

# Die exsudative Diathese

Akademische Antrittsvorlesung

von

Privatdozent Dr. med. et phil. S. Samelson

Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik Straßburg i. E.

Mit 4 Textfiguren

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

1914

# Die exsudative Diathese

Akademische Antrittsvorlesung

von

Privatdozent Dr. med. et phil. S. Samelson

Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik Straßburg i. E.

Mit 4 Textfiguren



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

1914

ISBN 978-3-662-24159-2 ISBN 978-3-662-26271-9 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-662-26271-9

**Alle Rechte, insbesondere das der  
Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.**

Wenn ich hier versuchen will, das vielgestaltige Krankheitsbild zu entwickeln, das wir heute nach dem Vorgang Czernys als exsudative Diathese zu bezeichnen gewohnt sind, so erscheint es mir notwendig, zunächst einmal zu zeigen, wie die Kinderheilkunde zu der Wiedereinführung des lange Zeit verpönten Begriffes der Diathesen gekommen ist, und was unter einer Diathese überhaupt zu verstehen ist.

Welchem großen Interesse die Diathesenfrage zur Zeit begegnet, das scheint mir am besten daraus hervorzugehen, daß man sie vor wenigen Jahren auf dem deutschen Kongreß für innere Medizin 1911 zum Gegenstand eines größeren Referates gemacht hat, in das sich His, v. Pfaundler und Bloch teilten, die das Thema vom Standpunkt des Internisten, des Pädiaters und des Dermatologen aus behandelten. Nach Bloch haben wir als Diathese ganz allgemein einen hereditär übernommenen oder seltener im späteren Leben erworbenen pathologischen Zustand, eine ihrem Wesen nach unbekannte Stoffwechselstörung zu betrachten, die sich in der verschiedensten Weise an dem oder jenem Organ oder Organkomplex, bei dem oder jenem Glied einer Familie als abnorme krankhafte

Reaktion gegen habituelle oder außergewöhnliche Schädlichkeiten des Lebens äußert. Noch einfacher wird der Sinn der Sache vielleicht durch die treffende Übersetzung wiedergegeben, die v. Pfaundler für das Wort Diathese gefunden hat. Diathese ist ja tatsächlich nichts anderes als Disposition, Krankheitsbereitschaft auf deutsch. Wir verstehen also unter einem mit einer Diathese behafteten Individuum ein solches, das eine erhöhte Bereitschaft zu einer bestimmten Krankheit besitzt. Nimmt man das Wort in diesem Sinne, so ist ihm jede Spur des Hypothetischen geraubt, das die Gegner der Diathesenlehre in den Begriff Diathese hineinzulegen pflegen, offenbar weil sie ihn mit dem der Dyskrasie verwechseln.

Mit Befriedigung können wir konstatieren, daß von His in dem erwähnten Referate die Anregung anerkannt worden ist, die in der Diathesenfrage von der Kinderheilkunde ausgegangen ist. Tatsächlich war die eingehende Beschäftigung mit den Diathesen eine Konsequenz aus der Entwicklung der Pädiatrie. Eine Kinderheilkunde in unserem heutigen Sinn gibt es ja erst seit 20 Jahren. Zwar gab es schon vorher Kinderärzte und unter ihnen Männer von unübertroffenem Wissen und Können wie Hensch, aber mit unserem heutigen Hauptgebiet, der Säuglingsheilkunde, beschäftigte man sich nicht, aus dem einfachen Grunde, weil man an ein erfolgreiches ärztliches Handeln auf diesem Gebiete nicht glaubte. Das wurde erst anders in dem Augenblick, wo Heubner als Direktor der

Berliner Charité an Henochs Stelle trat, und statt des letzteren Rat zu befolgen, die Säuglingsstation eingehen zu lassen, da sie ja doch die reine Mördergrube sei, im Gegenteil gerade sein volles Interesse dem Gebiet der Säuglingsheilkunde zuwandte. Ein Blick in eine moderne Säuglingsklinik, ein Blick auf die Zahlen, die die Höhe der Säuglingssterblichkeit früher und jetzt statistisch darstellen, zeigt uns, was in den letzten 20 Jahren erreicht worden ist. Die Hygiene der Säuglingsstation ist geschaffen; die Technik der Untersuchung des Säuglings, die es dem modernen Arzt nicht mehr ermöglicht, sich den schreienden Säugling mit dem Worte „mit so einem kleinen Kinde ist doch nichts anzufangen“ vom Hals zu halten. Vor allem aber, es ist aufgeräumt worden mit der früher üblichen Praxis, die Ernährung des Säuglings, des gesunden und des kranken, mit Hilfe gewisser Schemata zu regeln, die noch dazu oft genug von gewissenlosen Nahrungsmittelfabrikanten stammten, die nur das Interesse hatten, ihre Mehle zu teuren Preisen abzusetzen. Was dem einzelnen Praktiker entgehen mußte, weil er nicht die genügende Zeit zur Beobachtung hatte, auch wohl, weil er nicht die großen Mengen von Kindern sah, die nun in den neuen Kinderpolikliniken und Kliniken zusammenströmten, das mußte die Aufmerksamkeit der Kinderärzte in höchstem Grade erregen, die verschiedene Reaktion der einzelnen Individuen auf die gleiche Ernährung. Hier mit seinen Studien eingesetzt zu haben, das ist das große und

unbestrittene Verdienst Czernys. Immer wieder und wieder hat er mit dem größten Nachdruck auf die Bedeutung der Konstitution hingewiesen, also der jedem Individuum angeborenen Fähigkeit, den von außen an es herantretenden Aufgaben zu genügen und sich den in seiner Umgebung herrschenden Verhältnissen anzupassen. Daß dies nicht immer gelang, und daß sich gruppenweise Kinder zusammenstellen ließen, die unter denselben Bedingungen in abnormer Weise reagierten, wo andere Kinder gut gediehen, daß diese abnormen Reaktionen immer dieselben Typen zeigten, das brachte Czerny zur Einführung des Diathesenbegriffes. So zeigte er, wie gewisse Kinder rachitisch wurden, andere neuropathisch.

Eine weitere Gruppe faßte er unter einem Krankheitsbild zusammen, dem er den Namen der exsudativen Diathese gab. Wenn Czerny mit diesem Namen eine Krankheit bezeichnete, so war dies ein bedauerlicher Fehler, der zu Mißverständnissen Anlaß gab und geben wird. Denn wenn man sich daran erinnert, wie wir vorhin die Diathesen definiert haben, so müßte man unter exsudativer Diathese den Zustand verstehen, der bei Einwirkung gewisser Schädlichkeiten zum Ausbruch der Symptome führt, von denen ich nachher sprechen werde, und nicht die durch diese Symptome charakterisierte Krankheit. Da nun aber der Name exsudative Diathese einmal eingeführt ist, so müssen wir ihn auch beibehalten, obgleich wir damit, wie gesagt, etwas anderes meinen, als was wir damit bezeichnen.

Dies vorausgeschickt, möchte ich mich nun meinem eigentlichen Thema zuwenden, zu zeigen versuchen, was nach Czerny Wesen, Symptomatologie, Pathogenese und Therapie der exsudativen Diathese ist, um dann auf Grund von Arbeiten, die inzwischen auf diesem Gebiet erschienen sind, sowie auf Grund eigener klinischer Erfahrungen eine Kritik der Czernyschen Anschauungen anzuschließen. Ich halte mich ziemlich genau an Czernys Darlegungen, wie er sie in seiner ersten über diesen Gegenstand im Jahre 1905 erschienenen Arbeit und seinen weiteren Mitteilungen zur Kenntnis der exsudativen Diathese und schließlich — was die Therapie anlangt — in dem erst kürzlich erschienenen, darauf bezüglichen Teil des Czerny-Kellerschen Handbuches niedergelegt hat.

