

ZEITSCHRIFT FÜR

ÄRZTLICHE



FORTBILDUNG.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN.

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALEKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN
UND DEN LANDESKOMITEES FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN BADEN, BAYERN,
BRAUNSCHWEIG, BREMEN-OLDENBURG, HAMBURG, LÜBECK, SACHSEN, THÜRINGEN UND WÜRTTEMBERG

IN VERBINDUNG MIT DEN

VEREINIGUNGEN FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN:

AACHEN, ALTENBURG, ALTONA, ANSBACH, AUGSBURG, BAMBERG, BARMEN, BERLIN, BIELEFELD, BOCHUM, BONN, BRAUNSCHWEIG,
BRESLAU, BROMBERG, CHEMNITZ, COBURG, CÖLN, DANZIG, DORTMUND, DRESDEN, DUISBURG, DÜSSELDORF, ELBERFELD, ERFURT,
ERLANGEN, ESSEN, FRANKFURT A. M., FREIBURG I. BR., GERA, GÖRLITZ, GÖTTINGEN, GREIFSWALD, HALBERSTADT, HALLE, HANNOVER,
HEIDELBERG, JENA, MARBURG, MEININGEN, MÜNCHEN, MÜNSTER I. W., NÜRNBERG, REG.-BEZ. OPELLEN, PASSAU, POSEN, PYRMONT,
REGENSBURG, ROSTOCK, STENDAL, STETTIN, STRASSBURG, STUTTGART, TÜBINGEN, UCHTSRINGE, WIESBADEN, WÜRZBURG, ZEITZ

UNTER STÄNDIGER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. O. v. ANGERER, KGL. GEH. RAT, EXC., UND PROF. DR. F. KRAUS, GEHEIMER MED.-RAT,
MÜNCHEN BERLIN

BEGRÜNDET VON PROF. DR. R. KUTNER IN BERLIN

REDAKTION: BERLIN NW. 6, LUISENPLATZ 2-4. — VERLAG: GUSTAV FISCHER IN JENA.

Alleinige Annahme von Inseraten durch Daube & Co., G. m. b. H., Berlin SW. 19, Jerusalemerstr. 11/12.

Erscheint 2mal monatlich im Umfange von je 4 Druckbogen. Preis: halbjährlich 5 Mk. — Man abonniert bei allen Postanstalten, Buchhandlungen und der Verlagshandlung. — Nachdruck der „Abhandlungen“ nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, Referate nur mit Quellenangabe gestattet.

Zehnter Jahrgang. | Sonnabend, den 15. November 1913. | Nummer 22.

Inhalt. I. Abhandlungen: 1. Prof. Dr. Engel: Die Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder, S. 673. 2. Dr. Siegmund Auerbach: Über die theoretischen Grundlagen und die Indikationen der operativen Epilepsiebehandlung, S. 677. 3. Dr. Arthur Mueller: Die Beziehungen zwischen Appendicitis chronica und den Erkrankungen der Ovarien und Tuben, S. 683.

II. Aus Wissenschaft und Praxis: Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten: 1. Aus der inneren Medizin (Dr. G. Zuelzer), S. 689. 2. Aus der Chirurgie (Prof. Dr. H. Coenen), S. 690. 3. Aus dem Gebiete der Hals- und Nasenleiden (Prof. Dr. A. Kuttner), S. 693. 4. Aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Frauenleiden (Dr. K. Abel), S. 694. 5. Aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege (Dr. R. Blumm), S. 696.

III. Kongresse: Dr. W. Holdheim: II. Fürsorgestellentag für Lungenkranke und XI. Internationale Tuberkulosekonferenz in Berlin, S. 698.

IV. Ärztliche Rechtskunde: Landgerichtsrat Geh. Justizrat Dr. Marcus: Die Stellung der praktischen Ärzte in der neuen Reichsversicherungsordnung, S. 701.

V. Tagesgeschichte: S. 704.

I. Abhandlungen.

I. Die Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder.¹⁾

Von

Prof. Dr. Engel in Berlin.

Die Bronchialdrüsen liegen tief in der Brusthöhle, jeder direkten Besichtigung und Betastung un-

zugänglich. Ein großer Komplex von Lymphknoten ist es, welchen man unter diesem Namen zusammenfaßt. Ueberall da, wo die Luftwege sich teilen, ist eine Gruppe von Lymphdrüsen vorhanden, die untereinander wieder durch Verbindungsketten vereinigt sind. Je weiter sich die Bronchien aufteilen, um so weniger mächtig und zahlreich werden die Lymphknoten, so daß schließlich weiter nach der Peripherie zu nur noch vereinzelte kleine Knötchen in den Gabeln zu finden sind. Unter Bronchialdrüsen im engeren Sinne

¹⁾ Nach einem an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf gehaltenen Vortrag.

des Wortes versteht man nur diejenigen Lymphknoten, welche an der Teilungsstelle der Trachea und am Hilus an den Bronchien erster Ordnung gelegen sind. Hier handelt es sich jeweils um Gruppen von 5—10, eventuell sogar noch mehr Lymphknoten, welche auch relativ groß sind. Nach der neuen Baseler Nomenklatur werden die Hauptgruppen bezeichnet als:

- Lgl. tracheo-bronchiales,
- „ bifurcationis,
- „ broncho-pulmonales,
- „ pulmonales.

Die Bronchialdrüsen, welche also gewissermaßen das Zentrum der Atmungsorgane einschließen, sind regionär für Luftröhre, Bronchien und Lunge. Von jeder Affektion, welche sich in diesem Bereiche abspielt, werden sie in Mitleidenschaft gezogen; jede Entzündung im Quellgebiete führt zu einer Schwellung, die unter Umständen einen ganz beträchtlichen Grad anzunehmen imstande ist. Bei einfachen Pneumonien schon kann man starke Intumescenzen sehen, oft so, daß größere Gruppen bis zum Umfange eines Fingerliedes angewachsen sind.

Fast regelmäßig sind die Bronchialdrüsen beteiligt bei der Tuberkulose der Kinder. Ob sich ein Herd in der Lunge vorfindet oder nicht, selten fehlen Verkäsungen in den Bronchialdrüsen, wenn der Organismus überhaupt Tuberkulose beherbergt; verschieden ist nur der Umfang des Prozesses. Bald sind es vereinzelte, mehr oder minder verkäste Tuberkeln in den Drüsen, bald sind es mehr diffuse, mit Schwellung verbundene Verkäsungen. In anderen Fällen aber können starke Veränderungen resultieren. Dann verschmelzen die vergrößerten und verkästen Lymphdrüsen Gruppen zu großen Komplexen, welche die Bronchien weithin umgeben. Dabei nehmen nicht nur die Hauptgruppen, sondern auch vereinzelt kleine Drüsen einen mächtigen Umfang an. Auch solche partizipieren an der Erkrankung, welche an der Aorta und an der Speiseröhre liegen, so daß der ganze Mittelraum des Brustkorbes bis hoch zum Halse hinauf von verkästen Drüsen erfüllt sein kann.

Schon aus der Fülle der anatomischen Bilder geht hervor, wie verschieden die Erscheinungen sein müssen, welche durch die Bronchialdrüsentuberkulose ausgelöst werden können. Vielfach kann die Affektion ohne jede ersichtliche Wirkung nach außen bleiben. In anderen Fällen wieder können die Allgemeinerscheinungen einer frischen Infektion und Schwellung auftreten, und schließlich kann es bei groben Veränderungen zu jenen Erscheinungen kommen, wie wir sie auch bei anderen Tumoren im Mediastinum zu sehen gewohnt sind.

Ich will hier zunächst nicht erörtern, welche Erscheinungen gemeinhin als charakteristisch für die Bronchialdrüsentuberkulose gelten, sondern

mich auf die Besprechung einiger besonderer Gesichtspunkte beschränken. Das Bild der Bronchialdrüsentuberkulose schwebt nämlich, da die autoptische Kontrolle meistens fehlt, und da, wie wir gleich sehen werden, auch der Röntgenapparat oftmals im Stiche läßt, ziemlich in der Luft. Von einer gesicherten Symptomatik kann vorläufig keine Rede sein. Die meisten Aerzte sind geneigt, bei solchen Kindern Bronchialdrüsentuberkulose anzunehmen, welche blaß, schwächlich sind und häufige, öfters auch kontinuierliche sonst nicht erklärliche Temperatursteigerungen haben, kurz und gut, welche die Allgemeinerscheinungen bieten, die auch mit der initialen Tuberkulose Erwachsener verbunden sind oder sein können. Eine besonders große Rolle spielen die Temperatursteigerungen in den diagnostischen Erwägungen, und ich kann vielleicht gerade an diesen Punkt anknüpfen, um zu zeigen, wie zurückhaltend man mit der Wertung derartiger, anatomisch nicht gestützter Symptome sein muß. — In den typischen Fällen ist es so, daß die Kinder dem Arzt zugeführt werden, weil sie nach ihrem ganzen Aussehen und Benehmen nicht den Anforderungen der Eltern entsprechen. Die Kinder sind blaß, unlustig, leicht ermüdbar, klagen auch gelegentlich über Kopfschmerzen und anderes Unbehagen. In anderen Fällen sind sie wohl auch leicht erregbar, leicht weinerlich; fast immer aber läßt der Appetit zu wünschen übrig. Ist die Mutter sorgsam gewesen, so ist ihr auch schon das Fieber aufgefallen. Unter Umständen bringt sie sogar dem Arzt eine durch lange Zeit geführte Temperaturtabelle mit. Er kann sich leicht überzeugen, daß in der Tat schon lange Temperatursteigerungen bis etwa 38° bestehen. Oft genug bilden die zufällig entdeckten Temperaturen sogar die einzige Klage. Die objektive Untersuchung ergibt nichts Sicheres; ein Organbefund läßt sich nicht erheben. So drängt sich der Gedanke auf, daß in der Tiefe, unseren Sinnesorganen nicht oder schwer erreichbar, eine Infektion verborgen sei. In Analogie mit den Erfahrungen bei Erwachsenen denkt man zunächst an eine tuberkulöse Infektion. Da diese wiederum bei Kindern ihren Lieblingssitz in den Bronchialdrüsen hat, so kommt man schließlich zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Bronchialdrüsentuberkulose. Die Kinder erleben unter Umständen, wenn die Finanzlage der Eltern günstig ist, die merkwürdigsten Schicksale. Von einem Kurort zum anderen werden sie geführt. Bald sind sie im Hochgebirge, bald sind sie im südlichen Klima. Immer aber bleiben zum Entsetzen der Eltern die Symptome mit mehr oder minder großen Unterbrechungen die gleichen.

Was hat man sich nun unter Kindern der geschilderten Art vorzustellen? Sind sie wirklich mit Bronchialdrüsentuberkulose behaftet? Das Problem löst sich sehr leicht, wenn man die Kinder einer klinischen Beobachtung unterzieht. Da sieht

man nämlich, wie in dem Moment, wo die Kinder im Bett liegen, Temperaturerhöhungen nicht mehr vorhanden sind. Eine plausible Erklärung dafür ist erst in der letzten Zeit gefunden worden. Es konnte gezeigt werden, daß bei vielen Kindern immer Temperaturveränderungen auftreten, rectal gemessen, sowie sie herumlaufen. Die Axillartemperatur bleibt unberührt. Direkt durch die Tätigkeit der Muskeln selbst entsteht offenbar eine lokale Temperaturerhöhung, welche bei Muskelruhe, d. h. bei Bettlage, eben nicht vorhanden ist. Wenn nun solche Kinder, welche zur lokalen Temperaturerhöhung neigen, von ihren ängstlichen Müttern früh und nachmittags rektal gemessen werden, so wird morgens eine normale und nachmittags, nach der Bewegung des Tages, eine erhöhte Temperatur vorhanden sein. Mit der Tuberkulose haben diese Temperaturen gar nichts zu tun.

So unsicher ist also die klinische Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose. Dasjenige objektive Symptom, dem man immer die größte Bedeutung beigemessen hat, kann irreführen. Nur solche Temperatursteigerungen, welche auch bei mehrtägiger Bettruhe nicht verschwinden, können eventuell als der Ausdruck einer Infektion betrachtet werden.

Auch andere Symptome, welche der Bronchialdrüsentuberkulose zugeschrieben werden, sind schwer und unsicher zu bewerten. Wenn wir die Diagnose der Krankheit mit jener Sicherheit feststellen wollen, welche zur Einleitung der Therapie notwendig ist, sind wir also gezwungen, wirklich greifbare Anhaltspunkte zu suchen. Wir müssen solche Symptome eruieren, welche sich mit Sicherheit auf Bronchialdrüsentuberkulose zurückführen lassen und ihr nicht nur mit einiger Phantasie zugeschrieben werden können.

Am meisten befriedigend würde natürlich der physikalische Nachweis der Bronchialdrüsenvergrößerung sein, der obligat mit der Krankheit verbunden ist. Bemühungen nach dieser Richtung fehlen auch nicht. Eine ganze Reihe von perkutorischen, auskultatorischen und palpatorischen Merkmalen werden angegeben, welche sich auf Bronchialdrüenschwellungen beziehen sollen. Auch hier möchte ich mich aber nicht in fruchtlosen Besprechungen verlieren, sondern gleich zum Urteil kommen. Nach meinem Dafürhalten sind alle physikalischen Untersuchungsmethoden derart unergiebig, daß nur in den seltenen Fällen, wo man es mit Tumoren zu tun hat, ein wirklich brauchbares Resultat herauskommt; dann aber sind gewöhnlich auch alle anderen Merkmale eines Mediastinaltumors so deutlich, daß es keiner physikalischen Haarspaltereien bedarf, um zur richtigen Diagnose zu gelangen. Ich bin weder in der Lage die von de la Camp so geschätzte Wirbelsäulenperkussion als brauchbar anzuerkennen, noch auch die Wirbelsäulenpalpation (Spinalgie), auf die Petruschky hingewiesen hat, und auch mit dem Auskultationsphänomen von d'Espine

ist m. E. nicht viel mehr anzufangen, ganz abgesehen von dem Smith'schen Phänomen, dessen Unzuverlässigkeit ja schon in weiten Kreisen bekannt ist. Vielleicht wird man mit Hilfe der vorgenannten Erscheinungen und Methoden gelegentlich in seiner Auffassung etwas bestärkt oder von einem Verdacht abgebracht werden; ein sicheres Urteil darf man darauf nicht gründen. Am aussichtsvollsten erscheint es noch auf die Auskultationsphänome in der Hilusgegend zu achten. Bekanntermaßen hört man ja an der Teilungsstelle der Trachea, d. h. also in der Gegend des vierten bis fünften Processus spinosus normalerweise ein Atmen von bronchialem Charakter. Die Zone ist eng begrenzt. Dicht neben der Wirbelsäule schon herrscht wieder das normale, vesikuläre Atmen. Es scheint nun, daß in einigen Fällen von Bronchialdrüsentuberkulose eine charakteristische Erscheinung der Art auftritt, daß nämlich die Zone des hilären Atmens sich verbreitert. Weiter lateral als sonst hört man bronchiales Atmen. Im gleichen Gebiete pflegt auch die Bronchophonie erheblich gesteigert zu sein. Ich stelle mir vor, daß die Klangwirkung dadurch zustande kommt, daß die vergrößerten und mit den Bronchien verwachsenen Drüsen deren Elastizität vermindern und so die Fortleitungsverhältnisse für den Schall verändern. Ausdrücklich betonen möchte ich jedoch, daß auch diese Erscheinung höchstens gelegentlich, nicht regelmäßig ein Attribut der Bronchialdrüsenverkäsung ist. Gut fundiert, aber bei Kindern nicht anwendbar ist die Neisser'sche Sondenpalpation vom Oesophagus aus. Sie ist anatomisch deswegen gut begründet, weil gerade die Bifurkationsdrüsen unmittelbar der Speiseröhre anliegen, und weil gerade sie die stärksten Veränderungen in den meisten Fällen von Bronchialdrüsentuberkulose zu zeigen pflegen. Das Verfahren stellt jedoch zuviel Ansprüche an die Ruhe und die Urteilskraft des Untersuchten als daß es für die Diagnostik bei Kindern in Frage käme.

Der physikalische Nachweis nicht tumorös vergrößerter Bronchialdrüsen ist also, wie ich mich bemüht habe darzutun, etwas überaus Schwieriges. Nur in seltenen Fällen wird man mit einem Ergebnis rechnen können. Wir müssen also weiter Umschau halten. Neue Anhaltspunkte ergeben sich aus der Wirkung der vergrößerten Bronchialdrüsen auf die benachbarten Organe: Luftröhre, Bronchien, Oesophagus, Nerven, Gefäße. Auch hier aber muß man die Erwartungen von vornherein herabstimmen. Die Drucksymptome, wenn ich so sagen darf, sind selten; deutlich nur bei großen Drüsenmassen, die aber überhaupt keine besonderen Probleme für die Diagnose sind. Sind die Drüsen nicht allzu mächtig, so bleiben sie auf die Nachbarschaft meist ohne Wirkung; namentlich die gern beachteten und angeblich häufigen Schwellungen peripherer Venen sind unsicher. Wirklich charakteristisch für Bronchialdrüsentuberkulose ist nur ein Phänomen. Ist es erst einmal vorhanden, so sind weitgehende Schlüsse daraus erlaubt. Es

ist jener eigentümliche der Bronchialdrüsentuberkulose eigene Husten. Bei Säuglingen und wenig älteren Kindern kommt hinzu das expiratorische Keuchen. Das Besondere des Hustens scheint mir namentlich bei etwas älteren Kindern darin zu liegen, daß ein vielfach aufeinanderfolgendes expiratorisches Anstoßen erfolgt, welches sich aber nicht wie beim Keuchhusten zu richtigen Paroxysmen verdichtet. Demgemäß fehlt auch die Reprise. Bei Säuglingen ist ein besonders metallisches, hochklingendes Husten charakteristisch (Friedjung). Es ist schwer, die Art des Hustens einigermaßen richtig zu schildern. Bedauerlich für die Diagnostik ist auch, daß der charakteristische Husten nicht häufig vorkommt. Ich entsinne mich, ihn richtig nur bei Kindern etwa bis zum 2.—3. Jahr gehört zu haben und bei solchen älteren Kindern, wo es sich offenbar um ganz frisch entzündliche, mit hohem Fieber einhergehende Schwellungen handelte. Bei den Kindern jedoch, welche durch ihren Zustand herkömmlicherweise den Verdacht der Bronchialdrüsentuberkulose erwecken und die in der Regel schon im schulpflichtigen Alter oder nahe daran sind, scheint der Husten kaum vorzukommen.

Die Möglichkeiten der Diagnostik tuberkulöser Bronchialdrüsen mit den gewöhnlichen Mitteln sind also gering. Wir müssen unsere Zuflucht zu schärferen Waffen nehmen. Da liegt vor allem der Versuch nahe, die geschwollenen Drüsen mit Hilfe des Röntgenverfahrens direkt sichtbar zu machen. Das ist nur insofern ein bedenkliches Unterfangen, als gerade die Röntgenographie und noch mehr die Röntgenoskopie der Bronchialdrüsen der Phantasie sehr weiten Spielraum läßt, wenn man nicht schärfste Kritik anwendet. Hat man erst einmal den Verdacht der Erkrankung gefaßt, so ist man nur allzu geneigt, verdächtige Schatten der Hilusgegend mit den Bronchialdrüsen in Zusammenhang zu bringen. Eingehende anatomische und röntgenologische Untersuchungen¹⁾ haben mich belehrt, wie ungünstig die Bronchialdrüsen selbst auch für die Röntgendiagnostik liegen. Die meisten der in Frage kommenden Drüsengruppen und vor allen Dingen die Bifurkationsdrüsen befinden sich nämlich nahe der Medianebene, bei der Durchleuchtung demgemäß im Bereiche des Schattens der Wirbelsäule und des Herzens. Aber auch die weiter seitlich angeordneten Lymphknoten, diejenigen, welche dem Hilus nahe sind, kollidieren auch noch leicht mit dem Herzschatten. Nur rechts, bei den bronchopulmonalen Drüsen, ist eine größere Möglichkeit für die Röntgenographie gegeben. Das Resultat von Untersuchungen, die ich an mehreren hundert von tuberkulösen Kindern angestellt habe, war so, daß nur in einem ganz geringen Prozentsatz sich die exakte Röntgendiagnose der Bronchialdrüsentuberkulose stellen ließ. In den meisten

Fällen, wo sicher Tuberkulose vorlag, wo also mit höchster Wahrscheinlichkeit auch die Drüsen befallen waren, konnte auf der Röntgenplatte nichts festgestellt werden.

Noch weniger erfolgreich dürfte die einfache Radioskopie sein, auf die namentlich die französischen Autoren einen so großen Wert legen. Sie versprechen sich viel von der schrägen Durchleuchtung, welche eher einen Einblick in das hintere Mediastium gestattet. Auch hier bin ich aber von der äußersten Skepsis, da die Verhältnisse anatomisch auch bei schräger Durchleuchtung noch ungünstig genug sind.

Im ganzen muß man also bezüglich der Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose zu einer ziemlich pessimistischen Anschauung kommen. Nur in seltenen Fällen erscheint es mir möglich die Diagnose so weit zu sichern, daß man sich ein Bild von den anatomischen Veränderungen machen kann. Da lohnt es sich wohl zu fragen, ob das wirklich ein bedauerliches Manko ist, oder ob vielleicht die Bedeutung der Bronchialdrüsentuberkulose als selbständige Krankheit gar nicht so sehr groß ist.

In der Tat möchte ich dieser letzteren Ansicht zuneigen. Die Erfahrung am Leichentisch lehrt nämlich, daß die Veränderungen der Bronchialdrüsen gewöhnlich um so größer sind, je niedriger das Alter der Kinder ist — abgesehen von den seltenen Fällen, wo isolierte tumoröse Lymphdrüsentuberkulose vorliegt. Die ausgedehnte Tuberkulose aber, wie sie die jüngeren Kinder darbieten, ist fast niemals isoliert, sondern meist mit Lungentuberkulose oder gar mit Herden in noch anderen Organen vergesellschaftet. In späteren Lebensjahren wiederum, wo reine Drüsenerkrankungen eher vorkommen, ist ihr Umfang relativ gering, demgemäß treten dann die Veränderungen wohl nicht so sehr in Erscheinung. Ich gebe allerdings zu, daß eine Form der Drüsentuberkulose vielleicht eine Ausnahme macht, und das ist die ganz frische Infektion. Wenn der bis dahin unversehrte Körper mit Tuberkulose infiziert wird, und, wie es ja meist der Fall ist, die Bronchialdrüsen gleich befallen werden, so kann es vielleicht vorübergehend zu deutlichen Krankheitserscheinungen, Fieber, Blässe, schlechtem Befinden und dergl. und vielleicht auch zu lokalen Einwirkungen auf die benachbarten Organe mit ihren Folgen, namentlich dem charakteristischen Reizhusten. Dieses Stadium geht aber offenbar schnell vorüber; die Erscheinungen lassen rasch nach. Nur selten bekommt man die Kinder so zu sehen. Wenn ich den wenigen derartigen Fällen, welche ich gesehen zu haben glaube, trauen darf, so sind die Lymphdrüsenanschwellungen derart, daß der röntgenographische Nachweis gelingen kann. In besonders deutlicher Erinnerung steht mir hier der folgende Fall:

¹⁾ Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1913, Bd. XI.

Es handelte sich um ein Mädchen von ca. 4 Jahren, das unter fieberhaften Erscheinungen erkrankt war, und das zu der Zeit, wo ich es sah, subfebrile Temperatur bei strenger Bettruhe hatte. Gleichzeitig bestand ein kurzer, trockener Husten, Blässe und Abmagerung. Die Anamnese ergab in diesem Falle, daß vor kurzer Zeit ein Dienstmädchen wegen galoppierender Schwindsucht entlassen worden war. Die physikalische Untersuchung förderte wenig Charakteristisches zutage, dagegen ließ sich auf der Röntgenplatte sehr deutlich ein ca. pflaumengroßer, rundlicher Schatten am rechten Hilus nachweisen, der mit großer Wahrscheinlichkeit auf Bronchialdrüsen bezogen werden konnte. Im weiteren Verlaufe klang die Temperatur in ca. 3—4 Wochen ab, das Kind erholte sich vollständig und bot mehrere Jahre das Bild blühender Gesundheit. Später, d. h. mehrere Jahre nach jenem fieberhaften Insulte, erkrankte es an einer tuberkulösen Bauchfellentzündung, an der es schließlich auch starb.

Dieser Fall scheint mir nach der Anamnese, dem Befunde und dem ganzen Verlauf mit großer Sicherheit so zu deuten zu sein, daß durch das phthisische Mädchen eine frische Infektion hervorgerufen war, die zunächst in den Bronchialdrüsen lokalisiert blieb, im akuten Stadium die geschilderten Symptome machte und schließlich zur Ruhe gelangte. Später flackerte die Infektion wieder auf und nahm einen deletären Verlauf. Solche Fälle kann man m. E. bei aufmerksamer Beobachtung in der Privatpraxis öfter finden, eher jedenfalls als in der Klinik, weil die charakteristischen Symptome, wie gesagt, schnell abklingen. — Diese Fälle sind es, auf welche ich die Aufmerksamkeit lenken möchte, denn sie repräsentieren das, was uns klinisch als Bronchialdrüsentuberkulose wohl am meisten interessiert. Unter welchen Bedingungen sie zustande kommen, ist mir nicht klar. Notwendig ist der Symptomenkomplex jedenfalls mit der Erstinfektion mit Tuberkulose nicht verbunden, sonst müßten wir ihn viel häufiger sehen. Die chronischen Fälle werden uns bei älteren Kindern selten beschäftigen, bei jüngeren wird uns die Krankheit, wie gesagt, nur als Teil einer allgemeinen Tuberkulose gegenüber treten.

Was über die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose zu sagen ist, das erhellt aus dem oben angeführten. Ich möchte nur noch einmal gegenüberstellen: die große Unsicherheit der gewöhnlichen physikalischen Methoden und die immerhin doch größeren Chancen, welche die Röntgenographie (nicht die Röntgenoskopie) bietet. Das ist um so bedeutungsvoller, als gerade in den frischen Fällen, bei der eigentlichen Bronchialdrüsentuberkulose im klinischen Sinne, die Aussichten für das Röntgenverfahren besonders günstig zu liegen scheinen.

