

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS
Geh. Med.-Rat, Berlin

Prof. Dr. F. MÜLLER
Geh. Hofrat, München

Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER
Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

Nachdruck der Originalartikel nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, der Referate nur mit Quellenangabe gestattet

26. Jahrgang

Montag, den 1. April 1929

Nummer 7

Der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

anlässlich ihrer 41. Tagung
gewidmet.

I.

Abhandlungen.

Aus der Inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses
in Wiesbaden. Direktor: Oberarzt Dr. A. Géronne.

I. Über die Bedeutung des „Frühinfiltrats“ für die Entwicklung der Lungenphthise des Erwachsenen¹⁾.

Unter besonderer Berücksichtigung der Frage,
welche Änderung die „neue Lehre“ für Dia-
gnose und Therapie gebracht hat.

Von

A. Géronne.

M. D. u. H.! Es ist hier heute meine Auf-
gabe, vom klinischen Standpunkt aus zusammen-
fassend die Bedeutung des sogenannten Früh-
infiltrates für die Entwicklung der Lungenphthise
des Erwachsenen zu besprechen, unter besonderer
Berücksichtigung der Frage, welche Änderungen
die „neue Lehre“ für Diagnose und Therapie etwa

gebracht hat. Bevor ich auf die neugewonnenen
Anschauungen eingehe, wird es zweckmäßig sein,
daß wir die alte Lehrmeinung hier noch einmal
skizzieren, damit der Unterschied der Auffassungen
um so klarer hervortritt.

Bei den folgenden kurzen historischen Aus-
führungen folge ich zum Teil dem ausgezeichneten
Referat, das Kayser-Petersen²⁾ in Wildbad
gegeben hat. Die Diagnostik der Lungentuber-
kulose geht zurück auf den großen französischen
Kliniker Laënnec, der im Anfang des vorigen
Jahrhunderts bereits eine ganz vorzügliche Schilder-
ung der ausgedehnteren Lungenphthise gegeben
hat. Er hat auch schon die Perkussion des
Schlüsselbeins besonders empfohlen, „weil sich in
der von demselben bedeckten Partien der Brust
die ersten Anfänge der Lungenschwindsucht ent-
wickeln“. Schon damals herrschte also die An-
sicht, daß die Phthise in den oberen Abschnitten,
insbesondere in den Lungenspitzen beginnt und

¹⁾ Vortrag (mit Vorzeigung von Röntgenbildern), gehalten
am 16. Januar 1929 im Verein der Ärzte Wiesbadens.

²⁾ Verh. der dtsch. Tbk.ges. 1928.

dann im weiteren Verlauf die tieferen Partien der Lunge ergreift. Herard und Cornil haben diese Ansicht wie folgt klar ausgesprochen: „Der Sitz der Lungentuberkulose ist im Anfang in der Spitze der Lunge, und da sind die Herde immer älter als an ihrer Basis.“ Diese Ansicht schien durch klinische und pathologisch-anatomische Befunde immer wieder bestätigt, und so war man denn in der Folgezeit stets bemüht, die Diagnostik der beginnenden Lungenspitzenkrankung auszubauen. Vor allem wurden die Methoden der Auskultation und Perkussion immer weiter verfeinert — ich nenne nur die Namen Turban, Krönig und Goldscheider — und in erster Linie auf die Lungenspitzen, also die Gegend oberhalb des Schlüsselbeins gerichtet. Doch hat auch damals (1890) wieder Grancher³⁾ das rauhe Atmen, das er als das wichtigste Symptom der beginnenden Lungentuberkulose bezeichnet, „sous la clavicule“ lokalisiert, was, wie Kayser-Petersen mit Recht hervorhebt, „unter dem“ wie unterhalb des Schlüsselbeins, jedenfalls aber nicht oberhalb des Schlüsselbeins bedeutet. Ungefähr ein Jahrzehnt später hat Schut das infraklavikuläre Dreieck als die Prädilektionsstelle der beginnenden Lungentuberkulose beschrieben. Etwa zur gleichen Zeit schilderten Bard⁴⁾ und dann später Meißen⁵⁾ als eine besondere Form eine Lungentuberkulose mit umschriebener Kavernenbildung, die akut sich entwickelnd meist in den oberen Abschnitten der Lungen, in der Regio infra-clavicularis lokalisiert ist, während die übrigen Lungen intakt oder annähernd intakt bleiben. Meißen betont auf Grund seiner Erfahrungen, daß häufig bei diesen Erkrankungen eine progressive Tendenz fehlt; es war dann nach Jahr und Tag auffallend, wie verhältnismäßig gering die Spuren waren, die die Kaverne hinterließ. Es ist wohl kein Zweifel, daß diese klinischen Beobachtungen dem Bild der aus einem Infiltrat sich entwickelnden Frühkaverne entsprechen. Ich habe diese Arbeiten von Schut, Bard, Meißen angeführt, um zu zeigen, daß die Bedeutung der Gegend unter und unterhalb des Schlüsselbeins für den Beginn der Tuberkulose genau bekannt war. Bei Verdacht auf Lungentuberkulose untersuchten wir also nicht nur, wie das jetzt vielfach dargestellt wird, ausschließlich oder vorwiegend die Lungenspitze, d. h. die Gegend oberhalb des Schlüsselbeins, sondern alle erfahrenen Untersucher haben auch gerade die Gegend unterhalb des Schlüsselbeins und die Achselhöhlen bei Verdacht auf Tuberkulose stets sorgfältig mitberücksichtigt.

