. Von grosser Wichtigkeit für das Verständniss sind die dem Capitel beigefügten Karten und Skizzen. Erstere geben Uebersichten über die a) durch die Kämpfe bei Weissenburg-Wörth und die Belagerung von Strassburg, b) durch die Schlacht bei Spichern, die Heeresbewegungen nach der Mosel und die Schlacht bei Colombey-Nouilly, c) durch die Schlachten bei Vionville-Mars la Tour und Gravelotte-St. Privat, sowie durch die Einschliessung von Metz, d) durch den Vormarsch der III. und Maas-Armee, die Schlachten von Beaumont und Sedan, e) durch die Bewegungen der III. und Maas-Armee und die Einschliessung von Paris bedingten und f—h) auf dem südöstlichen, nördlichen und südwestlichen Kriegsschauplatz nöthig gewordenen Lazareth-Etablirungen. Die 16 Skizzen bringen die Stellung der kämpfenden Armeen und die Lage der Verbandplätze etc. zu einer bestimmten Stunde des Tages, meist unmittelbar vor der Entscheidung in klarer Weise besser zum Ausdruck als lange Beschreibungen vermögen.

In welchem Umfang den Opfern des Krieges die erste Hülfe seitens der Sanitätsdetachements und Feldlazarethe zu Theil wurde, geht für die 11 verlustreichsten Schlachten des Feldzugs — Schlachten mit mindestens 2500 Mann Gesamtverlust — aus folgender Uebersicht hervor:

Schlacht	Gesamtverlust	Auf dem Schlachtfeld thätig		Etatsmässige Zahl der verfügbaren Detachements und Lazarethe	Auf 1 Arzt entfallen deutsche Verwundete
		Sanitätsdetachements	Feldlazarethe		
Weissenburg-Wörth	12914	13	7½	129	100
Spichern	4871	3	3	36	130
Colombey-Nouilly	4907	5½	4	58	85
Vionville-Mars la Tour	15799	10	10½	122	130
Gravelotte-St. Privat	20173	20	24	260	78
Noisseville	2978	6	6	72	41
Beaumont	3534	6	9½	90	39
Sedan	8931	21	21	252	35
Villiers	5235	11	7	112	47
Loigny-Poupry	4144	4	4	48	86
Beaugency-Cravant	3395	6	2	52	65
Durchschnitt	7916	9½	9	112	76

Es kamen hiernach auf den Schlachtfeldern durchschnittlich nahezu ebensoviele Feldlazarethe wie Sanitätsdetachements zur Verwendung. Auf je 1 Arzt entfielen durchschnittlich 76 deutsche Verwundete. In den spätern Schlachten war im Verhältniss zu den Verlusten mehr Sanitätspersonal zur Stelle als in den ersten Kämpfen. Die Sanitätsdetachements standen, da sie unmittelbar zur Truppe gehören, stets zur Verfügung, so oft das Gros des Truppenverbandes, welchem sie zugetheilt waren, in Action trat; in wechselnder Stärke traten allein die Feldlazarethe auf. Von ihnen waren in den ersten Schlachten, namentlich bei Wörth und Spichern, weniger zugegen, als zur ausgiebigen ersten Hilfe nöthig gewesen wäre. Schuld daran trugen die folgenden ungünstigen Umstände: die Raschheit des Aufmarsches und die Schnelligkeit, mit welcher die ersten feindlichen Zusammenstösse eintraten, zum letztere zu einer Zeit erfolgten, in der die Verkehrswege und Transportmittel im Rücken der Armeen zur Heranschaffung weiterer Truppenmassen und des ganzen gewaltigen Munitions-, Proviant- und sonstigen Bedarfs so beträchtlicher Kriegsheere noch auf das Aeusserste in Anspruch genommen waren. In den spätern Kämpfen dagegen, namentlich in der Schlacht bei Sedan waren weit günstigere Verhältnisse vorhanden, was um so mehr Anerkennung verdient, als damals die weitere Behandlung der Verwundeten aus den früheren Actionen und die Pflege zahlreicher Kranker einen beträchtlichen Theil der Sanitätsanstalten vor Metz und an den Etappenstrassen fesselte. Für die Anpassungsfähigkeit der Hilfsbereitschaft in den Gang der Kriegereignisse spricht ferner der Umstand, dass in der absolut blutigsten Schlacht (Gravelotte-St. Privat) auch die grösste Zahl von Sanitätsanstalten, speciell Feldlazarethen, in der ersten Hilfe sich betheiligte, trotzdem zwei andere Schlachten, darunter die nach der absoluten Zahl der Verluste zweitgrösste, relativ aber blutigste Schlacht des ganzen Krieges (Vionville-Mars la Tour)