Danach handelt es sich um eine kongenitale Anomalie des Organismus, eine Neigung zu exsudativen Prozessen auf der Haut und den Schleimhäuten, von der meist alle Kinder einer Familie, wenn auch in verschiedenem Grade, befallen werden. Die Krankheit soll aber nicht nur kongenital, sondern, was ja keineswegs dasselbe ist, obgleich Czerny dies anzunehmen scheint, ererbt sein. Wenn sich dies anamnestic oft nicht nachweisen läßt, so liegt es daran, daß entweder die Eltern den Schädigungen, die die Symptome der Krankheit zum Ausbruch bringen, nicht ausgesetzt waren, oder daß die Eltern über ihren gesundheitlichen Zustand während der eigenen Kinderjahre nicht Bescheid wissen. Ich möchte glauben, daß man derartigen



Angaben überhaupt kein allzu großes Gewicht beilegen darf, und daß es besser sein dürfte, die Frage nach der Vererbbarkeit der exsudativen Diathese bis zu einem Zeitpunkt zu verschieben, wo es möglich sein wird, Kinder von Eltern, deren Anomalie wirklich ärztlich beobachtet und als zur exsudativen Diathese gehörig bezeichnet wurde, zu verfolgen.

Dagegen erscheint es auch mir unzweifelhaft, daß es sich um eine angeborene Anomalie handelt, obgleich ich Czerny nicht zustimmen kann, wenn er meint, dies durch den Namen Diathese bereits angedeutet zu haben. Denn es gibt auch nach der Geburt erworbene Krankheitsbereitschaften, die Zustände der Anaphylaxie nach Sensibilisierungen z. B.

Daß die exsudative Diathese als angeboren anzusehen ist, das geht am deutlichsten daraus hervor, daß ihre ersten Erscheinungen sich schon in den ersten Lebenswochen geltend machen. Diese bestehen nun nicht etwa, wie man meinen sollte, in irgendwelchen Exsudationen, sondern auffallenderweise in einem von der Norm abweichenden Ernährungserfolge, wobei wiederum zwei verschiedene Typen zu unterscheiden sind, je nachdem es sich um zarte und schwächliche, in auffallendem Gegensatz zu den Körperverhältnissen der Eltern stehende, oder um dicke Kinder mit wenig entwickelter Muskulatur handelt.

Die letzteren sollen nun bei Ernährung an der Brust, selbst bei kleinen Nahrungsmengen, stark über den Durchschnitt hinausgehende, extreme Körpergewichts-

zunahmen zeigen, die durch einen starken Fettansatz bei mangelhafter Muskulatur bedingt sind, während bei der ersteren Gruppe im Gegensatz hierzu selbst bei ausreichender Ernährung mit Frauenmilch, und ohne daß irgendwelche Störungen der Magendarmtätigkeit vorlägen, wochenlang eine Gewichtszunahme nicht zu erzielen ist. Die Zugehörigkeit zur exsudativen Diathese scheint Czerny dadurch erwiesen, daß diese Kinder früher oder später sichtbare Erscheinungen derselben bekommen. Wieweit dieser Schluß zu Recht besteht, das will ich nachher genauer untersuchen. Den eigentlichen Grund der Erscheinungen sieht Czerny wie auch bei den anderen noch zu besprechenden Symptomen in einem durch die exsudative Diathese bedingten abnormen Ablauf des Fettstoffwechsels, wofür auch das klinische Verhalten der Kinder vom zweiten Typus bei Zufütterung von fettarmer Nahrung spricht, die sofortigen Gewichtsanstieg zur Folge hat. An anderer Stelle wird als Ursache der exsudativen Diathese von Czerny ein kongenitaler Defekt jener Gewebe angegeben, die die großen Schwankungen im Wassergehalt des Organismus ermöglichen. „Je größer der Wassergehalt, um desto mehr macht sich die exsudative Diathese bemerkbar.“ Eine soeben erschienene Arbeit von Lederer macht es wahrscheinlich, daß es sich um eine pathologisch veränderte Art der Wasserbindung an die Zellbestandteile handelt.

Eins der ersten sichtbaren Symptome der exsudativen Diathese pflegt nun die Landkartenzunge, die

Lingua geographica, zu sein. Auf der Zunge treten weißliche, bogenförmige, in ihren Konturen an die auf Landkarten üblichen Abgrenzungsbezeichnungen erinnernde Streifen auf, von denen Czerny annimmt, daß sie auf einer Exsudation in die Papillen beruhen. Beweisen läßt sich das nicht, da sie nach dem Tode verschwinden und einer anatomischen Untersuchung nicht zugänglich sind, so daß die Annahme anderer, daß es sich in Analogie mit ähnlichen Prozessen pathologisch-anatomisch nicht um eine Exsudation, sondern eine Proliferation handelt, wohl nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Die Zeichnung der Landkartenzunge ist in den verschiedenen Fällen äußerst wechselnd, aber auch in einzelnen Fällen sich fast täglich ändernd. Eingehende Beobachtungen über den Ablauf der Erscheinung finden sich in einer Arbeit von Jellinek aus der v. Pirquetschen Klinik.

Weitere Symptome der Diathese sind nun, was die äußere Haut anlangt, Gneis und Milchschorf. Beide sind miteinander aufs engste verwandt und wohl nur durch die Lokalisation voneinander unterschieden. Der Gneis, der die Kinder nur während des Säuglingsalters befällt, entsteht auf dem behaarten Kopf in Form von schmutziggrauen bis bräunlichen, der Haut fest anhaftenden Schuppen von verschiedener Größe, nach deren künstlicher Ablösung durch Salben, Benzin oder mittelst einer Pinzette sich die hyperämische, meist leicht nässende, also sichtlich pathologisch veränderte Haut zeigt. Meist entsteht nach der Säuberung der

Gneis von neuem, oft auch bilden sich an seiner Stelle Borken, die, wenn sie infiziert werden, zur Entstehung der bekannten Säuglingsektzeme führen, die sich dann oft genug auf Gesicht und Nacken auszudehnen pflegen. Dasselbe Schicksal kann die zweite hierher gehörige Erscheinung erleiden, der Milchschorf, der gleichfalls fast ausschließlich im ersten Lebensjahr vorkommt und die Wangen der Kinder befällt. Seine bekannte Hartnäckigkeit wird durch den Namen charakterisiert, den man ihm in Österreich gegeben hat. Dort spricht man von Vierziger, womit angedeutet wird, daß die Erkrankung 40 Wochen bestehen kann. Tatsächlich dauert es oft noch länger, bis der Milchschorf völlig verschwindet, da er immer und immer wiederzukehren pflegt, auch wenn man ihn längst abgeheilt glaubt. Im Beginn des Milchschorfs zeigt sich eine gegen die Umgebung scharf abgesetzte Rötung der Wangenhaut, fast immer symmetrisch; dann tritt eine sicht- und fühlbare Rauigkeit der Haut ein, die bald größere Dimensionen einnimmt, schließlich folgt eine feine Schuppung. Wenn nun die Kinder dem intensiven Juckreiz nachgebend, der meist mit dem Milchschorf verbunden zu sein pflegt, mit Armen und Händen an den befallenen Stellen zu reiben beginnen, so werden dadurch Epitheldefekte gesetzt, die der Infektion Tor und Tür öffnen, und die wiederum zu den gefürchteten Säuglingsektzemen führen. Leider sind die Schwierigkeiten, die Kinder am Kratzen zu verhindern, sehr groß, da die Not schon die kleinsten Säuglinge erfinde-

risch macht, und sie trotz Festbindens der Hände oder Überziehens fester Pappmanschetten über die Arme irgendeinen Modus zu finden wissen, durch Reiben der Wangen den Juckreiz zu mildern. Man muß dann versuchen, durch die später noch näher zu besprechende Art und Weise der Ernährung den Milchschorf zum Verschwinden zu bringen.

