im December nur noch Flüssigkeiten durchgingen. P. wurde vom December bis Februar täglich mit der Sonde behandelt. Jetzt können Suppen und ganz fein vertheiltes weiches Fleisch geschluckt werden. Nie blutiges Erbrechen. Von Anfang der Krankheit an bestehen Rückenschmerzen, welche in den letzten Wochen zugenommen haben sollen.

Status praesens 17. Juli 1880. Grosser skelettartig abgemagerter Mann von starkem Knochenbau, cachectischer Physiognomie, schmutzig blass bräunlicher Hautfarbe. Schleimhäute anämisch, kein Anasarka.

An der rechten Seite des langen, mageren Halses Daumen-breit über der Clavicula fühlt man einen von der normalen Haut und dem Sternocleidomastoideus bedeckten, mit letzterem nicht adhären, deutlich aus der Tiefe aufsteigenden, unbeweglichen, harten, runden, Kastanien-grossen Tumor, der auf Druck schmerzhaft ist.

Die Untersuchung mit der Schlundsonde ergibt 30 cm. unterhalb der Schneidezähne ein beträchtliches Hinderniss, welches für das gewöhnliche Caliber der Schlundsonde nicht passirbar ist. Eine Sonde von 7 mm. Durchmesser (also der Katheternummer 23 entsprechend) vermag dieses Hinderniss zu passiren. Die Sonde dringt von hier aus, wie deutlich zu fühlen ist, in einen ca. 6 cm. langen, stenotischen Kanal ein, nach dessen Passage sie leicht in den Magen weiter geführt werden kann.

Die Untersuchung der Lungen ergibt vorne und hinten überall normale Percussions-Verhältnisse. Das Athmen ist überall versiculär, da und dort von spärlichen, trocknen Rasselgeräuschen begleitet.

Herzdämpfung normal. Herztöne rein, Puls mässig beschleunigt. Abdomen eingesunken. Leber und Milz von normalen Dimensionen. Urin eiweissfrei.

Klin. Diagnose: Strictura oesophagi carcinomatosa.

21. Juli 1880. „Links hinten unten ist das Athmegeräusch abgeschwächt, daselbst deutliches pleuritische Reibegeräusch vernehmbar.“

Es wurde aus diesem Reibegeräusch als wahrscheinlich geschlossen, dass das Carcinom der linken Pleura sich genähert habe, resp. in dieselbe hineinwuchere, oder dass eine Krebsmetastase im linken Unterlappen sich etablirt habe.

28. Juli. „L. H. U. ein vierfingerbreiter Dämpfungsbezirk mit abgeschwächtem Athem. Geringes linksseitiges pleuritisches Exsudat.“

Weitere Notizen über den Kranken fehlen nun zunächst in der Krankengeschichte. P. wurde täglich mit der Sonde behandelt. Die Schlingbeschwerden nahmen nicht zu, doch war P. anhaltend auf flüssige und breiige Nahrung beschränkt. Einen grossen Theil des Tages verbrachte P. ausserhalb des Bettes.

Anfangs August fing P. an über zunehmende Schmerzen im Rücken zu klagen, Schmerzen, denen anfänglich keine grosse Bedeutung beigelegt wurde, und die auch erträglich waren. Dazu gesellten sich Schmerzen, welche den Leib gürtelförmig in der Höhe des Nabels umzogen. Ueber diese Schmerzen klagte P. mehr, als über die eigentlichen Rückenschmerzen, und sie erregten zuerst auch die Aufmerksamkeit, um so mehr, als sich demnächst neue Erscheinungen hinzugesellten. Wir kehren wieder zu dem Journalbericht zurück.

21. August. In dem Befinden des Kranken sind wesentliche Veränderungen eingetreten. Vor 4 Tagen empfand Patient angeblich in Folge schnellen Aufrichtens im Bett ein Gefühl von schmerzhafter Müdigkeit im rechten Kniegelenk. Noch am gleichen Tage trat complete Lähmung der ganzen rechten Unterextremität ein, mit Gefühl von Abgestorbenheit, Taubheit und Ameisenkriechen daselbst.

