nicht, noch offen zu lassen. Es könnte sich dabei aber nur um ganz minimale Eiweißmengen handeln, und in den meisten Fällen erhält man selbst mit den empfindlichsten Proben ein negatives Resultat. Auch in den Fällen, in denen man einen positiven Ausfall erhält, kann nicht eigentlich von Verunreinigungen gesprochen werden. Denn es ist schließlich belanglos, ob man mit so empfindlichen Methoden, wie sie die Biuret- oder Sulfosalicylsäureprobe darstellen, in seltenen Fällen ein schwach positives Resultat erhält. Die Frage, ob das Sanarthritis spezifisch oder unspezifisch wirkt, fällt auch keineswegs zusammen mit der Entscheidung, ob das Mittel eiweißfrei ist oder nicht. Denn BIER hat darauf aufmerksam gemacht, daß dieselben Wirkungen, die man mit Proteinkörpern erhält, auch mit eiweißfreien Stoffen zu erzielen sind, und hat dementsprechend vorgeschlagen, anstatt von „Proteinkörpertherapie“ besser von „Reiztherapie“ zu sprechen.

Ohne auf diese Fragen näher einzugehen, will ich eine in diesem Zusammenhang interessante Beobachtung mitteilen, die wir an der hiesigen Klinik machen konnten. Es handelte sich um eine Patientin mit gonorrhöischer Arthritis des Fußgelenks, die versuchsweise mit Sanarthritis behandelt wurde. Die erste Injektion (2 ccm Stärke 1 intravenös) wurde gut vertragen. Man erhielt eine starke, aber keineswegs ungewöhnliche Reaktion. Temperaturanstieg bis 39,5, geringe Schmerzen in dem erkrankten Gelenk. Auf die 8 Tage später, nach völligem Abklingen der Temperatur vorgenommene erneute Injektion (1 ccm Stärke 2 intravenös) traten nun Erscheinungen auf, die nur als anaphylaktischer Schock zu deuten waren. Wenige Minuten nach der Injektion trat ein Kollaps ein. Anzeichen von Bronchostenose mit sehr erheblicher Atemnot und Cyanose, sehr frequenter, weicher, kaum fühlbarer Puls, Blutdrucksenkung von 135 auf 90, Temperatursteigerung auf 39,8. Diese bedrohlichen Erscheinungen gingen nach etwa 15–20 Minuten zurück, nachdem Analeptica gegeben worden waren, um einem starken Schüttelfrost Platz zu machen, der längere Zeit anhielt. 3 Stunden nach der Injektion wurde nur noch über allgemeine Schwäche geklagt. Ein objektiver Befund war nicht mehr zu erheben.

In der Literatur finde ich, soweit ich sie übersehe, nur ganz vereinzelte Mitteilungen, die sich auf die Beobachtung anaphylaxieartiger Erscheinungen nach Sanarthritis beziehen (REINHART, Dtsch. med. Wochenschr. 1919, S. 1351, STERN, Münch. med. Wochenschr. 1920, S. 632). Wir halten es deswegen für wichtig, den vorstehenden Fall bekanntzugeben, weniger wegen seines klinischen, als wegen des wissenschaftlichen Interesses. Entweder war das injizierte Präparat nicht eiweißfrei, oder, was das Wahrscheinlichere ist, wir hätten es zu tun mit dem Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen nach parenteraler Zufuhr eines Nicht-Eiweißkörpers. Der Fall steht übrigens unter ca. 300 Sanarthritisinjektionen, die an der v. BERGMANNschen Klinik gemacht wurden, vereinzelt da.

ÜBER DIE MORPHOLOGISCHEN BESTANDTEILE DES DUODENALINHALTES UND IHRE DIFFERENTIAL-DIAGNOSTISCHE BEDEUTUNG.

Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Dr. Eva Langanke in Nr. 6 dieser Zeitschrift.

Von

Dr. IRENE ROTHMAN-MANHEIM.

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Gießen. (Direktor: Geheimrat Prof. VOIT.¹⁾)

Die Arbeit von Frä. LANGANKE gibt mir Veranlassung zu einigen Bemerkungen. Daß die von uns angewandte Methode ihre Schwierigkeiten hat und daß bei der Deutung der Ergebnisse große Vorsicht obwalten muß, habe ich betont. Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß diagnostisch nur solche Befunde verwertet werden können, in denen die Isolierung der Flüssigkeitsportionen einwandfrei gelungen ist. So darf man natürlich eine Duodenalflüssigkeit, die Sarcinen enthält, nicht verwenden.

Daß die gallige Imbibition der Zellen *unbedingt* für ihre Herkunft aus den Gallenwegen spräche, habe ich nicht behauptet.