Eine dritte hierher gehörige Hautaffektion, die sich von den oben besprochenen dadurch unterscheidet, daß sie weit über das erste Lebensjahr hinaus zu bestehen pflegt, ist die Purigo, von anderen auch Strophulus genannt. Am Rumpf und an den Extremitäten, fast nie im Gesicht schießen hellbraune derbe Knötchen von Stecknadelkopf- bis Hirsekorngröße auf, die wiederum einen äußerst lebhaften Juckreiz bewirken und meist schon zerkratzt sind, wenn sie der Arzt zu Gesicht bekommt. Natürlich ist auch hier die Gefahr der Infektion und sekundären Ekzembildung keine kleine. Die Affektion verschwindet oft ebenso plötzlich, wie sie im Laufe der ersten Lebensjahre wiederzukehren pflegt.

Schließlich wäre die bei den mit exsudativer Diathese behafteten Kindern außerordentlich große Neigung zum Wundwerden an Stellen, wo Hautfalten miteinander in Berührung kommen, zu erwähnen. Nicht nur in den Inguinalfalten, wo bei schlechter Pflege auch bei nicht exsudativen Kindern diese Erkrankung der Haut, die Intertrigo, infolge des Reizes, den sich zersetzender Urin ausübt, eine äußerst häufige Erscheinung ist, sondern auch in den Halsfalten, in der Achselhöhle,

hinter den Ohren tritt hartnäckiges Wundsein auf, das immer wieder und wieder erscheint, wenn es mit vieler Mühe zur Abheilung gebracht ist.

Betrachten wir diese Mannigfaltigkeit der Erscheinungen an der Haut der uns hier interessierenden Kinder, so ist die Annahme Czernys wohl nicht von der Hand zu weisen, daß alle diese scheinbar so verschiedenen Erkrankungen auf einer eigenartigen, ihrem innern Wesen nach noch nicht bekannten abnormen Beschaffenheit der Haut beruht, die sie weit leichter zu einer Reaktion auf äußere Reize kommen läßt, als dies bei dem gesunden Organ der Fall ist.

Dieselbe Abnormität und leichte Vulnerabilität zeigen nun aber — und das ist ein weiteres Charakteristikum der exsudativen Diathese — auch die Schleimhäute. Czerny rechnet die Phlyktänen zur exsudativen Diathese. Von den Erscheinungen an der Zunge, der *Lingua geographica*, habe ich schon gesprochen. Dies ist ein recht harmloses Symptom, so sehr es auch die Eltern, wenn sie es zum erstenmal bemerken, erschrecken mag. Recht unangenehm sind dagegen die ewigen Reizungen der Schleimhäute des Rachens und der Bronchien, der Auskleidungen der lymphoiden Organe des Rachens und des Nasenrachenraums. Auch hier machen sich die ersten Erscheinungen schon im ersten Lebensjahr geltend; aber während die Hauterkrankungen bis auf die Prurigo am Ende des ersten Jahres fast immer zum Erlöschen kommen, begleiten die Schleimhauterkrankungen diese Kinder durch die

ganze Kindheit, und wir haben dann die jedem Arzt bekannten Fälle vor uns, bei denen eine Angina auf die andere folgt, um dann wieder einer Pharyngitis oder einer Bronchitis Platz zu machen, die in ausgeprägten Fällen asthmatischen Charakter annimmt. Es war ja schon den alten Ärzten aufgefallen, daß eine Beziehung zwischen Ekzemen und kindlichem Asthma bestand. Diese Erscheinung können wir heute mühelos in das Bild der exsudativen Diathese einordnen. Am schwersten sind nun die dicken und fetten Kinder von pastösem Habitus betroffen, die auch die größten Tonsillen haben, da Czerny eine Parallelität zwischen der allgemeinen Entwicklung und dem Wachstum der lymphoiden Organe annimmt. Sie neigen am meisten zu Infektionen und sind am meisten von ihnen gefährdet.

Die immer wieder erfolgenden Erkrankungen der Tonsillen ziehen eine Beteiligung der zugehörigen Lymphdrüsen nach sich, die zu schwellen beginnen und am Hals sicht- und fühlbar werden. Früher hat man vielfach diese Drüsen dann für tuberkulös gehalten und die Kinder als skrofulös bezeichnet. Heute, wo wir in der Pirquetschen Reaktion ein äußerst exaktes Reagenz auf Tuberkulose besitzen, sind wir imstande, die Fälle genau zu sichten. Dazu folgen wir am besten der von Czerny im Anschluß an seine Lehre von der exsudativen Diathese gegebenen Definition der Skrofulose. Czerny versteht unter Skrofulose die Äußerungen der exsudativen Diathese bei Kindern, die mit Tuberkulose infiziert sind. Während er die Tuberkulose und

die exsudative Diathese als nebeneinander bestehende Krankheiten ansieht, nimmt Escherich eine innigere Beziehung zwischen den beiden Krankheiten an, indem er die katarrhalischen und entzündlichen Erscheinungen als tuberkulotoxisch bedingt auffaßt, und Moro, der sich mit der gleichen Frage beschäftigt, läßt die Tuberkulose als den die exsudative Diathese zum Ausbruch bringenden Reiz gelten. In jedem Fall besteht eine enge Beziehung zwischen beiden Krankheiten, so daß wir auch hier die große Bedeutung erkennen, die die Aufstellung des Krankheitsbildes der exsudativen Diathese für uns hat.

Trotzdem ist man natürlich zur Kritik durchaus berechtigt und verpflichtet, und diese ist denn auch nicht ausgeblieben. Auf der einen Seite hat man den Begriff zu erweitern, auf der anderen ihn einzuschränken gesucht. Mannigfache Symptome wurden der exsudativen Diathese eingereiht. So zählt Freund auf Grund zweier Beobachtungen Kinder dazu, die mit abnorm entwickeltem Haarschopf zur Welt kommen, und viele Autoren, z. B. Moro und Kolb, halten die zirkuläre Caries für hierher gehörig. Dagegen spricht das auffallend seltene Vorkommen dieser Zahnerkrankung in der besseren Praxis, in der die exsudative Diathese selbst doch zu den häufigsten Vorkommnissen gehört. Nach einer recht eingehenden Untersuchung, die Feiler an dem großen Material der Breslauer Kinderklinik ausgeführt hat, scheint vielmehr eine Beziehung zwischen zirkulärer Caries und Rachitis zu



bestehen. Langstein beschrieb eosinophile Darmkrisen als Symptom der exsudativen Diathese, Lust glaubt auf Grund seiner Befunde an eine Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese.

