

des wahren Pneumothorax sehr ähnlich sind und in der That bisher fast immer damit verwechselt wurden, hat bereits Leyden hervorgehoben. In seiner Arbeit über Pneumothorax subphrenicus (Zeitschrift für klinische Medizin I. Bd. 1880. XIV, S. 320) präzisirte Leyden in erschöpfender Weise die Differentialdiagnose obiger Krankheitsprozesse und kam nach seinen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass „diese Zustände mit Sicherheit und ohne zu grosse Schwierigkeit diagnostizirbar seien“. Dem gegenüber sei es mir gestattet, zu bemerken, dass dem nur dann so sein mag, wenn die Differentialdiagnose zwischen einem Pneumothorax subphrenicus und einem freien Pneumothorax in Betracht kommt. Indessen gestaltet sich die Sache wesentlich verschieden dann, wenn es darauf ankommt, einen lufthältigen subphrenischen Abszess von einem abgesackten Pyopneumothorax zu unterscheiden. Und gerade um dies handelte es sich in unserem Falle.

Die schwierigste Aufgabe der Diagnose, zu entscheiden, dass die Luft-Eiterhöhle unterhalb des Zwerchfelles liegt, wird nach Leyden durch mehrere Momente ermöglicht:

- a) die Entwicklung der Krankheit und deren Verlauf, welcher auf eine Entzündung im Abdomen hinweist;
- b) gänzlich Fehlen von Husten und Auswurf, wenigstens für längere Zeit des Verlaufes;
- c) geringe Verschiebung des Herzens, geringe oder keine Ektasie des Thorax, die Interkostalräume bleiben eingezogen;
- d) am wichtigsten ist das Verhalten der Lunge, welche unterhalb der Clavicula vollkommen vesikuläres Athmungsgeräusch erkennen lässt; auch der Fremitus ist soweit gut erhalten; nach abwärts aber schneidet das vesikuläre Athmen mit einer scharfen Grenze ab, unterhalb welcher so gut wie gar kein Athmungsgeräusch zu hören ist, dagegen der amphorische Hauch auftritt. Bei tiefer Inspiration rückt das vesikuläre Athmen weit herab in den Raum, der früher kein Athmungsgeräusch wahrnehmen liess.

Diese Zeichen, in Verbindung mit der Entwicklung der Krankheit, liefern den Beweis, dass Lunge und Abszessherd völlig von einander getrennt sind, und dass die Lungengrenzen bei tiefer Inspiration sich erheblich nach unten zu gegen die Höhle hin verschieben, wie es durch die inspiratorische Abflachung des Zwerchfelles geschehen kann.

Unseren Fall betreffend, waren die Auskultationserscheinungen, mit einigen Ausnahmen, allerdings so wie sie Leyden eben angibt, allein es konnte dieses Verhalten der Lunge, da ein freier Pneumothorax überhaupt ausser Betracht kam, diagnostisch nur mit Vorsicht verworthen werden. Wichtiger für unsere Diagnose war der erste und zweite Satz Leyden's, nämlich positive Zeichen einer Unterleibskrankheit, während deutliche Symptome von Seiten der Lunge, wenigstens für längere Zeit des Verlaufes, fehlten.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Verwendung des Cocaïn zur Anästhesirung am Auge.

Von Dr. Karl KOLLER, Sekundararzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

(Schluss.)

Ich habe von vorneherein an die therapeutische Verwerthung des Cocaïn nach zwei Richtungen gedacht: einmal es anzuwenden als Narcoticum bei schmerzhaften Augenerkrankungen und zweitens als Anästheticum bei Augenoperationen.

Was die erstere Verwendungsweise anbelangt, so habe ich mir von seiner Wirkung, insbesondere bei den mit Schmerzen und Lichtscheu verbundenen Hornhaut- und Bindehauterkrankungen viel Gutes erwartet. Ich habe das Cocaïn auch thatsächlich bei einer grösseren Anzahl von Patienten mit Conjunctivitis lymphatica mit Eruptionen und Geschwüren an der Cornea und bei einer Patien-

tin mit Gefässbändchen (in 2%iger Lösung) angewendet. Sämmtliche so behandelte Patienten haben einige Minuten nach der Einträufelung eine wesentliche Besserung ihres subjektiven Befindens angegeben: die Schmerzen haben nachgelassen und die Lichtscheu hat sich bedeutend vermindert. Ebenso übereinstimmend haben sich aber auch die Kranken darüber beklagt, dass 2–3 Stunden nach der Einträufelung Schmerzen und Lichtscheu wiederkehrten. Es wäre also zu erwarten, dass bei einer so oft wiederholten Applikation Schmerzen und Lichtscheu sich dauernd hintanhaltend oder doch herabmindern liessen. Diese Anwendungsweise konnte bis jetzt nicht durchgeführt werden. Eine Beeinflussung des Processes habe ich unter den von mir eingehaltenen Versuchsbedingungen weder nach der einen, noch nach der anderen Richtung hin beobachtet.