Wenn ich zum Schluß noch einige Worte über die Therapie sagen darf, so möchte ich zunächst vor allzustarken Eingriffen warnen. Eine frische tuberkulöse Infektion dürfte mit spezifischen Mitteln vorläufig nicht zu beeinflussen sein. Namentlich das Tuberkulin, dessen Wert ich bei der Behandlung der chronischen Kindertuberkulose sonst durchaus nicht gering einschätze, dürfte im akuten Stadium verboten sein. Man wird sich im all-

gemeinen darauf beschränken müssen, die Kinder unter die denkbar besten hygienischen Verhältnisse zu bringen: sie in strenger Bettruhe zu halten und ihren Ernährungszustand bestmöglichst zu heben. Bei günstigem Wetter würde man die Kinder so weit als möglich im Freien behandeln; wo die Einleitung der Heliotherapie möglich ist, wird man sie gewiß nicht vernachlässigen. Die Ernährung macht bei dem meist herabgesetzten Appetit vielfach Schwierigkeiten. Ratsam ist eine fettreiche Diät. Am leichtesten läßt sich ein derartiges Regime mit Hilfe von Sahne durchführen. Man verteile aber die Sahne nicht, wie es gern geschieht, in kleinen Mengen über den ganzen Tag, weil dadurch der Appetit stark beeinträchtigt wird, sondern man reiche sie in größeren Mengen am Abend. Die Kinder trinken sie meist gern, nehmen ganz gut $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter auf einmal, und während der Nacht haben sie dann reichlich Gelegenheit zur Verdauung, ohne daß die Eßlust beeinträchtigt wird. Zur Unterstützung empfiehlt sich am besten die Darreichung von Arsen entweder in der gewöhnlichen Form des Liquor Fowleri oder noch besser in Form der Dürkheimer Maxquelle, welche man in dreisten Gaben reichen kann und soll.

2. Über die theoretischen Grundlagen und die Indikationen der operativen Epilepsiebehandlung.¹⁾

Von

Dr. Sigmund Auerbach in Frankfurt a. M.

M. H.! Sie werden sich erinnern, daß ich Ihnen am Schlusse meines vorjährigen Vortrages einen 13jährigen Knaben vorstellte, der vor 6 Jahren wegen Epilepsie operiert wurde und seitdem geheilt geblieben ist. 10 Monate, ehe er zu uns kam, waren, angeblich ohne vorangegangene Krankheit, Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte aufgetreten, die bald auf die rechte Hand und schließlich auf beide Hände übergingen und mit Bewußtlosigkeit verbunden waren. Es bestand eine deutliche Parese des rechten Mundfacialis, eine geringe der rechten Zungenhälfte und des rechten Armes. Der rechte Fuß wurde ungeschickter abgewickelt als der linke. Der Patellarreflex war rechts stärker als links; sonstige spastische Phänomene konnten nicht festgestellt werden, ebensowenig Anomalien der oberflächlichen oder der tiefen Sensibilität. Hingegen war eine ausgesprochene dysarthrische Sprachstörung zu konstatieren: Der Knabe sprach klossig, absetzend, zeitweise ganz unverständlich. Vor Beginn der Konvulsionen hatte er nach Aussage der Angehörigen ganz normal gesprochen. Er

¹⁾ Vortrag, gehalten im Fortbildungskursus für praktische Ärzte (Winter 1912/13).

wurde von einem Arzt für Sprachstörungen an uns verwiesen, da die Änderung der Sprache die bestürzten Eltern veranlaßt hatte, dessen Rat einzuholen. Da täglich 6—8 epileptische Anfälle auftraten und der Knabe geistig immer mehr zurückging, so entschlossen wir uns zum operativen Eingriff. Im unteren Drittel der linken vorderen Zentralwindung, die deutlich vorgewölbt erschien, kam der Chirurg Herr E. Großmann mit dem geschlossenen Péan in einer Tiefe von $1\frac{1}{2}$ cm in einen kirschgroßen Hohlraum, der mit blutigen Massen angefüllt war. Die darüberliegende Gehirnparte wurde kegelförmig in der Größe eines Fünfpfennigstückes abgetragen und die Höhle drainiert. Darauf wurden die Dura und der Periostknochenlappen zurückgeklappt. In der ersten Zeit nach der Operation, und zwar eine Woche lang, traten noch heftige Anfälle auf, auch war im Anfang die Facialisparese stärker, dann blieben die Anfälle aus; 14 Tage nach dem Eingriff fing die Sprache an sich zu bessern. Einen Monat post operationem war die Schwäche im rechten Arm und Bein nicht mehr nachzuweisen, die im rechten Facialis nur noch ganz gering. Es hatte sich offenbar um eine encephalitische Cyste gehandelt.

Im Anschluß an diese Beobachtung möchte ich heute die theoretischen Grundlagen und die Indikationen der operativen Epilepsiebehandlung etwas eingehender erörtern, da die chirurgische Therapie dieses Leidens eine der wichtigsten Fragen der operativen Neurologie darstellt und auch in sozialer Beziehung schon aus dem Grunde gar nicht hoch genug bewertet werden kann, weil im Deutschen Reiche auf 1000 Einwohner mindestens 1 Epileptiker kommt.

Ich gehe nicht ein auf alle die Gruppen der Krankheit, die wegen ihrer von vornherein sicher diffusen Ausbreitung im Gehirn für eine chirurgische Therapie ohne weiteres ausscheiden; hierher gehören die auf fötale Encephaliden und Entwicklungshemmungen zurückzuführenden, ferner die toxischen und auf Lues beruhenden, sowie die bei der Paralyse und Arteriosklerosis cerebri vorkommenden Formen. Andererseits kommen hier nicht in Frage die rein symptomatischen Arten, wie die durch Tumoren und subdurale Hämatome entstehenden, sowie die Reflexepilepsien, da bei ihnen, sobald die Diagnose feststeht, die Ursache nur operativ entfernt werden kann. Wir werden uns auch nicht beschäftigen mit den höchst zweifelhaften Eingriffen, die nicht im Bereiche des Gehirns liegen, wie der Alexanderschen Unterbindung der Vertebralarterien, der Chipault'schen Resektion des Halssympathikus usw. Als Gegenstand der Besprechung bleibt also übrig die partielle und allgemeine traumatische Epilepsie und die große Gruppe der sogenannten genuinen, sowohl der Jackson'schen als der allgemeinen Konvulsionen.

Beginnen wir mit der Form der Fallsucht, über deren chirurgische Inangriffnahme unter den maßgebenden Autoren, auch unter den Nervenärzten, einigermaßen Übereinstimmung besteht, nämlich der traumatischen. Es erscheint mir zweckmäßig, direkt und indirekt traumatische Fälle zu unterscheiden. Jene gehören größtenteils der partiellen, diese mehr der allgemeinen Epilepsie an. Es herrscht jetzt wohl Einigkeit darüber, daß die Fallsucht nach schweren Schädelverletzungen in der Mehrzahl der Fälle durch aktives Vorgehen gleich nach der Verletzung verhütet werden kann. Haben sich bereits Konvulsionen eingestellt, und ist der Fall noch relativ frisch, so hat man ihn unter allen Umständen operativ anzugreifen, Knochen-depressionen zu heben, Knochensplitter zu beseitigen, gequetschte Partien der Hirnhäute und des Gehirns zu entfernen. Aber auch bei den Epileptikern, deren Kopfverletzung schon längere Zeit zurückliegt, ist die Indikation zum chirurgischen Eingriff eine absolute, sobald sichere Residuen der Verletzung, wie tief eingezogene, druckempfindliche Knochennarben zu konstatieren sind, sobald eine regelmäßige Aura von diesen Stellen ausgeht, oder wenn die Anfälle durch Druck auf dieselben auszulösen sind. Und zwar muß man hier eingehen, selbst für den Fall, daß die radiologische Untersuchung ein negatives Ergebnis hat.

Die Frage, ob ein Epileptiker zur Gruppe der indirekt traumatischen Fälle zu rechnen ist, d. h. zu denjenigen, bei denen keine oder keine sicher zu verwertenden Residuen einer Schädelverletzung nachzuweisen sind, ist bekanntlich oft genug sehr schwierig zu entscheiden, namentlich in länger zurückliegenden Fällen. Die Angaben der Patienten und ihrer Angehörigen sind, sowohl nach der positiven als nach der negativen Seite hin, oft ganz unzuverlässig. Kummel und Friedrich heben hervor — und ich muß mich dem nach meinen Erfahrungen anschließen — daß sie gar nicht selten in Fällen, in welchen die Anamnese ein Kopftrauma ausschließen ließ, doch die Folgen schwerer Verletzungen bei der Operation gefunden haben.

Von größtem Interesse sind nun die biopsischen Befunde bei diesen indirekt traumatischen Fällen. Auch wenn die Knochen und die Dura sich als völlig frei erweisen, sieht man fast stets ein Ödem der Arachnoidea und weißliche Streifen an den Gefäßen der Pia, die man als Residuen einer chronischen Entzündung der zarten Hirnhäute auffassen muß. Tilmann betont mit Recht, daß wir, da die Befunde an der Leiche gerade beim Gehirn oft total verändert sind, eine pathologische Anatomie des lebenden Gehirns schaffen müssen, und daß die von den Chirurgen erhobenen Befunde von den Physiologen und Pathologen — und, wie ich hinzufügen möchte, von den Neurologen — noch nicht genügend gewürdigt sind. In

neuester Zeit scheint sich aber hier, wie ich zu meiner Genugtuung konstatiere, eine Wandlung zu vollziehen. So sagt Redlich in seinem vorjährigen ausführlichen Referate, „daß die pathologische Anatomie der Epilepsie durch autopsische Befunde bei den Operationen eine wesentliche Ergänzung und Erweiterung erfahren dürfte“. Das ist um so wahrscheinlicher, als wir die erwähnten leptomeningitischen Veränderungen und außerdem ganz erhebliche Duraverdickungen gleichfalls bei fast sämtlichen sog. genuinen Fällen von Epilepsie gesehen haben, deren Operation ich beiwohnte. Ich halte es auch für sehr unwahrscheinlich, daß die unter einer so veränderten Pia liegende Hirnrinde histologisch normal ist. Es ist auch noch gar nicht ausgemacht, ob nicht vielleicht in manchen Fällen eine Alteration des Cortex das Primäre ist. Auf dieses Verhalten der Hirnhäute muß bei der genuinen Epilepsie in Zukunft sorgfältiger geachtet werden. Denn es ist klar, daß es die Frage der chirurgischen Therapie bei dieser Form der Krankheit beeinflussen muß. — Von nicht geringer Bedeutung ist auch die von verschiedenen Operateuren, namentlich von Tilmann gemachte Feststellung einer erheblich vermehrten Spannung der Dura in der Mehrzahl der indirekt traumatischen Fälle, die die normale Hirnpulsation kaum erkennen ließ. Auch diesen Befund haben wir bei einem nicht geringen Bruchteil unserer sog. genuinen Fälle erheben können.

Bekanntlich hat Kocher schon vor vielen Jahren die Theorie aufgestellt, daß das Wesen der essentiellen Epilepsie hauptsächlich in einer Steigerung des intrakraniellen Druckes zu erblicken sei. Der erste, der sich ihm anschloß, war Kümmell. Dieser letztere Autor steht auch heute noch, und zwar noch exklusiver als Kocher, auf diesem Standpunkte und hat noch im vorigen Jahre bei den Verhandlungen der internationalen Liga gegen Epilepsie in Zürich mitgeteilt, daß der größte Erfolg in einem Falle erzielt wurde, in welchem er die Ventilbildung zweimal ausgeführt habe. Nach meinen Beobachtungen muß ich annehmen, daß die Druckerhöhung bei allen Formen der Epilepsie eine gewisse Rolle spielt, die aber nicht immer gleich groß ist, und daß die Ventilbildung, wenn keine besondere Kontraindikation vorliegt, in der Regel in typischer Weise ausgeführt werden sollte. Ich bin aber nicht der Ansicht, daß die Ventilbildung allein jede Epilepsie zu heilen vermag. — Die Frage der Druckerhöhung hat in den letzten Jahren eine bemerkenswerte Förderung, und zwar im positiven Sinne, durch Untersuchungen von Redlich und Pötzl erfahren. Diese Autoren fanden durch Messung des Liquordruckes bei der Lumbalpunktion, daß es Fälle von Epilepsie gibt, in denen sich dauernd ein erhöhter Druck nachweisen läßt, und solche, bei denen dieser nur in Anfallszeiten vorhanden ist, während

sich bei Kranken mit epileptischen Psychosen wiederholt ein subnormaler Druck ergab.

Von noch größerer, vielleicht ausschlaggebender Bedeutung für die Frage der operativen Behandlung der sog. idiopathischen Epilepsie sind ihre Beziehungen zur cerebralen Kinderlähmung. Daß die letztere in sehr vielen Fällen der Ausgang einer akuten Encephalitis ist, die in den motorischen Rindenzentren gespielt hat, ist jetzt wohl allgemein anerkannt. Pierre Marie war schon lange warm für eine weitgehende Analogisierung der symptomatischen Epilepsie bei der cerebralen Kinderlähmung und der idiopathischen Epilepsie eingetreten. Auf Marie folgten Freud und Rie. Manche Beobachtungen von anscheinend idiopathischer Epilepsie erweisen sich nach ihnen, auch bei der Obduktion, als solche rudimentäre Fälle von cerebraler Kinderlähmung. Man muß nach diesen Forschern die Epilepsie ohne Zaudern den organischen Hirnkrankheiten zurechnen. Freud hat sich eine ganze Reihe von Autoren angeschlossen.

Diese Anschauung wird nun durch folgende wichtige Momente gestützt:

1. Redlich fand — und ich konnte das an unserem Material bestätigen — unter einer großen Zahl von Fällen von genuiner Epilepsie in ungefähr der Hälfte mehrere Symptome, die auf einen leichten organischen Prozeß in der Hirnrinde einer Hemisphäre bezogen werden konnten. Es waren dies feinere Differenzen in der Innervation beider Körperhälften (ganz leichte Hemiparesen im Gebiete der Hirnnerven, speziell des N. facialis und hypoglossus, und der Extremitäten, Differenzen in dem Verhalten der beiderseitigen Haut- und Sehnenreflexe, leichte Aphasien und Dysarthrien, sowie Hemianopsien) — Halbseitensymptome. Sie finden sich zuweilen nur kurze Zeit nach den Attacken oder sind in direktem Anschluß an diese deutlicher; gar nicht selten sind sie aber auch interparoxysmal zu konstatieren. Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, daß hier fließende Übergänge zwischen der genuinen und der sog. Jacksonschen Epilepsie bestehen. Auch der von Redlich erbrachte, und von anderen bestätigte Nachweis, daß Linkshändigkeit bei Epileptikern bedeutend häufiger ist als bei Normalen, ist in diesem Sinne zu verwerten. Redlich hat deshalb, ebenso wie Heilbronner, die Auffassung, „daß auch bei der Annahme einer diffusen Rindenerkrankung bei der genuinen Epilepsie doch mindestens in einem Teile der Fälle diese von einer bestimmten Gegend ihren Ausgang nimmt und auch späterhin hier am stärksten nachweisbar ist“.

2. Der in der Mehrzahl der Fälle erbrachte Nachweis der Randgliose der Hemisphären. Diese ist nach Alzheimer nicht die Ursache, sondern die Folge einer Degeneration nervösen Rindengewebes, die sich in einem Ausfalle von Mark-

fasern und Ganglienzellen, sowie in einer Verkleinerung der letzteren kundgibt. Die Gefäße zeigen meist leichte Wucherungserscheinungen, manchmal auch starke Wandverdickungen. Auf weitere Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen. Bei Kranken, die im Status epilepticus zugrunde gegangen waren, fanden sich außerdem Veränderungen, die auf einen schweren akuten Erkrankungsprozeß hinweisen; Veränderungen die nicht, wie von anderer Seite behauptet wird, Folgen der Anfälle sind, sondern vielmehr das anatomische Korrelat der Vorgänge, die sich im Gehirn bei der Auslösung der Attacken abspielen. Das betont auch Redlich, der noch hinzufügt, daß unter den von ihm in den letzten Jahren untersuchten Gehirnen chronisch Epileptischer nicht ein einziges war, das keine anatomischen Alterationen aufgewiesen hätte.

Vergleicht man diese Feststellungen Alzheimer's, die sich mit denen Weber's decken und die durch die von Moriyasu mitgeteilten Fibrillenbefunde bei Epilepsie Bestätigung und Erweiterung erfahren haben, mit den Ergebnissen der pathologisch-anatomischen Erforschung der nicht eitrigen Encephalitis, speziell der Influenzaencephalitis, so kann man sich der Vermutung nicht verschließen, daß jene nichts anderes sein könnten, als das histologische Korrelat ganz leichter, oberflächlicher und in Schüben verlaufender Encephalitiden, deren höhere Grade Friedmann als irritative Encephalitis zusammengefaßt hat. Gerade diese im ersten Anfange ganz leichten Entzündungsprozesse des Cortex, die mit oder ohne Konvulsionen, mit geringen Temperatursteigerungen oder auch ganz fieberlos verlaufen, für Zahnfieber oder Verdauungsstörungen gehalten werden — so manche Erfahrungen der Praxis weisen den aufmerksamen Beobachter auf diese Möglichkeit hin — könnten zu den von Alzheimer geschilderten und im Laufe der Jahre über einen großen Teil der Hemisphären sich ausbreitenden Zerfallprozessen in den oberflächlichen Rindenschichten führen. Daß im kindlichen Gehirne entzündliche ebenso wie vaskuläre und traumatische Affektionen in viel höherem Grade als in dem des Erwachsenen zur Progredienz tendieren, das wird ja allgemein anerkannt. Auf Grund aller dieser Erwägungen komme ich zu dem Schlusse: Die Ergebnisse der modernen histologischen Epilepsieforschung lassen nur einen quantitativen In- und Extensitätsunterschied, aber keinen qualitativen, zwischen den gewöhnlichen und den sog. essentiellen Epilepsie führenden Gehirnentzündungen erkennen.

Hält man nun die Resultate der klinischen Nachuntersuchungen und der ausgezeichneten Tierexperimente Kocher's und seiner Schüler, auf die ich hier wegen der Kürze der Zeit nicht eingehen kann, sowie die bei der traumatischen

Epilepsie erhobenen Befunde zusammen mit den von der modernen Histologie bei der Encephalitis (sensu strictiori) und der sog. genuinen Epilepsie gefundenen Gewebsveränderungen, so erkennt man hier wie dort als das eigentlich charakteristische epilepsieerzeugende Prinzip die Entzündung des Gehirnes im weitesten Sinne des Wortes. Die Alzheimer'schen Befunde schließen gleichsam den Kreis von den direkt traumatischen Formen bis zur genuinen Epilepsie. Und nun ist uns

3. noch in neuerer Zeit eine weitere interessante Eideshelferin erstanden, nämlich die Psychologie. Rittershaus kommt in seinen umfangreichen Untersuchungen zu dem Schluß, daß sich ein differentialdiagnostischer Unterschied zwischen der sog. genuinen Epilepsie und der nach cerebraler Kinderlähmung durch die Assoziationsversuche nicht nachweisen läßt, während sich andere mit epileptischen Krämpfen einhergehende Krankheitsbilder durch Assoziationen mit ziemlicher Sicherheit von der eigentlichen Epilepsie abgrenzen lassen.

Dieses Resultat ist um so bedeutsamer, als es auf verschiedenen Wegen erreicht wurde. Um so sicherer können wir auf ihm fußen. Für die operative Behandlung ist es aber geradezu ausschlaggebend, sowohl in prophylaktischer als in direkt therapeutischer Beziehung. Wir wissen jetzt, daß bei allen chirurgischen Eingriffen am Gehirn eine tadellose Asepsie unbedingt erforderlich ist, weil sonst außer anderen schädlichen Folgen die Gefahr der Epilepsie, auch noch nach langer Zeit, heraufbeschworen werden kann. Aus diesem Grunde können auch die Statistiken aus der voraseptischen Zeit nur einen bedingten Wert beanspruchen. Es liegt ferner auf der Hand, daß wir gegen eine Krankheit chirurgisch vorzugehen eher berechtigt sind, nachdem ihr entzündlicher Charakter bei einem großen Teile ihrer verschiedenen Formen nachgewiesen ist. Am besten werden wir freilich hier bestehen, wenn es uns gelingt, den beim Kinde sicher zur Ausbreitung über die ganze Hirnrinde neigenden Prozeß möglichst frühzeitig zu kupieren.

Können wir denn nun heute schon einigermaßen bestimmte Indikationen für die chirurgische Behandlung der verschiedenen Formen der nicht sicher traumatischen Fälle von Epilepsie aufstellen? Ich glaube wohl, aber nur mit der auf einem so umstrittenen Gebiete selbstverständlichen Reserve.

Für operative Eingriffe kommen nur solche Fälle von Epilepsie in Betracht, die bei konsequenter Brombehandlung und absoluter Alkoholabstinenz keine deutliche Besserung erfahren. Auch eine noch so günstige operative Prognose versprechende Fälle von Jackson'schem Typus möchte ich von chirurgischer Therapie ausnehmen, solange sie bei jenem Regime erheblich gebessert werden. Ferner sind von vornherein auszuschließen

außer den vorhin erwähnten Kategorien alle mit Epilepsie selbst Belasteten, sowie die Deszendenten von zweifellosen Potatoren.

Bei den typischen Jackson'schen Fällen wird man sich nach Erschöpfung der internen und diätetisch-physikalischen Behandlung wenigstens vorläufig noch leichter zu einem Eingriff entschließen. Man muß sich hierbei, ganz abgesehen von den an Zahl schon nicht mehr geringen Erfolgen, vor Augen halten, daß bei einwandfreier Asepsis und zweizeitiger Operation nach der vorliegenden Kasuistik — auch unsere eigenen Erfahrungen sprechen in diesem Sinne — die Lebensgefahr als äußerst gering bezeichnet werden kann, und daß eine Verschlimmerung der Krämpfe als Effekt der Operation bisher kaum beobachtet zu sein scheint, daß aber andererseits viele Epileptiker durch die Fortdauer der Konvulsionen unaufhaltsamer Verblödung und schwerem Siechtum verfallen. Oppenheim sagt auch noch in der neuesten Auflage seines Lehrbuchs: „Die operative Behandlung der Jackson'schen Epilepsie nichttraumatischer Genese ist unter gewissen Verhältnissen am Platze, nämlich dann, wenn voraussichtlich eine angreifbare Rindenaffektion (Tumor, Cyste, Abszeß usw.) vorliegt.“ Wie soll man das aber vor Öffnung des Schädels entscheiden, wenn keine Papillitis und keine sonstigen Hirndrucksymptome vorliegen, was doch bei Tumoren gerade der Zentralregion ziemlich häufig vorkommt? Aus dieser diagnostischen Unsicherheit und der Gefahr, eine operativ leicht entfernbare Affektion unberührt zu lassen, ergibt sich, wofern die erwähnten Bedingungen erfüllt sind, die Indikation, in jedem Falle von Jackson'scher Epilepsie zu trepanieren, auch wenn es feststeht, daß sogar ein Status hemipilepticus auf sog. genuiner Epilepsie beruhen kann. Im ungünstigsten Falle hat man eben eine Probetrepanation ausgeführt, analog den zahlreichen Probelaparotomien, vor denen man sich bei erheblichen diagnostischen Zweifeln doch auch nicht scheut, und die schon manchem Kranken das Leben erhalten haben.

Betreffs des Zeitpunktes der Operation verlangen die Chirurgen mit Recht, man solle nicht allzulange warten, damit die sog. epileptische Veränderung sich im Gehirne nicht zu fest stabilisiere. Andererseits wird sich der Patient, bzw. seine Angehörigen, auch nicht zu schnell entschließen, zumal da ja auch öfters Spontanheilungen vorkommen. Man muß auch berücksichtigen, daß Epileptiker, die bereits 20 und mehr Jahre ihre Anfälle hatten und schon deutlich dement waren, durch Trepanation noch geheilt oder wenigstens ganz wesentlich und dauernd gebessert wurden. Häufung der Anfälle sowie Zunahme der Lähmungen und deutliche Zeichen beginnender Verblödung dürften als absolute Indikation zu betrachten sein.

Das kindliche und jugendliche Alter

werden wegen der größeren Restitutions- und Kompensationsfähigkeit des Gehirns den Entschluß zur Operation eher reifen lassen als das spätere Lebensalter.

Manche Beobachtungen aus der Kasuistik der Epilepsieoperationen legen es nahe, ein Alter von über 40 Jahren als Kontraindikation zu betrachten.

Diese Gesichtspunkte treffen nun auch für die operative Therapie der sog. genuinen Epilepsie zu. Hier würde man außerdem um so eher einen Eingriff ins Auge fassen können, wenn der Anfall von einer konstanten und lokalisatorisch verwertbaren Aura, z. B. in den Extremitäten einer Seite eingeleitet wird, ferner je mehr inter- oder postparoxystische Halbseitenerscheinungen sich bei gründlicher Untersuchung konstatieren lassen, und je bestimmter die sorgfältig aufgenommene Anamnese für die Einwirkung eines erheblichen Kopftraumas oder eines früheren encephalitischen Prozesses oder für ein temporäres Beschränktsein der Fälle auf eine Körperseite spräche.

