

Pupillenerweiterung, die Trockenheit der Mund- und Rachenschleimhaut, sowie die niedrige Temperatur, welche namentlich mit den Erscheinungen des Nervensystems im Widerspruche stand, forschte D. nach einer möglichen Atropinvergiftung, wobei es sich herausstellte, dass der Vater des Kindes gegen eine heftige Augenentzündung von einem Arzte Augentropfen erhielt. Er erinnerte sich ferner, dass er vor einiger Zeit beim Aufräumen einen Theil des Fläschcheninhaltes auf dem Tische verschüttet und in der Eile mit einem Leinwandlappen aufgetrocknet habe. Die Mutter machte von dem betreffenden Leinwandlappen die Schnuller für die Kleine. Die Untersuchung des Harnes, sowie des Leinwandlappens wies Atropin nach. Der Patientin wurden um 10 und um 11 Uhr Abends je eine Injektion von 0.0015 Grm. Morphinum muriaticum subkutan gemacht. Nächsten Tag Morgens kam das Kind zum Bewusstsein, am sechsten Tage war es munter wie zuvor.

Hervorzuheben ist, dass die innerhalb einer Stunde zwei Mal gemachte Injektion obiger, für ein 1½ Jahre altes Kind nicht unbedeutender Gabe sehr gut vertragen wurde. Gr.

16. Ueber den therapeutischen Werth der Coca-Präparate im Kindesalter.

Von R. Pott (Jahrb. f. Kinderheilk. 1886, 1. und 2. Hft.)

Die Cocatinktur verdient als wirksames Stomachicum bei den Sommerdiarrhöen, Brechdurchfällen und Dickdarmkatarrhen warm empfohlen zu werden, weil die Stuhlentleerungen darnach bald spärlicher und konsistenter zu werden pflegen. Sie wurde in den verschiedensten Stadien obiger Krankheiten bei 50 Kindern von unter zwei Jahren versucht und je nach dem Alter zu 5, 10, 15, ja 20 Tropfen innerlich verordnet. Selbst bei verhältnissmässig grossen Dosen und länger fortgesetztem Gebrauche wurden keine schädlichen Einflüsse beobachtet. Bei Erkrankung des Respirationstraktes, bei den verschiedensten Krampfformen erwies sich die Tinktur als nutzlos.

Weniger wirksam waren das Cocaextrakt und das Cocainum hydrochloricum als Antinervinum bei Epilepsie, Chorea, Hysterie grösserer Kinder (6—15 Jahren); ersteres wurde innerlich zu 0.05 bis 0.1 Grm. in Pillen gegeben, die wässrige Lösung des letzteren zu 1 bis 2 Cgr. subkutan injiziert.

Ueberraschende, fast glänzende Resultate erreichte P. durch Pinselungen des Rachens mit 5- bis 10perz. Cocainlösung 2 bis 3 Mal täglich bei Keuchhusten. 20 Anfälle wurden durch dieselben auf 3 bis 4 innerhalb 24 Stunden herabgedrückt.

Vielfach wirksam ist die lokale Behandlung auch gegen Schluckbeschwerden und Schmerzen bei verschiedensten Formen der Angina und gegen Spasmus glottidis. Gr.

17. Ein ulzeröses Sarkom des Jejunums bei einem Kinde.

Von Bessel-Haagen (Virchow's Archiv 99 Bd., 1 Hft. Ref. Jahrb. f. Kinderheilk. 1886, 1. und 2. Hft.).

Sarkome am Darne gehören überhaupt zu den grössten Seltenheiten, ein primäres Sarkom des Darmes ist geradezu eine Rarität.

Ein 7½ Jahre alter Knabe bekam einen Faustschlag gegen die rechte Seite seines Bauches. Seither kränkelte er, bekam Schmerzen und Unterleibsbeschwerden, magerte ab und sehr bald entwickelte sich ein Bauchtumor, der kaum zwei Monate nach jenem Trauma bereits zu einer beträchtlichen Auftreibung des Bauches (63 Ctm. Umfang) geführt hatte. Der Tumor dicht unter den Bauchdecken gelegen, die rechte Bauchhälfte einnehmend, hat eine glatte Oberfläche, ist stellenweise höckerig, grösstentheils derb. Einige isolirte Knollen fühlbar. Stuhlentleerungen normal, kein Ascites. Der Knabe fieberte meist am Abende (38.5—39.4° C.), litt an schmerzhaften Koliken, öfter an Erbrechen. Nach 3½ monatlicher Erkrankung hochgradige Kachexie, nach 4½ Monaten Tod.