Stölzner hat den Versuch gemacht, an Stelle der exsudativen Diathese eine von ihm Oxypathie genannte, auf einer hypothetischen Phosphorsäurevergiftung des Organismus beruhende Diathese zu setzen. Dieser Versuch ist als durchaus mißglückt zu betrachten, da es in der gesamten Pathologie des Kindesalters kaum ein Symptom gibt, das nicht zur Oxypathie zu rechnen wäre. Ebenso ist die arthritische Diathese Combys, die die Franzosen der exsudativen Diathese vorziehen, als zu weit gefaßt zu bezeichnen, während der Standpunkt einzelner Laryngologen, die alle Erscheinungen der exsudativen Diathese als Folge von Infektionen der Tonsillen ansehen (Paeßler), wohl als absolut einseitig und kurzsichtig ziemlich allgemein verlassen ist.

Dagegen scheint es mir richtig, die dicken pastösen Kinder, die schon bald nach der Geburt durch ihre abnorme Körperentwicklung auffallen, von der exsudativen Diathese abzutrennen. Gewiß können auch diese Kinder durch ein zufälliges Zusammentreffen exsudative Erscheinungen zeigen, aber es gibt viele von ihnen, die stets frei davon bleiben. Zudem ist die Zahl dieser Kinder viel größer, als dies die bisherige klinische Beobachtung lehrt. Denn es gibt genug Fälle, wo die als charakteristisch angesehene Adipositas und das

pastöse Aussehen zurücktritt. Daher werden viele Fälle dieser Anomalie erst bei Sektionen nach plötzlichen Todesfällen entdeckt, wobei sich dann der bekannte Status thymolymphaticus zeigt, und einen Teil der Fälle werden wir in Zukunft schon während des Lebens feststellen, wenn wir uns daran gewöhnen, nach dem von Schridde bei seinen zahlreichen Sektionen gefundenen Kriterium einer Hyperplasie der Zungenbälge am Zungengrund zu suchen. Die große Thymus, die für diese Kinder charakteristisch ist, hat aber mit der exsudativen Diathese nichts zu tun, und auch die Lymphdrüenschwellungen haben eine andere Genese. Denn sie sind hier bei den pastösen Kindern das Primäre, während sie bei den exsudativen Kindern sekundär infolge des Vordringens der Infektionen von den infizierten Schleimhäuten und lymphoiden Organen in die zugehörigen Lymphdrüensysteme entstehen. Daher ist es nicht richtig, wenn Heubner annimmt, daß sich der zuerst von Paltauf und Escherich aufgestellte Status thymico-lymphaticus, der von Heubner als Lymphatismus übernommen wurde, mit der exsudativen Diathese deckt, und wenn Czerny denselben zu den schweren Formen der exsudativen Diathese rechnet. Trennen wir ihn von dieser ab, so verliert damit die exsudative Diathese, so unangenehm sie für ihre Träger auch ist, den Charakter der Lebensgefährlichkeit, den Czerny ihr unter Umständen zuschreibt, wenn er meint, daß exsudative Kinder von Infektionen schwerer geschädigt werden als normale

Individuen. Dies trifft vielmehr nur auf die pastösen Kinder mit der Thymushypertrophie zu, die schon durch ganz geringfügige, klinisch kaum nachweisbare Ursachen sterben und um so mehr durch schwere Infektionen bedroht sind.

Aber auch für die andere Gruppe von Kindern, die Czerny nach dem Verhalten ihres Körpergewichts in den ersten Lebenswochen, das bei Ernährung an der Brust nicht zu heben ist, ohne daß eine der gewöhnlichen Ursachen hierfür verantwortlich zu machen wäre, zur exsudativen Diathese rechnet, scheint mir eine Berechtigung hierzu nicht vorzuliegen. Es sind dies Kinder, die bei ausreichender Ernährung mit Frauenmilch und ohne daß irgendein Anhaltspunkt für eine Infektion vorläge, doch wochen-, ja monatelang nicht zunehmen. Dabei entsprechen die Kinder im übrigen allen Anforderungen, die man an Säuglinge in den ersten Lebenswochen stellt: sie sind ruhig, schlafen viel, liegen in typischer Haltung, Hautfarbe und Turgor sind gut und die Darmtätigkeit ist normal. Auch hier wird von Czerny die Zugehörigkeit zur exsudativen Diathese daraus geschlossen, daß diese Kinder früher oder später andere sichtbare Zeichen dieser Diathese bekommen. Dies ist nun nach unseren klinischen Erfahrungen nur in einer Minderzahl von Fällen zutreffend. Derartige Konstruktionen sind ja nur mit Hilfe eines ganz einwandfreien Materials möglich; poliklinische Fälle sind dazu kaum zu verwenden, da man bei genauer Verfolgung der Kinder der armen Bevölkerung,

wenn die Mütter nicht ganz besonders besorgt um die Kinder sind, kaum je ein Kind finden wird, bei dem man nicht gelegentlich einmal eine Intertrigo und dergleichen findet. Deshalb ist man aber noch nicht berechtigt, diese Kinder für exsudativ zu halten; dazu gehört doch wohl das Auftreten einer Mehrheit von Symptomen. Außerdem ist es bei poliklinischen Beobachtungen kaum möglich, alles das sicher auszuschließen, was mangelnde Gewichtszunahme hervorrufen kann, wie Infektionen, Überfütterung, ungenügende Ergiebigkeit der Brust. Wie schwer das ist, sieht man am besten daraus, daß es Czerny offenbar entgangen ist, daß selbst bei seinen beiden klinisch beobachteten Fällen, die er als Paradigmata anführt, zum mindesten bei dem einen die mangelnde Gewichtszunahme eine sehr natürliche Erklärung findet. Bei Fall I handelt es sich nämlich um ein Kind, dessen Gewichtskurve (Fig. 1) keinen Zweifel darüber läßt, daß es während der Zeit der mangelnden Zunahme unterernährt war (Gewicht ca. 3600 g, Milchmenge dauernd unter 500 g); im Moment, wo die Nahrung sich zur genügenden Höhe steigerte, erfolgte auch die Gewichtszunahme. Außerdem hatte aber das Kind, wie aus der Temperaturkurve hervorgeht, leichte Temperaturen, die nach der Krankengeschichte auf eine früh erfolgte Infektion zurückzuführen sind, die ihrerseits wieder schon allein die mangelnde Gewichtszunahme erklären würde. Diese langdauernde frühzeitige Infektion des Rachens weist darauf hin, daß es

sich bei diesem Kinde tatsächlich um eine exsudative Diathese gehandelt hat, aber die mangelnde Zunahme hat damit absolut nichts zu tun. Auch bei dem zweiten

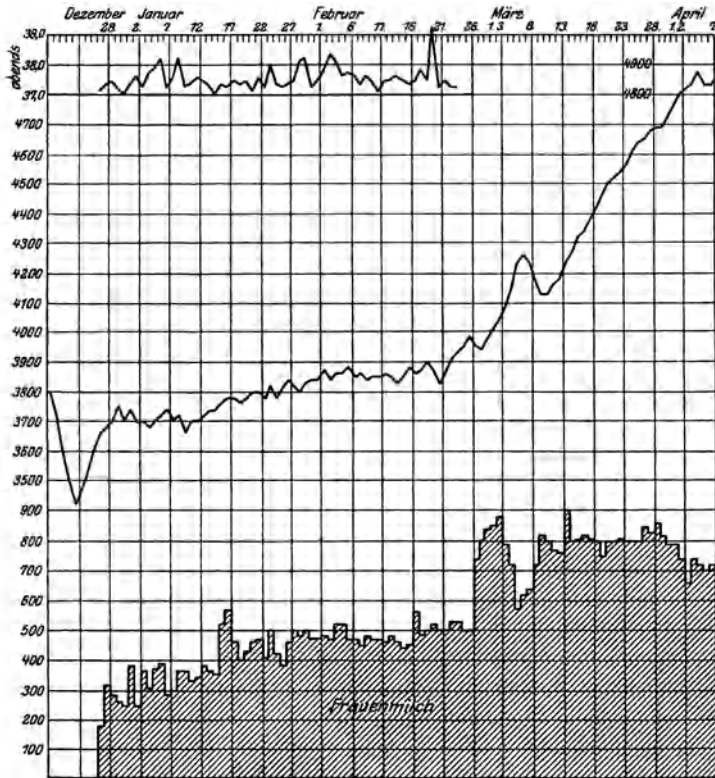


Fig. 1.