Bezüglich der Art des Eingriffes können folgende Hinweise zur Richtschnur dienen. Die Operationen können sehr wohl nach vorangegangener Scopolamininjektion oder auch ohne diese nach Infiltration der Weichteile mit Novocain-Suprarenin in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Nur bei kleinen Kindern kann man die Allgemeinnarkose nicht entbehren. Die Lokalanästhesie hat auch den Vorteil, daß der Kranke, wenn man seine Aufmerksamkeit auf diesen Punkt lenkt, bei der elektrischen Reizung sofort angeben kann, wann er in der betreffenden Extremität etwas spürt. Man braucht dann nur minimale Ströme und vermeidet den sonst hierbei gar nicht selten auftretenden Anfall. Bestehen keine ausgesprochenen und konstanten Ausfallsymptome, und auch keinerlei Halbseitenerscheinungen, so mache man eine nicht zu kleine (8—6:6—4 cm) Kraniektomie. Hierbei wird man, falls ein erhebliches Kopftrauma in der Anamnese nachzuweisen ist, die entsprechende Seite wählen; liegen bestimmte Anhaltspunkte in dieser Richtung nicht vor, so wähle man die rechte motorische oder fronto-temporale Region und schone die funktionell wertvollere linke Hemisphäre. Stößt man während der Operation auf Veränderungen, z. B. Knochenverdickungen, Adhärenzen der Dura am Knochen oder sonstige Abweichungen von der Norm, so beseitige man sie nach Möglichkeit. Wir haben bei denjenigen unserer Fälle, bei denen das Knochenventil dauernd erhalten blieb, niemals hiervon eine Schädigung gesehen. Nur einmal haben wir bei einem besonders wilden Knaben eine Schutzkappe aus Blech anfertigen lassen. Die Dura ist stets zu spalten, entweder mit einem Kreuzschnitt oder längs des Randes der Knochenöffnung. Auf diese technisch-chirurgische Frage, sowie auf die nicht minder wichtige des Duraersatzes, die in den

letzten Jahren vielfach erörtert worden ist, kann ich nicht ausführlicher eingehen. Ich möchte nur erwähnen, daß mir von allen Methoden die von Kümmel jüngst empfohlene Fettfascientransplantation am empfehlenswertesten erscheint.

Liegen aber deutliche Paresen oder auch nur konstante Halbseitenerscheinungen vor, und sind die Krämpfe auf eine Körperseite dauernd beschränkt, oder ist nur eine dieser beiden Bedingungen erfüllt, so mache man zunächst den eben geschilderten Eingriff. Findet man hierbei, wie z. B. in einem unserer Fälle, eine subarachnoideale Cyste oder einen Tumor oder sonstige Läsionen, die den Symptomenkomplex genügend erklären, so beseitige man diese nach Möglichkeit und beende die Operation. Konstatiert man jedoch auf der Innenseite der Dura oder an der Arachnoidea Alterationen, die auf eine Schädigung des Gehirnes hinweisen, die aber allein die klinischen Erscheinungen nicht zu erklären vermögen, z. B. Verfärbungen der Cerebrospinalflüssigkeit, Trübungen und Ödem der Arachnoidea, stärkere Gefäßentwicklung und ähnliches, so bestimme man nach Krause die Lage des primär krampfenden (oder wohl richtiger: primär gereizten) Zentrums. Hier punktiere man nach verschiedenen Richtungen, bei negativem Ergebnis auch in der Nachbarschaft. Findet man, wie bei mehreren unserer Fälle, infrakortikale Cysten, so inzidiere und entleere man sie. Eine etwa vorhandene Kapsel muß man sorgfältig entfernen. Auch möchte ich dringend dazu raten, stets das unmittelbar umgebende Hirngewebe zu exzidieren, es sei denn, die Cyste reichte allzuweit in die Tiefe. Diesen Rat möchte ich deshalb erteilen, weil ich die Überzeugung gewonnen habe, daß wir in 2 Fällen, in denen wir das umgebende, sicher kranke, Hirngewebe nicht entfernten, sehr wahrscheinlich nur aus diesem Grunde Rezidive, bzw. keine erhebliche Besserung gesehen haben.

Stimmt die Lage der Cyste nicht mit dem Areale des primär gereizten Zentrums überein, wie z. B. in einem Falle Krause's, so exzidiere man unter allen Umständen auch dieses. Wie berechtigt dieses Vorgehen ist, geht aus den hochgradigen histologischen Veränderungen hervor, die Brodmann an dem exzidierten Stücke fand: „Die schichten- und säulenförmige Anordnung der Nervenzellen im Rindenquerschnitt war fast überall verschwunden, die Zellen standen unregelmäßig durcheinander und waren von narbigen Zügen auseinandergedrängt; stellenweise wurde die ganze Breite der Rinde durch derbes Narbengewebe eingenommen. Daneben bestand in der ganzen Ausdehnung der exzidierten Zone Leptomeningitis chron. hohen Grades.“ Ergibt die Punktion nichts Positives, so exzidiere man das Zentrum bis aufs Mark. Ebenso muß man eine alte encephalitische Narbe extirpieren.

Zu dieser Exzision möchte ich mich eher

bei linksseitigen Krämpfen und Hemiparesen entschließen, bei denen die den Reizzustand erzeugenden Läsionen in der rechten Hemisphäre zu vermuten sind, weil die funktionelle Kompensation von seiten der an Einfluß präponderierenden linken Hemisphäre in höherem Maße zu erwarten ist, als von der rechten, auch wegen der linksseitigen Lage der Sprachzentren. Ich würde aber die Exzision auf der linken Seite keineswegs prinzipiell ablehnen, namentlich nicht im kindlichen und jugendlichen Alter, in dem die Restitutions- und Kompensationsfähigkeit des Gehirnes eine recht bedeutende zu sein scheint. Auch steht die Tatsache fest, daß ebenso wie beim niederen Affen und bei den Anthropoiden auch beim Menschen das motorische Gebiet viel ausgedehnter ist, als das auf den elektrischen Strom ansprechende.

Nach der Operation muß die Behandlung mit Brompräparaten auch bei günstigem Verlaufe noch längere Zeit hindurch fortgesetzt werden. Auch muß zeitlebens absolute Alkoholabstinenz eingehalten werden. Wesentlich ist auch die Verhütung von Kopfverletzungen.

Zum Schlusse möchte ich noch hervorheben, daß wir aus mehreren Gründen davor warnen, überschwengliche Hoffnungen auf die chirurgische Behandlung des Morbus sacer zu setzen. Da ist vor allem die sog. epileptogene Prädisposition nicht zu übersehen, über die wir doch nicht ganz hinwegkommen. Bestände eine solche konstitutionelle Veranlagung nicht, so könnten wir uns nicht erklären, warum das eine Individuum nach einer im frühen Kindesalter überstandenen offenkundigen Encephalitis in der Pubertät von Epilepsie befallen wird, während ein anderes, dessen Gehirnentzündung eher schwerer war, zeitlebens davon befreit bleibt. Freilich erscheint es mir nicht ausgeschlossen, daß dieser etwas mystische Begriff in Zukunft doch noch seine histologische Erklärung findet. Wir müssen auch an die Multiplizität der Herden denken, die sowohl die Entzündung wie auch das Trauma im Gehirn setzen kann, und die wir auch beim besten Willen nicht alle entfernen können. Ferner lehrt die Erfahrung, daß Herdsymptome nicht immer durch organische Veränderungen bedingt sind, daß Jackson'sche Erscheinungen auch schon zu Fehldiagnosen geführt haben. Endlich müssen wir uns auch an die Fälle von Status hemiepilepticus erinnern, bei denen anatomisch nichts gefunden wurde. Vergegenwärtigen wir uns andererseits die sogar bei ganz alten, verblödeten Fällen von sog. genuiner Epilepsie erzielten Erfolge, übertragen wir dieses Resultat auf die vielen Hunderte von Epileptikern, die sich als dauernd sozial unbrauchbar in zahlreichen Kliniken aufhalten, und bedenken wir auch, wie viele von ihnen sich in Anstalten befinden, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, und wahrscheinlich in operativer Beziehung viel günstiger zu beurteilen sind, so

dürfen wir doch wohl die Erwartung hegen, daß eine rationelle operative Behandlung dieser furchtbaren und so verbreiteten Krankheit noch recht großen Nutzen stiften kann.

3. Die Beziehungen zwischen Appendicitis chronica und den Erkrankungen der Ovarien und Tuben.¹⁾

Von

Dr. Arthur Mueller in München.

Dem objektiven Beobachter mußte es von jeher auffallen, daß die weiblichen Generationsorgane, trotz ihrer geschützten Lage in der Bauchhöhle, so überaus häufig erkrankt gefunden werden, während die männlichen Organe trotz ihrer exponierten Lage verhältnismäßig selten erkranken.

Solange das Kindbettfieber noch häufig war, konnte man dies als häufigste Ursache, und wohl mit Recht, ansprechen. Da Virgines damals noch selten untersucht wurden, fehlten für diese ausreichend genaue Beobachtungen. Später glaubte man mit der Entdeckung des Gonokokkus für alle nicht puerperalen Erkrankungen eine völlig genügende Erklärung gefunden zu haben. Daß der Gonokokkus bei chronischen Unterleibsentzündungen trotz häufiger Untersuchungen nicht gefunden wurde, daß häufig, ja meist, ein akutes Stadium nicht anamnestisch nachweisbar war, konnte die überzeugten Vertreter der Gonokokkenlehre nicht an ihrem Glauben zweifeln machen. Selbst daß, je mehr Virgines sich im Laufe der Zeit zur Untersuchung entschlossen, desto häufiger auch bei ihnen chronisch-entzündliche Veränderungen gefunden wurden, die allerdings mit den Erscheinungen der akuten Gonorrhoe nichts gemeinsam haben — dies alles konnte den Glauben an den Gonokokkus lange Zeit nicht erschüttern. War doch für diese Fälle in der Kindergonorrhoe, welche angeblich ungemein häufig von Ammen, Kindermädchen, Geschwistern, in der Schule von Nachbarinnen usw., übertragen werden sollte, ein scheinbar genügender Grund gefunden. Daß die Gonorrhoe im chronischen Stadium meist nicht nachweisbar sei, war Dogma.

Wenn auch solche chronische Fälle ohne Symptome sicher und nicht gar selten vorkommen, so ist doch in vielen Fällen für eine kritische Anamnese kein Anhalt für eine Gonorrhoe zu finden.

Immer häufiger tauchte daher die Ansicht auf, daß nicht nur durch von außen, per vaginam, eindringende Schädlichkeiten Entzündungen der weiblichen Genitalien entstehen können, sondern auch von innen her. Lues und Tuberkulose

wurden bei den weiblichen Genitalien nur relativ selten, im Verhältnis zum Manne, als Ursache von Erkrankungen der Keimdrüsen nachgewiesen.

So blieb denn nur die Annahme, daß von den Nachbarorganen, speziell vom Darms: Rektum, Sigmoideum und eventuell Typhlon und Vermis her — Entzündungen sich auf die weiblichen Genitalorgane fortpflanzen könnten.

Für einzelne Formen der Unterleibsentzündungen ist dieser Weg schon längst angenommen worden. So hat Freund senior die Parametritis und Peritonitis atrophicans retrahens als vom Rektum fortgeleitete Entzündungen erklärt.

Diesen Weg habe ich schon längst für alle chronisch-entzündlichen Zustände der Beckenorgane als den bei weitem häufigsten, ja regelmäßigen, nachweisen zu können geglaubt. Veröffentlicht habe ich diese Anschauung zuerst in einem Aufsatz: Parametritis posterior eine Darmerkrankung (Zentralbl. f. Gynäkol. 1912 Nr. 9). Ich suchte damals nachzuweisen, daß fast jede Parametritis posterior von der Schleimhaut des Rektum aus fortgeleitet sei und daß die damit verbundenen Veränderungen und Zustände: Anteflexio pathologica, Retropositio uteri, Endometritis cervicis, Parametritis, Pelveocellulitis, und folglich auch die Dysmenorrhoea virginum usw., auf dieselbe Ursache zurückzuführen seien. Ausführlicher behandelte ich die „Beziehungen zwischen Darmleiden und Frauenleiden“ 1907 auf dem Naturforschertage in Dresden.¹⁾ Hier zog ich auch, wenn auch in zweiter Linie, die Beziehungen der Appendicitis zu den weiblichen Genitalorganen in den Kreis meiner Beobachtungen. Ich kam zu dem Schlusse, daß die Gonorrhoe bei weitem nicht so viel Unheil anrichtet, wie bisher behauptet wurde, daß vielmehr die chronische Verstopfung und die von dieser verursachte Sigmoiditis linkerseits, die Appendicitis rechterseits, in weitaus den meisten Fällen — ich sagte etwa 90 Proz. — den Ausgangspunkt für die entzündlichen Frauenleiden abgeben.

Den Auslassungen über Sigmoiditis und Proctitis von damals habe ich nichts Neues hinzuzufügen. Der Appendicitis aber habe ich in den letzten Jahren meine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, und ich bin dadurch in meiner früheren Auffassung über den Darm als Ausgangspunkt der Frauenleiden nur bestärkt worden. Wie zwischen „Scylla und Charybdis“, liegen die weiblichen Genitalorgane zwischen Sigmoid und Appendix. Waren diese nicht die Ursache der Unterleibsentzündungen, so müßten Virgines freibleiben oder zum Beginn mit akuter gonorrhöischer Salpingitis erkranken. Statt dessen findet man meist die von Anfang an chronischen Parametritiden. Wäre der Gonokokkus die Ursache, dann müßte die Orchitis gonorrhöica ebenso häufig sein wie die Oophoritis und Salpingitis. Diese

¹⁾ Nach einem im ärztlichen Verein München gehaltenen Vortrag.

¹⁾ Zentralbl. f. Gynäkol. 1907 S. 1321 und Frauenarzt 1907 H. 12.

Erkrankung kommt aber nur nach nachweisbarer Infektion und zwar stets akut vor, — wie auch die akute gonorrhoeische Salpingitis. Die von äußeren Einflüssen geschützte Lage hilft also den weiblichen Genitalien nichts, weil sie hier den viel gefährlicheren schwerer vermeidbaren inneren Feinden ausgesetzt sind. Man könnte gewissermaßen sogar den Descensus testicularum eine „Flucht in die Öffentlichkeit“ nennen. Die ähnlich wie die weiblichen Genitalien gelagerte Prostata zeigt auch ähnliche Erkrankungen wie der Uterus. Der häufig durch Bacillus coli-Nachweis erhärtete Zusammenhang der Prostatitis mit dem Darne (v. Nothafft) wird immer mehr anerkannt.

Seit etwa 10 Jahren habe ich jede Patientin auf chronische Appendicitis untersucht.

Die Folge dieser regelmäßigen Untersuchungen des Wurmes, sowohl in der Sprechstunde, wie bei und nach Operationen, war die, daß sich meine Ansicht gegen früher wesentlich änderte. Während ich bis dahin gegen die Operation nicht stark veränderter Appendices gewesen war, mußte ich mich davon überzeugen, daß diejenigen recht hatten, welche einer makroskopisch nicht auffallenden Veränderung des Vermis doch einen weitgehenden klinischen Einfluß, sowohl auf das Allgemeinbefinden, wie auf die Nachbarorgane, ja auf alle Abdominalorgane und das Allgemeinbefinden zusprechen.

Meine Beobachtungen erstrecken sich bis zum 22. Februar dieses Jahres auf 300 operierte Appendices. Davon sind nur 19 im akuten Anfall operiert und 17 Fälle sind sogenannte Konglomerattumoren. Diese schweren Fälle scheiden für unsere Betrachtungen aus. Es bleiben also 264 Fälle chronischer Erkrankungen übrig.

Von diesen Fällen, welche im Intervall oder im leichten Reizstadium operiert wurden, verlor ich nur einen. Hier brach ein bei der Operation nicht bemerkter retroperitonealer Abszeß einige Tage nach der Operation durch.

Auf die übrigen Komplikationen wie Extrauterin gravidität, Myome, Metritis, Cystitis usw. gehe ich hier nicht ein.

Wie in allen Statistiken stehen die Adnexerkrankungen als Begleiter der Appendicitis in erster Reihe, ja es erscheinen, weil geringere kleincystische Veränderungen, welche nicht beachtet oder nur mit Punktierung einzelner Cysten behandelt wurden, unerwähnt blieben, nur sehr wenige Ovarien als ganz normal. Ebenso wurden leichte Schwellungen und Rötungen der Tuben, welche sehr häufig waren, nicht notiert.

Entsprechend diesem Befunde standen auch klinisch die von den Adnexen ausgehenden Erscheinungen meist lange Zeit im Vordergrund des Krankheitsbildes.

Die Veränderungen der Appendices, welche beobachtet wurden, waren sehr verschieden. Oft waren dieselben so unbedeutend, daß, wenn die klinische, teilweise langjährige Beobachtung nicht

vorhergegangen wäre, auf eine schwere Erkrankung der Vermis, allein auf das makroskopische Aussehen hin, nicht hätte geschlossen werden können. Offenbar können am Vermis auch stärkere Entzündungen ziemlich schnell äußerlich spurlos verheilen.

Diese, häufigste leichte Form der Appendicitis chronica catarrhalis ist daran zu erkennen, daß auf der dorsalen dem Mesenteriolum entgegengesetzten Seite des Vermis das längs verlaufende Gefäß stark hervortritt und stark geschlängelt verläuft; an der Spitze bildet er oft ein kleines traubiges mit Fett durchsetztes Anhängsel. Auch die seitlichen Gefäße sind stark injiziert, geschlängelt und hervortretend. Die Grundfarbe der Appendix ist, wenn der Anfall längere Zeit vorüber ist, weiß, in frischeren Fällen und bei schwereren Attacken gerötet. Fast stets ist die Spitze etwas, oft sehr stark knotenförmig abgeschnürt.

Oft sind auch im Verlaufe des Vermis leichte Einschnürungen und alsdann distal von diesen Kotsteinchen vorhanden. In diesen Fällen sind meist schon heftigere Anfälle aufgetreten.

Das Mesenteriolum ist bei längerem Bestehen der Reizung oder kurz nach einem Anfall infiltriert, verkürzt und wie auch der Wurm selbst entweder frei oder adhärent. Dadurch wird der Vermis oft geknickt.

Ist der Wurm völlig frei in der Leibeshöhle, so habe ich öfter, auch bei stärkeren Veränderungen desselben, Mangel jeden lokalen Schmerzes an der charakteristischen Stelle feststellen können. Bei dieser Appendicitis larvata, wenn man jahrelang Appendicitis vermutet, aber nicht nachweisen kann, ist die Diagnose bisweilen nur als wahrscheinlich zu stellen, bis ein schwerer Anfall Klärung bringt. Allerdings habe ich dieselbe Schmerzlosigkeit auch bei zwei Fällen beobachtet, bei denen der Vermis in dicke Schwielen eingebettet war.

Nach sehr langer Erkrankung wiesen einige Vermes ein rosenkranzähnliches Aussehen auf. In seltenen Fällen waren nur noch eine Reihe distal immer kleiner werdender Knötchen vorhanden, und einmal war nur noch ein wenige Millimeter langes Stückchen vom Vermis erhalten, welches in einen dünnen Faden auslief.

Diese Form könnte man Appendicitis atrophicans nennen. Schwere Anfälle sind bei dieser Form gewöhnlich nicht aufgetreten, wohl aber jahre- bzw. jahrzehntelange Beschwerden und Reizungen, welche für nervös gehalten wurden.

Bei diesen Schrumpfungsvorgängen bildeten sich bisweilen ganz unregelmäßige Umrisse mit Aussackungen am Wurm aus, oft auch nur Verkürzung mit Verdickung oder Verdünnung.

Die Lage des Wurmes war sehr verschieden. Oft war er nach oben geschlagen, der Länge nach nach innen oder außen hinten mit dem Kolon oder der Bauchwand verwachsen, öfters aber,

besonders an der Spitze, hakig umgebogen. Die Verwachsungen waren oft so fest, daß, um vom Querschnitte aus, bei langem Vermis, die Abbindung ohne brüskes Hervorzerren des Typhlon zu ermöglichen, der Vermis zuerst an der Basis abgetragen werden mußte. Dann gelang es stets, sich bis zur Spitze vorzuarbeiten.

Wenn der Vermis in die Höhe geschlagen war, waren die Veränderungen der Beckenorgane, außer in den Fällen, in denen schwerere Anfälle vorausgegangen waren, meist leichter Natur. Es bestand Oophoritis cystica duplex oder einseitige oder doppelseitige Salpingitis catarrhalis.

In diesen Fällen treten oft die Symptome der Oophoritis so stark in den Vordergrund, daß jahrelang nur auf Oophoritis wohl auch Parametritis oder Colitis oder auch nur auf Neurasthenie behandelt worden war und bei mangelnder spontaner oder geringer Druckempfindlichkeit der Cöcalgegend erst die Operation und Inspektion des Vermis Klarheit schaffte.

Wiederholt bestand der spontane Schmerz rechts oben unter dem Rippenbogen. Ich besinne mich zweier solcher Fälle, in denen sich der Vermis bei der Operation nach außen hinten oben, nach der Nierengegend zu verwachsen fand. Oft zeigt der Vermis an einzelnen Stellen scharf umschriebene Bezirke stärkerer Schwellung, Rötung um Umhüllung mit pseudomembranösen Auflagerungen, welche letztere, besonders häufig an der Basis, den Vermis wie eine Scheide umhüllten. Hier fanden sich im Innern meist Schleimhautulcera oder Kotsteine.

Wenn der Appendix frei in der Bauchhöhle lag, hing er meist nach dem Becken herab über die Gegend der Articulatio sacro-iliaca herunter.

Er war oft geschwollen, enthielt in der aufgetriebenen Spitze kotige oder schleimige Flüssigkeit oder Eiter.

Wenn er stärker an der Spitze erkrankt war, war er gewöhnlich mit den Adnexen, Ovarien, Ligamenten, Tuben, Beckenwand usw. fest verwachsen und schloß mit diesen oft kleine Abszeßhöhlen ein. Oft war in diesen Fällen allein die Spitze erkrankt, die über dem Beckeneingange befindliche und auch im oberen Beckenabschnitte liegende Strecke dagegen gesund und daher nicht druckempfindlich gewesen. Auch dieses sind Fälle von Appendicitis larvata, deren Symptome sich auf die sekundär infizierten Beckenorgane beschränken und welche daher oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zulassen.

Gerade diese Fälle aber, in denen die Spitze des Vermis bis zum Boden des Douglas herabhängt, sind, wie wir wiederholt gesehen haben, besonders gefährlich. Diese Lage im Douglas wurde besonders häufig gefunden bei ein- oder beiderseitiger Pyosalpinx, bei jauchigen Douglasabszessen und bei Konglomerattumoren.

Fast stets, zum mindesten bei den Fällen, in denen kürzlich auffallende Reizerscheinungen vorhergegangen sind, ist auch die Oberfläche des

Typhlon von der Entzündung ergriffen. Beim Suchen nach dem oft recht versteckten Wurmfortsatze gibt die Entzündung des Typhlon einen sicheren Fingerzeig dafür, daß man sich in seiner Nähe befindet. Es zeigen sich dann auf dem Typhlon und oft weit hinauf auf dem Colon ascendens pseudomembranöse zarte hyaline Membranen, die mit meist genau parallelen quer zum Typhlon verlaufenden Adern durchsetzt sind. Bei der chronisch-katarrhalischen Form der Appendicitis finden sich selten dicke Schwielen, wie sie nach akuten eitrigen Anfällen bleiben. Solche eingedickte Exsudatreste ebenso wie dicke Verwachsungsmembranen lassen stets auf frühere schwerere eitrige Anfälle schließen.

Das Typhlon ist oft mehr oder weniger fest mit der Rückenwand oder der vorderen Bauchwand verwachsen. Bei den Operationen mit Querschnitt ist es daher oft nötig diese Verklebungen erst zu lösen und das Cöcum zu mobilisieren, um die Basis des Wurmes in das Operationsfeld zu bringen.

Von einem Typhlon mobile als Erkrankungsform habe ich mich in keinem Falle überzeugen können. Oft ist das Cöcum mit inniger Wand anhaftenden harten Kotknollen gefüllt. Auf die Einzelheiten der häufigen Salpingitiden, Pelveoperitonitiden kann ich hier nicht eingehen. Wie viele Autoren hervorheben, so habe auch ich den Eindruck gewonnen, daß gerade die Pelveoperitonitis ex appendicitide zu ganz besonders festen Verwachsungen der Beckenorgane führt, mehr als gonorrhöische Prozesse. Nicht selten zerreißen die brüchigen Tuben und Ovarien bei den vorsichtigsten Lösungsversuchen. Bei flächenhaften Verwachsungen bleiben nicht selten Stücke der Corticalis der Ovarien zurück.

In zwei solcher Fälle beobachtete ich nach ein bis mehreren Jahren an der Stelle der festen Verwachsungen cystische walnußgroße und hühner-ei-große Tumoren, so daß ich Cystenbildung in den Ovarresten annehmen muß. Die Operation wurde noch nicht gestattet.

Die Veränderungen an den Ovarien sind, wie mir schien, die häufigsten der beobachteten Sekundärerkrankungen bei Appendicitis. In sehr vielen Fällen sind beide Ovarien in gleicher Weise erkrankt, oft, etwa in ein Viertel der Fälle, ist das linke Ovar stärker erkrankt, als das rechte.

Die häufigste Erkrankungsform ist die kleincystische Degeneration. Ich notierte dieselbe doppelseitig 127 mal, einseitig rechts 40, links 24 mal so stark, daß Resektionen vorgenommen werden mußten. In einer nicht geringen Anzahl beschränkte ich mich, bei geringer Erkrankung und bei jungen Individuen, denen an Erhaltung der Facultas generandi viel lag, mit Punktion der Cysten. Der Erfolg in diesen Fällen war nicht immer befriedigend, da Schwellungen der Ovarien und Schmerzen oft noch lange Jahre bestehen blieben.

Schon in Dresden habe ich auf den auffälligen Befund hingewiesen, daß relativ oft die linken Adnexe stärker erkrankt sind als die rechten.

J. A. Amann hat später für die eitrigen Formen dies damit erklärt, daß, wenn zur Zeit der Follikelberstung ein appendicitischer Anfall eintritt, die Möglichkeit der Infektion auf der Seite, wo die Berstung erfolgt ist, also eine Wunde besteht, die größere ist. So ist bei linksseitiger Ovulation das linke Ovar zur Infektion mehr disponiert als das rechte.

Nicht jede Pelveoperitonitis braucht ein Ovar dauernd zu schädigen. Wir finden nicht selten neben einer Pyosalpinx ein äußerlich gesundes Ovar. Ebenso trifft man nach nachweisbaren vorausgegangenen Appendicitiden und Ovarialschwellungen oft nur leicht verklebte äußerlich nicht veränderte Ovarien. — Die Möglichkeit, daß feinere innere Veränderungen schon bestehen, ist natürlich nicht auszuschließen. Die auch in solchen Fällen oft andauernde Sterilität oder später sich entwickelnde Cysten lassen indessen vermuten, daß die Veränderungen der Ovarien in ihrem Beginne nicht immer äußerlich erkennbar sind.

