Demnach hat die vergleichende Untersuchung des gelösten bakterienfreien und des ungelösten bakterienhaltigen Anteils des Carcinommageninhalts ergeben,

1. daß nennenswerte Säuremengen nur von den gelösten bakterienfreien Bestandteilen gebildet werden,

2. daß der Traubenzuckergehalt nur bei Gegenwart des bakterienfreien Filtrats beträchtlich abnimmt,

3. daß nur der gelöste bakterienfreie Anteil des Mageninhalts eine Milchsäurevermehrung bewirkt, während die Aufschwemmung des bakterienhaltigen Anteils weder eine nennenswerte Säurevermehrung noch eine erhebliche Zuckerverminderung, noch eine Milchsäurebildung aufweist.

Zu 3 ist folgendes zu bemerken: Da wir mit der Möglichkeit rechneten, daß die Milchsäurebildung des bakterienhaltigen Anteils ausblieb, weil die angewandte Lösung kein geeigneter Nährboden für die langen Bacillen wäre, haben wir zur Kon-

trolle lange Bacillen in der von SICK angegebenen Nährlösung kultiviert und trotz guten Wachstums auch nach längerer Beobachtungszeit (bis zu 8 Tagen) keine Milchsäurevermehrung feststellen können.

Zusammenfassend kommen wir zu dem Ergebnis, daß die Mikroorganismen — einschließlich der „langen Bacillen“ — nicht die Milchsäurebildner im Inhalt des carcinomatösen Magens sind. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß das Entstehen von Milchsäure im carcinomatösen Magen auf die Wirkung eines von den Carcinomzellen gebildeten Fermentes zurückzuführen ist, welches Traubenzucker zu Milchsäure abbaut. (Aus der III. Medizinischen Klinik der Universität Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider.)

Literatur: J. BOAS, Zentralbl. f. inn. Med. 1895, Nr. 3. — OPPLER, Dtsch. med. Wochenschr. 1895, Nr. 5. — WARBURG und MINAMI, Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 17. — C. SICK, Arch. f. klin. Med. 1906, Nr. 86.

KASUISTISCHE MITTEILUNGEN.

ÜBER EINEN FALL VON ANAPHYLAXIEÄHNLICHEN NEBENERSCHEINUNGEN NACH NOVOPROTEIN-EINSPRITZUNGEN.

Von

Dr. KARL HAJÓS.

Aus der III. Med. Klinik der Kgl. Universität in Budapest
(Direktor: Prof. Baron A. v. KORÁNYI).

Seit der Einführung des Novoprotins in die Proteinkörpertherapie wird viel über gute Erfolge berichtet. Bei Durchsicht der Literatur wurden keine Bemerkungen über unangenehme Nebenwirkungen gefunden. Das Mittel wird, um einen therapeutischen Erfolg zu erzielen, fast durchweg intravenös gegeben. Die dabei entstandenen Nebenerscheinungen sind Temperatursteigerungen bis über 39°C, leichte Schüttelfröste, welche in kurzer Zeit abklingen. Bei der Anwendung in der Magengeschwürstherapie wurden auch vorübergehende Herdreaktionen verzeichnet.

Das Novoprotein wurde von uns auf den verschiedenen Indikationsgebieten der Proteinkörperbehandlung erprobt und wir haben das Mittel auch bei Entfettungskuren versucht. SCHMIDT empfahl, Milchinjektionen mit Schilddrüsentabletten per os kombiniert zu geben; auf Grund seiner Mitteilung wurden in mehreren Fällen, nachdem die Milchinjektionen nicht mehr zum Ziele führten, die intravenöse Novoproteineinspritzungen mit und ohne Schilddrüsenmedikation versucht.

Frau K. E. (Obesitas) hatte bei der Aufnahme 115 kg und machte eine Entfettungskur in mehreren Abständen durch.