unmittelbar vorausgegangen waren. — Als Gesamtergebniss ergibt sich, dass die erste Hilfe, namentlich in den spätern Schlachten des Krieges 1870/71 eine ausgiebigere war, als in allen früheren Feldzügen und für völlig ausreichend hätte gelten können, wenn lediglich die Verwundeten der deutschen Armee und nicht auch in ganz gleicher Weise verwundete Franzosen in Betracht gekommen wären. — Die Sanitätsdetachements entsprachen ihrer Aufgabe, die Verwundeten rasch zu bergen, zu verpflegen und denselben den unaufschiebbaren Beistand angedeihen zu lassen. Nur ganz vereinzelt, auf schwer zugänglichen Theilen des Schlachtfeldes liegenden Verwundeten konnte innerhalb der ersten 24 Stunden nicht der erste Beistand geleistet werden. Gelegentlich — namentlich wenn die zugehörigen Truppen durch Waffenruhe oder während langwieriger Einschliessung fester Plätze, ihrer nicht bedurften, wurde Sanitätsdetachements der Auftrag, Lazarethe einzurichten und provisorisch zu verwalten. Es bildet dieses ein Gegenstück zu der Wirksamkeit der Lazarethe in jeder Schlacht in einer den Sanitätsdetachements ganz analogen Weise. — Die Feldlazarethe kamen während der eigentlichen Kriegszeit (1. August 1870 bis 28. Februar 1871) als geschlossene Formationen 545, mit einzelnen Sectionen 77 mal in Thätigkeit, so dass jedes der 191 Lazarethe durchschnittlich 3 mal etablirt war. Die Organisation der Feldlazarethe hat sich vorzüglich bewährt. — Das Lazareth-Reserve-Personal gelangte 145 mal zur Lazareththätigkeit, das Personal einer Section demnach durchschnittlich 3 mal. — Die Ausstattung der mobilen Sanitätsformationen mit chirurgischem, pharmaceutischem und öconomischem Material entsprach im Wesentlichen dem damaligen Bedürfniss; nur über die knappe Bemessung des Beleuchtungsmaterials herrschten vielfache Klagen.

Das 4. Kapitel behandelt die Krankenzerstreuung. Die Gesamtzahl der vom Kriegsschauplatz nach der Heimath Evacuirten betrug etwa 250000 Mann. Da die Gesamtzahl der in der Zeit vom 1. August 1870 bis 30. Juni 1871 in Lazarethe aufgenommenen Kranken der mobilen Armee 468687, diejenige der einer Lazarethbehandlung bedürftigen Verwundeten 92162, zusammen 560851 Mann betrug, so wurden demnach 44,6 Proc. aller in Lazarethen behandelten, als noch Behandlungsbedürftige oder Reconvalescenten vom Kriegsschauplatz in Lazarethe des Inlandes transportirt. Eine sorgfältige Erwägung aller 1870 obwaltenden Umstände ergibt das Resultat, dass trotz der enormen Ziffer der Evacuirten im Allgemeinen nicht mehr evacuirt worden ist, als mit Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit der mobilen Sanitätsanstalten evacuirt werden musste, wenn den Zurückbleibenden wahrhaft ausreichender Beistand gesichert werden sollte. Durchschnittlich hat ein während der eigentlichen Kriegsperiode in ein Feldlazareth aufgenommener Kranker daselbst 11,2 Tage zugebracht; für die Lazarethe auf dem Kriegsschauplatz überhaupt (Feld-Kriegs-Etappen-Cantonementslazarethe) betrug die durchschnittliche Verpflegsdauer eines Kranken ca. 13 Tage, für die Lazarethe des Inlandes (excl. der Kranken der immobilen Armee) ca. 56 Tage. Ein Lazarethkranker der mobilen Armee überhaupt hatte 44,9 Verpflegungstage — die ausgedehnte Krankenzerstreuung hat wahrscheinlich wesentlich dazu beigetragen, dass die deutschen Heere nicht in höherem Grade von Wundkrankheiten und Seuchen heimgesucht worden sind. Ohne die Evacuationen wäre es unmöglich gewesen, zur ersten Hilfe auf den Schlachtfeldern und zur längeren Behandlung der Schwerverwundeten zahlreiche Sanitäts-Anstalten rechtzeitig zu versammeln. Aus den ausgedehnten Rücksendungen erwachsen demnach auf dem Kriegsschauplatze den dort verbleibenden Verwundeten, den Kranken und Gesunden grosse Vortheile; ob dieselben durch Benachtheiligung der Transportirten erkauft wurden — diese Frage soll im chirurgischen und medicinischen Theil des Sanitätsberichts beantwortet werden.