Wiederholt habe ich beobachtet, daß das Ovar der einen Seite in alte peritonitische Membranen, wie in einer Tasche, völlig abgeschlossen war und gesund erschien, während das andere Ovar, welches nicht geschützt war, schwer erkrankt war. Einmal fand ich beide Ovarien in dieser Weise sicher abgekapselt und nur die Tuben waren stark entzündet.

Perioophoritis als Teilerscheinung einer Pelveoperitonitis und kleincystische Degeneration sind bekanntlich die anatomischen Grundlagen der als Oophoritis bezeichneten klinischen Erscheinungen.

Es kann nun kaum ein Zufall sein, daß diese klinische Oophoritis so ungemein häufig mit Appendicitis zusammen vorkommt, daß ich von 264 Fällen dieselbe in 191 in augenfälligem Maße und außerdem noch häufig in geringem Grade konstatieren konnte. Es muß also wohl ein kausaler Zusammenhang zwischen diesen beiden Affektionen bestehen. Da zwischen diesen kleinen und den mittelgroßen Cysten sowie den ganz großen alle Übergänge vorkommen, so stehe ich nicht an, auch für die Entstehung vieler großer Ovarialcysten, die Appendicitis als Ursache anzunehmen.

Derselbe oft wiederholte oder dauernde Reiz, welcher das Wachstum der kleinen Cysten bedingt, wird auch bisweilen das Anwachsen einer oder mehrerer solcher Cysten zu bedeutenderer Größe veranlassen können. Ich habe mehrere solcher Fälle jahrelang in ihrem Wachstum genau beobachtet. Die so häufigen, jedem Praktiker bekannten Fälle, wo mehrere Jahre nach Appendicektomie eine Ovariectomie nötig wird, sprechen ebenfalls hierfür. Die Wirkung des Reizes braucht

offenbar mehrere Jahre bis zur Entwicklung einer Cyste.

Oft habe ich, wenn ich wegen einer anderweitigen Erkrankung, bei der vorher ein Verdacht auf Appendicitis nicht vorlag, Laparotomie machte, aus der kleincystischen Degeneration eines oder beider Ovarien mit Recht auf eine Erkrankung des Vermis geschlossen. Es ist daher jede chronische Oophoritis für mich verdächtig auf Appendicitis chronica.

Die so häufig vom Hausarzt und Publikum geforderte Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Adnexitis ist in den meisten Fällen einfach deshalb unmöglich, weil fast stets beide Organe erkrankt sind. Besonders trifft dies für die typischen Fälle zu, in denen der Uterus nach rechts verzogen, die rechten Adnexe an der Articulatio sacroiliaca fixiert und geschwollen sind, der chronisch entzündete Vermis nahe bei oder auf ihnen liegt oder direkt verwachsen ist.

Das so häufige gleichzeitige Vorkommen von Adnexerkrankungen und Appendicitis ist so vielfach von den verschiedensten Autoren beobachtet worden, daß ein Zweifel über diese Tatsache nicht mehr bestehen kann.

Schon Ernst Fränkel fragt in seinem außerordentlich interessanten Sammelreferat (in Volkmann's klin. Vorträge. Neue Folge 1901 Nr. 323 S. 542): Beruht nun das geschilderte Zusammentreffen von Appendicitis und Adnexitis nur auf Zufall oder haben wir es hier mit kausalen Wechsellagen zu tun? Wenn das letztere der Fall, was ist in der Mehrzahl der Fälle das Primäre und was das Sekundäre?

Diese Fragen sind von Fränkel und vor ihm und nach ihm von vielen Autoren in dem verschiedensten Sinne beantwortet worden.

Die Entscheidung in jedem einzelnen Falle ist — selbst bei der Autopsie in vivo oft schwer zu treffen. Mir scheint die Anamnese einer besonderen Berücksichtigung in dieser Beziehung zu bedürfen und für die Entscheidung ausschlaggebend zu sein. Auf Grund derselben habe ich die Überzeugung gewonnen, daß die Appendicitis chronica sich langsam entwickelt auf Grund einer Obstipatio chronica und hieraus entstandener Enterocolitis.

Oft besteht Obstipatio seit der Kindheit, ununterbrochen oder mit Unterbrechungen. Oft ist dieselbe schon bekämpft und behandelt worden, hat aber früher jahrelang bestanden, und eine Enterocolitis chronica ist geblieben. Seltener wird letzteres Leiden auf eine akute Erkrankung: Fleischvergiftung, Typhus, Dysenterie usw. zurückgeführt. Meist lassen sich ja auch scheinbar akute Enteritiden nur als Exazerbationen chronischer Prozesse nachweisen.

Um hierüber sichere anamnestische Angaben zu erhalten, muß man aber lange, eingehend und wiederholt, examinieren. Das Gedächtnis der Menschen für durchgemachte Krankheiten ist merkwürdig kurz; oft wissen die Verwandten

mehr als die Kranken selbst! Auch scheint es, als ob instinktiv, oder aus Angst vor dem Messer, frühere Beschwerden zunächst gelegnet werden.

Die Erkenntnis des Zusammenhanges beider Erkrankungen ist meiner Ansicht nach erleichtert, seitdem die Häufigkeit der chronischen katarhalschen Appendicitis und ihre Entstehung durch Fortleitung von der Schleimhaut des Typhlon und Colon aus durch die pathologischen Anatomen nachgewiesen worden ist. Hierdurch ist neuerdings die chronische Obstipatio und Colitis als Grundleiden, die Appendicitis als Folgezustand festgestellt worden, wie ich dies schon längst auf Grund von Beobachtung und Anamnese behauptet habe. Die Appendicitis entwickelt sich meist schleichend. Zunächst treten leichte Attacken, „Reizungen“, ein. Wirklich akute schwere erste Anfälle habe ich bei eingehender Anamnese bei Frauen nicht nachweisen können. Stets lassen sich bei eindringlichem und wiederholtem Ausfragen Vorboten, leichte oder mittelschwere Anfälle nachweisen, die aber vergessen oder anders gedeutet wurden.

Fragen wir uns nun, auf welchem Wege die Entzündung von einer Appendicitis chronica auf die weiblichen Adnexorgane fortgeleitet werden kann, so werden hierfür vier Wege angegeben:

1. Das Ligamentum Appendiculo-Ovaricum dextrum. Für diesen Weg habe ich nur einmal vor etwa 8 Jahren einen Fall beobachtet. Der Vermis war lang, frei, blaß, keulig und enthielt in der Spitze Eiter. Das Ligamentum Appendiculo-Ovaricum war ödematös geschwollen, das Ovar sehr stark gerötet mit Hämorrhagien durchsetzt.

2. Die retroperitonealen Lymphbahnen. Dieser nicht häufige Weg läßt sich bei der Operation leicht verfolgen.

3. Der direkte Kontakt des Vermis mit den Beckenorganen. Auch dieser Weg ist sub operatione bei einiger Vorsicht beim Aufsuchen des Vermis sehr oft einwandfrei nachweisbar. Es sind dies meist Fälle schwererer, fibrinöser oder eitriger Entzündungen an Adnexen und Peritoneum.

4. Herabsickern eines entzündlichen Exsudates von der Darmbeinschaukel aus in das kleine Becken.

Dieser Weg ist für die schweren eitrigen Entzündungen allgemein anerkannt, klinisch als Pelveoperitonitis und Douglasabszeß leicht diagnostizierbar. Daß die im Eiter oder Jauche schwimmenden oder mit ihm in Berührung stehenden Beckenorgane angesteckt werden können, ist einleuchtend.

Dagegen ist es schwer erklärlich, wie die Infiltration der Beckenorgane stattfinden kann bei freiem chronisch-katarhalsch entzündetem Vermis, oder wenn derselbe weit vom Becken nach oben, ja hinter dem Colon ascendens verwachsen ist

und keine akute eitrige Entzündung vorliegt, höchstens Reizungen bestanden haben.

Als ich in einigen Fällen, nach vorhergegangenen leichten Reizerscheinungen, die Adnexe in einem serösen Exsudate schwimmend fand, kam mir der Gedanke, ob nicht ein solches längere Zeit in geringerer Menge abgesondertes seröses Exsudat, die Ursache der ausgedehnten Beschwerden bei Appendicitis chronica speziell bei larvata sein könne.

Ich habe seitdem meine Aufmerksamkeit bei jeder Operation hierauf gerichtet und eine seröse Flüssigkeitsansammlung von verschiedener Menge fast ausnahmslos bei Appendicitis chronica gefunden. Entweder sind die Bauchorgane nur von einer serösen feuchten Schicht bedeckt und es findet sich nur in der Tiefe des Douglas eine geringe Flüssigkeitsansammlung, oder der Douglas und das kleine Becken sind damit mehr oder weniger erfüllt.

Wenn das Exsudat rein serös, oder nur leicht gelb oder rötlich gefärbt ist, so sind Peritoneum und Unterleibsorgane blaß oder nur leicht injiziert. Je trüber das Exsudat ist, desto stärker sind die Entzündungserscheinungen des Bauchfelles.

Dieser, bei chronischer Appendicitis ungemein häufigen serösen Exsudatbildung und deren langdauernder und im Laufe von Jahren immer wieder, besonders während der Menses wiederholter Einwirkung auf die Bauchorgane, verdanken nach meiner Auffassung die meisten Beschwerden und sekundären Erkrankungen bei Appendicitis chronica ihre Entstehung.

Hierauf beruhen die häufigen scheinbar rein nervösen peritonitischen Reizerscheinungen, Magenbeschwerden, Sympathicismus, Splanchnismus, Neurasthenie und vor allem die entzündlichen Veränderungen der Ovarien: die Verdickung der Rindenschicht und die Cystenbildung sowie die Salpingitis.

Es ist wohl selbstverständlich, daß die Flüssigkeit sich nicht nur auf dem Beckenboden findet, sondern durch Kapillarität und Darmbewegung über alle Abdominalorgane verbreitet wird. Dies kann man auch bei der Eröffnung des Abdomens sehr oft konstatieren.

Ob der Vermis allein, ob das Typhlon, ob das entzündete Peritoneum diese Sekretion bewirken, steht zur Diskussion.

Mir erscheint dies peritonitische Exsudat als ein Analogon des Bruchwassers. Es ist ein Exsudat der Serosa, des Vermis und des Typhlon, wenn dasselbe, wie meist der Fall, mit ergriffen ist. In den Fällen, in denen eine ausgedehnte Rötung und Vaskularisation des Beckenperitoneums vorhanden ist, kann auch wohl dieses mit beteiligt sein.

Die Ovarien können nicht die Ursache des

Exsudates sein, auch nicht die Tuben. In den Fällen, in welchen die Ovarien normal erschienen, war das Exsudat ebenso vorhanden, wie in den Fällen, in welchen alle Beckenorgane in dicke Schwarten eingebettet, also abgeschlossen waren.

Übrigens habe ich gelegentlich auch bei der Operation eines Mannes, der ich beiwohnte, dasselbe seröse Exsudat gesehen, und ich bitte die Herren Chirurgen hierauf zu achten. Nachweisen läßt sich die oft nur geringe Flüssigkeitsmenge, wenn man, wie ich dies bei nicht eitrigem Appendicitis stets tue, mit Pfannenstielschem Querschnitt operiert, leicht. Oft quillt das Exsudat schon bei Eröffnung des Abdomens entgegen oder ist zwischen den Darmschlingen sichtbar. Schiebt man nach Eröffnung des Abdomens in mäßiger Hochlagerung die Därme vorsichtig nach oben, so findet man in der Tiefe des Douglas, denselben mehr oder weniger erfüllend, oft auch zwischen Uterus und Blase und auf den Beckenschaukeln das wässrige, bisweilen gelbliche oder rötliche oder getrübt Exsudat. Einfacher kann man es durch Stieltupfer auch ohne Freilegung des Douglas nachweisen.

Wie sind nun die Heilungserfolge der Appendectomie in bezug auf die früheren Beschwerden?

Die Ansichten hierüber gehen noch weit auseinander, da oft in der nächsten Zeit nach der Operation die alten Beschwerden noch bestehen bleiben.

Betrachtet man die Appendicitis chronica wie wir es tun, nur als eine, wenn auch wichtige Teilerscheinung eines ausgedehnten Krankheitsbildes: der Enterocolitis, Pelveoperitonitis und ihrer Folgen, so kann man von der alleinigen Entfernung des Wurmes und der erkrankten Ovarien eine sofortige Beseitigung aller Beschwerden gar nicht erwarten. Nur wenn die Krankheit noch nicht lange besteht, die Veränderungen an den übrigen Bauchorganen noch nicht tiefgreifend sind oder eine hierauf gerichtete Behandlung schon vorherging, kann schnelle vollständige Heilung erhofft werden. Je länger das Leiden bestand, desto mehr ist nach der Operation eine weitere Behandlung der Colitis, der chronischen Peritonitis, Parametritis usw. nötig, um vollen Erfolg zu erzielen. Der Operateur kann nur das Organ, welches der Heilung auf nicht operativem Wege ein dauerndes Hindernis entgegenstellte, beseitigen und so den Weg zur Heilung frei machen.

Dieselben Behandlungsmethoden, welche bei bestehender Appendicitis jahrelang keine oder nur vorübergehende Erfolge erzielten, führen nach

Entfernung des Vermis meist schnell zum Ziel oder wenigstens zur Besserung.

Zusammenfassung: Die chronischen entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane sind nur in einer verhältnismäßig geringen Zahl durch Gonorrhoe bedingt. In weitaus den meisten Fällen ist die Entzündung vom Darne aus herübergewandert.

Die chronische Appendicitis der Frauen ist in den meisten Fällen keine primäre Erkrankung. Sie ist die Folge einer auf der Obstipatio mulierum chronica meist schon in der Jugend erworbenen Colitis und Typhlitis chronica catarrhalis, seltener einer akuten Enterocolitis.

Die Appendicitis chronica ist bei längerem Bestehen fast regelmäßig vergesellschaftet mit Oophoritis cystica, seltener mit Ovarialtumoren. Häufig finden sich Pelveoperitonitis adhaesiva oder suppurativa, Salpingitis serosa und purulenta, Pericystitis usw.

Bei den Formen der Appendicitis larvata, in denen der typische Schmerzpunkt nicht empfindlich ist, stehen oft lange Zeit scheinbar rein nervöse Erscheinungen der Splanchnikus- und Sympathikus-erregung in dem Vordergrund der Erscheinungen, und es wird auf Neurasthenie und Hysterie behandelt, bis ein akuter Anfall Klärung bringt.

Ebenso stehen häufig die entzündlichen Beschwerden von seiten der Beckenorgane, besonders Oophoritis (auch linkerseits), Pelveoperitonitis, Salpingitis, klinisch im Vordergrund der Erscheinungen und verdecken die Appendicitis.

Die häufige Fernwirkung der Appendicitis chronica auf alle Bauchorgane speziell die Beckenorgane, beruht darauf, daß sich auch bei leichter chronisch-katarrhalischer Appendicitis, welche äußerlich nur durch eine Injektion der Gefäße des Vermis erkennbar ist, ein seröses Exsudat, entsprechend dem Bruchsackwasser im Abdomen speziell im Douglas vorfindet.

Dieses Exsudat, welches kurz nach Reizerscheinungen, wie sie bei der Menstruation sehr häufig auftreten, gelblich, rötlich bis getrübt erscheint, wirkt bei längerer Berührung auf die Bauchorgane speziell die Beckenorgane reizend ein, und bedingt die lokalen und diffusen Erscheinungen peritonealer Reizung.

Nach Entfernung des Vermis und der kranken Ovarien können, falls die Erkrankung nicht schon zu lange besteht, die vorher vergeblich behandelten Folgeerscheinungen, die entzündlichen lokalen Erkrankungen der Bauchorgane und die hierauf beruhenden nervösen Erscheinungen, gebessert oder geheilt werden.

II. Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. **Aus der inneren Medizin.** Geza Kiralyfi gibt aus der Kora nyi'schen Klinik (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26) weitere Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Benzols. Diese bekanntlich in der genannten Klinik inaugurierte Therapie der Leukämie wurde auch bei solchen Fällen von Hyperplasien des Drüsenapparates versucht, die nicht mit einer pathologischen Zunahme der weißen Blutkörperchen einhergeht, d. h. bei der großen Gruppe der Pseudoleukämien. Von den verschiedenen Formen erwies sich die generalisierte Lymphocytomatose, die eigentliche Pseudoleukämie als diejenige Form, bei welcher man auf eine fast vollkommene Benzolwirkung rechnen kann. In einem Falle fiel die Zahl der weißen Blutkörperchen von 13000 auf 4500 unter gleichzeitiger Zunahme der roten Blutkörperchen und der Hämoglobinwerte. Die relative Lymphocytose nahm ab, die Zahl der polynukleären Leukocyten entsprechend zu. Gleichzeitig damit bildeten sich die Hyperplasien der Drüsen allmählich und in solchem Maße zurück, daß die am Halse mit freiem Auge gut sichtbaren und zu großen Deformitäten führenden taubeneigroßen Drüsenpakete des genannten Falles sich auf bohnen- und linsengroße Drüsen reduzierten, während die in der rechten Achselhöhle befindliche gleichfalls taubeneigroße Drüsengeschwulst sich vollkommen zurückbildete; die Milz, deren unterer Rand beinahe auf 2 Fingerbreiten unter dem linken Rippenbogen durchzufühlen war, verkleinerte sich gleichfalls so sehr, daß man bloß ihren unteren Pol bei tiefer Inspiration gerade durchfühlen konnte. Die komplizierende Nephritis wurde unter der Benzoltherapie nicht nur nicht schlechter, sondern besserte sich wesentlich. Die Albuminurie und die Cylindrurie nahmen erheblich ab. Das Anasarca der unteren Extremitäten ging in kurzer Zeit vollständig zurück. Jedenfalls geht aus dieser Beobachtung hervor, daß eine vorsichtige Benzoltherapie nicht unbedingt zu einer Erkrankung des Nierenparenchyms führen muß. Nach dem Aussetzen des Benzols trat als Nachwirkung eine Leukopenie auf, die sich langsam besserte. Bei der mehr oder weniger lokalisierten Form der Leukocytomatose, der Lymphosarkomatose ist die Benzolwirkung nur eine partielle und unvollkommene. Dasselbe gilt für die Granulomatose. Auch bei der Banti'schen Krankheit war kein Einfluß zu konstatieren, was nicht wundernehmen kann, da diese Erkrankung mit einer Leukopenie einhergeht, während es die pathologisch vermehrten Elemente sind, welche sich durch das Benzol beeinflussen lassen. Nach anderen Mitteilungen soll freilich das Benzol in viel kleinerer Menge umgekehrt eine Reiz-

wirkung auf die Leukocyten ausüben und dann auch die Banti'sche Krankheit günstig beeinflussen. Mit dieser Dosis wurden hier keine Versuche ausgeführt. Die weiteren Erfahrungen auch bei Leukämie haben gelehrt, daß sich nach dem Aussetzen des Benzols manchmal eine merkwürdige Nachwirkung desselben einstellt, deren Dauer und Intensität nicht vorauszusehen sind. Mit Rücksicht darauf erscheint es zweckmäßig, das Mittel schon zu einer Zeit auszusetzen, bevor die Abnahme der weißen Blutkörperchen den dem normalen entsprechenden Wert erreicht hat. Verf. rät deshalb, das Benzol schon bei einem Abfall auf 25000—20000 Leukocyten fortzulassen. Ja bei sehr rasch erfolgender Abnahme der weißen Blutkörperchen ist die Benzoltherapie schon zu sistieren, sobald eine Tendenz zur Abnahme bemerkbar wird. In den Fällen, in denen das Benzol per os nicht gut vertragen wurde, konnte es per rectum in der Weise verabreicht werden, daß 2 g Benzol in 50 g Oleum olivarium suspendiert 3 mal täglich als Klistier gegeben wurde. Die Wirkung zeigte sich außerordentlich prompt. Zum Schlusse macht noch Kiralyfi darauf aufmerksam, daß es bei der Benzoltherapie nicht darauf ankommt, möglichst schnell eine Abnahme der Zahl der weißen Blutkörperchen und eine Verkleinerung der Milz zu erzielen, denn in diesen Fällen kommen die mit dem großen Zerfall der weißen Blutkörperchen einhergehenden leukotoxischen Einflüsse jedenfalls viel eher zur Geltung als bei einer langsamen, aber sicheren Progression.

Karl Gläßner hat in der Svostek'schen Klinik eine neue Therapie der Hyperazidität des Magens insbesondere bei ulcerösen Prozessen versucht (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 39). Es hatte sich gezeigt, daß schon kleine Mengen Cholsäure (Gallensäure) imstande sind, den Pepsingehalt und die Aziditätswerte ganz beträchtlich herabzudrücken. Es scheint, daß den Gallensäuren direkt die Eigenschaft der Zerstörung des Pepsins zukommt; worauf die Herabsetzung der Azidität beruht, ist nicht ohne weiteres ersichtlich. Es wurden von der Cholsäure entweder 3—5 Gelatinekapseln à 0,1 oder die gleiche Menge von Kapseln mit 0,2 g cholsaurem Natron, einer Emulsion von 0,2 g Natrium cholalicum in 0,2 g Öl gegeben. Die Beobachtungsdauer umfaßt 2—3 Wochen. Das beobachtete Material läßt sich in 4 Gruppen einteilen. Die 1. umfaßt Fälle mit Hyperaziditätsbeschwerden ohne nachweisbare Hyperazidität; hier wurden zwar die Beschwerden beseitigt, die normale Azidität blieb aber uneinflusst. Die 2. Gruppe umfaßt jene Fälle, bei welchen bloß Hyperazidität ohne sicheren Nachweis eines Ulcus bestand. Hier wurde einige

Male ein Zurückgehen der Azidität und der peptischen Kraft des Magensaftes beobachtet. Bei anderen war keine Verminderung der Werte zu erkennen, sogar vereinzelt eine Erhöhung derselben. Doch schwanden auch hier meistens die Beschwerden. Bei der 3. Gruppe von sicherem *Ulcus ventriculi* und *duodeni* zeigte sich vielfach eine günstige Beeinflussung der Hyperazidität. In anderen Fällen, in denen keine Besserung zu erzielen war, wurde die Operation ausgeführt. Sie erwiesen sich als kallöse oder penetrierende Geschwüre. Die 4. Gruppe endlich umfaßt sub- und anazide Werte. Bei jenen wurde durch die Gallensäure keine Beeinflussung erzielt. Die Untersuchung am Röntgenschirm ergab, daß durch die Gallensäure nicht nur keine Beschleunigung der Magenentleerung, sondern eher eine gewisse Verzögerung hervorgerufen wird.

Somogyi schreibt aus der Koranyi'schen Klinik über das vagotonische Pupillenphänomen (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 33). Bei gesteigerter Labilität des Vaguszentrums (Vagusneurose, Vagotonie) beobachtet man häufiger die respiratorische Herzarrhythmie. Bei der Einatmung wird der Puls frequenter, bei der Ausatmung rarer, eine Rhythmusänderung die auch beim gesunden Menschen angedeutet sein kann. In Analogie dazu fand nun Koranyi, daß bei tiefer Einatmung eine Ausdehnung der Pupille eintritt, während bei der Ausatmung eine Pupillenverengung auftritt. Dieses respiratorische Pupillenphänomen muß natürlich bei gleichmäßiger Beleuchtung beobachtet werden. Es tritt vor allem bei den ersten Atmungen am deutlichsten auf. Bei der Einatmung sinkt der Tonus des autonomen Nervensystems, das sympathische Nervensystem gewinnt das Übergewicht, die Pupille dehnt sich aus, während bei der Ausatmung sich der Tonus des autonomen Nervensystems wieder steigert und die Pupille sich verengt.

Latzke und Schüller berichten über Radiumbehandlung des Krebses (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 39). Es wird über 7 Fälle berichtet, die zum Teil noch an der Grenze der Operabilität, zum Teil jedoch inoperabel waren. In 3 Fällen war ein mächtiger Einfluß der Radiumbestrahlung auf die Tumoren unverkennbar. In einem nahm die Patientin gleichzeitig $3\frac{1}{2}$ kg, in einem anderen Fall in 3 Monaten 7 kg an Gewicht zu. Die Kontrolle durch Probeexzision ergab hier einen sehr befriedigenden histologischen Befund. Im dritten Falle war das Resultat einer $3\frac{1}{2}$ monatigen Behandlung, daß der vorher sicher inoperable Fall operabel geworden war; die mikroskopische Untersuchung des durch die Operation gewonnenen Präparates ergab noch die Anwesenheit von Krebsnestern. Die nach längerer Radiumwirkung gefundenen mikroskopischen Bilder — es ist übrigens gleichgültig, ob es sich um Röntgen-, Radium- oder Mesothoriumstrahlen handelt — zeigen stets 3 Gruppen von Verände-

runge: 1. Entzündung und Nekrose an der bestrahlten Oberfläche, 2. Degeneration der Neoplasmazellen bis zur vollständigen Resorption, 3. Zunahme des Bindegewebes und Gefäßveränderungen. Das Nebeneinander der unter 2. und 3. angeführten Erscheinungen führt gelegentlich zu einer vollständigen Umkehrung des ursprünglichen Karzinombildes; das physiologische Wachstumsverhältnis zwischen Karzinomzellen einerseits und Bindegewebe andererseits ist gestört. Die Beobachtungen haben gelehrt, daß das Radium unterhalb eines gewissen Schwellenwertes als Reiz, oberhalb desselben als Gift auf alle Zellen wirkt. Der Umstand, daß diese Schwellenwerte für die Zellen maligner Neubildungen, für normale Epithelien, für Bindegewebs-, Muskel- und Endothelzellen weit auseinander liegen, und daß er speziell für Karzinom- und Sarkomzellen so tief liegt, gestattet uns unter Benutzung einer subtilen Filtertechnik die Zellen bösartiger Neubildungen nicht nur nach Art eines chemischen oder thermischen Kaustikums mitsamt dem umgebenden Gewebe zu zerstören, sondern geradezu elektiv zum Schwinden zu bringen. Wenngleich also die Aussichten nach Ansicht der Autoren für die Radiumtherapie sehr gute sind, so darf man bei dem augenblicklichen Stande der Erfahrungen operable Tumoren doch nur dann operationslos behandeln, wenn die besonderen Umstände des Falles die primäre Mortalität der Operation so hoch erscheinen lassen, daß das Risiko der Radiumbehandlung durch Versäumnis der Operationsmöglichkeit demgegenüber nicht zu hoch erscheint. Bei inoperablen Fällen ist das Radium in stände, eine bisher für unmöglich gehaltene Besserung, die nach verlässlichen Angaben in der Literatur an Heilung grenzen kann, zu erzielen. Zur Erreichung solcher Resultate gehört allerdings die möglichst lange Anwendung möglichst großer Dosen.