Am gleichen Tage Abends trat ferner auf Schwäche und Taubsein des linken Beines, nach zwei weiteren Tagen war auch hier die Lähmung eine vollständige.

Die Paraplegie der Unterextremitäten ist nunmehr eine complete. P. ist nicht im Stande, die geringste Bewegung mit den Zehen, Füssen etc. zu machen. Auch das Aufsitzen im Bett ist mühsam.

Keine Schmerzen, nur Parästhesien in den Extremitäten. Die Gürtelschmerzen eher geringer als stärker.

Seit 3—4 Tagen hat auch das Wasserlassen gelitten. Es besteht Incontinentia urinae.

Die von Herrn Prof. Dr. Leichtenstern vorgenommene Prüfung der Sensibilität (Drucksinn) ergab folgendes Resultat:

I. Leise Berührungen der Haut mit dem Finger von einer Stärke, welche bei einer gesunden Vergleichsperson stets richtig empfunden wird ($\frac{r}{n} = 1$.)

1) Prüfung des Fussrückens und des Unterschenkels (Vorderfläche);

a) linkerseits.

Unter 28 Berührungen (14mal Fussrücken, 14mal Unterschenkel) wurden 11 gefühlt $\frac{r}{n} = \frac{11}{28}$;

b) rechterseits.

Unter 34 Berührungen (17mal Fussrücken, 17mal Unterschenkel) wurden 10 gefühlt $\frac{r}{n} = \frac{10}{34}$.

Die Sensibilität beider Fussrücken und Unterschenkel ist somit herabgesetzt, beiderseits in ziemlich gleichem Grade ($\frac{11}{28} > \frac{10}{34}$). Dabei ist leicht zu constatiren, dass die Sensibilität beiderseits um so rascher abnimmt, als man von oben kommend sich dem Fusse nähert.

2) Prüfung des Oberschenkels (Vorderfläche);

a) linkerseits.

Von 18 Berührungen mit dem Finger werden sämtliche richtig empfunden $\frac{r}{n} = 1$;

III. Aus der medic. Abtheilung des Bürgerhospitals zu Köln a. Rh.

Zwei Fälle von Compression des Rückenmarkes durch Wirbelkrebs.

Von

Dr. Heinrich Simon.

(Schluss aus No. 24.)

II. Fall. Carcinom des Oesophagus. Wucherung des Krebses durch den II.—IV. Brustwirbel hindurch in den Wirbelkanal. Totale Compression des obersten Dorsalmarkes.

Heinrich Herschel, 35 Jahre alt, Tagelöhner aus Köln, wurde am 16. Juli 1880 auf die medicinische Abtheilung des Bürgerhospitals aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes:

Vater lebt. Mutter angeblich an einem acuten Gehirnleiden gestorben. P. ist seit November 1879 krank. Die ersten Erscheinungen bestanden in Schlingbeschwerden, welche allmählich zunahmen, so dass bereits

b) rechterseits.

Unter 18 Berührungen werden 11 richtig empfunden $\frac{r}{n} = \frac{11}{18}$.

3) Prüfung der Haut des Abdomens.

a) Ohne Unterscheidung ob rechts oder links, aber unterhalb des

Nabels $\frac{r}{n} = \frac{4}{16}$:

b) oberhalb einer Linie, welche zwischen Nabel und Processus xiphoideus verläuft $\frac{r}{n} = 1$.

Die Sensibilität der Haut des Abdomens ist somit herabgesetzt und zwar unterhalb einer Linie, welche zwischen Nabel und Proc. xiphoideus gezogen wird.

II. Berührungen mit einem Wattebügel von einer Stärke, bei welcher eine gesunde Vergleichsperson stets richtige Entscheidungen ($\frac{r}{n} = 1$) trifft.