Mit ähnlichem Erfolge habe ich das Cocaïn bei einem Manne mit schmerzhaften Erosionen am Limbus angewendet.

Ebenso möchte ich mir von der Anwendung des Cocaïn einen Einfluss auf die Schmerzen bei Iritis versprechen, da ich ja vorhin glaube nachgewiesen zu haben, dass sich die anästhesirende Wirkung in gewissem Grade auch auf die Iris und das Corpus ciliare erstreckt. Die mydriatische Wirkung käme zwar wegen ihrer Geringfügigkeit nicht so sehr in Betracht, doch könnte man von der gefässverengenden Kraft des Cocaïn einen Einfluss auf den Prozess erwarten. Vielleicht wäre die Kombination mit Atropinbehandlung von Erfolg. Zur Anwendung bei dieser Krankheit hat sich mir bis jetzt die Gelegenheit nicht geboten.

Auch das Schmerzgefühl beim Touchiren der Lider mit Argentum nitricum lässt sich durch vorhergängige Cocaïneinträufelung ganz unterdrücken oder doch wesentlich abschwächen. Die meisten der versuchsweise so behandelten Kranken haben angegeben, dieses Mal gar keine Schmerzen zu haben; bei einigen ist nach einer Zeit der Latenz der Schmerz aufgetaucht, liess sich aber durch neuerliche Einträufelung sofort wieder unterdrücken. Eine Patientin hat angegeben, der Schmerz sei wohl bedeutend geringer als gewöhnlich, er habe aber länger gedauert.

Ueber den Nutzen des Cocaïn bei der Blausteinbehandlung habe ich wenige und zum Theile einander widersprechende Erfahrungen; jedenfalls müsste es hier viel intensiver angewendet werden, als beim Touchiren mit Arg. nitr.-Lösung.

Ich komme zur zweiten Verwendungsart des Cocaïn, nämlich als Anästheticum bei Augenoperationen.

Eine vorzügliche Anwendung findet das Cocaïn bei Entfernung von Fremdkörpern von und aus der Cornea, die sich oft wegen Unruhe des Patienten so schwierig gestaltet. Ich habe bei einer grösseren Anzahl von derartigen Patienten (etwa 30 Fälle) die Anästhesirung so vorgenommen, dass ich den Kranken sitzend oder stehend zu Boden blicken und ihm 2 Tropfen einer 2%igen Lösung die Hornhaut hinablaufen liess; nach 3–5 Minuten wurde die Einträufelung noch einmal wiederholt. Sämmtliche Patienten haben hierauf angegeben, dass sie das Fremdkörpergefühl verloren hätten; bei der Ausgrabung der Splitter aus der Cornea mittelst Nadel haben alle den Bulbus ganz ruhig gehalten, und, befragt, was sie gespürt hätten, haben alle geantwortet, sie hätten gar nichts gespürt.

Mit ebenso gutem Erfolge wurde das Cocaïn angewendet in einem Falle von Tätowirung von Hornhautnarben und bei einer Flügelfelloperation.

Gute Resultate dürfte die Anwendung des Cocaïn ergeben bei Kauterisation von Cornealgeschwüren mittelst Glühseisen, bei der Punctio corneae und der Dissectio cataractae. Beide letztere Operationen, die ja im Fixiren der Conjunctiva und im Einstiche in die Cornea bestehen, lassen sich, wie mich meine Erfahrungen am Thiere und auch am Menschen lehren, absolut schmerzlos machen.

Herr Dr. v. Reuss hat bei zwei Kindern, einem Knaben von 10 Jahren und einem Mädchen von 7 Jahren, Staphylomoperationen ohne Narkose nur unter Anwen-

dung von Cocaïn nach der gleich zu beschreibenden Methode ausgeführt. Die Kinder haben sich vollkommen ruhig gehalten und nach ihrer eigenen Angabe keine Schmerzen empfunden.