Falle (Fig. 2), bei dem die Verhältnisse allerdings nicht so deutlich liegen, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß das Kind zeitweise unterernährt war —

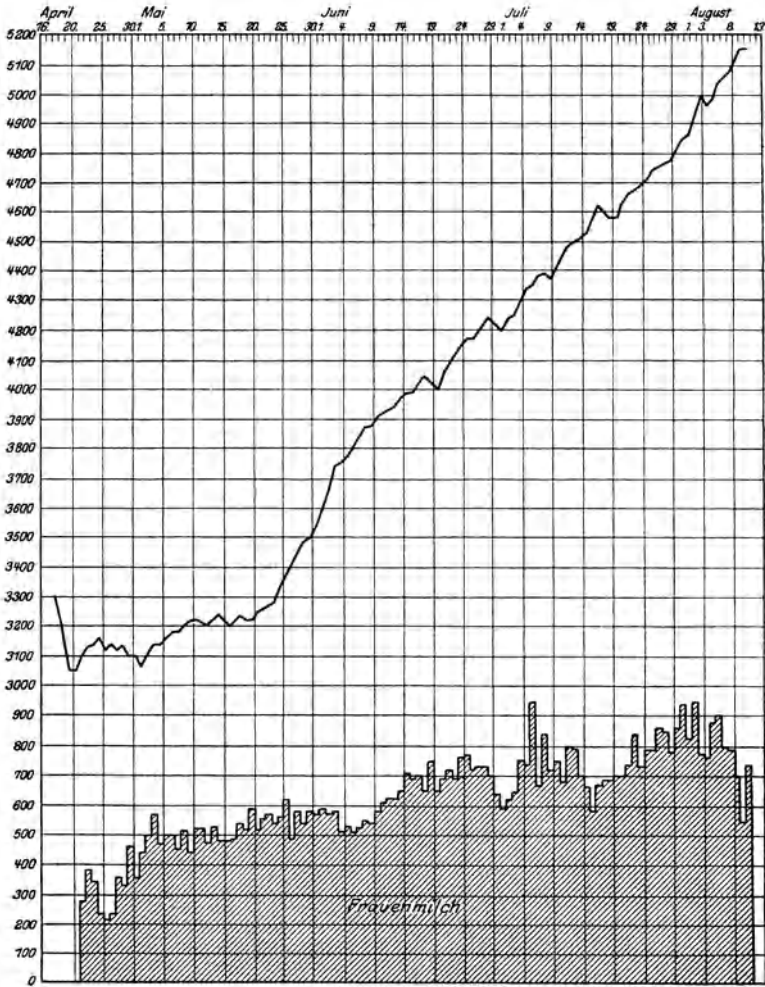


Fig. 2.

bei einem Gewicht über 3000 g bleibt die Nahrungsmenge meist unter 500 g, in den ersten Wochen sogar recht erheblich — und daß hierdurch allein das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu erklären ist. Es muß zugegeben werden, daß die nachträgliche Beurteilung derartiger Ernährungskurven äußerst schwierig ist, und daß man im zweiten Falle nicht mit voller Sicherheit eine Unterernährung annehmen kann. Daß es sich aber bei dem ersten Kinde um eine solche gehandelt hat, das kann man mit absoluter Sicherheit sagen. Auch Birk machte auf die Bedeutung der Unterernährung für das Zustandekommen derartiger Gewichtskurven aufmerksam. Aber selbst wenn meine Erklärung der zweiten Kurve nicht zutreffend wäre, so liegt immer noch kein Grund vor, aus dem meiner Ansicht nach zufälligen Zusammentreffen mit Symptomen der exsudativen Diathese einen inneren und kausalen Zusammenhang der letzteren mit der mangelnden Gewichtszunahme zu konstruieren. Derartige Fälle lassen sich vielmehr unter ein Krankheitsbild einreihen, wie ich es kürzlich beschrieben habe. Es handelt sich da um einen offenbar durch mangelnde Ausnützung des Fettes bedingten Nährschaden junger Brustkinder, der eben dadurch charakterisiert ist, daß die Kinder bei genügender Brustmilchmenge und bei im übrigen durchaus normalem körperlichen und psychischen Befinden, bei Ausschluß jeder anderweitigen Störung, wie Infektion usw., an Gewicht wochenlang nicht zunehmen, bis sie dann plötzlich ohne jeden ersichtlichen äußeren

Grund auch in bezug auf das Körpergewicht zu gedeihen beginnen. Einen derartigen, von mir beschriebenen Fall, bei dem durch Bestimmung des Kaloriengehaltes der zugeführten Frauenmilch der Beweis erbracht wurde, daß das Kind kalorisch genügend ernährt wurde, illustriert Fig. 3. Bei diesem Kinde haben sich nie Symptome der exsudativen Diathese gezeigt. Wir verfügen über weitere verwandte Fälle. Es liegt also kein Grund vor, die mangelnde Gewichtszunahme junger Brustkinder für ein Symptom der exsudativen Diathese zu erklären. Da es schließlich im höchsten Grade auffallend wäre, wenn dieselbe Konstitutionsanomalie zwei so grundverschiedene Erscheinungsformen, das eine Mal mangelnde Zunahme, das andere Mal abnorm starke Körperentwicklung, haben sollte, glaube ich behaupten zu dürfen, daß weder pastöser Habitus noch mangelnde Zunahme beim jungen Säuglinge Zeichen der exsudativen Diathese sind.

Was die übrigen Symptome der exsudativen Diathese anlangt, so ist die *Lingua geographica* ein so häufiges Vorkommnis beim Säugling, daß es mir zweifelhaft erscheint, ob man sie als vollwertiges Symptom ansprechen darf, zumal da es genügend gut beobachtete Fälle gibt, wo zur Landkartenzunge keine weiteren, auf die exsudative Diathese hindeutende Symptome hinzutreten. Auch hier bedarf die Beobachtung am kranken Kinde unbedingt der Ergänzung durch die Beobachtung gesunder, sich normal entwickelnder Säuglinge. Ich habe hierzu als Arzt der



städtischen Ziehkinder in Freiburg ausreichend Gelegenheit gehabt und eine ganze Reihe von Säuglingen während des ersten Lebensjahres genau verfolgen können, die außer der *Lingua geographica* keinerlei Symptome der exsudativen Diathese zeigten.