Rechte Oberschenkelvorderfläche	$\frac{r}{n} = \frac{2}{9}$
Linke	$\frac{r}{n} = \frac{11}{12}$
Rechte Abdominalhälfte	$\frac{r}{n} = \frac{7}{14}$
Linke	$\frac{r}{n} = \frac{11}{15}$

Es ergibt sich somit ähnlich wie beim Vergleich der beiden Oberschenkel so auch bei Prüfung der beiden Abdominalhälften eine weit stärkere Herabsetzung der Sensibilität der rechten Seite.

Résumé der Sensibilitäts-Untersuchung.

Es besteht eine ziemlich starke Herabsetzung der Sensibilität der ganzen rechten Unterextremität, des linken Fusses und linken Unterschenkels, während die Sensibilität des linken Oberschenkels kaum nennenswerth herabgesetzt ist. Die Abdominalhaut ist unterhalb einer zwischen Nabel und Schwertfortsatz gezogenen Linie anästhetisch, und zwar auch hier die rechte Hälfte weit beträchtlicher als die linke. Mit diesem Resultat der Sensibilitätsuntersuchung begnügten wir uns.

Der Raum und Temperatursinn der Haut, das Localisationsvermögen, die Leitungsgeschwindigkeit für Tast und Schmerzindrücke, die electrocutane Sensibilität, der Muskelsinn wurde keiner besonderen Untersuchung unterworfen. Die Schmerzleitung war erhalten, nur bedurfte es an den anästhetischen Partien tieferer Nadelstiche, um Schmerzempfindung zu produciren.

Von grossem Interesse ist die Thatsache, dass von dem Augenblicke der completen Paraplegie an die Haut und Sehnenreflexe an der Unterextremität total aufgehoben waren.

Aus den letzten Aufzeichnungen im Krankenjournal hebe ich kurz Folgendes noch hervor:

23. August: „Druck auf die Wirbelsäule nirgends empfindlich. Keine Deviation der Dornfortsätze bemerkbar. Das früher eingezogene Abdomen (s. o.) meteoristisch aufgetrieben. Seit gestern an Stelle der früheren Incontinentia eine Retentio urinae. Der mit Katheter entleerte Harn (P. war bis dahin nicht katheterisirt worden!) riecht stark ammoniakalisch, reagirt alkalisch, ist sehr trübe und enthält viele Eiterkörperchen. Unwillkürlicher Abgang fester Kothballen. Die subjectiven Klagen beschränken sich auf einen den Leib in der Nabelgegend gürtelförmig umziehenden schmerzhaften Ring, ferner auf das Gefühl des Abgestorbensein unterhalb desselben.“

24. August. Die elektrische Prüfung ergibt eine sehr beträchtliche Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Muskeln und Nerven. Von der Mittheilung der Details der elektrischen Untersuchung nehme ich hier Abstand.

Seit dem 21. August wird abendliches Fieber constatirt. Das Resultat der Morgens und Abends vorgenommenen Messungen ist folgendes:

	Morgens.	Abends.
21. August 1880	—	39,8
22. „	37,9	39,8
23. „	37,5	38,0
24. „	37,0	38,2
25. „	37,8	38,8
26. „	37,2	38,2
27. „	39,2	39,4
28. „	38,6	39,0
29. „	37,5	39,4
30. „	37,6	—

Die klinische Diagnose lautete: Carcinoma oesophagi mit Uebergreifen des Krebses auf die Brustwirbelsäule und Compression des oberen Dorsalmarkes.

Aus dem von Herrn Prof. Dr. Leichtenstern dictirten Sectionsprotocoll (Section am 31. August) hebe ich nur das für meine Mittheilungen Wichtigste hervor.

„Bei der Eröffnung des Wirbelkanals, beim Durchsägen der hinteren Wirbelbögen wird eine auffallende Brüchigkeit dieser Theile in der Höhe der obersten Brustwirbel und zwar auf der rechten Seite der Wirbel constatirt. Diese Brüchigkeit wird durch eine von vorne und von rechts her in den Wirbelkanal hereinbrechende Neubildungsmasse hervorgerufen, welche die Brustwirbelkörper und zum Theil auch deren rechte Bogenhälften durchsetzt, resp. durch Usur zum Schwinden gebracht hat.“

Die hintere Fläche der Dura mater erscheint ebenso wie die vordere makroskopisch durchaus normal, der Durasack völlig intact, nirgends durchbrochen.