Herr Dr. v. Reuss war ferner so gütig, mir bei einigen Iridektomien und Staaroperationen nach Graefe, die er ausgeführt hat, die vorherige Anwendung von Cocaïn zu gestatten. Im Allgemeinen möchte ich darüber nur sagen, dass sämtliche Fälle reizlos verlaufen sind, was jedenfalls zu weiteren Versuchen auffordert. Die Versuche haben verschiedene, mehr oder weniger günstige Resultate ergeben, aber immer entsprechend der Intensität und der Art und Weise, wie das Mittel zur Anwendung kam. Die allergünstigsten, ja beinahe vollkommen befriedigenden Resultate hinsichtlich der Schmerzlosigkeit bei der Operation haben jene Fälle geliefert, bei denen folgende Methode genau eingehalten wurde: Durch mindestens $\frac{1}{2}$ Stunde unmittelbar vor der Operation werden von 5 zu 5 Minuten je 2 Tropfen einer 5%igen Lösung eingeträufelt. Der Patient wird mit dem Kopfe horizontal gelagert, das obere Lid gelüftet und nun, während der Kranke angewiesen wird, gegen seine Füsse zu blicken, ihm auf die Skleralpartie oberhalb der Cornea die Lösung aufgeträufelt.

Von den so Behandelten hat eine Frau, bei der eine Linearextraktion vorgenommen wurde, bei den einzelnen Operationsakten befragt, angegeben, vom Corneoskleralschnitte absolut nichts gefühlt zu haben; das Fassen und Abschneiden der Iris habe sie wohl gespürt, es habe sie aber nur wenig geschmerzt. Gegen keinen der Operationsakte hat sie irgendwie reagiert; desgleichen nicht eine kretinartige Frauensperson, bei der die gleiche Operation ausgeführt wurde, und bei der Herr Dr. v. Reuss, weil sie sonst sehr empfindlich war, sich gescheut hatte, die Operation auszuführen.

Bemerkenswerth wegen der besonderen Umstände scheint mir folgender Fall zu sein:

Ein Mann mit beiderseitiger Seclusio pupillae wurde nach Cocaïnbehandlung an dem linken Auge iridektomirt. Der Mann reagierte gegen die Operation nicht im Geringsten, gab an, vom Corneoskleralschnitte (mittels Lanzette) gar nichts gefühlt zu haben, das Fassen und Abschneiden der Iris habe er gespürt, es habe ihn aber nicht geschmerzt. Acht Tage später wurde derselbe Mann an dem anderen Auge derselben Operation unterzogen, jedoch dieses Mal das Cocaïn weggelassen: und da hat er nun in einer Weise gepresst und gekniffen, dass Herr Dr. v. Reuss, wie er mir mittheilte, die Operation dadurch wesentlich erschwert wurde.

Wenn nun auch die grosse Mehrzahl der Kranken, welche zu derartigen Operationen kommen, ohnehin torpide Individuen sind und ihre Schmerzen geduldig ertragen, so scheint mir doch der letztere Fall den Beweis zu erbringen, dass auch in solchen Fällen ein Anästheticum gute Dienste leisten kann.

Wo stehen wir heute gegenüber der Syphilis?

Vortrag

gehalten von Prof. Dr. HEINRICH AUSPITZ in Wien bei Eröffnung seiner klinischen Vorlesungen über Syphilis am 13. Oktober 1884.

(Fortsetzung.)

III. Die Krankheitsform Syphilis.

Im Frühling 1495 brach in Italien unter den schon im Herbst 1494 unter Karl VIII. zur Eroberung Neapels dahingezogenen Franzosen, die sich daselbst den fürchterlichsten Ausschweifungen überlassen hatten, die Syphilis in Form einer Seuche aus, welche sich auch den Eingeborenen und bei der Auflösung des Heeres ganz Europa mittheilte. Die Franzosen beschuldigten die Italiener, diese die Franzosen der Uebertragung und so kommt

es, dass die Seuche bald „morbus neapolitanus“, bald „morbus gallicus“ genannt wurde.

Sie ging, wie man bemerkte, am häufigsten von Pusteln (worunter wohl auch weiche und harte Geschwüre, Knoten verstanden wurden) der Genitalien aus, überzog nach kurzer Inkubation von mehreren Tagen bis höchstens Wochen, in welchen aber schon Prodromalerscheinungen (Fieber, ziehende Schmerzen u. s. w.) auftraten, den Körper mit Ausschlägen aller Art, richtete Zerstörungen im Munde, im Schlunde, am harten und weichen Gaumen, in der Nase an, verursachte die furchtbarsten Muskel- und Knochenschmerzen und tödtete nicht selten durch hektisches Fieber, Wassersucht, Marasmus.