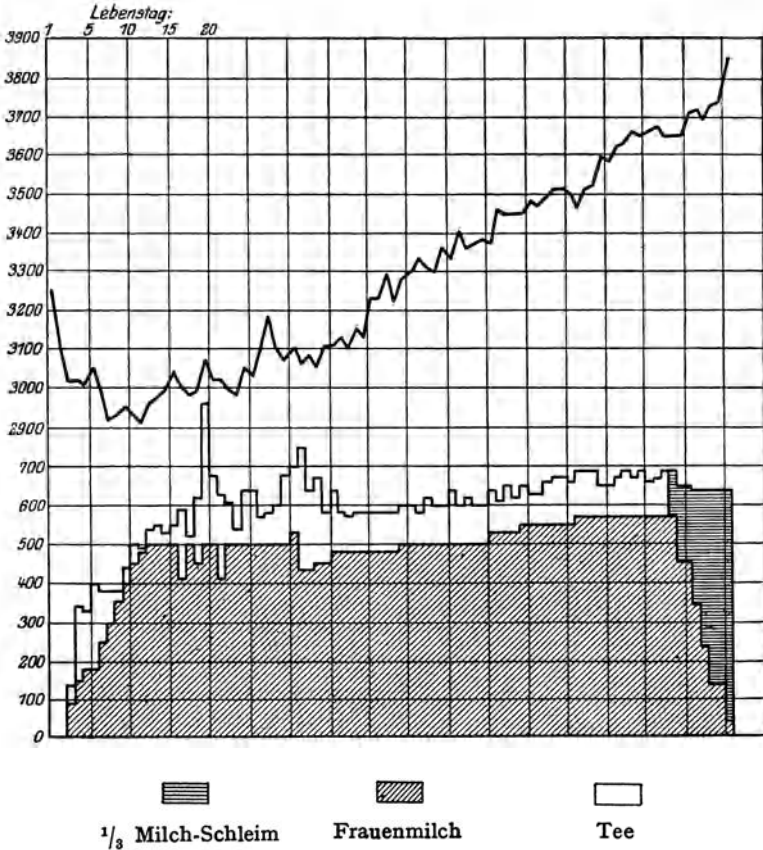


Fig. 3.

Die Phlyktänen werden von der Mehrzahl der Ophthalmologen im Gegensatz zu Czerny zur Skrofulose gerechnet; jedenfalls ist die Zahl der Fälle von Phlyktänen mit negativem Pirquet verschwindend klein im Vergleich mit den Fällen, die positiven Ausfall der Pirquetschen Reaktion zeigen.

Daß man bei der Bewertung der Intertrigo sehr vorsichtig sein muß, hatte ich schon gesagt. Intertrigo in der Inguinalgegend ist fast immer die Folge von Unsauberkeit. Denselben Grund hat aber oft genug auch die in der Achselhöhle und hinter dem Ohr entstehende Intertrigo. Sich zersetzender Schweiß und bei zum Brechen neigenden Kindern erbrochener Mageninhalt sind dann die Ursachen. In diesen Fällen fehlt die Eosinophilie, die nach Arbeiten von Langstein, Rosenstern, Putzig und anderen, trotz der Einwände Aschenheims, als ein Symptom der exsudativen Diathese anzusehen ist, während sie bei den wirklich auf dieser Diathese beruhenden Formen der Intertrigo vorhanden zu sein pflegt.

Dasselbe gilt auch von den Säuglingsekmemen. Gerade bei den allerschwersten Formen fehlt die Eosinophilie. Das hat besonders Putzig in der schon erwähnten Arbeit aus dem Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus überzeugend nachgewiesen. Sie sind ferner dadurch ausgezeichnet, daß bei ihnen jede Therapie versagt. Weder diätetische Behandlung nach den Czernyschen Prinzipien, über die ich noch zu sprechen habe, noch Applikation der sonst bewährten Salben führen

zum Ziele. Auch die jetzt so gepriesene Pellidolsalbe haben wir in diesen Fällen ohne Erfolg probiert. Diese Kinder am Leben zu erhalten, das gelingt nur bei sorgfältigster Pflege und ausgiebigster Benutzung von Frauenmilch. Nach Monaten pflegen dann die Hauterscheinungen von selbst zu verschwinden. Ist die Möglichkeit zur Frauenmilchernährung nicht vorhanden, so ist das Schicksal der Kinder besiegelt. Ein instruktives Beispiel hierfür ist das Kind, dessen Kurve ich Ihnen hier zeige (Fig. 4). Wir haben hier das Kind durch fast ausschließliche Ernährung mit Frauenmilch über Wasser zu halten gesucht, was auch bei bald stärkerem, bald schwächerem Hervortreten der Hauterscheinungen gelang, bis die Eltern, denen die Sache zu lange dauerte, das Kind gegen unseren dringenden Rat nach Hause nahmen. 14 Tage darauf war das Kind tot. Derartige Fälle sind zum Glück äußerst selten, wir haben während des letzten Jahres außer dem eben beschriebenen nur einen weiteren derartigen Fall unter 500 klinisch behandelten Säuglingen gesehen, der auch zum Exitus kam, da er zu spät eingeliefert wurde. Ich glaube, daß die mangelnde Eosinophilie und die völlige Erfolglosigkeit der gewöhnlichen Therapie, die übrigens auch Czerny zugibt, zu dem Schlusse zwingen, daß diese Ekzeme nicht zur exsudativen Diathese gehören.

Czerny und Keller empfehlen für diese Ekzeme die Atropinkur nach Krasnogorski. Wir haben hierüber keine eigenen Erfahrungen, aber abgesehen davon, daß v. Pfaundler Versuche mit Atropindarreichung bei

exsudativen Kindern schon früher ohne Erfolg gemacht hat, ist die Zahl der von Krasnogorski beobachteten

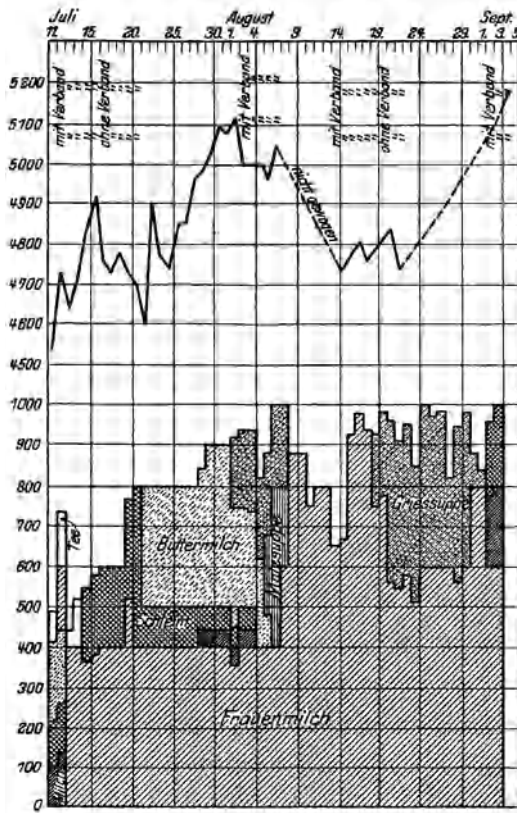


Fig. 4.