In der Höhe des obersten Dorsalmarkes, dem II. — IV. Brustwirbel entsprechend ist das von seinen normalen Umhüllungsmembranen bekleidete Dorsalmark in der Richtung von rechts vorne nach links hinten in der Ausdehnung von ca. 5 cm. Länge total comprimirt. Das hieselbst durch die Compression handförmige Mark zeigt eine weisse Farbe und eine breiige weiche Consistenz.

Als Ursache der Compression erweist sich ein von vorne und rechts aus in der Richtung nach hinten und links durch den II. — IV. Brustwirbelkörper in den Wirbelkanal hereinwucherndes Neoplasma von grauweisser resp. granröthlicher Farbe, welches lebhaft vascularisirt, zum Theil hämorrhagisch gesprenkelt ist und eine weiche Hirnmark-ähnliche Consistenz besitzt.

Das Rückenmark oberhalb und unterhalb der Compression zeigt ausser Anämie keinerlei makroskopische Anomalien.

Das durch den II. — IV. Brustwirbelkörper in den Wirbelkanal hereinbrechende Neoplasma, erweist sich als die unmittelbare Fortsetzung eines umfangreichen, knolligen Oesophaguskrebses, welcher den Oesophagus von der Höhe des 6. Halswirbels an bis zum 5. Brustwirbel reichend von allen Seiten einschliesst.

Die Oesophagusschleimhaut ist in der genannten Ausdehnung, 12 cm. der Länge nach betragend, in ein vielfach und tief zerklüftetes Krebsgeschwür verwandelt.

Ausser krebsigen Infiltrationen einiger Glandulae supraclaviculares keine Metastase in anderen Organen.“

Epikrise.

So schwierig in dem ersten der von uns geschilderten Fälle die Diagnose des Wirbelkrebses und der dadurch bedingten Rückenmarkscompression war, so einfach und leicht war im vorliegenden Fall die Diagnose. Ein mit Oesophaguskrebs behafteter Kranker wird binnen Kurzem unter gürtelförmig den Rumpf umziehenden Schmerzen, unter Parästhesie mit Anästhesie der Unterextremitäten daselbst total paraplegisch; die willkürliche Function der Blase und des Mastdarms erlischt. Die Diagnose ist in der That auf der Hand liegend.

Von Interesse in unserem Falle ist, dass der in die Wirbelkörper hineinwuchernde Krebs so ausserordentlich geringe Schmerzen in der Wirbelsäule selbst erregte. Die Genese des Gürtelschmerzes bedarf keiner Erklärung; er rührt von der Reizung der hinteren Wurzeln in der Höhe der Compression her.

Ebenso leicht ist die Erklärung der ausgesprochenen Parästhesie (Ameisenlaufen) der Unterextremitäten, welche der Anästhesie vorausgeht und sie einleitet. Da der ganze Rückenmarksabschnitt unterhalb der umschriebenen Compressionsstelle intact erscheint, muss die Parästhesie auf die Reizung der hintersten (Goll'schen) Stränge in der Höhe der comprimirenden Ursache geschoben werden, als eine Art milder Reizung derselben, die nach dem Gesetz der excentrischen Projection Parästhesien in der Unterextremität hervorrief.

Von grossem Interesse ist in unseren beiden Fällen die Thatsache, dass sofort mit dem Erscheinen der Rückenmarkscompression totale Vernichtung der Haut und Sehnenreflexe unterhalb der Compressionsstelle verbunden ist. Da wir in einer Reihe von Fällen chronischer Rückenmarkscompression — auch ohne secundäre absteigende Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen, eine erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe wahrnahmen, so kann die totale Aufhebung derselben bei acuter Compression nur auf einer Reizung der von oben her durch die Compressionsstelle verlaufenden reflexhemmenden Fasern bezogen werden.