G. Zuelzer-Berlin.

2. Aus der Chirurgie. Zur Frage von der Anwendung der Gefäßnaht bei der Behandlung der Aneurysmen äußert sich Therniachowski-Kiew (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Nr. 123). Obwohl die Gefäßnaht schon im Jahre 1759 von Hallowel bei einer durch den Aderlaß verletzten A. brachialis mit Erfolg ausgeübt war, fand diese doch in anderthalb Jahrhunderten keine Nachahmung, ja der bekannte russische Chirurg Pirogow sagte, für die Chirurgie begänne eine neue Ära, wenn es gelänge, die Blutung aus einer großen Arterie zum Stillstand zu bringen, ohne dieselbe zu unterbinden. Unter den modernen Verfahren der Gefäßnaht hat sich besonders die Methode von Carrel-Stich bewährt. Hierbei heilen die Wundränder an den Berührungstellen, indem sie sich dicht aneinander legen, beginnend mit dem Endothel. Schließlich dringen die Fäden der Gefäßnaht nach den äußeren Schichten

der Gefäßwand hin vor, so daß sie außerhalb des Gefäßlumens liegen. Heutzutage wird die Gefäßnaht benutzt zur Bildung einer arteriovenösen Anastomose bei arteriosklerotischer Gangrän der unteren Extremität, beim Versuch, einen Embolus aus einer Arterie zu entfernen, bei der Operation der Aneurysmen, zur Implantation der V. saphena in die V. femoralis bei Varicen. Verf. heilte ein arteriovenöses Aneurysma der Vasa femoralia dadurch, daß er die beiden Gefäße voneinander löste und dann den Defekt in der Vene durch Längsnaht schloß, dagegen die Arterie im Bereich des Defektes resezierte und dann zirkulär vernähte. Die ältesten Verfahren der Aneurysmaoperation rühren her von Antyllus und Philagrius, die die Ligatur der zu- und abführenden Gefäße und Tamponade bzw. Exstirpation des aneurysmatischen Sackes lehrten. Später empfahl Hunter die einfache Unterbindung der Arterie oberhalb des Aneurysmas. Aber dieses letztere Verfahren ist wegen der oft bestehenden Kollateralen unsicher oder bei fehlenden Kollateralen oftmals von der Nekrose des Gliedes gefolgt. Besser sind die Resultate der Ligatur, wenn einige Zeit vorher die zuführende Arterie komprimiert wurde, um dadurch mehr Blut in die Kollateralen zu leiten und diese auszubilden. Da diesen bei den mit der Ligatur ausgeführten Aneurysmaoperationen die Rolle der Ernährung der Extremität zukommt, so ist die sorgfältigste Schonung aller Kollateralen die erste Pflicht des Operateurs. Um dies zu gewährleisten, ist man daher dazu übergegangen, die zu- und abführenden Gefäße des Aneurysma ganz nahe am Sack abzubinden nachdem dieser eröffnet ist, man macht nach Kikuzi die intrakapsuläre Unterbindung der Gefäße an Ort und Stelle. Auf diese Weise werden am wenigsten Kollateralen geschädigt und die Ernährung am wenigsten gestört. Matas unterscheidet je nach der Art und den Eigenschaften des Aneurysmas drei Verfahren für den operativen Eingriff, das obliterierende, das restaurierende und das rekonstruierende Verfahren. Bei dem ersteren wird die Aneurysmahöhle eröffnet, die in dieselbe einmündenden Gefäße werden vom Hohlraum aus durch Naht verschlossen; dann werden beide Hauptöffnungen vernäht und schließlich der Hohlraum des Sackes durch Nähte zusammengerafft und so zur Obliteration gebracht. Wenn es sich um ein sackförmiges Aneurysma handelt, das nur durch eine einzige Öffnung mit der Arterie in Verbindung steht, so wird diese Öffnung unter Erhaltung der Kontinuität des Gefäßes nach Eröffnung des Sackes vernäht. Auf solche Weise wird die ursprüngliche Gefäßbahn wieder hergestellt; eine derartige Operation nennt man restaurierende Operation. Bei spindelförmigen Aneurysmen mit zwei nicht allzuweit voneinander abstehenden Öffnungen, der Ein- und Ausgangsöffnung, kann man den Versuch machen, die Wände des Sackes über einem in das Lumen von Aneurysma und Gefäß eingeführten Katheter zu

nähen. Hierdurch wird die Kontinuität der Arterie von neuem geschaffen, welche allerdings hier enger wird, als sie war. Der Katheter wird kurz vor den letzten Nähten entfernt. Diese Operation bezeichnet man als rekonstruierende Endoaneurysmorrhaphie oder als Aneurysmoplastik. Als idealste Methode gilt das zuerst von Lexer geübte Verfahren, den Aneurysmasack zu exstirpieren und die Gefäßstümpfe zirkulär aneinander zu nähen. Nach dieser Methode sind bis 1912 13 Kranke operiert, von denen 6 arteriovenöse und 7 arterielle Aneurysmen hatten. Versuche, die durch die Exstirpation des Aneurysmas verloren gegangenen Gefäßstücke zu ersetzen, machten Lexer, Goyanes und Pirovano. Lexer transplantierte ein Stückchen V. saphena in den Defekt, Goyanes die V. femoralis, die er in situ beließ und dann oben und unten in den Arteriendefekt einnähte, so daß sie die verlorene Arterienstrecke überbrückte. Pirovano transplantierte ein frisches Gefäßstück aus der Leiche in den Defekt, bekam aber Thrombose. Am zweckmäßigsten wird bei der Gefäßtransplantation die Autotransplantation, also von demselben Individuum ausgeführt, denn die Erfahrung hat gelehrt, daß die von einem anderen transplantierten Gefäßstücke langsam der Resorption anheimfallen, während das transplantierte eigene Gefäß erhalten bleibt und die Funktion übernimmt.

Über Fremdkörpercysten macht E. Pribram einige Mitteilungen (Langenbeck's Archiv. Bd. 102). Die in den Körper eingedrungenen Fremdkörper kapseln sich entweder fest in Bindegewebe ein oder bilden eine Cyste. Voraussetzung ist natürlich, daß keine Infektion mit dem Eindringen des Fremdkörpers verbunden ist. Kleinere Fremdkörper, die ruhig liegen bleiben, umschließen sich in der Regel mit einer Bindegewebskapsel, während größere Fremdkörper von hohem spezifischem Gewicht oft zur Cystenbildung Veranlassung geben, besonders, wenn dieselben infolge von Gelegenheitstraumen oft bewegt werden. Chemisch indifferente Körper werden in einfachen gleichmäßig gebauten Kapseln eingeschlossen; um aktive Körper, wie Kupfer, Eisen, Blei, bilden sich Kapseln, die aus 3 Zonen bestehen. Die innerste besteht aus Zeldetritus, die mittlere enthält vornehmlich Zellmetamorphosen, die äußere ist von Bindegewebe gebildet. Einem Tischlergehilfen war ein Projektil in die linke Hand eingedrungen. Dasselbe heilte reaktionslos ein und verursachte keinerlei Beschwerden. Nach einigen Jahren bildete sich an der Stelle, wo der Fremdkörper lag, eine fluktuierende Cyste, die eine bernsteingelbe, seröse Flüssigkeit enthielt. Ein ähnlicher Fall, wo die Cystenbildung erst 30 Jahre nach dem Eindringen des Fremdkörpers auftrat wurde von einem französischen Autor (Snyers) veröffentlicht. Es handelte sich um einen Soldaten aus dem deutsch-französischen Kriege. Ein Projektil war durch das Portemonnaie in die

Kniekehle eingedrungen. Aus der Wunde wurde die Kugel und ein Sousstück entfernt. 2 Jahre später bildete sich langsam an der Verletzungsstelle eine faustgroße Cyste, die eine große Menge zäher, graugelber Flüssigkeit und ein stark verbogenes Geldstück enthielt. Ein Fall, den Verf. selbst beobachtete, ist folgender: Ein 34-jähriger Steinmetz bekam durch Unvorsichtigkeit einen Schuß in die linke Hand. Die Wunde verheilte reaktionslos. Drei Jahre später wurde auch hier die Bildung einer Cyste beobachtet, die schließlich Hühnereigröße erreichte und bei der Arbeit lästig wurde. Beim Schütteln der Hand war ein deutlicher Anprall eines Fremdkörpers gegen die Cystenwand zu vernehmen, der ein brummendes Geräusch machte. Die Cyste wurde in toto extirpiert und enthielt das Revolverprojektil von 5 mm und bernsteingelbe Flüssigkeit. Die Untersuchung der Cystenwand ergab, daß sie in den äußersten Schichten aus konzentrisch angeordnetem, parallelfaserigem Bindegewebe bestand. In der dem Lumen der Cyste zunächst liegenden Teil sah man Granulationsgewebe mit Fibroblasten und zahlreiche Kapillaren und Lymphocyten. Die innersten Zellen stoßen sich fortwährend ab und bilden den Detritus der Cystenflüssigkeit. Nach dem histologischen Befunde handelt es sich also hier um einen gewöhnlichen Heilungsprozeß. Es bildet sich junges Granulationsgewebe, das sich von innen nach außen allmählich in Narbengewebe umwandelt. Die schnelle Entwicklung der Cyste wird wohl erklärt durch die vielen Gelegenheitstraumen, denen der Mann als Steinmetz ausgesetzt war.

Über die freie Fascientransplantation liegen experimentelle und klinische Untersuchungen vor, die Kornew im Institut für experimentelle Medizin anstellte (Bruns' Beitr. Bd. 85). Die freie Überpflanzung der Fascie wurde von Kirchner (1909) zuerst geübt. Wurde vom Verf. bei einem Kaninchen ein Stück aus der Achillessehne geschnitten und wurden die Stümpfe durch einen fascialen Schlauch verbunden, so begann bald der Sehndefekt sich mit jungem Bindegewebe auszufüllen, das die transplantierte Fascie von allen Seiten umfaßte und mit Gefäßen versorgte. Dieses Bindegewebe wird sehnenartig und unterscheidet sich von dem Gewebe der Sehne nur durch den großen Kerneichtum. Die transplantierte Fascie verliert in der ersten Zeit teilweise die Färbung ihrer Kerne, doch nehmen diese zu, sobald die neugebildeten Gefäße an sie herantreten. Bei der Verpflanzung von Fascienteilen in Sehnen verschwinden die Querfasern allmählich, während die Längsbündel, die dem Zug der Sehne ausgesetzt sind, mächtiger werden und nach einigen Monaten ganz mit der Sehne verschmelzen. Am längsten erhalten sich in den transplantierten Fascien die elastischen Fasern, die noch immer das Transplantat anzeigen, wenn die Faserbündel der Fascie bereits nicht mehr zu unterscheiden sind. Sehr interessant waren die Versuche, Brust-

wanddefekte zu ersetzen durch Fascienstücke. Dabei sah man, daß die transplantierte Fascie von allen Seiten von einer Narbenmasse eingehüllt wurde, welche die Versorgung des transplantierten Stückes mit Blutgefäßen übernimmt. Die anfänglich sehr massive und hauptsächlich aus fibrillärem Bindegewebe mit vorherrschenden Zellelementen bestehende Narbe wird mit der Zeit flacher und fester. Von der Pleura her schieben sich die Deckzellen auf das Fascientransplantat, so daß dieses ein glattes und glänzendes Aussehen bekommt. Dabei werden die peri- und endofascialen Schichten von jungen Bindegewebszellen und Gefäßen durchsetzt und büßen ihre anfängliche Struktur ein. Die eigentlichen Fascienbündel verändern sich jedoch kaum und bewahren ihren Bau selbst nach einem Jahr noch. Auch bedeutende Bauchmuskeldefekte der vorderen Bauchwand konnten durch frei transplantierte Stücke der Fascia lata erfolgreich verschlossen werden. Die transplantierte Fascie wird dabei in Bindegewebe eingehüllt und nimmt einen sehnenartigen Charakter an. Auch klinische Erfahrungen am Menschen werden mitgeteilt. So verfügt Verf. über 12 Fälle von Befestigung der Muskelnäht durch freie Fascientransplantation bei Leistenbrüchen, die gute Resultate gaben. Bei Brustwanddefekten fand Verf. die freie Fascientransplantation ebenso zweckmäßig; er übte dies Verfahren zuerst beim Menschen an einer Lungenhernie, die nach Lungengangränoperation mit ausgiebiger Rippenresektion entstanden war. Nach der Bedeckung des Thoraxdefektes mit einem aus der Fascia lata entnommenen Fascienstück verschwand die faustgroße Lungenausstülpung ganz. In einem anderen Falle wurde ein frischer Pleuradefekt durch eine Fascie verschlossen bei einer penetrierenden Stichverletzung. Ein 17-jähriger Mann hatte mehrere Stiche in den Thorax bekommen, von denen einer die Pleura und den Herzbeutel weit eröffnet hatte. Da sich ein starker Pneumothorax entwickelt hatte, so mußte operiert werden. Die Hauptstichwunde wurde durch eine Rippenresektion freigelegt, und der Herzbeutel genäht. Die Pleurawunde klappte so weit, daß an eine Naht nicht zu denken war. So wurde der Defekt durch ein freitransplantiertes Stück aus der Fascia pectoralis verschlossen, und der Erfolg war gut, indem die Gefahren des Pneumothorax verschwanden. Bei Prolapsus anlegte Kornew entsprechend dem Thierschen Ring einen Fascienstreifen um das Rektum, so daß dieses sich nicht mehr ausstülpfen konnte. Vor dem Drahtring, den Thiersch zu dem gleichen Zwecke einlegte, hat der Fascienstreifen den Vorteil, daß dieser leicht einheilt und keinen Dekubitus macht. Unter 18 Fällen von freier Fascientransplantation hatte Kornew nur einen Mißerfolg durch Vereiterung eines Hämatoms. Die Methode der freien Fascientransplantation, ein Verdienst Kirschner's, ist überhaupt nach allen Erfahrungen sehr mannigfaltig und dankbar.

H. Coenen-Breslau.

3. Aus dem Gebiete der Hals- und Nasenleiden. Greenfield Sluder veröffentlicht eine interessante Studie über die anatomischen und klinischen Beziehungen der Keilbeinhöhle zu dem Sinus cavernosus und den Nervenstämmen des Oculomotorius, Trochlearis, Trigemini, Abducens und Nervus vidianus (Archiv f. Laryngologie und Rhinol. Bd. 27 H. 3). Die nahen räumlichen Beziehungen zwischen den genannten Nerven und der Keilbeinhöhle sind schuld daran, daß durch Erkrankungen der Höhle auch oft die Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden. Neuralgische Zustände im Bereich dieser Nerven, gelegentlich auch vasomotorische, wurden des öfteren beobachtet bei so geringfügigen Affektionen der Keilbeinhöhle, daß man klinisch kaum eine Schwellung der Schleimhaut konstatieren konnte. In manchen Fällen gelang es dem Verf., durch Einbringen von Kokain, Menthol, Natr. salicyl. in die Keilbeinhöhle, Störungen im Bereich des zweiten Trigeminusastes und des Nervus vidianus günstig zu beeinflussen. — E. Oppikofer hat zahlreiche Wachsparaffinausgüsse der Luftröhre, in situ der Organe, hergestellt (ibidem). Er fand im Kindesalter die Lichtungen der Luftröhre bei den beiden Geschlechtern gleich weit. Bei erwachsenen Männern war die Luftröhre gewöhnlich kräftiger gebaut als beim Weibe. Eine nennenswerte säbelscheidenförmige Einbuchtung wurde nur bei Leuten mit starker Struma gefunden; weder das Greisenalter noch chronische Entzündungen der Bronchien oder des Lungengewebes hatten irgendwelche Veränderungen des Tracheal lumens bewirkt. — Interessante Beiträge zur Bakteriologie der oberen Luftwege liefern die Untersuchungen von B. Streit (ibidem). 30 Proz. der von ihm untersuchten normalen Nasen ergaben eine absolute Sterilität des Naseninneren; 40 Proz. zeigten eine sehr geringe und nur 25 bis 30 Proz. eine reichlichere Bakterienflora. Am häufigsten fanden sich Staphylokokken, Pseudodiphtheriebazillen einige Male, echte Diphtheriebazillen niemals. Die Mundrachenhöhle zeigte stets große Mengen von Bakterien, am häufigsten waren Streptokokken vertreten. Nach Operationen mit darauf folgender Tamponade fanden sich in vorher keimfreien Nasen ziemlich häufig hämolytische Streptokokken, die wiederholentlich in gleichzeitig auftretenden Anginen wiedergefunden wurden. Bei Ozäna wurden Kapselbazillen in 30 Proz. der Fälle nachgewiesen. — Detaillierte Untersuchungen über die Albuminurie bei den akuten Tonsillenentzündungen hat Kosokabe (ibidem) angestellt. Er fand bei 72 Proz. der untersuchten Fälle Eiweiß im Urin. Weiter zeigte sich, daß die Albuminurie nicht vom Fieber abhängig ist, denn es wurde auch in fieberfreier Zeit Albumen gefunden. Harnzylinder waren ziemlich selten. — Über die Zylindrome der oberen Luftwege berichtet W. Pfeiffer (ibidem).

Er beobachtete zwei Zylindrome, eins in der Nase, eins im Kehlkopfengang. Als besondere Charakteristika dieser seltenen und histologisch schwer zu diagnostizierenden Tumoren bezeichnet er: eigenartige Zellformen, von den sonst im Larynx präformierten Epithelarten abweichend; hyaline Entartung der Zellen, der Gefäße und des Stromas. Die Zylindrome können gutartig und bösartig sein. — Eine größere Anzahl primärer maligner Geschwülste des Nasenrachenraumes hatte E. Oppikofer (ibidem) zu beobachten Gelegenheit. Es waren sechs Lymphsarkome, fünf Rundzellensarkome und drei Endotheliome, über die er berichtet. Alle Fälle verliefen tödlich. Die verschiedensten Operationsmethoden, Radium, Thorium, Mesothorium, Arsenik, Fulguration usw. konnten immer nur vorübergehende Besserung bewirken. — In einer eingehenden historisch-kritischen Studie über die histologischen Verhältnisse der atrophischen Rhinitis kommt Jonathan Wright (ibidem) zu folgenden Schlußsätzen: „Fassen wir die histologische Pathologie der atrophischen Rhinitis zusammen, so können wir sagen, daß infolge einer vorhergehenden intranasalen Entzündung oder einer konstitutionellen Dyskrasie oder der physiologischen Altersveränderung oder aller dieser drei Momente eine Verdickung der fibrösen Elemente im Periost oder Perichondrium entsteht; die daraus sich ergebenden Folgezustände äußern sich in den Wirkungen mangelhafter lokaler Ernährung, bedingt durch Beeinträchtigung der Blut- und vielleicht Lymphzufuhr zu der Schleimhaut und dem Knochen, den sie bedeckt. Diese Folgezustände sind: 1. Die Metaplasie und Verhornung des Oberflächenepithels. 2. Rundzelleninfiltration. 3. Zerstörung der Blutgefäße. 4. Zerstörung der Drüsen. 5. Zerstörung der elastischen Fasern. 6. Resorption des Knochens, besonders der unteren Muscheln. 7. Zerstörung der glatten Muskelfasern im Stroma. 8. Diese Gebilde werden in gewissem Maße, durch Rundzelleninfiltration und durch niedrig organisiertes fibröses Bindegewebe ersetzt, das sich bisweilen dem embryonalen Typus nähert. 9. Während diese Veränderungen vor sich gehen, erfolgt zur Oberfläche eine Exkretion oder Transsudation von Lipoproteiden, herrührend von Gewebszerfall und fehlerhafter Drüsenfunktion, wodurch ein übelriechendes zähes Sekret und Borken gebildet werden, in welchen Bakterien sich massenhaft vermehren. 10. Schließlich hört dieser destruktive Metabolismus mit dem späten Alter auf; die fauligen Sekrete und Borken verschwinden, und die Oberfläche wird von einem serösen Exsudat befeuchtet, das die noch bleibenden Drüsensekrete hinreichend verdünnt, um ihren Abfluß zu sichern. So bringt die Natur eine Heilung zustande, die für den Menschen schwierig oder unmöglich zu vollbringen ist. — Citelli empfiehlt aufs wärmste Pituitrin bei spontanen und operativen Blutungen aus den Luftwegen

(Bull. d. mal. d. oreill. etc. Bd. 31). Er benutzt das Parke-Davis'sche Präparat und injiziert 15—60 Minuten vor dem Eingriff $\frac{1}{2}$ —1 ccm in den Arm. — Gute Erfolge von Gurgelungen und Inhalationen mit Prophylaktikum Mallebrein erzielte Klare (Deutsche med. Wochenschr. 1913 S. 1305) bei infektiösen Erkrankungen der oberen Luftwege. Zur Unterdrückung von Asthmaanfällen hat sich, wie Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, das Asthmolysin von Weiß (Nebennierenextrakt mit dem Extrakt der Hirnhypophyse kombiniert) nach H. Krause's Mitteilungen (Arch. italiani d. laring. Bd. 33 H. 3) gut bewährt. — Eine Verbesserung der bisher üblichen Methoden zur Operation von Hypophysistumoren scheint ein neuer Vorschlag von Preysing (Verhandlung der deutschen Laryngologischen Gesellschaft 1913) zu bedeuten. Nachdem in einer ersten Sitzung die vorbereitende submuköse Septumresektion ausgeführt wurde, wird in der zweiten Sitzung die Platte des harten Gaumens, dem Alveolarrand folgend, durchschnitten, so daß sie am weichen Gaumen als Basis festhängend, nach dem Rachen zu umgeklappt werden kann. Danach liegt der Zugang zur Keilbeinhöhle so nahe und übersichtlich vor dem Operateur, daß die weitere Operation mit kurzem Ohrmeißel vollendet werden kann. Die Anheilung der in ihre ursprüngliche Position zurückgebrachten Gaumenplatte erfolgt ohne Schwierigkeit, Preysing hat 4 mal auf diese Weise am Lebenden operiert und war mit den technischen Erfolgen sehr zufrieden.

A. Kuttner-Berlin.

4. Aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Frauenleiden. Die Anwendung der Hypophysenpräparate in der Geburtshilfe hat zwar eine außerordentliche Ausdehnung erfahren, trotzdem hat der praktische Arzt noch oft Zweifel, wann er sie anwenden soll und wann nicht. Ernst Puppel stellt in seiner Arbeit: Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate (Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 38 H. 4) ganz präzise Grundsätze auf, denen man durchaus beistimmen kann. Indiziert sind sie 1. bei sekundärer Wehenschwäche in der Austreibungsperiode bei normalem Becken-, Gesichts-, Steiß- oder Schädellage und nicht geschädigtem Kind (die Wirkung in der Narkose und beim Fieber ist noch nicht unbestritten). 2. zur Einleitung der Spätgeburt. 3. bei der Placenta praevia lateralis, nach der Blasensprengung und Geradlage des Kindes, eventuell auch bei der centralis nach vorausgegangener Metreuryse; 4. bei postpartaler Atonie; 5. prophylaktisch bei der Hebosteotomie oder Sectio caesarea class. oder cervicalis; 6. zur Einleitung der Frühgeburt nur in Verbindung mit der Metreuryse; Kontraindiziert sind sie 1. beim Abort in jeder Form; 2. beim engen Becken vor Eintritt des vorangehenden Kindes-

teiles; 3. bei Asphyxie des Kindes; 4. bei drohender Uterusruptur; 5. bei fehlerhaften Kindeslagen; 6. bei Herz- und Nierenkrankheiten sowie bei Eklampsie. — Inkonstant ist ihre Wirkung bei primärer Wehenschwäche, in der Eröffnungsperiode; bei Einleitung der Frühgeburt; bei vorzeitigem Blasensprung.