Die wichtigste dauernde Errungenschaft, welche das Feldsanitätswesen aus dem deutsch-französischen Kriege davongetragen hat, sind die Sanitätszüge, denen das 5. Kapitel gewidmet ist. Im Ganzen wurden während des Krieges 36 Sanitäts-, Spital- oder Lazarethzüge in Deutschland aufgestellt, von diesen wurden 5 theils bald zerstreut, theils kamen sie geschlossen überhaupt nicht zur Verwendung; die verbleibenden 31 Züge haben häufig und lange in Feindesland verkehrt. Von 30 Sanitätszügen, über welche genaue Zahlenangaben vorliegen, wurden mittelst 176 Fahrten 38725 Kranke und Verwundete in die Lazarethe des Inlandes befördert.

Das Endglied in der Kette der den Kranken und Verwundeten dienenden Sanitätsanstalten bilden die Lazarethe des Inlandes, mit denen sich das 6. Kapitel beschäftigt. In denselben wurden verpflegt 425810 deutsche (davon ca. 250000 Angehörige der mobilen Armee) und 176472 Franzosen, im Ganzen 602282 Mann. Die Lazarethe des Inlandes waren theils von den staatlichen Behörden, theils von der freiwilligen Krankenpflege bereitgestellt. In vielen dieser Lazarethe fanden Zelte und Baracken, welche im 7. Kapitel eine durch zahlreiche Pläne illustrierte eingehende Beschreibung finden, Verwendung. So kamen innerhalb Deutschland bei 42 staatlichen Reservelazarethen 175 Zelte mit fast 2000 Lagerstellen und bei 14 Lazarethen der freiwilligen Krankenpflege 93 Zelte mit 855 Lagerstellen zur Benutzung. Baracken fanden in Deutschland eine ausgedehnte Verwendung. Der Bericht unterscheidet 3 Arten A) neuerbaute Krankenbaracken, B) Aptirungen vorhandener barackenartiger Gebäude, C) Baracken bei Kriegsgefangenenlazarethen. Die neuerbauten Krankenbaracken sondert der Bericht in 9 Gruppen: 1) solche nach preussischer Vorschrift mit Bodenerhöhung, durchbrochenem Dachreiter und Latrinen in Anbauten: hiervon bestanden 71 mit 3020 Lagerstellen (davon entfallen 47 Baracken mit 1390 Betten auf 5 eigentliche Barackenlazarethe, die übrigen wurden im Anschluss an 12 Reservelazarethe hergestellt). 2) Baracken mit Dachfirst, Ventilation mittelst Dachreiter verschiedener Construction, Bodenerhöhung bis 0,95 m und Latrinen in Anbauten: 172 Baracken mit 5243 Lagerstellen. 3) Baracken mit Dachfirstventilation, Bodenerhöhung bis 0,95 m, Nebenräume und Latrinen innerhalb der Baracke: 70 mit 1463 Betten, 4) Baracken mit Dachfirstventilation und Fundirung auf Stein- oder Holzpfählen, 1,25—1,90 m hoch: 22 mit 640 Betten, 5) Baracken mit Dachfirstventilation ohne Unterbau und Bodenerhöhung: 54 mit 1087 Betten, 6) Baracken ohne Dachreiter mit