Eine Vergleichung der beiden beschriebenen Fälle ist vor Allem dadurch interessant, dass wir in dem ersten derselben in ganz hervorstechender Weise das Symptomenbild der „Paraplegie douloureuse“ vorfinden, während uns der 2. Fall einfache Lähmungsercheinungen ohne Schmerzen der gelähmten Glieder aufweist.

Die anatomische Untersuchung giebt über dieses differente Verhalten den schönsten Aufschluss. Dort sind die Nervenstämmen in den Intervertebrallöchern von der krebsigen Wucherung comprimirt und entzündlich gereizt, hier handelt es sich um einfache Compression und Druckatrophie des Rückenmarks selbst.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Leichtenstern für die freigebige und wohlwollende Anleitung, welche er mir bei Anfertigung dieser Arbeit gewährte, sowie für die mannigfaltige Anregung, welche ich der Theilnahme an seiner so ausserordentlich reichhaltigen Klinik verdanke, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

IV. Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter von Dr. Alois Monti a. ö. Professor an der Wiener Universität. Wien, Urban und Schwarzenberg. 384 pg. Ref. A. Baginsky.

Im Jahre 1875 hatte der Verf. in dem 1. Jahrgange der, von Johann Schnitzler im Anschlusse an die Wiener Med.-Presse herausgegebenen, Wiener Klinik, eine Broschüre erscheinen lassen, unter dem

Titel: Ueber Croup im Kindesalter. Die Broschüre umfasste 100 Seiten. Das vorliegende Werk tritt als die 2. Auflage dieser Broschüre hervor, zeigt indess schon aus dem auf 384 Seiten angeschwollenen Umfange an, dass man es mit einer totalen Umarbeitung zu thun habe. In der That liegt eine umfassende Bearbeitung der fibrinös exudativen Krankheitsformen der Pharynx und Larynx vor, und entsprechend den in den letzten Jahren gewonnenen Anschauungen ist der Titel in „Croup und Diphtheritis“ geändert. Das reiche Beobachtungs-Material, welches dem Verfasser sowohl in der Privatpraxis, als auch in der von ihm geleiteten Kinderabtheilung der Wiener Poliklinik zur Verfügung steht, bot demselben die Möglichkeit, ein gerade für Practiker in hervorragendem Maasse lehrreiches und schätzenswerthes Ganze zu liefern. Es soll sogleich hervorgehoben werden, dass Verf. die croupösen Affectionen des Larynx von den eigentlich diphtheritischen scharf trennt, dass er sich somit auf der einen Seite in dem Einklange mit der Mehrzahl der Kinderärzte befindet, während er sich auf der anderen Seite dem, insbesondere von jüngeren Chirurgen vertretenen Standpunkte entgegenstellt.

In der Einleitung unterscheidet Verf. zunächst 1. die nur schleimig eitrige Exsudat liefernde Laryngitis catarrhalis oder Pseudocroup,

2. die, fibrinöses, auf der Schleimhaut auflagerndes Exsudat liefernde Laryngitis crouposa,

3. die, fibrinöses Exsudat, sowohl auf die Schleimhaut als auch in das Gewebe derselben liefernde Laryngitis diphtheritica.

Der Reihe nach werden diese Erkrankungsformen in dem Buche abgehandelt.

Die Laryngitis catarrhalis kommt, wie Verf. nachweist, vorzugsweise in den 3 ersten Lebensjahren vor, sie ist eine echte Erkältungskrankheit und befällt die Kinder insbesondere während der kühleren Jahreszeiten. Krankheitsbild und Verlauf werden sorgfältigst geschildert, und als diagnostisches Moment gegenüber dem eigentlichen Croup, wird hervorgehoben, dass die Krankheitserscheinungen der Larynxstenose niemals vollkommen zu Stande kommen, sondern nach der einen oder anderen Richtung, sei es in dem Husten, oder in der Heiserkeit oder auch in der Athemnoth, einen gewissen Ausfall oder ein gewisses Missverhältniss erkennen lassen.