Die sehr wichtige Frage über Herzerkrankung und Schwangerschaft wird von M. Eisenbach-Tübingen aus der Sellheim'schen Klinik eingehend erörtert (Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 19 H. 1). Auf Grund seiner Untersuchungen (unter 3037 Geburten 45 Herzfehler) kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: Das Zusammenreffen von Herzfehler und Schwangerschaft bedeutet im allgemeinen keine ernste Gefährdung, soweit es sich um kompensierte Klappenerkrankung handelt. Nur wenn eine besonders schwere Form von Herzfehler oder eine erhebliche Herzmuskelschädigung vorliegt, sind bedrohliche Störungen zu erwarten, ebenso in allen Fällen, in welchen die Herzerkrankung kompliziert ist mit Nephritis oder mit chronischem Lungenleiden. Der Grad der Kompensationsstörung hängt im wesentlichen ab von der Schwere des Herzfehlers und von dem Zustand des Herzmuskels. Ein besonderer Einfluß der Art des Herzfehlers läßt sich aus dem Material des Verf. nicht erkennen. Daß die Mitralstenose besonders ungünstig aufzufassen wäre, ist aus den beobachteten Fällen nicht ersichtlich, da die betreffenden Fälle Komplikationen zeigen, welche die Deutung erschweren. Bei Eintritt von Kompensationsstörungen in der Schwangerschaft und bei Erfolglosigkeit interner Behandlung soll unter sorgfältiger Berücksichtigung der verschiedenen Nebenumstände möglichst frühzeitig der Abort eingeleitet werden. Für die Unterbrechung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft stellt der in Lumbalanästhesie ausgeführte vaginale Uterusschnitt eine vorzügliche Methode der schonenden und raschen Entbindung dar. Eine Neigung zu spontaner Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzfehler ist nicht festzustellen. Die Gefahren für den Geburtsverlauf sind im allgemeinen gering. Der reine Klappenfehler bedeutet für die Geburt kaum eine Gefahr, sofern nur der Herzmuskel in gutem Zustande ist. In keinem einzigen Falle von reinem, nicht anderweitig komplizierten Herzfehler hat sich eine irgendwie bedrohliche Störung unter der Geburt eingestellt. Dagegen kann ein geschädigter Herzmuskel infolge der durch die Wehen bedingten plötzlich eintretenden Druckschwankungen schon im Beginn der Eröffnungsperiode völlig insuffizient werden, auch wenn vorher keine Anzeichen einer Dekompensation bestanden haben. Die peinliche Wahrung der Asepsis und die möglichste Beschränkung der Blutung sind ein besonders

dringendes Erfordernis bei der Leitung der mit Herzfehler komplizierten Geburten. Eine Abkürzung der Geburtsdauer durch operative Eingriffe ist im allgemeinen nicht erforderlich; eine solche wird im wesentlichen auf die Fälle zu beschränken sein, bei denen es infolge ernster Herzmuskelschädigung zu bedrohlichen Insuffizienzerscheinungen unter der Geburt kommt. Wenn der Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten gezeigt hat, daß jede weitere Belastung des Herzens durch erneute Gravidität oder Geburt eine Lebensgefahr für die Frau bedeutet, so ist die operative Sterilisierung angezeigt. Für manche geburtshilfliche operative Eingriffe kann durch Anwendung der Lumbalanästhesie oder der Pseudusanästhesie die Allgemeinnarkose umgangen werden; letztere ist bei schwerer Herzschwäche absolut kontraindiziert, bei kompensiertem Klappenfehler und bei leichter Herzinsuffizienz mit Vorsicht anzuwenden. Die Mortalität stellt sich unter 235 Herzfehlergeburten auf 0,42% nach Ausscheidung derjenigen Todesfälle, die nicht auf die Herzerkrankung allein, sondern auf anderweitige Komplikationen zurückzuführen sind. Nach den Erfahrungen des Verf. besteht bei Herzfehler keine erhöhte Atoniegefahr. Im Wochenbett sind besondere Störungen nicht zu befürchten. Puerperale Infektion, selbst leichter Natur, kann bei einer bestehenden Herzschildigung zu bedrohlichen Erscheinungen führen; dieselbe ist im Hinblick auf die Gefahr der rekurrierenden Endokarditis besonders ernst aufzufassen. Das Fröhaufstehen im Wochenbett ist zu vermeiden. Das Stillen ist durch einen Herzfehler nicht kontraindiziert, nur in Fällen schwerer Dekompensation ist vom Stillgeschäft abzuraten. Die Kinder herzkranker Mütter sind im allgemeinen nicht unterentwickelt. In den beobachteten Fällen weisen 70,8% der ausgetragenen Kinder das Durchschnittsgewicht von 3000 g und darüber auf. Das Lebensalter ist von großer Bedeutung für die Prognose der durch Herzerkrankung bedingten Schwangerschafts- und Geburtsstörungen. Nach den Erfahrungen des Verf. treten die Störungen von seiten des Herzens um so schwerer und lebensbedrohlicher auf, in je vorgerückterem Alter die Frauen stehen. Diese Erscheinung erklärt sich aus der mit den Jahren zunehmenden Herzmuskelschädigung, wobei auch der ungünstige Einfluß einer größeren Geburtenzahl zu berücksichtigen ist.

Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung berichtet A. Solowij-Lemberg (Zentralbl. f. Gynäkol. 1913 Nr. 44). Die Patientin war schon vor 5 Jahren in ärztlicher Behandlung wegen Unfruchtbarkeit nach überstandener Ent-

zündung der Adnexe gonorrhöischen Ursprungs. Es wurde damals fixierte Retrosinistroflexion der Gebärmutter festgestellt. Reposition des Uterus nach längerer Massagebehandlung, jedoch bleibt trotz Pessar die Tendenz nach hinten wieder zurückzufallen. Die erste Schwangerschaft verlief verhältnismäßig gut. Im zweiten Monat trat eine Divertikelbildung der hinteren Wand des Gebärmutterkörpers auf, deren Entstehung auf Zusammenwachsen des Mastdarmes mit der hinteren Gebärmutterwand zurückgeführt wurde. Nach Beendigung der Geburt trat wieder Retroflexio ein, die auch 3 Jahre später bei Beginn der zweiten Schwangerschaft konstatiert wurde. Auch hier wieder Steißlage. Nach Exstruktion des Kindes war die Gebärmutter gut zusammengezogen. 45 Minuten später fiel das anämische Aussehen der Kranken auf, Puls schnell und schwach, keine Blutung nach außen. Entfernung der Nachgeburt mit Credé'schem Handgriff gelang nicht. Nach der Einführung der Hand in die Scheide fühlte man durch das hintere Scheidengewölbe eine faustgroße, tumorartige Vorwölbung in der Gebärmutter. Zwischen dieser Vorwölbung und der Schoßfuge gelangt die Hand auf einmal in die Bauchhöhle und findet die Öffnung, welche in das Innere der Gebärmutter führt, erst als sie an der Nabelschnur entlang geht. Es bestand ein querer Riß der vorderen Gebärmutterhalswand. Nach der Laparotomie zeigt sich, daß die untere Partie der hinteren Gebärmutterwand ungewein fest mit dem Colon sigmoideum und ihrem Mesocolon verwachsen ist. Diese Verwachsung war so ausgebreitet und innig, daß ihre Ablösung großen Schwierigkeiten begegnete und trotz größter Vorsicht mit Verletzung des Colonüberzuges und besonders des Mesocolon sigmoideum endete. Patientin starb $\frac{1}{2}$ Stunde nach Schluß der Operation. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Ursache der Zerreißung der vorderen Wand des Gebärmutterhalses in den abnorm starken Verwachsungen der hinteren Gebärmutterwand mit dem Colon und Mesocolon sigmoideum lag. Die untere Partie der hinteren Gebärmutterwand war durch diese Verwachsungen immobilisiert, und deshalb mußte die vordere Wand des Gebärmutterhalses und des unteren Uterinsegmentes übermäßig ausgedehnt werden, trotzdem die zweite Geburtsperiode nur 2 Stunden in Steißlage gedauert hatte. Der Fall ist insofern lehrreich als er beweist, daß Gonorrhöe nicht nur schwere entzündliche Erkrankungen der Adnexe, Verwachsungen, Sterilität und Extrauterin gravidität, sondern auch durch Adhäsionsbildung unter Umständen spontane Zerreißung der Gebärmutter während der Entbindung herbeiführen kann! Referent möchte noch hinzufügen, daß dieser Fall wieder einmal zeigt, wie wichtig die Behandlung und Beseitigung der fixierten Retroflexio uteri ist. Solche Verwachsungen, wie die hier beschriebenen, gehören gar nicht zu den Seltenheiten.

Eine wirkliche Beseitigung aller derartigen Verwachungen erfolgt aber mit Sicherheit nur auf operativem Wege.

Das neueste Mittel, welches gegen die puerperale Sepsis empfohlen wird, ist Aqua destillata: W. J. Ilkewitsch-Moskau: Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata (Vorläufige Mitteilung) (Zentralbl. f. Gynäkol. 1913 Nr. 38). Nach intravenöser Injektion von Aqua destillata kann die Veränderung des Blutbildes von dreierlei Art sein. A. Die Zahl der weißen und der roten Blutkörperchen steigt, dabei bleibt der Hämoglobingehalt meistens unverändert. B. Die Zahl der weißen Blutkörperchen steigt, die der roten fällt, und der Hämoglobingehalt fällt auch. C. Es fällt die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen ebenso wie der Hämoglobingehalt. — Irgendwelche morphologischen Veränderungen wurden nicht beobachtet. Die Fälle, in denen die Zahl der Erythrocyten steigt, kommen meistens zur Heilung, sogar wenn die Zahl der weißen Blutkörperchen fällt. Wo aber ein beständiger Fall in der Zahl der Erythrocyten beobachtet wird, kommt es meistens zum Exitus. Versuche mit Kaninchen überzeugten den Verf., daß bei intravenöser Injektion von 8,0—8,3 Aqua destillata pro Kilo Gewicht absolut keine Gefahr besteht. Im ganzen wurde die intravenöse Injektion von Aqua destillata im Jahre 1912 und in der ersten Hälfte des Jahres 1913 in 206 Fällen bei 142 Kranken angewandt; auf 62 Fälle kamen 42 Heilungen. Abel-Berlin.

5. Aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Unsere heutige falsche Ernährung als letzte Ursache für die zunehmende Zahnverderbnis und die im ganzen schlechtere Entwicklung unserer Jugend bespricht der Breslauer Zahnarzt Dr. A. Kuhnert in einer nunmehr in dritter Auflage (50.—100. Tausend) erschienene Broschüre (Preis 0,50 M., Selbstverlag). Kuhnert schreibt die ungeheure Verbreitung der Zahnfäulnis unserer heutigen falschen Ernährung mit kalkarmem Wasser und kalkarmer Kost zu; die erste Auflage seiner Broschüre hat er in 40000 Exemplaren an die gesamte deutsche Presse, an sämtliche Ärzte und Zahnärzte, an alle Abgeordnete, an die militärischen Kommandeure vom Oberst aufwärts, an alle Landratsämter und Waisenhäuser versandt. Die erschreckende Feststellung, daß 72—100 Proz. aller Kinder in den letzten Jahrzehnten mehr oder minder zerstörte Zähne haben, ist wahrlich eine traurige Tatsache, die die Allgemeinheit zur Abhilfe aufrütteln muß. Die überzeugend und allgemeinverständlich geschriebene Broschüre Kuhnert's wäre wert, auf Staatskosten in Millionen von Exemplaren im deutschen Volke verbreitet zu werden.

Fast gleichzeitig mit dem Erscheinen dieser Broschüre hat der Dresdener Chemiker Dr. Volkmar Klopfer sich ein Verfahren patentieren lassen, nach welchem sich ein für den Menschen tadellos ausnützbare Brot aus dem ganzen Korn — also mit der sonst ans Vieh verfütterten nährsalzreichen Kleiensicht — herstellen läßt. Ref. hatte Gelegenheit, in zwei Volksbildungsvorträgen ausgiebige Kostproben dieses Ganzkornbrottes zu verteilen, die allgemein Anklang fanden; aber während z. B. der Breslauer (sozialdemokratische) Konsumverein die Lizenz zur Ausnutzung des Patents erwarb, hat die hiesige bürgerliche Bäckerinnung die diesbezügliche Anregung in einer Vollsitzung zu den Akten gelegt.

Über „Wandlungen in der Volksernährung“ spricht der Berliner Universitätslehrer Max Rubner in einer größeren Abhand-

lung (Akademische Verlagsgesellschaft m. b. H. in Leipzig). Nach Rubner sind die Volksernährungsformen im allgemeinen betrachtet verschieden nach Nationen, nach Stadt und Land, so daß man zur generellen Beurteilung der Güte einer Volkskost nicht allgemein einen Voit'schen Maßstab anwenden kann. Von einem nach vegetarischen Regime Lebenden oder von Personen, welche Milch und Eier, aber kein Fleisch genießen, kann man nicht sagen, daß sie mangelhaft ernährt seien. Es gibt kein allgemeines Schema des Nahrungsbedarfs, keine allgemein gültigen, einheitlich anzuwendenden Ernährungsformen und das Nahrungsbedürfnis ist verschieden je nach Alter und Berufsform des Individuums; deshalb beruht die Behauptung, daß mit dem Aufwand von 63 Pfennigen pro Tag eine ausreichende Ernährung nicht durchzuführen sei, auf unzulässigen Voraussetzungen über den Bedarf an Menge und Art der Nahrungsmittel. Wir fristen unser Leben von dem, was wir verdauen, nicht von allem, was wir kaufen und essen. Besprochen werden insbesondere die Wandlungen, die in der Ernährungsweise der ländlichen, der vom Lande in die Stadt gezogenen ursprünglich ländlichen und der eingewachsen-städtischen, insbesondere werktätigen Bevölkerung nach Sitte und Gewohnheit zu beobachten sind. Die im Laufe der letzten Jahre, veranlaßt durch das ständige Hochbleiben der Viehpreise und den dauernden Rückgang der Schlachtviehhaltung, auftauchende Behauptung von drohender Unterernährung des deutschen Volkes infolge Fleischteuerung entkräftet Rubner durch den Hinweis, daß bei uns überhaupt viel zu viel Fleisch gegessen wird, wobei er auf Italien exemplifiziert, dessen Bevölkerung wenig Fleisch ißt und trotzdem an Leistungsfähigkeit und Ausdauer der unsrigen absolut nicht nachsteht. (Starker Fleischgenuß macht meist auch stark Durst, der dann mit Bier und anderen alkoholischen Getränken gelöscht zu werden pflegt!) Rubner bemerkt auch, daß mit Leuten aus dem Volke ernährungsphysiologische Experimente nicht anzustellen seien, da sie sich jedem Versuch einer Koständerung nur mit großer Ängstlichkeit unterzögen. Die verschiedenen Aufstellungen über festen Eiweißbedarf des menschlichen Körpers erkennt Rubner nicht als allgemeine Kriterien an weder für die ganze Welt noch für die Nation: die Volksernährungsmittel reichen je nach Arbeitsleistung und verzehrter Menge teils zur Eiweißernährung hin, teils sind sie ungenügend. Aber auf alle Fälle erklärt Rubner die Behauptung, daß schon geringfügige Verminderung der Fleischkost unter allen Umständen eine Ernährungsunmöglichkeit und den Untergang einer Nation herbeiführen könne, für eitles unnützes Gerede, da man mit ganz verschiedenen Ernährungsweisen gleich gut leben könne. Von Milch und Fleisch, die eine vollwertige, im Darm sehr leicht und fast völlig ansnützbar Eiweißnahrung darstellen, bedarf es nur kleiner Zusätze, um den notwendigen Eiweißersatz zu liefern.

Über die Häufigkeit echter Unterernährung wissen wir zurzeit überhaupt wenig Bestimmtes, aber sicher ist, daß die deutsche Bevölkerung nicht schlechter dasteht als die französische, englische und amerikanische. Eine Unterernährung hängt nach Rubner mit sehr verschiedenen Einflüssen zusammen, so mit dem dauernden Aufenthalt in schlechten Wohnräumen, mit sitzender Lebensweise, psychischen Einwirkungen und Ausschweifungen, Hast und Unruhe, ungenügender Krätesammlung durch Mangel an Schlaf, alles Momenten, die für die Stadtbevölkerung und ihre Arbeitermassen mehr in Betracht kommen, als für die in günstigeren Verhältnissen lebende Landbevölkerung. Auch veranlaßt durch die Fleischteuerung weist Bitter mit einer Arbeit aus dem Hygienischen Institut in Kiel (Hygienische Rundschau Bd. XXI, S. 181) auf die von der Fischverwertungsgesellschaft K. Schönau in Altona hergestellte Fischwurst hin. Kreisarzt Dr. Pusch in Danzig hält diesem Volksernährungsmittel eine große Lobrede (Zeitschr. f. M. B. 1913 Nr. 16) mit Rücksicht auf die hohe Bedeutung, die gegenwärtig namentlich in den Großstädten die Seefischkost als billiger Ersatz der teureren Fleischnahrung einnimmt. Die Fischwurst wird aus dem entgräteten und zerkleinerten Fleisch größerer Seefische (Kabeljau, Seelachs u. a.) unter reichlichem Zusatz von fein zerhacktem Speck und mehrstündiger Räucherung hergestellt. Diese Würste, die nach mehrmaligem Anstechen mit einer Nadel oder einer spitzen Gabel, um das Platzen des Darms zu verhüten, auf 10 Minuten in langsam siedendes Wasser geworfen werden, haben das Aussehen der sog. Bockwurst

und erinnern im Geschmack an Frankfurter Würstchen. Der Preis beträgt je nach der Größe von 100—150 g 14—20 Pfg. Die Gefahr einer Wurstvergiftung ist nach Pusch's Ausführungen nicht größer als bei dem Genuß anderer Würste auch; Pusch erklärt sie für ein wohlgeschmeckendes, leicht herzustellendes, gut haltbares, preiswertes und deshalb als Volksnahrungsmittel ganz vorzüglich geeignetes Fischgericht.

Ebenfalls die Fleischnot veranlaßt den Kreisarzt Dr. Pröls in der Bremervörde zu einem praktischen Vorschlag in der Anlage von Schweinemastanstalten, um den pestilenzialischen, gesundheitsschädlichen Geruch dieser Mästereien zu verhüten; die Arbeit ist von Interessenten im Original (Zeitschrift f. M. B. 1913 Nr. 2) nachzulesen; die von Pusch geschilderte Anlage dürfte wohl das Ideal einer solchen sein.

Für die von Opitz ins Leben gerufenen Unterrichtskurse für Brunnenbauer bricht Pusch (Zeitschr. f. M. B. 1913 Nr. 8), eine Lanze in einer besonders für praktische und beamtete Ärzte auf dem Lande interessanten Arbeit. Zu schneller Orientierung über die verschiedensten Fragen aus dem Gebiete der Wasserversorgung empfiehlt er eine Reihe von Büchern und Zeitschriften, die an amtlicher Stelle wohl stets vorrätig sein werden. Auch auf die Erfolge der Rutengänger geht Pusch kurz ein.

Über Gesundheitsstörungen durch den Genuß einer Lupinen-Kaffeemischung berichtet Schwabe-Aachen (Zeitschr. f. M. B. 1913 Nr. 7) aus einer Familie, in der ein Mitglied nach diesem Kaffee stets heftige Schwindelanfälle bekam, während die übrigen Familienmitglieder ihn ohne jede Störung ihres Wohlbefindens vertrugen. Das klinische Bild spricht für eine Vergiftung mit Alkaloiden, deren in den Lupinenbohnen verschiedene enthalten sind, die durch Brennen gar nicht oder nur geringfügig verändert werden; sie erinnern in Wirkung und Geruch an Koniin. In Italien, wo Lupinendekokte als Wurmklustiere Verwendung finden, sind hierbei nicht selten Vergiftungserscheinungen beobachtet worden, die nach Husemann den Koniinintoxikationen ähnelten. Vor mit Lupinen gefälschtem Kaffee (Volksmélange u. ä.), der zu ca. 40 bis 60 Proz. aus mit gebranntem Zucker überzogenen, deshalb dem Perlkaffee ähnlichen Lupinen besteht, muß deshalb dringend gewarnt werden.

Die Frage „Impfzwang oder Impfpflicht“ bespricht Jaffé-Hamburg im Medizinalarchiv für das Deutsche Reich (1911 Nr. 11), da in letzter Zeit auch von juristischer Seite Bedenken laut geworden seien, ob laut Gesetz Impfzwang oder Impfpflicht bestehe. Jaffé führt aus, daß Impfzwang bestehe, damit auch das Recht zu wiederholter Bestrafung, da ja § 18 Abs. 3 des Impfgesetzes noch besonders das Recht der Bundesstaaten, Zwangsimpfung zu verhängen, betone. Jaffé nimmt insbesondere Stellung gegen den Senatsvorsitzenden im Reichsversicherungsamt Geh. Reg.-Rat G. Flügge, der wiederholte Bestrafung für unzulässig, dagegen den unmittelbaren polizeilichen Zwang, d. h. die Durchführung der Impfungen durch einen Polizeibeamten vor den Impfarzt, für zulässig erklärt. Interessant, aber für die teils verhetzten teils verblendeten Impfgegner wohl wieder ohne Beweiskraft, sind Jaffé's Zahlen über Pockenmortalität in Preußen, Deutschland und anderen Ländern. Die Sterilisation des Impffeldes macht Hillenberg-Zeit (Zeitschr. f. M. B. 1913 Nr. 17) mit Mastisol und hat damit sehr zufriedenstellende Resultate.

Die Tatsache des Geburtenrückganges in Deutschland hat bereits eine umfangreiche Literatur gezeitigt. So hat Regierungs- und Medizinalrat Bornträger-Düsseldorf auf Grund amtlichen und außeramtlichen Materials eine Broschüre über den Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und seine Bekämpfung herausgegeben (Verlag Kurt Kabitze-Würzburg, Preis 4 Mk.), deren Ausführungen zwar vom besten Willen beseelt sind, zum Teil aber bei anderen Autoren, speziell Ärzten, auf lebhaften Widerstand stoßen. Den Geburtenrückgang speziell in Preußen erörtert Pilsky-Altona in einem in der M. m. W. (1912 Nr. 50) erschienenen Vortrag von allen in Betracht kommenden Gesichtspunkten

aus und zieht das Fazit, daß der Geburtenrückgang durch staatliche Maßnahmen allein nicht beeinflusst und eingeschränkt werden kann, da der die sinkende Geburtenziffer bedingende wirtschaftliche und soziale Fortschritt mit der konsekutiven Teuerung im Lande nicht durch Gesetzesparagrafen einzudämmen ist.

Das ebenfalls hierher gehörige Thema: Wann und unter welchen Gesichtspunkten ist die künstliche Schwangerschaftsverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung berechtigt? bespricht Dr. W. Paul Richter-Stettin in Nr. 24 1912 der Allgemeinen deutschen Hebammenzeitung sine ira et studio in einer ernst-wissenschaftlichen Abhandlung, als deren einzige Kritik ich mir genügen lassen möchte, den Verfasser auf das statistische Verhältnis der unehelichen Kinder unter Verbrechern und Geisteskranken hinzuweisen.

Ebenfalls hier einschlägig sind die Ausführungen Max Hirsch's in Nr. 50 1912 des Zentralblattes für Gynäkologie: „Nochmals zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung“, in denen auch dieser durch mancherlei Publikationen bekannte Autor den Standpunkt vertritt, daß der Geburtenrückgang durch Strafgesetze sich nicht aufhalten läßt.

Im Anschluß an die eben besprochenen Veröffentlichungen ist es von Interesse, die Ausführungen Johanna Elberskirchen's in ihren 3 (bei Ernst Reinhard-München erschienen) Broschüren: Geschlechtsleben und Geschlechtshaltbarkeit des Weibes (1 M.); Die Mutterschaft in ihrer Bedeutung für die nationalsoziale Wohlfahrt (1 M.); Mutter! Schutz der Mutter, Geschlechtliche Aufklärung des Weibes (1,80 M.) zu studieren. Man kann ja als Arzt — und als Mann! — nicht mit allen ihren Ausführungen strikte einverstanden sein, aber doch bringt sie viel vernünftiger, menschlicherer und deshalb begreiflicherer Anschauungen, als ich sie in dem asketischen Buch der Frau Dr. Emanuelle Meyer ausgesprochen fand; was letztere ihren Leserinnen alles vorerzählt und zu befolgen aufgibt, kann nur der entsagenden Erfahrung eines liebeleeren Lebens entspringen sein!

Das Problem der Mutterschaft nach allen Seiten behandelt ein bei Albert Langen-München erschienenes (auch in Lieferungen erhältlich) Sammelwerk, von 52 Autoren bearbeitet. Alle die Mutterschaft angehenden Sachen werden hier in wissenschaftlich-kritischer Weise besprochen, Verbesserungsvorschläge in sozialer und ethischer Richtung gebracht. Freilich sind je nach dem politischen Standpunkt des jeweiligen Autors manche dieser Ausführungen nur die Ausflüsse einer noch mitten in der Diskussion stehenden Zeitströmung, die, vielleicht, vielleicht auch nicht, in späteren Zeitläuften sich einmal Geltung verschaffen können. Jeder unbefangene Leser des Buches wird, er mag in religiösen oder politischen Dingen denken wie er will, den einzelnen Autoren sicherlich den guten Willen zugestehen, daß sie, jeder nach seiner Fassung, am Wohle des Weibes und damit des ganzen Volkes mitzuarbeiten bestrebt sind!

Ein bis jetzt einzig dastehendes authentisches Quellenmaterial über die eugenische und rassenhygienische Gesetzgebung der amerikanischen Bundesstaaten bietet uns der österreichische Konsultsbeamte Geza von Hofmann in seinem soeben bei I. F. Lehmann erschienenen Buche: Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika (Preis 4 M., geb. 5 M.). In lückenloser Weise schildert Verfasser die Grundläufe moderner Rassenhygiene, sowie die Verbreitung ihrer Ideen in den Vereinigten Staaten, unter denen Einzelne gesetzgeberische Maßnahmen zur Regelung der Eheschließung nach rassehygienischen, eugenischen Grundsätzen getroffen haben. Weiter bespricht Verfasser die ebenfalls gesetzlich festgelegte Sterilisation von Minderwertigen, die Auslese unter den Einwanderern. Die einzelnen Gesetze führt das Buch im Wortlaut an und rechtfertigt dadurch die oben gegebene Charakterisierung als einzig dastehendes Quellenwerk, das von großem Werte nicht nur für den Rassenhygieniker von Fach, sondern auch für Ärzte, Juristen und Parlamentarier ist.

Richard Blumm-Bayreuth.

III. Kongresse.

II. Fürsorgestellentag für Lungenkranke und XI. Internationale Tuberkulosekonferenz in Berlin.

(22.—25. Oktober 1913.)

Bericht
von

Dr. W. Holdheim in Berlin.