verschiedenen Ventilationseinrichtungen: 30 mit 881 Betten, 7) Baracken ohne Dachreiter, ohne Ventilationsvorrichtungen und ohne Bodenerhöhung: 28 mit 960 Betten, 8) Zeltbaracken d. h. Holzbaracken, bei denen Theile des Dachs oder der Wände durch Leinwand ersetzt waren: 17 mit 458 Betten, 9) Baracken an Etappenorten im Inland: Bettenzahl nicht genau festgestellt. — Mit Hinzurechnung der 130 Baracken bei Kriegsgefangenenlazarethen mit 7073 Betten beträgt die Gesamtzahl der in Deutschland erbauten Krankenbaracken 589 mit 19795 Betten. — Auf dem Kriegsschauplatz kamen zur Verwendung: I) bei Feld- und stehenden Kriegslazarethen: 48 Zelte mit 381 Betten und 75 Baracken mit 2788 Betten, II) bei Etappenlazarethen: 17 Baracken mit 1274 Betten, III) bei Lazarethen der freiwilligen Krankenpflege 39 Zelte mit 300 Betten und 2 Baracken mit 60 Betten. Summa 88 Zelte mit 681 Betten und 94 Baracken mit 4122 Betten.

Ein hochehrfreuliches Bild entrollt das 8. Kapitel von der Deutschen freiwilligen Krankenpflege, die trotz des unvollendeten Ausbaus der 1869 eingeleiteten Vereinsorganisation Grosses leistete. Dieselbe bethätigte sich a) auf dem Kriegsschauplatz in Hilfsleistungen auf den Schlachtfeldern durch Unterstützung der Sanitätsdetachements, in Unterstützung der Feld-, Kriegs- und Etappenlazarethe, in Mitwirkung bei dem Evacuationsdienst, in Unterstützung hygienischer Massnahmen, b) im Inlande durch Dienst auf den Bahnstationen und beim Wassertransport auf dem Rhein, durch Unterstützung der Reservelazarethe, durch Nachrichten-Vermittelung und durch Beihilfen an Reconvalescenten, Invalide, Hinterbliebene. Bei dem Centralcomité gingen aus Deutschland $10\frac{1}{4}$ Million und aus dem Ausland $2\frac{1}{2}$ Million Thaler, sowie Naturalgaben im Werth von $5\frac{1}{4}$ Millionen Thaler ein. Der Krieg von 1870/71 war der erste, in welchem auch neutrale Völker die Krankenpflege der kriegführenden Nationen unterstützten. — Der Anhang zum 8. Kapitel bespricht die Genfer Convention im Krieg 1870/71, welche leider nicht dazu führte, dass die Hilfe der Sanitätsorgane der besiegten Armee den Opfern der Schlachten zugewendet wurde: in Folge dessen wurden die deutschen mobilen Sanitätsformationen durch die ihnen aufgebürdete Fürsorge für die Verwundeten des feindlichen Heeres in hohem Grade in Anspruch genommen.

Der erste Band des Sanitätsberichts bildet das schönste Denkmal für die Leistungen des deutschen Sanitätsdienstes im deutsch-französischen Feldzug und wird eine unerschöpfliche Fundgrube für alle Fragen des Sanitätsdienstes bleiben. Schill.

VII. Max Salomon. Handbuch der speciellen internen Therapie. Für Aerzte und Studierende. Berlin. 1885. G. Hempel. Verlagsbuchhandlung (Bernstein und Frank). 456 Seiten (incl. Register). Preis M. 7,50. Ref.: Julius Wolff-Breslau.

Das Salomon'sche Buch (Herrn Prof. W. Zuelzer gewidmet) bezweckt, eine Anleitung zu rationeller Therapie zu geben und dem Arzte die reichen Mittel der Materia medica zu erschliessen. Verf. hat mit Fleiss und Sachkenntniss gearbeitet, war bestrebt, mit eigener Erfahrung die vielen Mittheilungen und Empfehlungen von Arzneimitteln resp. Heilmethoden zu controliren, und es ist ihm gelungen, fast durchweg ein richtiges Urtheil über den Werth dieses oder jenes Verfahrens zu gewinnen, was um so höher anzuschlagen ist, als dem Verf. die so wichtigen Requisiten klinischer Beobachtung gegenwärtig zu mangeln scheinen. Eine reiche Auswahl von Rezeptformeln wird in diesem Buche, welches übrigens demnächst auf Anregung Cantanis' eine Uebersetzung ins Italienische erfahren soll, geboten.