Fälle eine viel zu kleine, als daß sie ein Urteil erlaubte, und seine Krankengeschichten sind alles andere als beweisend. Ausgehend von der Vorstellung, daß die

Erscheinungen der exsudativen Diathese vagotonischen Ursprungs seien, versuchte er bei 6 exsudativen Säuglingen den Tonus des autonomen Nervensystems auf pharmakologischem Wege künstlich herabzusetzen und erwartete davon ein Zurückgehen der klinischen Erscheinungen. Das nähere Studium der der Arbeit beigegebenen Krankengeschichten läßt die von Krasnogorski behauptete günstige Beeinflussung der Konstitutionsanomalie durch Darreichung von Atropin nicht bestätigen. Was zunächst ein Kind ohne exsudative Erscheinungen mit Pneumonie, die unter Atropin ihren normalen Verlauf nahm, mit dem Thema der Arbeit zu tun hat, ist nicht recht verständlich. Dasselbe gilt von einer chronischen Bronchitis, wo die Rasselgeräusche infolge der bekannten und längst therapeutisch verwerteten Einwirkung des Atropins auf die Schleimdrüsen unter Atropindarreichung verschwanden. Bei einem dritten Falle dürfte der kolossale Gewichtssturz von fast 1 kg das Ekzem mehr beeinflußt haben als Atropin. Zieht man zwei weitere Fälle, von denen einer einen vollständigen Mißerfolg darstellt, der andere gleichzeitig äußerlich behandelt wurde, ab, so bleibt ein einziger erfolgreich behandelter Fall übrig. Das ist etwas wenig, besonders wenn man bedenkt, daß oft genug Ekzeme, die wochenlang jeder Behandlung trotzten, plötzlich ohne sichtbaren Grund abheilen.

Es wird sich also empfehlen, vorläufig bei der bisherigen Behandlungsart der exsudativen Diathese zu bleiben. Die Czernyschen Prinzipien dieser Behand-

lung sind recht einfach. Sie sind eine Konsequenz aus der Annahme, daß Überernährung die Ursache für das Auftreten der exsudativen Erscheinungen ist. So wird denn der Überernährung der Kampf verkündet, gleichgültig, ob es sich um dicke Kinder handelt oder an sich magere, untergewichtige Kinder, die durch Mästung erst in einen sonst als normal angesehenen körperlichen Zustand kommen würden. „Bei einer Ernährung, die auf starken Fett- und Gewichtsansatz hinausgeht, sehen wir auf jede minimale Läsion eine intensive und ohne Selbsthemmung weiter fortschreitende, langdauernde Exsudation eintreten. Bei gegenteiliger Ernährung tritt zwar auch nach Läsionen Exsudation ein. Dieselbe sistiert aber schnell und bleibt so gering, daß sie keine allgemeine und überhaupt nennenswerte Störung im Organismus bedeutet.“ (Czerny-Keller.) Am heftigsten wird die Mast mit Milch und Eiern beföhdet, da diese direkt zur Hypertrophie der Tonsillen führen soll. Es wird daher bei Brustkindern mit exsudativen Erscheinungen die Zahl der Mahlzeiten möglichst zu reduzieren und schon vor dem 6. Monat eine Suppen- und Gemüsemahlzeit einzuföhren, die Abstillung früher als gewöhnlich einzuleiten sein. Beim künstlich genährten Kinde wird man so früh wie möglich zu gemischter Kost übergehen, und auch beim älteren Kinde wird die möglichst milch- und eierfreie Kost das beste Mittel gegen das zu starke Hervortreten der exsudativen Erscheinungen sein. Sind diese erst einmal unter falscher Ernährung stark zum Ausbruch gekommen, so ist die

Heilung nicht ganz einfach und man bedarf dazu oft sehr vieler Monate. Unterstützt wird dieselbe durch Verbringen der Kinder in reine Luft, an die See oder ins Gebirge. Von lokaler Behandlung der Hauterscheinungen spricht Czerny überhaupt nicht, dagegen gibt er seiner Gegnerschaft gegen jeden operativen Eingriff zur Entfernung der vergrößerten Tonsillen recht energischen Ausdruck, da nach seiner Ansicht die Tonsillen doch wieder wachsen und gegen Ende der Kindheit von selbst zurückgehen.

Czerny geht damit viel zu weit. Weder entspricht die letztere Behauptung der klinischen Erfahrung, da es genug Erwachsene mit hypertrophischen Tonsillen gibt, noch hält seine Annahme von der zwischen Ernährungszustand und Tonsillengröße bestehenden Parallelität der klinischen Nachprüfung stand. So sehr wir auch vor dem kritiklosen Entfernen der Tonsillen warnen müssen, gibt es doch eine ganze Anzahl von Indikationen, wie chronische Ohreiterungen, Schwerhörigkeit infolge von Trommelfellveränderungen usw., die auf dem Vorhandensein von Adenoiden beruhen, die die Operation notwendig machen. Freilich sollte sie nur von sachkundiger Hand gemacht werden, denn die Entfernung der Rachtensille ist tatsächlich nicht einfach und erfordert größere Übung. Etwas adenoides Gewebe herauszubringen, wird jedem gelingen, aber die Schwierigkeit liegt darin, daß die Tonsille radikal entfernt werden muß. Denn davon hängt die Dauer des Erfolgs ab, und daß er tatsächlich vorhanden ist, beweist

das fast momentane Stehen der Ohreiterungen, Zunahme der Hörfähigkeit usw.

So wie wir hier für lokale Eingriffe sind, so sehen wir auch in der lokalen Salbenbehandlung der Hauterscheinungen eine wesentliche Unterstützung der diätetischen Therapie. Daß diese, in der eben beschriebenen Weise durchgeführt, in vielen Fällen zum Ziel führt, ist unzweifelhaft. Aber so allgemein, wie Czerny das darstellt, bewähren sich diese Prinzipien keineswegs (v. Pfaundler, Feer, Birk, Moro u. Kolb, Moro, Langstein, Finkelstein, Risel, Pies). Immer mehr dringt die Meinung durch, daß auch hier schematisches Handeln vom Übel ist. Es gibt eine große Zahl von Fällen, bei denen gerade Überernährung zum Schwinden der exsudativen Erscheinungen führt. Ich will von den genannten Pädiatern, die in den letzten Jahren ihre Erfahrungen hierüber mitteilten, nur Moro näher berücksichtigen, der bei skrofulösen Kindern, die er mit Milch und Eiern mästete, keineswegs, wie dies zu erwarten gewesen wäre, wenn Czernys Angaben zuträfen, exsudative Erscheinungen auslösen konnte, dessen Versuchskinder vielmehr vorzüglich gediehen, und Finkelstein, der aus dem überreichen Schatze seiner Erfahrung kürzlich eine Reihe von Krankengeschichten mitteilte, die die uns hier interessierende Frage illustrieren. Sie berechtigen, wie F. sagt, zu der Schlußfolgerung, daß für einen großen Teil derjenigen ekzematösen Säuglinge, die unternormal gedeihen, eine Kostbeschränkung kontraindiziert, häufig sogar statt



ihrer ein gegenteiliges Regim am Platz ist. Das entspricht auch ganz unseren an recht großem Material gemachten Erfahrungen. Wir müssen also die Czernysche Diätetik wesentlich erweitern, wollen wir unsere kleinen Patienten vor den Folgen der exsudativen Diathese bewahren.