Während nun Verf. die Indicationen für die Therapie sorgfältigst stellt, hebt er hervor, dass gerade bei dieser Krankheitsform die Einwirkung der Kälte eher nachtheilig als vortheilhaft sei; den Schwerpunkt der Behandlung legt Verf. nicht auf Brechmittel, sondern auf Inhalationen von warmen Wasserdämpfen, ausserdem auf die Anwendung resolvirender Mittel, unter denen er in erster Reihe das Jodkali aufzählt. Es sei hierbei im Allgemeinen hervorgehoben, dass in dem ganzen Buche die Capitel der Therapie mit grosser Sorgfalt bearbeitet sind und dass wir hier selbstverständlich nur im Stande sind, kurze Andeutungen zu geben, um den Standpunkt des Verf. zu kennzeichnen.

Der zweite Abschnitt behandelt den eigentlichen Croup — die Krankheit kommt sporadisch und epidemisch vor. — Die Contagiosität derselben wird verneint. Die Krankheit lässt 3 Stadien erkennen, ein Stadium prodromorum, wesentlich charakterisirt durch Fieberbewegungen und Erscheinungen heftigen Katarrhs, dasselbe geht in etwa 36 Stunden in das zweite, das exsudative Stadium über, stets eingeleitet durch eine Steigerung des Fiebers. Es folgt nun eine eingehende Schilderung dieses von 12 Stunden bis zu 8 Tagen währenden Stadiums, welches schliesslich von dem Stadium asphycticum gefolgt ist.

In dem Verlaufe der ganzen Krankheit unterscheidet Verf. den localisirten Croup von dem aufsteigenden und dem absteigenden Croup, wobei letzterer, neben schwerer, frühzeitiger Athemnoth, durch stellenweisen Mangel des Respirationseräusches am Thorax bei bleibender Sonorität des Percussionsschalles charakterisirt wird.

Spontanheilungen der Krankheit sind sehr selten, kaum 2—5%, während bei geeigneter Behandlung der localisirte Croup etwa 50% der absteigende kaum 25% Heilungen ergibt. Der aufsteigende Croup endet zumeist tödlich.

Unter den Complicationen schildert Verf. Blutungen, Glottisödem, Lungenödem, Lungenemphysem, Bronchitis catarrhalis, Bronchitis crouposa und Pneumonie; die Pneumonie im 2. Stadium der Laryngitis crouposa spricht Verfasser für eine günstige Erscheinung an, weil sie allmählich das Krankheitsbild beherrscht, und mit ihrem Abklingen auch die Larynxaffection verschwindet.

In sehr anschaulicher und lehrreicher Weise stellt Verf. bei der Entwicklung der Diagnose die differentialdiagnostischen Momente zwischen Croup, Pseudocroup und Glottisödem in einzelnen Sätzen nebeneinander.

Für die Prognose fällt namentlich das Lebensalter ins Gewicht; bis zum Ende des zweiten Lebensjahres ist die Krankheit hoch gefährlich.

Unter den ersten Indicationen der Therapie steht die Bekämpfung der Entzündungserscheinungen und zwar rath Verf. im ersten Stadium dringend zur Anwendung der Kälte.

Um die Exsudation zu verhindern, wird Sublimat und Jodkali empfohlen. Nach erfolgter Exsudation wird die feuchte Wärme, insbesondere in Form des Leiter'schen Wärmeregulators mit einer Wassertemperatur von 28—32° empfohlen. Nebenbei Einathmungen mit Milchsäure. Emetica sind nur am Platze, wenn Erscheinungen der Lösung des Croup schon vorhanden sind. Der letzte Abschnitt der Therapie beschäftigt sich ausgiebig mit der Tracheotomie, und müssen wir die Leser auf das Original verweisen.

Das Hauptstück des Buches bildet die Abhandlung über Diphtherie. Die Krankheit wird als eine epidemisch und sporadisch ohne vorausgegangene Austeckung auftretende, bezeichnet. Unter Zugrundelegung der statistischen Daten, des Wiener Stadtphysikats werden die ätiologischen Momente entwickelt, aus welchen hervorgeht, dass Kinder im ersten Lebensjahre die geringste Disposition für die Krankheit zeigen, während das Hauptcontingent der Erkrankten im Alter von 1—5 Jahren steht.