Einige Unebenheiten dürfen nicht unerwähnt bleiben. Verf. ist hier und da in der Mittheilung von Rezeptformeln zu weit gegangen, was den Anfänger nur leicht verwirren kann. Mittel wie Herb. Herniar. glabr. und Herb. Chenopod. ambros. (bei acutem Blasen-catarrh, innerlich), oder Radix Pareirae brav. (bei chronischem Blasen-catarrh), oder Flor. Arnicae (innerlich bei chronischem Hydrocephalus der Erwachsenen), oder Aceton (innerlich bei Phthise), Cornu Cerv. raspat. (innerlich bei Dysenterie), ferner Apiole, Bebeerin. sulf., Cnicin, Resorcin, Piperin, Salicin (innerlich bei Febr. intermittens), oder Xylol (innerlich bei Pocken), oder Fol. Xanthii spinos., Radix Spiraeae ulmar. (bei Lyssa innerlich), Anilin (bei Epilepsie innerlich) konnten, da doch nur von geschichtlichem Interesse, getrost unerwähnt bleiben.

Nicht in voller Uebereinstimmung befindet sich Ref. mit dem Verf. in der Ansicht über Fieberbehandlung. Mit Nachdruck war zu betonen, dass das Antipyrin gegenwärtig unser bestes Antipyreticum ist und nicht blos zu bemerken, dass es sehr gerühmt wird: Die Behandlung gerade des Unterleibstypus mit Antipyrin bedeutet, wie Ref. bereits in dieser Zeitschrift hervorgehoben hat, einen entschiedenen Fortschritt. Wenn Verf. bei Unterleibstypus 1 g Chinin in einer Dosis Abends verordnet, so erscheint das als Einzeldosis etwas gross, als Gesamtdosis zu klein. Viel zu klein wird die Chinindosis bei Febr. intermittens angegeben, nämlich 0,6 g 7 Stunden vor dem Anfall und am nächsten Anfallstage. Beim perniciosen Wechselfieber heisst es zwar, Chinin sei in stündlichen Dosen von 1 g 3 bis 5 mal zu geben, im Widerspruch hierzu sind jedoch die in den folgenden Rezeptformeln aufgeführten Dosen ganz kleine. Während beim Unterleibstypus das Antipyrin als Antipyreticum genannt wird, geschieht seiner an anderer Stelle keine Erwähnung, z. B. bei der Behandlung des Scharlach, wo das Chinin, Natr. salicyl., Digit. und Extract.

Belladonn., letztere beiden gewiss zum Ueberfluss, Berücksichtigung finden. Bei der Behandlung des Echinococcus spricht S. von Jodkalium in grossen Dosen: Kal. jod. 5,0 : 200,0, 4 mal täglich 1 Esslöffel, dieses ist doch aber keine grosse Dose! Der Volkmann'schen Operationsmethode des Leberechinococcus wird gar nicht gedacht. Bei sehr heftigen Schmerzen (Pleuritis, Pneumonie) werden Narcotica, besonders Morphinum und Paraldehyd, empfohlen, nächst Morphinum käme wohl aber erst Chloral, ferner wären die ebenso einfachen als wichtigen warmen feuchten Umschläge zu nennen gewesen. Bei der Behandlung des Ileus mussten die Kussmaul'schen Magenausspülungen ihren Platz finden. Entschieden falsch ist, wenn Verf. als dem chronischen Hydrocephalus charakteristisch anführt: „heftigen anhaltenden Kopfschmerz und Angstgefühl mit stundenlangem Weinen und Selbstmordversuchen.“ Bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Propylamin ist der Biermer'schen Publication nicht gedacht worden.

VIII. Zur Casuistik der Aspergillusmykosen von P. Schubert-Nürnberg — Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XXXVI. Heft 1 u. 2. Ref. Dr. Becker, Leipzig-Gohlis.