Als vor 10 Jahren zum ersten Male eine Internationale Tuberkulosekonferenz in Berlin tagte, waren als neuestes Mittel in der Tuberkulosebekämpfung die Fürsorgestellen, eine Nachbildung der von Calmette-Lille gegründeten Dispensaires antituberculeuses, erkannt worden, und es wurde damals zuerst durch Oberpräsidialerlaß zu ihrer Verbreitung aufgefordert. Seit dieser Zeit haben sich in Deutschland Fürsorgestellen, deren es zurzeit fast tausend gibt, als das wichtigste Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose erwiesen und deshalb sollte zu einer allgemeinen Aussprache über das Wesen derselben und ihrer Erfolge vor dem Beginn der XI. Internationalen Konferenz ein allgemeiner Fürsorgestellentag abgehalten werden. Dieser fand unter Vorsitz von Landesrat Freund am 22. Oktober im Abgeordnetenhaus zu Berlin statt. Das einleitende Referat über die „Organisation der Fürsorgestellen für Lungenkranke und ihre Stellung zu den anderen für die Tuberkulose in Betracht kommenden Wohlfahrtseinrichtungen“ hatte der um die Tuberkulosebekämpfung in Bayern hochverdiente Hofrat Dr. Ferd. May-München. Er betonte, daß, während 1903 nur 17 Fürsorgestellen und Polikliniken vorhanden waren, im Jahre 1913 schon 810 Fürsorgestellen in Deutschland gezählt wurden. Als ihre besondere Aufgabe bezeichnet er die Verhütung der Kindesinfektion, aber auch die Ansteckungsgefahr für die Erwachsenen dürfe nicht vernachlässigt werden. Einheitliche Regeln lassen sich für die Organisation der Fürsorgestellen nicht aufstellen, weil sie abhängen von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen. Träger der Fürsorgestellen sollten in erster Linie die Gemeindeverwaltungen sein, aber auch besondere Vereine, vor allem die Landesversicherungsanstalten und Behörden, welche die notwendigen Mittel aufzubringen imstande sind. Außerordentlich viel komme es auf die leitende Persönlichkeit an. Es sei durchaus nötig, daß diese mit allen Wohltätigkeitseinrichtungen und Anstalten vertraut ist und die einschlägige Gesetzgebung kenne. In 59 Proz. seien es Ärzte, aber nicht immer könne der Leiter und der Fürsorgearzt derselbe sein, eine Vereinigung mehrerer dieser Ämter in einer Person sei auch nicht zweckmäßig. Die dritte wichtigste Person ist die der Fürsorgeschwester, welche den Ouvrier Enquêteur von Calmette ersetze. Die Tätigkeit der Fürsorgestelle soll nur eine beratende und diagnostische sein, dagegen die ärztliche Behandlung im allgemeinen ablehnen, wie sie auch Calmette stets abgelehnt habe. May lehnt selbst diagnostische Tuberkulinimpfungen in der Fürsorgestelle ab. Ferner sei eine Zusammenfassung, wie sie in Berlin geübt werde, von Fürsorgestellen für Krebs-, Alkoholkrankungen und Tuberkulose durchaus ungeeignet. Ganz anders sei die Organisation auf dem platten Lande einzurichten als in den großen Städten. Hier sei eine größere Zentralisation notwendig. Niemals darf die Fürsorgestelle eine Wohltätigkeitsanstalt werden, aber sie müsse mit den übrigen Wohlfahrtseinrichtungen Hand in Hand gehen. Vortragender führt die Verhältnisse in Baden, wie sie vom Referenten an dieser Stelle bereits eingehend früher geschildert worden sind, als Beispiel an. Aus der an den fast zweistündigen Vortrag sich anknüpfenden Diskussion sei hervorgehoben, daß Kaiserling auf eine gesetzliche Regelung der Verpflichtung zur Tragung der Kosten hofft. Die Privatwohlthätigkeit will er anderen Zwecken zuführen, dem Schutz der Gesunden, Herausnahme der Kinder aus kranken Familien und Unterbringung derselben auf dem Lande usw. Auf den alsdann folgenden Vortrag von Oberregierungsrat Dr. Oertel-Chemnitz über „Die Aufgaben der Fürsorgeschwestern in den Fürsorge-

stellen für Lungenkranke“, der auch manche interessante Anregung brachte, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Am folgendem Tage, dem 23. Oktober, wurde wiederum wie zum ersten Male vor 10 Jahren, im Plenarsitzungsraum des Abgeordnetenhauses zu Berlin, die XI. Konferenz der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose als Jubiläumskonferenz unter Teilnahme der Vorkämpfer der Tuberkulosebekämpfung aus aller Welt eröffnet und durch das Erscheinen der hohen Protektorin derselben, Ihrer Majestät der Kaiserin, geehrt. Leider war auch in diesem Jahre wie im Vorjahre in Rom der Präsident der Vereinigung, Léon Bourgeois, durch Krankheit am Erscheinen verhindert und wurde durch den 2. Vorsitzenden Bumm, Präsidenten des Kaiserl. Gesundheitsamtes, vertreten. Wie alljährlich war auch diesmal die Konferenz von dem rührigen, stets arbeitsfreudigen und außerordentlich geschickten Generalsekretär Geh. Rat Prof. Pannwitz aufs sorgfältigste vorbereitet. Neben den offiziellen Vertretern der fremden Staaten, wie Prof. Landouzy-Paris, Calmette-Lille, Pynappel-Zwolle, Altschul-Prag, v. Schrötter-Wien, Devez-Mons, Maragliano-Genua, Raw-Liverpool u. v. a. sah man Krauss und His aus Berlin, den Generalstabsarzt v. Schjerner, Generalärzte Werner und Schulzen, Minister v. Möller neben mehreren Ministerialräten. Bald erschien, geführt vom Staatssekretär Delbrück, dem Präsidenten Bumm und Kammerherrn v. Spitzemberg, die Kaiserin mit mehreren Hofdamen und folgte den Verhandlungen mit großer Aufmerksamkeit. Nach der Begrüßung derselben durch den Präsidenten überbringt Landouzy die Grüße von Bourgeois und sein Bedauern nicht selbst erscheinen zu können. Alsdann gab Staatssekretär Delbrück als Vertreter des Reichskanzlers einen Überblick über den Stand der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland, wie er hin auch bei der XVII. Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees (vgl. Bericht No. 13 d. Jahrg.) gegeben hatte. Jedes Land habe seine besonderen Bestrebungen im Kampfe gegen die Tuberkulose: England habe die Führung auf dem Wege der gesetzlichen Anzeigepflicht der Tuberkulose übernommen, Frankreich habe seine mustergültigen Dispensaires, die Schweiz ihre hervorragenden Erfolge bei der Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose, Nordamerika die Nachterholungsstätten. So sei jedes Land eifrig bemüht, die Tuberkulosebekämpfung seinen besonderen Verhältnissen anzupassen und immer mehr auszugestalten. Diesen Bemühungen sei der Erfolg nicht versagt geblieben, die Tuberkulose ist in stetem Rückgang begriffen. Die Tuberkulosesterblichkeit habe sich in England, Frankreich, Belgien, Deutschland und Nordamerika innerhalb 15 Jahren um ein Drittel vermindert. Gewaltige Arbeit sei aber noch erforderlich. Möge deshalb die XI. Konferenz ein Markstein werden im Kampfe gegen die Tuberkulose zum Nutzen aller Völker, die der Internationalen Vereinigung angehören! Alsdann gedachte der Herzog von Ratibor, welcher im Jahre 1899 dem Ersten Internationalen Tuberkulosekongress präsiert hatte, der Verhältnisse von damals im Vergleich mit den heutigen. Es handle sich jetzt nicht mehr darum, wie man die Tuberkulose bekämpfen solle, ob in Heilstätten oder Fürsorgestellen, sondern es sei festgestellt, daß die Erziehung der Völker zum Gebrauche dieser Waffen die Hauptsache sei. Jeder Gruppe sei ihre besondere Aufgabe im Kampfe zugeteilt. Der Staatssekretär habe mitgeteilt, wie sehr die Tuberkulose in Rückgang begriffen sei und wie sich das Wort Bernhard Fränkel's immer mehr bewahrheitete, daß die Tuberkulose ihres Charakters als Volkskrankheit entkleidet werden könne. Pietätvoll gedachte er der in den 10 Jahren seit der Tagung der I. Internationalen Konferenz in Berlin verstorbenen Führer im Kampfe: Leopold v. Schrötter's-Wien, Althoffs's und Bernhard Fränkel's-Berlin, Robert Koch's und Ernst v. Leyden's, Brouardel-Paris und v. d. Knesebeck's. Der Geist der Verstorbenen sei geblieben. Er fordere auf ihren Spuren zu folgen und schließt mit den Worten: L'union fait force. Stadtmedizinalrat Weber überbrachte alsdann im Namen des Oberbürgermeisters die Grüße der Stadt Berlin, indem er der beiden

Ehrenbürger derselben, Rudolf Virchow's und Robert Koch's gedenkt. Berlin erfülle jetzt einen Lieblingswunsch Robert Koch's, indem es zurzeit ein Krankenhaus für 1000 Kranke mit offener Tuberkulose baue. Er freue sich, daß gerade eine Tuberkulosekonferenz es sei, die er in seiner neuen Stellung zuerst zu begrüßen habe, weil er selbst auf diesem Gebiete auf dem Kaiserl. Gesundheitsamte tätig gewesen sei und ihn viele wissenschaftliche Bande mit einer großen Anzahl Mitglieder verbanden. Nachdem alsdann noch Landouzy-Paris die Rede vorgetragen hatte, welche Bourgeois hatte halten wollen, wenn er in Berlin gewesen wäre, und in der er in seiner wunderbaren Ausdrucksweise der Gründer, der bedeutenden Kliniker und Forscher, und der Arbeiten der bisherigen zehn Konferenzen gedachte, ging man zu den Arbeiten des ersten Tages über und wandte sich dem Thema 1: „Der Mensch und die Tuberkulose“ zu. Das einleitende Referat über die klinischen Formen der menschlichen Tuberkulose in den verschiedensten Lebensaltern hielt Landouzy-Paris, wie er es bereits im Vorjahre in Rom auf der dortigen Tuberkulosekonferenz versprochen hatte. Die Tuberkuloseerkrankung sei abhängig von dem Tuberkelbazillus, zu dem aber noch eine Prädisposition kommen müsse. Die Stärke der Infektion sei eine Reaktion des Organismus gegenüber den Bazillen und der Intensität ihres Eindringens in den Körper, ferner abhängig von der Häufigkeit, mit der man Neuinfektionen ausgesetzt ist. Wesentlich beeinflusst werde sie auch durch die wirtschaftlichen Verhältnisse, die Wohnung, die Arbeitsstätte usw. Die Art der klinischen Formen der Erkrankung sei abhängig von dem Alter, in welchem der Mensch von der Infektion betroffen und in dem sie wirksam wird, aber auch von den Wegen, auf denen der Tuberkelbazillus in den Körper eindringt, ferner auch von den verschiedenen Lebensaltern und der mit ihnen verbundenen körperlichen Entwicklung und der durch Lebensweise und Beruf mehr oder weniger großen Widerstandsfähigkeit der einzelnen Organe. Es gibt kaum einen Menschen, der gänzlich frei von der Infektion ist. Entgeht er ihr, so sei das nicht nur eine Folge einer günstigen erbten Disposition, sondern auch eine Gunst der äußeren Verhältnisse. Als Zweiter sprach hierzu Shannon-Edinburg über die tuberkulösen Gewebs- und Organveränderungen in den verschiedenen Lebensaltern. Während in Schottland das Maximum der Todesfälle an Tuberkulose zwischen dem 23. und 35. Lebensjahre sich finde, liege in England dieses zwischen dem 35. und 45. In den verschiedenen schottischen Städten läßt sich kein klares Verhältnis der Todeszahlen an Tuberkulose zur Einwohner- und Bevölkerungszahl finden. Überempfindlichkeit infolge der Erstinfektion ist wahrscheinlich äußerst wichtig für Neuinfektionen. Diese müssen nicht ihren Ausgang von schon länger im Körper vorhandenen Krankheitsherden nehmen, sondern kommen wohl meist von außen her. Die meisten Fälle von Lungentuberkulose und Tuberkulose der benachbarten Drüsen entstehen auf dem Wege der Luftinfektion. Es läßt sich nicht sicher nachweisen, daß von den tiefen Nackendrüsen eine Infektion auf die Lungen übergeht. Die rechte Lunge und die ihr benachbarten Drüsen sind häufiger erkrankt, als die betreffenden Organe auf der linken Seite. Lungentuberkulose bei Kindern schließt sich meist an Tuberkulose der Bronchialdrüsen an. Den letzten Vortrag hielt Hamburger-Wien über das Thema: „Was verdankt die Lehre von der menschlichen Tuberkulose der experimentellen Medizin?“ Sie verdanke ihr außerordentlich viel. Erst die letzten Jahre kritischer Experimentierarbeit haben die so wichtige Dispositionsfrage der Beantwortung wesentlich näher geführt. Die Grundmauern für das Lehrgebäude der Tuberkulosepathologie sind durch das Experiment geliefert, nämlich die Erkenntnis der infektiösen Natur der Tuberkulose, ihres Erregers. Aber auch die Erkenntnis über die Art und Weise der Infektion wurde durch das Experiment wesentlich gefördert, wenn schon hier die klinische und besonders die anatomische Beobachtung die wichtigere Rolle spielen. Die Lehre vom Primäraffekt und von der regionären Drüsen-erkrankung sind rein experimentell gewonnen. Diese beiden Hauptlehrsätze geben zusammen mit den Sektionsbefunden einen weiteren Lehrsatz: Die Tuberkuloseinfektion findet ge-

wöhnlich durch Inhalation statt. Auch der heute wohl schon fast allgemein anerkannte Satz, die meisten Menschen infizieren sich im Kindesalter, ist zuerst experimentell und zwar durch das klinische Experiment (Tuberkulinreaktion) bewiesen worden. Die letzte Bestätigung brachte freilich erst die Beobachtung am Sektionstisch. Von grundlegender Bedeutung erscheint die Feststellung der Tatsache von der Immunität gegen die tuberkulöse Reinfektion, ferner daß die Immunität nur eine relative ist, daß die Reinfektionsstellen wieder aufflammen können. Ferner steht fest, daß Tuberkelbazillen im Organismus Tuberkulöser einer spezifischen Auflösung unterliegen, daß sie aber auch nicht ganz abgetötet werden und Monate-, ja jahrelang unschädlich, aber lebensfähig im Menschen verbleiben können. Die tuberkulöse Natur mancher Knochen-, Nieren-, Drüsen- und Hauterkrankungen kann nur durch das Tierexperiment einwandfrei bewiesen werden, wie denn überhaupt der letzte Beweis für den tuberkulösen Charakter einer Gewebsveränderung durch das Tierexperiment erbracht wird.

Das Thema der Nachmittagssitzung betraf die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Das Hauptreferat hatte Brauer-Hamburg, welcher in musterhafter, geradezu vollendeter Weise die modernen chirurgischen Methoden zur Behandlung der Lungentuberkulose, wie der Lungen überhaupt besprach, ein Vortrag, den er bereits vor den Mitgliedern der Studienreise zum diesjährigen Tuberkulosekongreß wenige Tage vorher an der Stätte seines Wirkens, im Eppendorfer Krankenhause in Hamburg, in noch ausführlicherer Weise unter Vorführung von Kranken und stereoskopischen Röntgenaufnahmen gehalten hatte. Leider kann an dieser Stelle nur eines geringen Teiles desselben gedacht werden. Während eine Reihe von früheren Verfahren sich weniger bewährt hätten, sei die operative Behandlung der Lungenschwindsucht durch das Lungencollapsverfahren, die Ruhigstellung und Zusammenpressung des Lungengewebes, von großem Erfolge begleitet gewesen. Diese wird, je nachdem ob ein freier Pleuraraum vorhanden ist oder nicht, dadurch erreicht, daß bei freiem Pleuraspalt die Behandlung durch Einblasen von Stickstoff zwischen Pleura und Lungen geschieht, oder falls dieser nicht vorhanden ist, durch Abdrängung der Lunge von der Thoraxwand und durch eine den Thorax einengende Plastik. Während das erste Verfahren in den letzten Jahren eine ausgedehnte Anwendung gefunden habe und auch bei vorsichtiger Auswahl der Kranken, strenger Indikationsstellung und korrekter Technik sich als sehr nützlich und relativ gefahrlos erwiesen habe, seien die Methoden bei Verwachsung der Brustfellblätter, die er unter dem Namen der extrapleurale Thorakoplastik zusammenfaßt, wesentlich schwieriger. Entscheidend für den Erfolg sei strengste Indikationsstellung, vor allem das Verhalten der anderen Lungenseite. Referent bespricht besonders das von ihm angegebene Verfahren, wobei eine große Anzahl von Rippen durchtrennt werden und es möglich ist, einer Deformierung des Thorax dadurch vorzubeugen, daß die Scapula zum Schutz für den verloren gegangenen knöchernen Teil der Brustwand eintritt. Referent hat bei mit diesem Verfahren behandelten Patienten geradezu erstaunliche Erfolge erreicht. Besonders warnte jedoch der Vortragende davor, wie es leider heute schon bei dieser chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose sehr oft vorkommt, den Weg der inneren Medizin zu frühzeitig zu verlassen. Es sei eine strenge Indikationsstellung notwendig. Nur die Fälle dürften operiert werden, wo die andere Seite noch fast völlig intakt sei. Auch sei nicht zu vergessen, daß eine gewisse Gefahr, die der Luftansaugung, immerhin bestehe, gegen die wir uns kaum schützen können. Als Zweiter sprach Tuffier-Paris über seine Methode der Einpflanzung überlebenden Fettgewebes zur Ausfüllung des durch die Ablösung und Eindellung des Oberlappens sich bildenden Hohlraums. Eine große Anzahl von Diskussionsrednern zu dem gleichen Thema sprachen über Einzelheiten des Verfahrens, von denen Baer-Davos-Platz erwähnt sei, der über 8 Fälle von Lungenplombierung berichtete. Sie besteht in Ablösung der erkrankten Lunge von der Brustwand und in Ausfüllung des geschaffenen Hohlraumes mit einer antiseptischen Paraffinplombe.

Der folgende Tag, Freitag der 24. Oktober, war in der Vormittagssitzung der Bedeutung des Versicherungswesens für die Bekämpfung der Tuberkulose gewidmet. Der Bericht des ersten Referenten Lee K. Frankel-

New York von der Metropolitan-Lebensversicherung, welcher in Behinderung des Vortragenden verlesen wurde, zeigte, daß die große amerikanische Gesellschaft ihre Dividenden nicht vollständig ausschüttet, sondern einen Teil derselben zu vorbeugenden Heilverfahren für ihre Versicherten verwende. Sie glaubt, daß schon in den wenigen Jahren, in welchen sie diese Praxis befolgt, die Zahl der ersatzpflichtigen Todesfälle in erheblichem Maße abgenommen habe. Sie treibe auch in sehr ausgedehnter, eindringlicher Weise Volksaufklärung und hygienische Erziehung. Auch Fuster-Paris mahnt, daß die privaten Versicherungsgesellschaften, namentlich die auf Gegenseitigkeit, in den Kampf gegen die Tuberkulose einzutreten hätten. Alsdann sprach Kaufmann-Berlin, Präsident des Reichsversicherungsamtes, über die staatliche Arbeiterversicherung. Er gab einen historischen Rückblick über die deutsche Arbeiterversicherung im Kampf gegen die Tuberkulose. Mit einem Kostenaufwand von 19,2 Millionen Mk. wurden 1912 im ganzen über 50 000 Lungenkranke behandelt. Die Dauererfolge betragen Ende 1902 42 Proz. der 1898 erfolgreich Behandelten. Von den 1907 mit Erfolg Behandelten waren Ende 1912 noch 57 Proz. erwerbsfähig. Die Heilstätten sind in der Tat Pflanzstätten einer verständigen Vorbeugung geworden. Zur Unterbringung tuberkuloseverdächtiger Kranker im ersten Stadium ohne Bazillenbefund und Kranker mit geschlossener Tuberkulose werden von den Versicherungsanstalten die Walderholungsstätten in Anspruch genommen. Ihr Ausbau zu Walderholungsheilstätten, in denen das Bett auf 1500—1800 Mk. zu stehen kommt, ist zu erwägen. Es empfiehlt sich auch geeignete ländliche Krankenhäuser für die Behandlung Tuberkulöser nutzbar zu machen. Neben den Versicherungsanstalten haben sich in Deutschland die Krankenkassen um die Bekämpfung der Tuberkulose verdient gemacht. Einige von ihnen haben mustergültige eigene Heilstätten erbaut. Die Heilstättenbehandlung muß durch eine Fürsorge für unheilbar Tuberkulöse ergänzt werden. Im Jahre 1912 betragen die Zuschüsse der Versicherungsanstalten für die Fürsorgestellten rund 392 000 Mk. Der Präsident der neuen Versicherungsanstalt für Angestellte Koch teilt mit, daß mit dem Ausbau der sozialen Gesetzgebung durch die Angestelltenversicherung die Möglichkeit geschaffen werde, die Segnungen des Heilverfahrens auch in die Schichten des Mittelstandes hineinzutragen. Als wohlgerüsteter Bundesgenosse trete jetzt die Reichsanstalt für Angestellte in den Kampf gegen die Tuberkulose ein. Im großen Umfange werde schon jetzt ein Heilverfahren gewährt. Am Schlusse der sehr interessanten Diskussion, die sich an die Vorträge anschloß und in welcher für und wider die Hergabe von Mitteln privater Lebensversicherungsgesellschaften zu einem vorbeugenden Heilverfahren der Versicherten gesprochen worden war, richtete der Generalsekretär Pannwitz noch einmal einen warmen Appell an die deutschen Lebensversicherungsgesellschaften, sich ebenso am Kampfe gegen die Tuberkulose zu beteiligen durch vorbeugendes Heilverfahren wie es die große amerikanische Metropolitan sich zur Pflicht mache, und dadurch die Fürsorge auf den nicht staatlich versicherten Mittelstand auszudehnen.

Der Nachmittag des Tages war freien Vorträgen vorbehalten. Hier sprachen u. a. Bruck und K. Pannwitz-Hohenlychen über die Bedeutung der Heilstättenkuren für tuberkulöse Kinder. Sie wiesen darauf hin, daß mit der Überführung der Kinder an die frische Luft durch deren anregende Wirkung auf den Appetit und die Psyche viel erzielt werden könne. Es käme alles darauf an, recht frühzeitig zu behandeln. Ein wesentlicher Unterschied seien Kurerfolge und Dauererfolge. Von 1902—1911 wurden 5439 Kinder behandelt, von denen bei 1690 Fällen Nachuntersuchungen haben stattfinden können. Bei 81 Proz. war ein Stillstand der Krankheit eingetreten, während bei 19 Proz. ein noch aktiver Krankheitsprozeß vorhanden war. Voll erwerbs- bzw. schulfähig waren 65,4 Proz. ca. Die 200—300 Mark Kosten pro Kind hätten schon dadurch Zinsen getragen, daß die Ansteckungsgefahr für die Gesunden abgewendet und das Familienglück gehoben würde. Ferner sprach Rosin-Berlin über die Diagnose der beginnenden Tuberkulose

der rechten Lungenspitze. Während die übrigen Lungenteile vesikuläre Atmung zeigen, kann die rechte Spitze sogar bronchiale Ausatmung haben und trotzdem noch gesund sein, was Vortragender in 60 Proz. mit dieser Abnormalität Befaheter gefunden habe. Andere Verfasser fanden sogar 80 Proz. Dadurch daß diese Tatsache nicht bekannt sei, kämen viele in Heilstätten, wo sie nur wirklich Erkrankten den Platz fortnehmen. Es sei dringend davor zu warnen, den physikalischen Spitzenbefund falsch zu deuten. — Über Tuberkulose unter den Lehrern berichtete Altschul-Prag. Die bisher vorliegenden Statistiken widersprechen sich meist. Es müsse verlangt werden, daß alle unter den Lehrern stattfindenden tuberkulösen Erkrankungen offiziell festgestellt werden. Die bloße Kenntnis der Todesfälle kann keinen genügenden Aufschluß geben. Die Internationale Vereinigung solle auf Grund eingehender Prüfung durch ein Komitee geeignete Vorschläge machen. Unverzüglich aber müsse die Prophylaxe unter den Lehrern einsetzen, die bereits bei der Auswahl der Seminaristen zu beginnen habe. Lehrer mit offener Tuberkulose dürften nicht unterrichten. Es müsse ihnen auf öffentliche Kosten eine Heilungsmöglichkeit geboten werden. — Unter sehr großem Beifall sprach Frau Oberbürgermeister Lauter-Karlsruhe über die Tätigkeit der Badenschen Frauenvereine. Auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung sei die Frau dem Manne gleichwertig zu erachten. Hier habe die Frau sehr wichtige Aufgaben zu erfüllen. Aus allen möglichen Ursachen der Wohltätigkeit- und Wohlfahrtspflege kommt die Frau mit den ärmeren Familien in Berührung. Stets biete sich dabei Gelegenheit auf die Art der Wohnung, die Ernährung und Kinderpflege zu achten und mit Beratungen und Ratschlägen einzugreifen, zugleich die Unterstützung in sachgemäße Wege zu leiten. Sehr wichtig sei die Beobachtung des Gesundheitszustandes der Kinder, um durch überzeugende Überredung die Eltern mit dem Arzt in Verbindung zu bringen. Denn alles käme darauf an, daß der Arzt bei Zeiten die Anfänge der Tuberkulose diagnostiziere, und dann sei es wieder Sache der Frau dahin zu wirken, daß die ärztlichen Ratschläge auch befolgt werden. — Es ist unmöglich an dieser Stelle die große Zahl der übrigen Vorträge zu besprechen. — Die letzte Sitzung der Konferenz fand am 25. Oktober statt und war zum großen Teil geschäftlichen Mitteilungen gewidmet, von denen nur erwähnt sei, daß sich ein Damenkomitee gebildet hat, welches auf der nächstjährigen Tuberkulosekonferenz, welche in Bern im Jahre 1914 stattfindet, Bericht erstatten soll über eine vertiefte Mitarbeit der Frau bei der Tuberkulosebekämpfung. Der größte Teil der Sitzung war ausgefüllt mit den Berichten über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in den verschiedenen der Internationalen Vereinigung angeschlossenen Ländern. Den Bericht für Deutschland erstattete Prof. Nietner, der Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees. Für Österreich sprach von Schrötter-Wien, welcher von einer neuen in 1800 m Höhe in den Tiroler Alpen errichteten Heilstätte berichtete, welche besonders der Heliotherapie gewidmet sein soll. Auch ein Lupusheim wird jetzt dort errichtet. — Ferner berichtet der Generalsekretär Pannwitz von dem Beschluß des Engeren Rates über die Errichtung eines Tuberkulosewelttages zur Sammlung von Beiträgen und den einer Enquête über das Vorkommen der Tuberkulose unter den Lehrern. Die nächste Konferenz soll in Bern, die übernächste in Christiania stattfinden. Alsdann wurde eine größere Anzahl von Ernennungen zu korrespondierenden Mitgliedern der Vereinigung aus Anlaß der Jubiläumstagung bekannt gegeben, worauf die Konferenz unter Danksagung des Präsidenten Bumm und Landouzy-Paris an den Generalsekretär Pannwitz geschlossen wurde.