Die Krankheit befällt die Kinder zumeist nur einmal im Leben. Die Möglichkeit der Uebertragung derselben von Thieren auf Menschen wird in suspenso gelassen und die Infection überhaupt nur zugestanden, wenn eine bestimmte Disposition des Organismus vorhanden ist.

Bei den Capiteln Pathogenese und pathologische Anatomie, wird vorzugsweise den Arbeiten von Heubner, Weigert und Klebs Rechnung getragen. In dem Kapitel der Symptomatologie liegen eingehendere neue Untersuchungen des Verf. über den Fieberverlauf mit graphischer Darstellung der einschlägigen Fiebercurven vor.

Verf. unterscheidet nun 3 Formen der diphtheritischen Angina und zwar

die partielle, die totale und die septische Form, wobei letztere zwar auch als selbständige Krankheitsform vorkommend, beschrieben wird, während sie allerdings in der Regel nur den Ausgang der totalen Form bildet. Dieselbe zeichnet sich durch einen sehr rapiden Verlauf aus, beginnt zuerst mit Erbrechen, verläuft mit sehr hohem adynamischem Fieber unter allen Erscheinungen der Blutdissolution und endet unter tiefem Collaps zumeist tödlich.

Bei der Diagnose giebt Verf. die differential-diagnostischen Momente zwischen folliculärer Tonsillitis und echter Diphtherie an.

In der Therapie wird trotz der oben erwähnten Zweifel bezüglich der Contagiosität die strengste Isolation und Desinfection empfohlen.

Jede eingreifende mechanische Beleidigung wird von dem Verf. zurückgewiesen, dagegen werden Einstäubungen und Einspritzungen mit antiseptischen Mitteln empfohlen.

Unter den inneren Mitteln wird vorzugsweise dem Chinin das Wort geredet.

Eine übersichtliche Tabelle giebt einen geradezu überraschenden Ueberblick über die kolossale Masse der in der Reihe der Jahre angewandten Heilmittel und Heilmethoden.

In einzelnen Capiteln, wird namentlich die Diphtheritis der Nase, des Larynx, der Haut und der äusseren Geschlechtsorgane abgehandelt, während die Diphtheritis der Conjunctiva von einem Freunde des Verf. Herrn Dr. Hock bearbeitet ist, wobei naturgemäss, wiederum die Laryngitis diphtheritica das Hauptstück ausmacht. Verfasser betrachtet dieselbe, in 3 Formen und zwar

1. als Theilerscheinung der localen Diphtheritis einer anderen Schleimhaut,

2. als Theilerscheinung der allgemeinen Diphtheritis mit Blutvergiftungssymptomen,

3. als Theilerscheinung einer septicämischen Form der Diphtheritis.

Bei diesen einzelnen Krankheitsformen werden die hervorstechenden Symptome eingehend geschildert, und es sei hervorgehoben, dass Verf. bei der letzten Form eine erysipelatöse Röthung am Halse, oder ein scharlachförmiges Erythem an den Extremitäten beschreibt.

Behufs der Differentialdiagnose stellt Verf. wiederum in einzelnen Sätzen die Erscheinungen der diphtheritischen Larynxaffection derjenigen der fibrinösen Laryngitis gegenüber.

Eingehend wird gelegentlich der Therapie auch an dieser Stelle wieder die Tracheotomie abgehandelt, und es ist interessant zu erkennen, wie die Heilerfolge vom ersten Lebensjahre bis zum 10. Lebensjahre von 13,5 Proc. bis 50 Proc. zunehmen.

Unter den Nachkrankheiten und Complicationen werden die Erkrankungen des Herzens, der Nieren und auch die Lähmungsformen berücksichtigt.

Aus der kurzen eben gegebenen Skizze dürfte leicht hervorgehen, welchen reichen Inhalt das Buch umfasst. Dasselbe kann allen Aerzten dringend zum Studium empfohlen werden.