Bei der Obduktion fand man eine kolossale, kugelig geformte Erweiterung des Darmrohres, etwa von der Grösse einer Mannesfaust, mit markigem Aussehen der Wandungen und ulzeröser Innenfläche. Ulzeröses Sarkom des Jejunums, Sarkomatosis Mesenterii, multiple Metastasen in den Nieren, Lymphdrüsen etc. Mikroskopisch: Kleinzelliges Rundzellensarkom, Ausgangspunkt der Erkrankung war das Jejunum, vorzugsweise die Submucosa desselben. Gr.

Feuilleton.

Ueber den Einfluss von Wohlhabenheit und Kellerwohnungen auf das Auftreten infektiöser Krankheiten.

Von JOSEF KÖRÖSI.

Direktor des kommunal-statistischen Bureaus in Budapest.

II. Die Methode.

Es ist vor Allem zu unterscheiden, dass die Frage, ob an infektiösen Krankheiten mehr Arme als Reiche sterben, durchaus nicht identisch ist mit der anderen, uns hier beschäftigenden Frage, ob nämlich die Armuth einen speziellen Einfluss auf das Auftreten infektiöser Krankheiten ausübt. Bei der ersten Frage handelt es sich um die absolute Häufigkeit der Fälle, selbstverständlich stets auf eine gleiche Anzahl (1000 oder 10.000 Lebende) berechnet, bei der anderen Frage aber darum, ob die Armuth eine spezielle Anziehungskraft eben für die genannten Krankheiten besitze, also um die Darlegung des speziellen Kausalnexus zwischen Armuth und Infektionskrankheiten. Dieser Unterschied möge an einem, den gewöhnlichen statistischen Erfahrungen näher liegenden Beispiele deutlich gemacht werden.

Es handle sich um die Untersuchung des Einflusses, den das Stadtleben auf die Anzahl der Todtgeburten ausübt. Die Anzahl der in Städten Lebenden betrage eine Million, die der Landbewohner zwei Millionen, und man finde jährlich hier 2000, dort 1500 Todtgeburten und berechne hieraus den Koeffizienten der Todtgeburten mit 1½‰ für die städtische, mit 1‰ für die ländliche Bevölkerung. Aus diesem Koeffizienten lässt sich jedoch nur so viel ersehen, dass die Häufigkeit der Todtgeburten in den Städten eine um die Hälfte grössere gewesen. Wir erhalten aber

durchaus keine Auskunft über die zu beantwortende Frage: ob es das Stadtleben sei, welches diese grössere Häufigkeit der Todtgeburten hervorbringt. Glaubt man diese Frage aus den obigen Ziffern, und zwar etwa in dem Sinne beantworten zu können, als ob hieraus der ungünstige Einfluss des Stadtlebens auch schon erwiesen sei, so begeht man einen Fehlschluss. Gruber aber und mit ihm viele Andere begehen diesen Fehler, indem sie aus dem einfachen Verhältnisse der zu beobachtenden Erscheinung zur Anzahl der Lebenden schliessen. So sagt Gruber ausdrücklich: „Die erste und wichtigste Frage, welche eine derartige Untersuchung zu beantworten hat, lautet: Tritt die betreffende Todesursache unter dem Einflusse der untersuchten Lebensbedingung häufiger auf oder nicht? Jede Betrachtungsweise, die mir auf die Hauptfrage keine Antwort gibt, muss ich von vornherein zurückweisen.“ Ferner: „Der befördernde oder hemmende Einfluss einer Lebensbedingung (in unserem Beispiele also der des Stadtlebens) wird daran erkannt, ob die Zahl der betreffenden Todesfälle auf 1000 Lebende, gegenüber der Vergleichsgruppe (also Landbevölkerung) vermehrt oder vermindert ist.“

Es ist aber ganz irrig, aus diesen Ziffern irgend etwas über den Einfluss des Stadtlebens aussagen zu wollen. Denn es ist klar, dass die Anzahl der Todtgeburten nicht nur von der Anzahl der Lebenden, sondern auch von der Anzahl der Geburten abhängt. Wo keine Geburten, dort auch keine Todtgeburten; wo wenig Geburten, dort wenig Todtgeburten. Wir werden deshalb die Frage so formuliren müssen: Wie stellt sich bei Stadt und Land das Verhältniss der Lebendgeburten überhaupt und wie wird dieses Verhältniss bei den Todtgeburten modifizirt? Angenommen, dass sowohl in den Städten als auf dem Lande jährlich 40.000 Lebendgeburten vorkommen, haben wir folgende Daten vor uns:

	Stadt	Land
Anzahl der Lebenden	1,000.000	2,000.000
Anzahl der Lebendgeborenen	40.000 = 40‰	40.000 = 20‰
Anzahl der Nichtlebendgeborenen (Tottgeburten)	1500 = 1½‰	2000 = 1‰