Nach dem Schluß der Konferenz fand am Sonntag den 26. Oktober ein Besuch der Heilanstalten und Berufsschulen vom Roten Kreuz und der Pannwitz-Freiluftschule in Hohenlychen, am Nachmittage des neuen Mittelstands-Sanatoriums Schloß Fürstenberg durch ca. 300 Mitglieder der Tagung statt.

IV. Ärztliche Rechtskunde.

Die Stellung der praktischen Ärzte in der neuen Reichsversicherungsordnung (ausgewählte Fragen).

Von

Geh. Justizrat Dr. Marcus,
Landgerichtsrat in Berlin.

I. Einleitung.

Nichts charakterisiert die Vertiefung der Ideen über die Grenzen der Aufgaben des Staates, die bei Eintritt in das 19. Jahrhundert noch allgemein herrschend, in der Verwirklichung des Macht-, Rechts- und Sicherheitszwecks gipfelten, an der Wende des neuen Jahrhunderts besser, als die mehr und mehr sich durchsetzende Auffassung, daß dem Staate im weitesten Umfange Kulturpflege obliegt, als Hauptzweck — neben dem jene nur als Hilfsmittel zu gelten haben. Ein Hauptgebiet der Kulturpflege ist die Gesundheitspflege, welche, die Ergebnisse der jungen Wissenschaft der hygiène publique sich aneignend, seit etwa einem Menschenalter sich der Aufgabe widmet, Krankheitsvorbeugung und wissenschaftlich befürwortete gesundheitliche Daseinsverbesserung durch staatliche bzw. kommunale Anstalten unter Betonung der Solidarität von Staat und Gesellschaft unter Zwangsbeteiligung der ganzen Bevölkerung zu organisieren.

Wie die frühere Fürsorgetätigkeit des Staates für die Gesundheit seiner Angehörigen, vorwiegend als „Gesundheitspolizei“ gedacht, sich in Sanitäts- und Medizinalwesen nach den beiden maßgeblichen Richtungen teilend, gesetzgeberisch gedacht war, kann nicht besser veranschaulicht werden, als durch die Bemerkung in dem preußischen Staatsreorganisationsplan Hardenberg's in seiner dem König in schwerer Zeit (7. 9. 1807) überreichten Denkschrift (vgl. Ranke, sämtl. Werke 48, 401): Unter dem Abschnitt „innere Polizei“ wird zur Gesundheitspolizei-Aufgabe des Staates nichts weiter postuliert als „daß der Staat für die Bildung und Anstellung geschickter wissenschaftlicher Ärzte und Heilkünstler besorgt sei und Anstalten für hilflose Kranke zweckmäßig einrichte, mit einem Worte: Das beachte, was der einzelne nicht beachten kann“.

Fürwahr gegenüber dem, was heute unter staatlicher und sozialer Gesundheitspflege verstanden wird, ist das Problem dürftig genug erfaßt, der Anpassung des Heil- und Medizinalwesens an die Interessen der besitzlosen Klassen an erleichterter Beschaffung ärztlicher Hilfe Schöpfung von Ambulatorien neben den öffentlichen Kliniken ist noch nicht gedacht, geschweige an Hygiene! Die Gesundheitspflege, in der Folge allerdings mannigfach erweitert, z. B. durch das Staatsgebot an die städtischen Kommunen, Spitäler

zu errichten, kam auf eine neue Basis im deutschen Reiche mit der neu inaugurierten Sozialpolitik zufolge der kaiserlichen Botschaft vom 17. Nov. 1881 und der in der Folge organisierten Zwangsversicherungen gegen Krankheit und Unfälle hilfsbedürftiger Kreise. Damit, und mit den vielfach erst begonnenen spezialisierten Aufgaben der Hygiene, mit den Bestrebungen auf dem Gebiete der Volksernährung, Kinderpflege, Jugenderziehung, des Gewerbeschutzes, der Nahrungsmittel- und Wohnungsgesetzgebung, der Jugend-, Sexual- und (hoffentlich bald auch gesetzgeberisch durch Ehegesetzreform in Angriff genommenen) Ehehygiene ist dem Berufe der Ärzte eine Weite des Arbeitsfeldes eröffnet, die geeignet ist, eine tiefgreifende Umwälzung in ihrer sozialen und rechtlichen Stellung nach sich zu ziehen. Inwieweit dies in letzterer Beziehung durch die Reichsversicherungsordnung verwirklicht ist, das soll nach diesen einleitenden Bemerkungen in einigen wichtigen Punkten, vom Standpunkt eben des juristischen Praktikers für den medizinischen Praktiker — womit der Charakter dieser Glossen bezeichnet sei — erörtert werden. Durch das Interesse der im Rahmen dieser Zeitschrift gebotenen Kürze sei vorweg die Unterlassung der Auseinandersetzung mit der bereits reichlich vorhandenen verdienstlichen Literatur zu dem Thema (es sei auf die Arbeiten von Rumpf, Mugdan, Joachim-Korn verwiesen) entschuldigt.

II. Die Stellung der praktischen Ärzte nach der Reichsversicherungsordnung.

1. Wie die Überschrift unserer Darlegung ergibt, auch nach § 122 RVO. klargestellt ist, kommen im Sinne § 29 GewOrd. in der Reichsversicherung nur approbierte Ärzte in Frage als Hauptfaktoren der ganzen Organisation. Damit ist glücklich eine alte Kontroverse begraben, die besonders in der Krankenversicherung diskutiert war. Von den beiden Ausnahmen in § 122 RVO. abgesehen — auf diese Bestimmung, als im Buch I unter den allgemeinen Vorschriften enthalten, ist für alle anderen Versicherungsgebiete zu rekurrieren — sind die Versicherungsträger (§ 3 RVO.) gebunden hinsichtlich der Auswahl der Ärzte an deren Qualität als Approbierte im Reiche. Kurpfuscher dürfen, auch nicht als Hilfspersonen, von Krankenkassen ausnahmslos nicht beschäftigt werden: Abs. 2 § 122. Die in dieser Bestimmung gemachte Ausnahme ist zwingenden Rechts insofern, als die dort erwähnten Hilfspersonen zu selbständiger allgemeiner Krankenbehandlung auch von der obersten Verwaltungsbehörde nicht zugelassen werden dürfen. Der Arzt ist generell nicht ersetzbar, hinsichtlich der Krankheitsatteste usw. überhaupt nicht. Das ist dem Geiste der RVO. entsprechend für alle Ver-

sicherungen; besonders in Fällen von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit kann vom Zeugnis des Arztes nicht einmal Abstand genommen werden: die Ausnahme des § 370 Abs. 2 Nr. 1, die wohl nicht praktisch werden wird, beweist die Regel, daß die Kassen den Arzt nicht eliminieren können.

2. Von den neuen Vorschriften der RVO. interessieren den Arzt prinzipiell die §§ 368, 369, 370 bis 373 in folgenden Punkten:

a) Verträge der Ärzte mit den Krankenkassen — nur mit diesen, nicht den übrigen Versicherungsträgern (§ 3)! — bedürfen der Schriftform,

b) sehr eng umgrenzt ist die freie Arztwahl, § 369 RVO.

c) Eingreifen der Aufsichtsinstanzen beim Versagen von Ärzten in bestimmten Fällen.

3. Im Verhältnis zu den Versicherungsträgern ist der Arzt nicht etwa an deren Instruktionen hinsichtlich seiner Berufspflichten gebunden, er ist selbst in der Stellung als Vertrauensarzt mitnichten Interessenvertreter des einen oder anderen Beteiligten. Entscheidend grundsätzlich hinsichtlich der Rechte und Pflichten des Arztes gegenüber den Trägern der Versicherung einer- und den Versicherten andererseits, sind folgende Gesichtspunkte, bei denen die spezifisch-juristische Natur des Vertrages hier von der Betrachtung ausgeschaltet werden mag mit der Bemerkung: Die Kategorie des „Dienstvertrags“ im Sinne des BGB. ist nicht erschöpfend; es handelt sich auch nicht um Geschäftsbesorgung — worauf früher wiederholt in dieser Zeitschrift hingewiesen worden ist unter Prägung des Begriffes des Menschenhilfe- und Vertrauensvertrages par excellence für das Verhältnis zwischen Arzt und Kranken. Zwischen Arzt und Versicherungsträgern kann zwar die Subsumtion unter die §§ 611—630, 675 BGB. einem Bedenken grundsätzlich nicht unterliegen — aber auch das nur cum grano salis im Hinblick auf die besonderen Qualitäten und Berufspflichten des Arztes als Nothelfer der leidenden Menschheit, deren schwächster Bestandteil in dem Gebiete des Reichsversicherungsrechts in Frage kommt. So sei im folgenden die Betrachtung wie folgt gruppiert:

a) Die Beeinflussung der Standespflichten des Arztes,

b) Die Beeinflussung der Rechtsbeziehung des Arztes zu den Versicherungsinteressenten,

c) Die Gestaltung der Honoraransprüche des Arztes durch die Reichsversicherungsordnung.

III. Das Verhältnis der Ärzte zur Reichsversicherungsordnung.

Wie die „Arbeiterfrage“ eine Umwälzung der modernen Nationalökonomie hervorgerufen hat, so ist aus der sozialen Not des Proletariats die öffentliche Gesundheitspflege als wichtigster Be-

standteil der Sozialpolitik erwachsen und auf ihrem Boden nach der Kaiserbotschaft von 1881 die große Schöpfung der Deutschen Reichsversicherung entstanden. Deren Erstgeborene, die Krankenversicherung, ist in ihrer Entwicklung naturgemäß wesentlich von der Mitarbeit der Ärzte abhängig gewesen, durch deren würdige Stellung in jener Organisation auch künftig bedingt. Leider ist in der Gestalt, die die Krankenversicherung nun in der Reichsversicherungsordnung angenommen hat, es nicht zu einer befriedigenden Lösung des Problems des Verhältnisses der Kassen zu den Ärzten gekommen, die Frage des Arztsystems offen gelassen worden. So bleibt der Zukunft überlassen, Besserung in diesem wichtigen Punkt zu schaffen. Sicherlich würde dies leichter werden, wenn eine reichsrechtliche Regelung der ärztlichen Standesorganisation mit weitgehender Disziplinargewalt der Leiter geschaffen und der Konflikt zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft aus dem dumpfen Niveau wirtschaftlichen Kampfes auf den Boden „richtigen Rechts“ versetzt würde. Dazu ist leider noch wenig Aussicht!

Die anerkannten allgemeinen ärztlichen Standespflichten erfahren durch die Reichsversicherungsordnung für den vertraglich gebundenen Kassenarzt keine wesensinhaltliche Veränderung. Die Sorgfaltspflicht, Wahrheits- und Treupflicht wird nur der Kasse, der Berufsgenossenschaft wie dem Kranken gegenüber potenziert, die Diligenzpflicht bei der Gutachterfunktion des Arztes im Hinblick auf die große Tragweite der Gutachten als verschärft qualifizieren — es handelt sich eben um ein besonders geschaffenes sozialrechtliches Vertrauensverhältnis. In neuem Lichte erscheint aber die Kollegialitätspflicht, deren Abgrenzung geläutertem Standesbewußtsein nicht so schwierig erscheinen möchte, wie dies unter dem Drange des Kampfs ums Dasein häufig angenommen wird. Zu diesem Punkte sei hier auf die guten kasuistischen Bemerkungen in dem empfehlenswerten Buche von Joachim-Korn: Der Arzt in der Reichsversicherungsordnung, G. Fischer, Jena 1912 S. 154—160, sowie auf unsere frühere Erörterung zum Thema „ärztliche Standesfragen“ in dieser Zeitschrift 1912 Nr. 22 verwiesen.

IV.

1. Die vertraglichen, den Inhalt der vom Arzte den Versicherungsträgern gegenüber übernommenen Dienste sind solche der Behandlung der Versicherten und der Gutachtens- bzw. Berichterstattung an jene. Wie diese zu leisten sind, bestimmt sich nach jedem einzelnen Falle, für den im Rahmen der §§ 611 ff. BGB., der §§ 407, 122, 182, 199, 558 (ärztliche Behandlung) und der §§ 430, 435, 1582 RVO. (ärztliche Begutachtung) immer die ärztliche Standessitte, wie in allen anderen durch die Reichsversicherungsordnung eröffneten Verhältnissen, die entscheidende Richtlinie darstellen soll. Anlangend den Vertrags-

inhalt (RVO. bestimmt § 368 nur über die Schriftform), so wird den ärztlichen Standesorganisationen die Ausarbeitung bestimmter, präzise und kurz gefaßter Vertragsformulare, zur Benutzung seitens ihrer Mitglieder, anzufordern sein — wodurch nicht nur Einheit in den Rechtsverhältnissen mit den Krankenkassen, sondern gerade Verhinderung von Kollegenkonflikten ermöglicht würde. Beides könnte der Würde der Stellung der Ärzte untereinander, ebenso sehr wie gegenüber den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften nur förderlich sein! Daß Bewerber diesen gegenüber auf andere Verträge, als solche von dem höchsten Standesvertragsorgan gebilligt sind, nicht eingehen, das wäre von diesem streng zu überwachen. Dabei ist auch der Sondercharakter der Anstellungsverträge zu beachten, daß es sich dabei um Verträge zugunsten Dritter, d. h. die Versicherten, handelt, von denen also der angestellte Arzt nichts zu fordern berechtigt ist — ausgenommen § 369 Satzteil 2 RVO.

Was die Lösbarkeit der Verträge seitens des Arztes betrifft, so ist diesseits in diesen Blättern im Hinblick auf § 626 BGB. die fehlende Reichsgerichtsentscheidung vom 29. November 1911 zu bekämpfen versucht worden, vgl. diese Zeitschrift 1912 Nr. 22.

2. Das Kapitel, betreffend den Arztsanspruch auf Honorar und Gebühren, von der Reichsversicherungsordnung nur in wenigen Punkten berührt, ist bei Joachim-Korn a. a. O. S. 122 ff. eingehend erörtert, und der Leser sei im Zweifelsfall auf die dort gegebenen Antworten zu den Einzelfragen verwiesen; hier sei davon abgesehen, zumal dieser Punkt mit der baldigen Revision dringend bedürftigen Sondergebührenordnung für Ärzte und der Deutschen Gewerbeordnung für gerichtlich vernommene Zeugen und Sachverständige zusammenhängt. Es geht nicht länger an, es für die Mitwirkung der Ärzte, zumal in Zivilprozessen, bei den bisherigen Entlohnungssätzen bewenden zu lassen. Das ist oft entwürdigender Lohn für die Leistung und den Zeitverlust und kommt nach RVO. § 1579 auch bei diesen im Dienste der Reichsversicherung den Ärzten obliegenden Leistungen in Betracht.

3. Anlangend die Pflichten der Ärzte als Zeugen und Sachverständige vor den Versicherungsorganen zu fungieren, so geben die davon handelnden §§ 1571, 1574, 1575, 1577, 1652, 1665 zu Bemerkungen zunächst keinen Anlaß. Nur entbindet, soweit jene Pflicht besteht, die in der RVO. § 141 besonders geregelte Schweigepflicht nicht davon; im übrigen, soweit andere Gesetze für letztere bestehen, kann die Aussage verweigert werden, d. h. es gelten letztere Bestimmungen neben § 141 fort.

Wen dieser Überblick zum Studium des Ärzte-

rechts der Reichsversicherungsordnung unter sozialpolitischem Gesichtspunkt anregt, der wird zuzugestehen — daß zwar viel geschaffen ist, aber viele Verbesserungen noch der Zukunft vorbehalten sind; so auf dem Gebiete der Krankenversicherung, wie eingangs bemerkt, die Hauptaufgabe einer endgültigen Lösung der offengebliebenen Frage des Ärztesystems. Der hier geschaffene Rechtszustand stellt sich doch nur als unfertiger Kompromiß ad interim dar!

V. Schluß.

Was die öffentlich-rechtliche Stellung des Arztes anbelangt, um diesen allerdings wichtigsten und diffizilen Punkt wenigstens zu berühren, so hat auch die RVO. jene auch nicht hinsichtlich derjenigen (nicht an sich schon beamteten) Ärzte geändert, welche zu den Versicherungsträgern in Dienst- bzw. Vertragsverhältnis stehen. Daß jene Träger öffentlich-rechtliche Körperschaften sind, ändert an der nach Landesrecht sich bestimmenden Qualität des Arztberufes nichts. Dieser ist nach § 29 GewOrdn. freier Privatberuf, der allerdings öffentlich-rechtliche Pflichten auch dem Staate gegenüber im einzelnen nach sich zieht; aber durch das Reichsrecht der RVO. ist das Landesrecht nicht geändert, soweit nicht aus dessen Einzelbestimmungen Sonderpflichten entfließen. Danach ist also weder der Kassenarzt, noch der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaften an sich öffentlicher Beamter — das kann gegenüber §§ 359, 368, 691 RVO. keinem Bedenken unterliegen.

Ob aber nicht der gegenwärtige Zustand auf eine Umgestaltung des Berufs des praktischen Arztes mit innerer Notwendigkeit auf eine öffentlich-rechtliche Stellung mittels reichsrechtlich gestaltender Standesorganisation hindrängt, das ist eine offene Frage de lege ferenda — die jeder Kundige zu bejahen geneigt sein wird; bloß Privatberuf ist der ärztliche sicherlich nicht mehr da, wo eine ärztliche Disziplinargerichtsbarkeit einzelstaatlich anerkannt ist. Die Praxis der Ehrengerichte wird den Boden für Reformen vorbereiten; wie bisher schon Korrektur der üblen Folgen der Normen der Reichsgewerbeordnung erzielt ist, so wird die Judikatur jener Standesgerichte mit staatlichem Gepräge ein Standesgewohnheitsrecht ausbilden können, aus dem der Privatarzt künftig, gleich den Rechtsanwälten, zwar nicht Beamter — aber doch außer dem Patienten auch dem Staate für die Berufsausübung in qualifizierter, nicht nach Dienstvertragsnormen des Privatrechts zu behandelnder, Weise verantwortlich wird. Damit würde auch das Arztsystem für die RVO. grundsätzlicher geregelt werden können, als dies jetzt geschehen, es würde auch das Ärzterecht vielfacher Sonderbestimmungen überhoben sein, der Arzt würde ein Glied in der sozialen Ordnung der öffentlichen Berufe.

V. Tagesgeschichte.

Die lokale Vereinigung für das ärztliche Fortbildungswesen in Wiesbaden veranstaltet im Laufe dieses Winters einen Vortrags- und einen Kurszyklus. Als Vortragende wirken mit: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen (Über Intelligenzprüfung); Dr. Honigmann (Medizinische Erkenntnistheorie und ihre Anwendung auf die ärztliche Praxis); Dr. Hezel (Über Beurteilung nervöser Unfallfolgen); Dr. Jul. Baer (Über Retention, Infektion und Blutungen der Harnwege); Oberarzt Dr. Géronne (Über die Elektrokardiographie mit Demonstrationen); Dr. Stein (Über Hochfrequenztherapie); Dr. Joseph Müller (Über Ätiologie und Therapie der Blutungen in der Gynäkologie). Die klinischen Kurse werden gehalten von: Prof. Dr. Gierlich (Psychiatrie); Dr. Gutmann (Haut- und Geschlechtskrankheiten); Prof. Dr. Hackenbruch (Chirurgie); Dr. Heile (Chirurgie); San.-Rat Dr. Wehmer (Gynäkologie); Prof. Dr. Weintraud (Innere Medizin). — Nähere Auskunft durch: Prof. Dr. Weintraud, Wiesbaden.

Die Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands ist durch den Tod von Frau Dr. S. Müller in Berlin in den Besitz einer großen Erbschaft gelangt. Der 1888 verstorbene Arzt Dr. Müller war der Sohn eines aus Baden nach New York ausgewanderten Brauereibesitzers. Durch eine ausgedehnte Praxis erwarb er sich in New York ein ansehnliches Vermögen. Im Jahre 1870 kam er nach Deutschland zurück, wo er bei Ausbruch des Feldzuges die Leitung des städtischen Barackenlazarets übernahm. Auf Grund eines mit seiner jetzt verstorbenen Gattin wechselseitig errichteten Testaments setzte er die Ärztliche Versicherungskasse zur Erbin seines gesamten Vermögens ein, das am 1. Januar 1913 967 486 M. betrug.

Die neue preußische Zahnärztekammer hat am 20. Oktober im Sitzungssaale des Ministeriums des Innern ihre konstituierende Versammlung abgehalten. Als Vertreter des Staatsministers begrüßte Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich mit warmen Worten die vollzählig erschienenen Mitglieder und wies darauf hin, daß der Stand der Zahnärzte durch die neu geschaffene Kammer in seinem inneren Ausbau einen starken Schritt vorwärts gekommen sei. Es sei nun die wichtigste Aufgabe der Kammer durch Ausgestaltung des Fortbildungswesens, durch Regelung der Standesverhältnisse, größere Verbreitung der Volkszahnpflege usw., zu der die approbierten Zahnärzte die berufensten Vertreter seien, nicht das Aufblühen ihres Standes, sondern vor allem das Wohl des Volkes und des Staates zu fördern. Hierauf wurden die Vorstandswahlen vorgenommen.

Der „Deutsche Verband der Krankenpfleger und -Pflegerinnen“ (Geschäftsstelle: Berlin N. 58) blickt nunmehr auf ein zehnjähriges Bestehen zurück. Neben 50 Berufsverbänden wurde er 1903 gegründet, und doch stellt er heute die stärkste nationale Organisation der Krankenpfleger und -Pflegerinnen dar. Er zählt 2000 Mitglieder in 35 Ortsgruppen.

Die ärztliche Auskunft im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW., Luisenplatz 2—4, erteilt unentgeltliche Auskunft über alle Fortbildungskurse im Deutschen Reiche; sowie über sämtliche andere das ärztliche Fortbildungswesen betreffende Angelegenheiten; ferner über alle in Berlin befindliche ärztliche Einrichtungen, Krankenhäuser, Sammlungen usw. hinsichtlich der Zeit und der Voraussetzung ihrer Besichtigung; endlich über die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Vorlesungen, Vortragsabenden der ärztlichen Gesellschaften, sowie an Operationen in Kliniken und Krankenhäusern. Schriftliche Anfragen werden nur beantwortet, wenn das Rückporto beigelegt ist.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. Lowin und Dr. Holst, Berlin. — Druck von Lippert & Co. G. m. b. H. in Naumburg a. S.

Dieser Nummer liegen folgende Prospekte bei: 1) *C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim-Waldhof*, betr. Filmaron u. Ferratin. 2) *Dr. Kade, Berlin SO. 26*, betr. Asthmolysin. 3) *F. C. W. Vogel, Verlag, Leipzig*, betr. *de Queroain*, Kurzgefäßte Lehre von den Knochenbrüchen usw. 4) u. 5) *Gustav Fischer, Verlag, Jena*, betr. *Penzoldt u. Stintzing*, Handbuch der gesamten Therapie u. *Lenzmann*, Plötzlich das Leben gefährdende Krankheitszustände u. Die Anwendung des Salvarsan in der ärztlichen Praxis.

Ein Taubstummenheim für Westpreußen ist am Geburtstage der Kaiserin in Elbing eingeweiht worden. Die Mittel zu diesem Bau, der 300 000 Mk. Kosten verursacht, sind bis zu 134 000 Mk. durch freiwillige Gaben gesammelt worden. Die Anstalt umfaßt ein Altersheim für Taubstumme jeder Konfession, einen Kindergarten, eine Fortbildungsschule und eine Haushaltungsschule für Taubstumme, ferner Werkstätten, eine Arbeitsnachweisstelle, Fremdenzimmer für durchreisende Taubstumme und eine Stelle für Jugendfürsorge. Die Anstalt erhielt den Namen Westpreußisches Kaiser-Wilhelm Taubstummenheim.

„Ärztlicher Taschenkalender 1914.“ Herausgegeben vom Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Verlag: Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Leipzig, Dufourstraße 18. Von dem „Taschenkalender“, der mit der gegenwärtigen Ausgabe den 12. Jahrgang erreicht hat, sind außer dem Tageskalendarium für die einzelnen Quartale zunächst das Taschenbeihft und das Schreibtischbeihft erschienen. Die neue Durchsicht hat eine Reihe von Ergänzungen und Verbesserungen zur Folge gehabt. Zum erstenmal finden wir darin: Die Aufgaben des prakt. Arztes bei Geisteskrankheiten; Einige Grundsätze der Wundbehandlung; Das Nasenbluten; Auszug aus der R.V.O. Besonders sei hingewiesen auf den zugehörigen Ergänzungsband: „Ärztliches Handbuch mit Ärzteverzeichnis“, der im Dezember erscheinen wird. Dieser Band, der ursprünglich nur ein Ärzteverzeichnis enthielt, ist zu einem wertvollen Nachschlagebuch ausgestaltet worden, das über eine große Zahl den prakt. Arzt interessierender Fragen Auskunft gibt. Lowin-Berlin.

Die Zahl der in Preußen an Krebskrankheiten Gestorbenen betrug nach der neuen medizinalstatistischen Zusammenstellung im II. Quartal dieses Jahres 7782 gegen 7407 im II. Quartal 1912, 7267 i. J. 1911 und 7130 i. J. 1910. Die Zunahme betrug also i. J. 1911 137, i. J. 1912 140, i. J. 1913 aber 375 oder 5,1 v. H. In den Städten ist die Zahl der an Krebskrankheiten Gestorbenen gegenüber dem Vorjahr von 4524 auf 4846, also um 7,1 v. H., auf dem Lande nur von 2883 auf 2936, also um 53 oder 1,8 v. H. gestiegen. Im Polizeibezirk Berlin hat eine Zunahme von 783 auf 809 stattgefunden.

Eine „Medizinische Vereinigung für Sonderdruckaustausch“ hat sich auf Anregung von Oberstabsarzt a. D. H. Berger in Berlin-Friedenau gebildet und erläßt einen Aufruf zum Beitritt. Sie will jedem Mitglied alle in ihrem Archiv vorhandenen Sonderabzüge leihweise zur Verfügung stellen und auch die Versendung von Separaten im Auftrage des Verfassers an Einzelpersonen und Institutionen übernehmen.

Der diesjährige Nobelpreis für Medizin wurde dem Professor der Physiologie an der Universität Paris, Charles Richet, zuerkannt.