Wenn nach der Peptoneinspritzung eine Gallenblasenkontraktion nicht erfolgt ist, hat der Zellbefund nach der Injektion mit Gallenblaseninhalten nichts zu tun; demnach spricht der „paradoxe Befund“ an der einen cholecystektomierten Patientin von Frä. LANGANKE meiner Ansicht nach nicht für eine Cholecystitis.

Die Untersuchung des zentrifugierten Gallensedimentes gibt einen für klinische Zwecke ausreichenden Aufschluß über die Menge der Zellen ebenso, wie z. B. im Urin; es handelte sich immer um deutliche Differenzen.

Die Fälle, bei denen eine genügende Isolierung der Fraktionen nach wiederholter Sondierung nicht gelingt, scheiden bei der diagnostischen Verwertung der Befunde selbstverständlich aus. In dieser Hinsicht bedarf die Methode eines weiteren Ausbaues; in den anderen Fällen hat sich dieselbe gut bewährt.

Die Untersuchungen von Frä. LANGANKE scheinen demnach zu einem so apodiktischen Urteil über den Wert oder den Unwert der Methodik nicht zu berechtigen.

Mitteilungen von DELOCH und GORKE in derselben Nummer der Klinischen Wochenschrift¹⁾, in welcher die Arbeit von Frä. LANGANKE erschienen ist, bestätigen die Brauchbarkeit der Methode.

ERWIDERUNG.

Von

Dr. EVA LANGANKE.

Auf die vorstehenden Bemerkungen möchte ich erwidern, daß die Duodenalflüssigkeit, welche Sarcine enthielt, sichere Duodenalflüssigkeit war; sie reagierte alkalisch, während der Mageninhalt sauer reagierte. Frau ROTHMAN-MANHEIM erwähnt Oesophagusepithelien und Becherzellen selbst als häufigen Befund in der Duodenalflüssigkeit.

Über die gallige Imbibition der Zellen schreibt Frau ROTHMAN-MANHEIM, daß „eine starke, gallige Tinktion hingegen anscheinend in dem Sinne zu deuten ist, daß die Zellen aus den Gallengängen abstammen“, und führt zum Beweise dafür an, daß in Galle nur suspendierte Epithelien selbst nach mehreren Stunden nur eine ganz geringe gelbe Färbung annehmen. Aus diesem Grunde habe ich den Befund der *stark* gallig gefärbten Sarcine registriert.

Es ist selbstverständlich, daß eine cholecystektomierte Patientin keine Cholecystitis mehr haben kann, aber wenn bei einem Cholecystektomierten die Galleportionen vor und nach der Peptoninjektion bei gleicher Farbe einen sehr verschiedenen Zellinhalt aufweisen, so spricht das eben gegen die Brauchbarkeit der Methode.

KURZE WISSENSCHAFTLICHE MITTEILUNGEN.

ÜBER DIE BEEINFLUSSUNG DER SCHMERZEMPFINDLICHKEIT DER HAUT DURCH QUARZLAMPENBESTRAHLUNG.¹⁾

Von

Fr. v. GRÖER und W. v. JASINSKI.

Im Laufe der Untersuchungen über den funktionellen Mechanismus der Lichtentzündung, welche seit längerer Zeit an der Klinik geführt werden und über die später berichtet werden soll, haben wir die unter dem Einfluß der Lichtreizung auftretenden Änderungen der sensiblen Hautempfindlichkeit studiert. Als die geeigneteste Untersuchungsmethode hat sich uns vorläufig die vor kurzem von F. KAUFMANN²⁾

angegebene Methode der Latenzzeitbestimmung der Schmerzempfindung nach Anwendung von Wärmereizen erwiesen. Die Untersuchungen wurden an Erwachsenen und älteren, intelligenten Kindern ausgeführt. Es zeigte sich nun, daß *sofort nach der Quarzlampenbestrahlung eine Hypalgesie der bestrahlten Haut nachzuweisen ist*, welche durch Verlängerung der Latenzzeiten der Schmerzempfindung nach Anwendung genau temperierter Wärmereize zum Ausdruck kommt. Diese *Hypalgesie* ist jedoch von *sehr kurzer Dauer* und *schlägt* höchstens nach 1 Stunde nach der Bestrahlung *in eine sehr starke Hyperalgesie um*, welche durch außerordentliche Verkürzung der Latenzzeiten gekennzeichnet ist. Diese Hyperalgesie tritt

¹⁾ Ausführl. Mittell. erscheint in der Zeitschr. f. d. ges. exp. Med.

²⁾ Münch. med. Wochenschr. Nr. 37. 1921.

¹⁾ Med. Sekl. d. Schles. Ges. f. Vaterl. Kult. zu Breslau. Sitzg. v. 18. Nov. 1921. Klin. Wochenschr. Nr. 6. S. 297–298.