Der einzig richtige Weg nun, auf dem darüber gefolgert werden kann, ob das Stadtleben die Ursache der grösseren Häufigkeit der Todesursachen sei, ist der folgende: Eliminieren wir vor Allem die Wirkungen jener Faktoren, welche die Tottgeburten verursachen, d. h. beschäftigen wir uns in erster Reihe bloss mit den Lebendgeborenen, ausschliesslich der Tottgeborenen. Es stellt sich hiebei heraus, dass die Faktoren des Stadtlebens (z. B. Industrialismus, rascheres Fortkommen, reichere Lebensweise etc.) es zuwege bringen, dass die Fruchtbarkeit daselbst (40‰) zweimal so gross, als auf dem Lande (20‰) ist. Nun fassen wir die Tottgeburten in's Auge, welche ebenfalls eine Folge der Fruchtbarkeit der Bevölkerung sind, aber den übrigen Geburten gegenüber sich durch ein Merkmal, nämlich das des Tottgeboreneins, unterscheiden. Fänden wir nun, dass auch die Tottgeburten in der Stadt zweimal so häufig, als auf dem Lande sind, so würde dies beweisen, dass das gedachte unterscheidende Merkmal nicht eine Wirkung des Stadtlebens ist, dass das Stadtleben also nicht die Ursache, d. h. von keinerlei Einfluss auf das Vorkommen der Tottgeburten ist. In dem obigen Falle sehen wir aber, dass die Anzahl der Tottgeburten der städtischen Bevölkerung (auf eine gleiche Anzahl von Lebenden berechnet) nicht zweimal (d. i. um 200‰), sondern nur anderthalbmal (d. i. um 150‰) grösser ist. Diese Erscheinung des Tottgeboreneins ist also in der Stadt um ein Viertel weniger intensiv aufgetreten, als zu erwarten gestanden. Dieses Maass des Zurückbleibens (beziehungsweise der Steigerung) ist es aber eben, das ich als relative Intensität bezeichne.

Hier noch ein zweites Beispiel. Es handle sich um die Frage, ob die städtischen Einrichtungen, das Klima, der Kulturzustand, mit Einem Worte, ob die lokalen Faktoren Wiens oder der österreichischen Städte einen günstigeren oder ungünstigeren Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben, als jene Londons oder der englischen Städte. Finden wir nun, dass in Wien von 1000 Lebenden jährlich 30, in London aber nur 20 sterben, so lässt sich hieraus nur so viel behaupten, dass die Anzahl der Todesfälle in Wien um ein Drittel häufiger ist. Diese elementare Koeffizientenberechnung ist aber für das vorliegende Problem ganz irrelevant und gibt über den Kausalnexus, den wir einsehen wollen, gar keine Auskunft. Denn es ist doch klar, dass der Einfluss, den die englischen Städte auf die Sterblichkeit ausüben, sich erst dann erkennen lässt, wenn man die Mortalität der Städte mit der jener Gruppe vergleicht, wo alle übrigen Faktoren dieselben sind und nur das charakteristische Moment des Stadtlebens fehlt, also mit der Sterblichkeit des flachen Landes. Denn die Sterblichkeit der englischen Städte setzt sich zusammen aus der Sterblichkeit, die in England überhaupt herrscht und aus der Veränderung, welche hierauf der spezielle Faktor des Stadtlebens ausübt, und ist es ja eben der Einfluss dieses speziellen Faktors, den wir kennen lernen wollen. Gleicherweise ist die Sterblichkeit Wiens ein Resultat der durch die natürliche Lage und den Kulturzustand etc. Oesterreichs bedingten allgemeinen Mortalität und jener lokalen Faktoren, die speziell auf den Gesundheitszustand der Stadt Wien von Einfluss sind. Angenommen, dass die Sterblichkeit in England ebenso 20‰ betrüge, wie jene Londons, so wäre der Einfluss Londons gleich Null; desgleichen, wenn sowohl in Oesterreich, als in Wien 40‰ sterben, wäre auch der Einfluss Wiens gleich Null. In diesem Falle also hätte keine der beiden Städte einen Einfluss auf die Sterblichkeit ausgeübt und es wäre der grösste Irrthum und zugleich die grösste Ungerechtigkeit, in solchem Falle zu behaupten, dass die in Wien zusammenwirkenden lokalen Faktoren einen ungünstigeren, und zwar um das Doppelte ungünstigeren Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben, als jene Londons! Ergäbe sich aber, dass Wien eine um 25‰ geringere Mortalität als der Durchschnitt Oesterreichs aufweist (d. h. 30‰ gegen 40‰), während die Sterblichkeit Londons ebenso hoch steht, als die ganz Englands,