Wo es möglich ist, die Kinder in günstige klimatische Verhältnisse zu bringen, da sollte man es bei schwereren Fällen der exsudativen Diathese tun. Besonders gegen das kindliche Asthma bewährt sich das Hochgebirge vorzüglich. Die Anfälle sistieren sofort, wenn die Kinder in größere Höhen kommen. Das stimmt mit den von v. Planta mitgeteilten Beobachtung überein, daß bei Engadiner Kindern mit exsudativer Diathese Asthma nicht vorkommt, dagegen in einigen Fällen aufgetreten ist, als der Aufenthalt der Kinder in das Tiefland verlegt wurde. Von der Möglichkeit, im Engadin auch kleine Kinder in den ersten Lebensjahren gut unterzubringen, haben wir schon mehrmals mit Erfolg Gebrauch gemacht.

Ich glaube, die wesentlichen, zu meinem Thema in Beziehung stehenden Punkte, soweit sich das im Rahmen eines kurzen Vortrags tun läßt, besprochen zu haben, gezeigt zu haben, daß auf der einen Seite das ursprünglich von Czerny für die exsudative Diathese gegebene Symptomenbild eingeschränkt, andererseits seine therapeutischen Ratschläge ergänzt werden müssen. Tun wir das, so bedeutet die Aufstellung des Krankheitsbildes der exsudativen Diathese einen nicht zu unterschätzenden Fortschritt für die Kinderheilkunde.

---

## Literatur.

1. Aschenheim: Ist die Eosinophilie ein Symptom der exsudativen Diathese? Zeitschr. f. Kinderheilk. 10.
  2. Birk: Untersuchungen über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes. Leipzig 1912.
  3. Bloch: Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Wiesbaden 1911.
  4. Czerny: Die exsudative Diathese. Jahrb. f. Kinderheilk. 61.
  5. Czerny: Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. 1. Mitteilg. Monatsschr. f. Kinderheilk. 4.
  6. Czerny: Zur Kenntnis der exsudativen Diathese. 2. Mitteilg. Monatsschr. f. Kinderheilk. 6.
  7. Czerny: Exsudative Diathese, Skrofulose und Tuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk. 70.
  8. Czerny-Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. 2. Leipzig u. Wien 1913.
  9. Escherich: Was nennen wir Skrofulose? Wien. klin. Wochenschrift 1909.
  10. Escherich: Bemerkungen über den Status lymphaticus der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. 1896.
  11. Feiler: Die sogenannte zirkuläre Caries. Breslau 1912.
  12. Finkelstein: Zur diätetischen Behandlung des Säuglings und Kinderekzems. Zeitschr. f. Kinderheilk. 8.
  13. Freund: Über eine klinisch bemerkenswerte Form der Kopfbehaarung beim Säugling. Monatsschr. f. Kinderheilk. 9.
  14. Heubner: Lehrbuch der Kinderheilkunde. 3. Aufl. Leipzig 1911.
  15. His: Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Wiesbaden 1911.
  16. Jellinek: Beobachtungen über die Lingua geographica. Zeitschrift f. Kinderheilk. 8.
  17. Krasnogorski: Exsudative Diathese und Vagotonie. Monatschrift f. Kinderheilk. 12.
  18. Langstein: Ekzem and Asthma. Ein Beitrag zur Kenntnis der exsudativen Diathese. Berl. klin. Wochenschr. 1908.
- Samelson, Diathese.

19. Langstein: Zur Kenntnis eosinophiler Darmkrisen im Säuglingsalter. Münch. med. Wochenschr. 1911.
  20. Lederer: Die Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung. Zeitschr. f. Kinderheilk. 10.
  21. Lust: Die Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese. Monatsschr. f. Kinderheilk. 10.
  22. Moro und Kolb: Über das Schicksal von Ekzemkindern. Monatsschr. f. Kinderheilk. 10.
  23. Moro: Beziehungen des Lymphatismus zur Skrofulose. Deutsche med. Wochenschr. 1909.
  24. Moro: Zur Diätetik der Skrofulose. Monatsschr. f. Kinderheilk. 11.
  25. Paessler: Sind die sogenannten Diathesen Konstitutionsanomalien? Münch. med. Wochenschr. 1913.
  26. v. Pfaundler: Über Wesen und Behandlung der Diathesen. Wiesbaden 1911.
  27. Pies: Zur Physiologie des Neugeborenen. Monatsschr. f. Kinderheilk. 9.
  28. v. Planta: Einige Bemerkungen über das alpine Hochgebirge in seiner Wirkung auf das Asthma nervosum der Kinder. Annal. d. Schweiz. balneol. Gesellschaft 1910.
  29. Paltauf: Über die Beziehungen der Thymus zum plötzlichen Tod. Wien. klin. Wochenschr. 1889.
  30. Putzig: Vorkommen u. klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen im Säuglingsalter, besonders bei der exsudativen Diathese. Zeitschr. f. Kinderheilk. 9.
  31. Putzig: Die Eosinophilie, ein Symptom der exsudativen Diathese. Zeitschr. f. Kinderheilk. 10.
  32. Risel: Adipositas und exsudative Diathese. Zeitschr. f. Kinderheilk. 2.
  33. Rosenstern: Exsudative Diathese u. Eosinophilie. Jahrbuch f. Kinderheilk. 69.
  34. Samelson: Der Energiebedarf des Säuglings in den ersten Lebensmonaten. Habilitationsschrift. Berlin, Julius Springer 1913.
  35. Schridde: Die Diagnose des Status thymo-lymphaticus. Münch. med. Wochenschr. 1912.
  36. Stöltzner: Die Oxypathie. Berlin 1910.
-

Verlag von Julius Springer in Berlin.

---

---

**Die Krankheiten des Neugeborenen.** Von Dr. August Ritter v. Reuß, Assistent an der Universitäts-Kinderklinik, Leiter der Neugeborenen-Station an der I. Universitäts-Frauenklinik zu Wien. Mit 90 Textabbildungen. 1914.

Preis M. 22,—; in Halbleder gebunden M. 24,60.  
(Bildet einen Band des Speziellen Teiles der „Enzyklopädie der klinischen Medizin“, herausgegeben von L. Langstein-Berlin, C. v. Noorden-Frankfurt a. M., C. v. Pirquet-Wien, A. Schittenhelm-Königsberg i. Pr.)

---

**Die Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen des Kindes in der täglichen Praxis.** Von Professor Dr. F. Göppert, Direktor der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen. Mit 21 meist farbigen Abbildungen. 1914.

Preis M. 9,—; in Halbleder gebunden M. 11,50.  
(Bildet einen Band des Speziellen Teiles der „Enzyklopädie der klinischen Medizin“, herausgegeben von L. Langstein-Berlin, C. von Noorden-Frankfurt a. M., C. von Pirquet-Wien, A. Schittenhelm-Königsberg i. Pr.)

---

**Einführung in die moderne Kinderheilkunde.** Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Von Dr. B. Salge, Professor der Kinderheilkunde in Freiburg i. Br. Dritte, vermehrte Auflage. Mit 15 Textfiguren. 1912.

In Leinwand gebunden Preis M. 9,—.

---

**Praktische Kinderheilkunde** in 36 Vorlesungen für Studierende und Ärzte. Von Prof. Dr. M. Kassowitz in Wien. Mit 44 Abbildungen im Text und auf einer Tafel. 1910.

Preis M. 18,—; in Leinwand gebunden M. 20,—.

---

**Therapie des Säuglings- und Kindesalters.** Von Dr. A. Jacobi, Professor der Kinderheilkunde an der Columbia-Universität zu New York. Autorisierte deutsche Ausgabe der zweiten Auflage von Dr. O. Reunert. 1898.

In Leinwand gebunden Preis M. 10,—.