Bei einer 75jährigen, decrepiden Frau fand Schubert gelegentlich einer Untersuchung der Nase neben leichten Excoriationen an dem Naseneingang beiderseits in der Tiefe das ganze Lumen mit weissgrauen, bröcklich schmierigen Massen angefüllt, die einen starken Schimmelgeruch verbreiteten; dabei waren der Kehlkopf und die Luftröhre ohne Veränderungen. Die Klagen der Frau bestanden darin, dass sie seit einiger Zeit nicht mehr durch die Nase athmen könne, und dass ihr scharf ätzendes Wasser von sehr salzigem Geschmack aus der Nase fiesse. Es gelang nun dem Verfasser, unter Leitung des Spiegels durch Sondendruck den, einen Abguss des Cavum pharyngo-nasale darstellenden Pfropf nach unten gegen die Mundhöhle zu entfernen. Unter Würgebewegungen wurde derselbe entleert. Dabei zeigte sich, dass die ganze Masse, wie auch vorher abgerissene Theile, auf Wasser schwammen; an dem Pfropf selbst konnte man eine graue Rindenschicht und eine dunkelbraun-grüne Färbung der inneren Schichten unterscheiden.

Eine genauere mikroskopische Untersuchung der Masse liess dieselbe neben anderen Zerfallsproducten in der Hauptsache aus Aspergillusrasen bestehend erkennen, die der Verfasser der Species des Aspergillus fumigatus zurechnen zu müssen glaubte, welche Diagnose Professor de Bary bestätigte. Die erwünschte Cultur der Pilzart konnte Schubert leider nicht liefern, da ihm der zur Züchtung nothwendige Brütöfen nicht zur Verfügung stand.

In der Nase des Menschen wirklich zur Entwicklung gekommene Aspergillusrasen sind bisher, wenn überhaupt, noch selten beobachtet worden, da nach Schubert die beiden von Langenbeck und Virchow beschriebenen Funde von derartigen Pilzen in der Nase mehr auf ein zufälliges Hinzukommen zu anderen Krankheitsproducten schliessen lassen. Demnach wäre dieser Fall als der erste in der Literatur beschriebene einer Aspergillusmykose der Nase zu betrachten. Dagegen ist das Vorkommen dieser Pilze im Ohr und den Respirationswegen von vielen Seiten beobachtet worden, worüber der Verfasser eine Uebersicht liefert.

Die Frage, ob die Nase mit ihren Absonderungen der Entwicklung von Keimen des Aspergillus fumigatus, flavescens und niger günstige Bedingungen bietet, beantwortet der Verfasser mit Recht verneinend, einmal mit Rücksicht darauf, dass diese Species nur bei höheren Temperaturen, als sie sich in der Nase finden, gedeihen und dann, weil die chemische Beschaffenheit des Substrates die Entwicklungsfähigkeit derselben einschränkt.

Auf diesen Fall angewandt war hier ganz besonders das zweite Hinderniss zur Entwicklung nicht vorhanden, da die Nasenschleimhaut mit ihren Secreten hier pathologisch verändert und so für die Entwicklung geeignet angesehen werden musste; das Erforderniss einer höheren Temperatur war freilich in diesem Fall ebenfalls nicht erfüllt.

Bezüglich der saprophytischen oder parasitären Natur derartigen Mykosen entscheidet sich Schubert nach ausführlicher Beobachtung für eine vorwiegend saprophytische und will auch in diesem Fall das Verhalten des Aspergillus fumigatus so angesehen wissen.

Der Verfasser schliesst seine Betrachtungen mit einem Hinweis auf das Ausbleiben von Erkrankungen der Lungen bei der Patientin, wo doch anzunehmen ist, dass fortwährend Keime in die Lungen und den Verdauungskanal gelangt sein müssen. Trotzdem kann er nicht unterlassen, zu warnen vor einer sorglosen Behandlung ähnlicher Fälle, da die Malignität des Aspergillus fumigatus durch Thierexperimente zur Genüge nachgewiesen worden ist.

Der Verlauf der Krankheit war der, dass die Frau einige Recidive bekam, die aber niemals wieder den Grad wie zuerst erreichten; die Behandlung bestand in Anwendung der Nasendouche und Einpulverungen von Borsäure.

Der Abhandlung ist eine Tafel beigelegt, enthaltend Zeichnungen des Pilzballens und der Theile desselben.