müssten wir da nicht schliessen, dass die in Wien wirkenden speziellen lokalen Faktoren einen günstigeren Einfluss auf die Sterblichkeit ausüben und dass derselbe im Vergleiche zu London 25‰ zu Gunsten Wiens betrage? Diese Differenz von 25‰ ist es nun, die ich als relative (man könnte auch sagen spezielle) Intensität bezeichne¹¹⁾. Es ist klar, dass die gewöhnliche, sich bloss auf die Häufigkeit der Todesfälle beschränkende Beobachtung uns über den eigentlichen Kern der aufgeworfenen Frage (ob nämlich Wien einen günstigeren oder ungünstigeren Einfluss auf die Sterblichkeit ausübe als London, total unorientirt lässt.

(Fortsetzung folgt.)

XV. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(Original-Bericht der „Wr. Med. Wochenschrift“.)

(Fortsetzung.)

— 12. April 1886.

Die Gesellschaft hatte sich diesmal eine so grosse Aufgabe gestellt, dass man es vorhersagen konnte, sie würde nicht Alles bewältigen. Ungeachtet dessen hat aber der Kongress doch so manches Wissens- und Erwähnenswerthe zu Tage gefördert.

Am interessantesten war ohne Frage die Steinoperationsdebatte, die schon im vorigen Kongresse als Diskussionsthema aufgestellt worden war. Dadurch war es gekommen, dass ein Jeder gut orientirt und unterrichtet war. Fast Jeder hatte die Statistiken genau studirt und aus ihnen seine Schlüsse gezogen. Es platzten die differentesten Ansichten auf einander. Es gab Vertheidiger des Seiten-, des Median-, des hohen Schnittes und der Litholapaxie. Die Frage ist von so hervorragender Bedeutung, dass es interessant genug erscheint, den verschiedenen Meinungen der ersten Chirurgen nachzugehen.

Da war es zunächst Prof. König (Göttingen), der die Frage eingehend behandelte und von dessen klangvollem Namen man viel erwarten durfte. Seine Ausführungen gipfelten darin, dass der perineale Medianschnitt als Voroperation für die Entfernung von kleineren Blasensteinen ein nahezu ganz ungefährlicher Eingriff ist. Er sei auch vollkommen ausreichend, um kleine und mittelgrosse Steine, sowie die gewöhnlichen und beweglichen Blasenfremdkörper zu entfernen. Die Sectio alta hält er an sich schon für mit bestimmten Gefahren verbunden, nämlich der Urininfiltration, der viele Kranke erliegen. Sie ist deshalb nur bei den schweren Fällen indiziert. Der Lithotripsie gedachte er freundlich, aber mehr auch nicht. Er that den erstaunenswerthen Ausspruch, dass zu ihr eine besondere manuelle Geschicklichkeit erforderlich sei, die sich anzu eignen nicht Aufgabe eines jeden Chirurgen sei. Ein guter Chirurg müsse einen Stein diagnostizieren und ihn schneiden können, mehr solle man von ihm nicht verlangen. Aus diesem Grunde empfehle er die Lithotripsie nicht.

Es konnte nicht schwer fallen, so unzulänglichen Gründen mit Erfolg entgegenzutreten. Prof. Schönborn (Königsberg) entledigte sich dieser Aufgabe in geistreicher und allgemeine Zufriedenheit hervorrunder Weise.

Die Aufgabe des Chirurgen ist, den Kranken zu heilen, deshalb wird man der Methode den Vorzug geben müssen, die am wenigsten Gefahren für das Leben des Kranken mit sich bringt, vorausgesetzt nämlich, dass mehrere Wege zum Ziele führen.

Wäre der Blasenstein ein Leiden, das momentane Beseitigung erfordert, dann hätte wohl König Recht, dann müsste man die Methode kultivieren, die jeder Arzt leicht ausführen kann. Dies ist aber gar nicht der Fall. Der Steinkranke hat Zeit genug, sich selbst wenn eine Reise dazu vonnöthen wäre, in eine bewährte Hand zu geben. Dieser Grund also für die Verwerfung der Lithotripsie ist vollkommen nichtig. Schönborn hat vorzügliche

¹¹⁾ Ich übergehe hier der Einfachheit halber den Umstand, dass ich bei Berechnung der relativen Intensität nicht den Theil mit dem Ganzen, sondern bloss die Komponenten des Ganzen unter einander vergleiche, weil sonst das zu Messende zugleich einen Bestandtheil des Maassstabes bildete. Ich würde also die Sterblichkeit Londons nicht mit jener Englands vergleichen, sondern nur mit jener der Provinz.