Die erste Kur bestand aus 4 Schwefelölinjektionen (Sulfoleïn), welche nach unseren Erfahrungen in manchen Fällen in der Lage sind, das Körpergewicht ebenso herabzusetzen wie die Proteinkörpereinspritzungen. Es wurde in 8 Tagen ein Gewichtsverlust von 2 kg erreicht. Die zweite Kur bestand nach dem Schema von SCHMIDT aus Milchinjektionen und Schilddrüsentabletten; da aber letztere gar nicht vertragen wurden, konnten nur die Milchinjektionen fortgesetzt werden. Nach 8 Einspritzungen war nur eine

Gewichtsabnahme von 0,7 kg erreicht und so entschlossen wir uns zu den intravenösen Novoproteineinspritzungen. Die ersten 4 Injektionen vertrug Pat. ohne Reaktion mit einem Gewichtsverlust von 1,5 kg. Auf die 5. Einspritzung am 7. Tage der Behandlung bekam Pat. plötzlich schweres Atmen, wurde stark cyanotisch, hatte heftiges Herzklopfen mit nachher sehr kleinem, kaum tastbarem fadenförmigen Puls von ca. 140 Schlägen in der Minute. Diese Dyspnoe und Herzschwäche dauerte etwa 10 Minuten und besserte sich sofort auf Coffein und Campheröleinspritzungen. Die Zahl der eosinophilen Blutzellen betrug kurz nach dem Anfall 5%, sonst nur 1%. Nach dem Anfall war Pat. noch einige Stunden blaß, schwach, mit kaltem Schweiß bedeckt, die Temperatur stieg bis 38°C, danach erholte sie sich vollkommen. Der Gewichtsverlust betrug an diesem Tag 1,2 kg.

Nach 2 Tagen entschlossen wir uns auf Drängen der Pat., die unbedingt abmagern wollte, zu einer neuen Injektion. Eine halbe Stunde vor der Haupteinspritzung bekam Pat. zur Desensibilisierung $\frac{1}{4}$ ccm Novoprotein subcutan. Auf die nachfolgende intravenöse Injektion hatte sie wieder schweres Atmen, wurde cyanotisch, das Krankheitsbild war aber bei weitem nicht so erschreckend, wie das erstemal und sie erholte sich auf eine Coffeininjektion vollkommen. Die Temperatur stieg bis 39°C. In den nächsten Tagen wurden die Novoproteininjektionen in 2 Phasen wiederholt und, da keine Reaktion mehr auftrat, noch weitere vier gegeben. Der Haupteinspritzung ist immer eine subcutane Einspritzung von 0,25 ccm Novoprotein vorangegangen (eine Vorsicht, die eigentlich nicht mehr nötig war.) Die Gewichtsabnahme betrug während der letzten Behandlungsperiode 2 kg. Der ganze Gewichtsverlust war während der Novoproteinkur ohne Schilddrüsenmedikation 4,7 kg.

Mit der Mitteilung dieses Falles wollen wir die Aufmerksamkeit auf ev. auftretende unerwünschte Nebenerscheinungen bei Novoproteinkuren lenken. Es ist der einzige von den vielen mit Novoprotein behandelten Fällen unserer Klinik. Es soll auf Grund dieser Beobachtung doch an Anaphylaxiegefahren gedacht und am 6. bis 9. Tage der Behandlung schon mit desensibilisierenden vorausgehenden Injektionen begonnen werden.

PRAKTISCHE ERGEBNISSE.

DIE AUGENSYMPTOME BEI DER ENCEPHALITIS EPIDEMICA.

Von

Prof. A. BIELSCHOWSKY,

Direktor der Universitäts-Augenklinik zu Breslau.

Seitdem ECONOMO im Jahre 1917 das eigenartige Krankheitsbild der Encephalitis epidemica in den wesentlichsten Zügen richtig gezeichnet hat, haben zahllose Publikationen aus allen Kulturländern gezeigt, daß trotz aller Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes die Hauptsymptome und Verlaufsarten mit weitgehender Übereinstimmung wiederkehren. Den Augenarzt interessiert außer der Mannigfaltigkeit und dem raschen Wechsel der Symptome insbesondere ihre weitgehende

Ähnlichkeit mit Symptomen, die bisher als pathognomonisch für Erkrankungen anderen Ursprungs galten. Die doppelseitige Akkommodationslähmung ohne Beteiligung der Pupillen kannte man früher nur als postdiphtherische Erkrankung und glaubte, auch bei völlig negativen Anamnesen eine milde verlaufene Diphtherie als Quelle der Lähmung annehmen zu müssen; eine reflektorische (Licht-) Starre der Pupillen galt als nahezu einwandfreies Merkmal der Metalues. Jetzt wissen wir, daß die doppelseitige Akkommodations- ohne Pupillen-Lähmung und die reflektorische Pupillenstarre auch durch Encephalitis epidemica verursacht sein können. Bei der außergewöhnlichen Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes, die zur Aufstellung einer ganzen Reihe verschiedener Typen Anlaß gegeben hat, kommt den Augensymptomen, die fast