Die hervorstechendste Rolle spielten Hautausschläge, wuchernde Hautauswüchse und serpiginöse zertallende Hautgeschwüre.

Marcellus von Como, Feldarzt des venetianischen Hilfskorps der Spanier, welcher im J. 1495 die Seuche zu Novara beobachtete, beschreibt das erste Auftreten und den Verlauf der Erkrankung mit folgenden Worten:

„Ich bezeuge, Reisige und Fussvolk der Venetianer und Mailänder an Pusteln im Gesichte und über den ganzen Körper in Folge des Siedens der Säfte (ex ebullitione humorum) erkranken gesehen zu haben, welche gewöhnlich an der inneren oder äusseren Fläche der Vorhaut oder auf der Eichel (Castanea) begannen, und zwar von Hirsekorngrösse, mit etwas Jucken. Bisweilen trat eine Pustel als kleines, schmerzloses, aber juckendes Bläschen auf, welches aufgekratzt wurde, ulcerirte, wie die formica corrosiva (Lupus?) und nach einigen Tagen von Schmerzen in den Armen, Unterschenkeln, Füssen und von grossen Pusteln gefolgt wurde.

Ich behandelte sie mit einem Aderlass an der Saphena, bisweilen an der Basilica, wendete digerirende und purgirende Mittel an und endlich Einreibungen an den Stellen, wo dies nöthig war. Diese Pusteln dauerten, wenn sie nicht behandelt wurden, ein Jahr und länger an den, Leprösen oder Variolösen ähnlichen Kranken.“

Aus dieser Schilderung wie aus vielen anderen, z. B. der Beschreibung Jordan's von der sogenannten Brünner Epidemie 1577, welche von einer Badestube ausging und alle dort Geschöpften (über 100) befiel, geht hervor, dass die Krankheit damals entschieden einen epidemischen Charakter, und zwar den einer contagiösen Infektionskrankheit zeigte, so dass sie sich am ehesten mit einer Zoonose, etwa mit Rotz vergleichen liesse.

Wenn wir uns nun mit einem grossen historischen Sprunge in die Gegenwart und in die nächste Vergangenheit versetzen und mit einem Blicke gewisse Endemien streifen, welche heutzutage einstimmig als Syphilisverschönerungen gewisser Bezirke und Länder (Syphiloide) gedeutet, aber früher unter den verschiedensten Namen: Sibbens, Radesyge, Marschkrankheit, jütländische Krankheit, Skerljevo u. s. w. als selbstständige Krankheiten betrachtet worden sind, und wenn wir endlich zum Schlusse den typischen Verlauf eines Syphilisfalles von heute und unter gewöhnlichen Verhältnissen in Betracht ziehen: so macht sich sofort zwischen jener grossen Epidemie und den eben erwähnten Endemien eine überraschende Ähnlichkeit — zwischen beiden aber und dem typischen heutigen Verlaufe ein wesentlicher Unterschied geltend. Bei beiden tritt der lokale Ursprung an den Genitalien, welcher z. B. bei der Skerljevo in Dalmatien, gleichwie bei Radesyge in Norwegen fast gar keine Rolle spielt, zurück gegenüber den heftigen, die Konstitution im Ganzen verheerenden Erscheinungen, den diffusen, pustulösen, ulzerösen, gummösen Hautformen, den gummösen Knochenerkrankungen, den viszerale Leiden, den Ernährungsstörungen wie bei hereditärer Syphilis u. s. w. Sowohl bei den epidemischen als bei den endemischen Formen erscheinen die Inkubationen kurz, wie verwischt; sogenannte sekundäre und tertiäre Symptome kommen gleich zu Anfang und unvermittelt zur Erscheinung und zwar in grösster Ausdehnung; alle Pustulationen und Ulzerationen tragen den Charakter heftiger Entzündung und des Phagedän; die qualvollen subjektiven Erscheinungen, wie sie jetzt meist als Folge tiefer Störungen, insbesondere der Knochenhaut und der Knochen selbst in schweren Fällen und verhältnissmässig spät beobachtet werden, treten wie mit Einem Schläge auf und