³⁾ Grancher: *Maladies de l'appareil respiratoire*. Paris 1890.

⁴⁾ L. Bard: *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire*. Genf (H. Kundig) und Gießen (E. Roth) 1901.

⁵⁾ E. Meißen: *Die klinischen Formen der Lungentuberkulose*. Handbuch der Tuberkulose. 1914, Bd. I, S. 774.

In der Anamnese forschten wir, wie bekannt, nach einem schleichenden Beginn mit Mattigkeit, Abmagerung, Nachtschweißen usw. Wir wußten, daß Husten und Auswurf häufig bei beginnender Tuberkulose noch nicht oder nur sehr wenig vorhanden waren, ja, daß sich diese unter dem Bilde der Chlorose, der Dyspepsie oder Neurasthenie verstecken konnte; bei allen derartigen chronischen Krankheitsbildern war uns daher die Untersuchung der Lungen eine selbstverständliche Pflicht. Demgegenüber waren uns akute Erkrankungen der Atemorgane z. B. Bronchialkatarrhe, leichte Grippeformen wenig oder gar nicht verdächtig auf Tuberkulose.

Es kann nun hier nicht meine Aufgabe sein, im einzelnen über die Auskultation und Perkussion, über die Inspektion und Röntgendiagnostik und über die anderen Untersuchungsverfahren zu sprechen, die wir bei Verdacht auf Lungentuberkulose anzuwenden pflegen. Ich möchte nur ausdrücklich wieder auf die große Schwierigkeit der Lungenspitzen-diagnostik hinweisen; alle die eben genannten klinischen Untersuchungsmethoden müssen zusammen angewendet werden, damit wir zu einer möglichst sicheren Diagnose der Erkrankung kommen. Die Diagnose Lungenspitzenkatarrh darf unter keinen Umständen eine Verlegenheitsdiagnose bei unklaren Krankheitsbildern sein. Wir müssen bemüht sein, nur wirklich lungenkranke Menschen in die Heilstätten zu schicken. Es unterliegt nun keinem Zweifel, daß vor ca. 15—20 Jahren vielfach bei der Einweisung in die Lungenheilstätten nicht mit der nötigen Kritik und Sachkenntnis verfahren worden ist. Es sind zweifelsohne damals zahlreiche nicht lungenkranke Menschen den Heilstätten zugewiesen worden. Diese Fehler der Anfangszeit, in der wir die klinischen Bilder der behandlungsbedürftigen beginnenden Tuberkulose zum Teil noch nicht klar beurteilen konnten, sind aber doch wohl schon lange Jahre ausgemerzt. So hat unter anderem schon im Jahre 1903 Albert Fränkel⁶⁾ betont, daß tuberkulöse Herde in den Lungenspitzen weit verbreitet sind und im Stadium der Verkalkung bzw. bindegewebiger Umwandlung einer Behandlung nicht bedürfen. Ebenso hat Penzoldt⁷⁾ 1909 den ruhenden „stillstehenden“ (latenten) Spitzenkatarrh klar abgegrenzt von der (aktiven) fortschreitenden Lungenspitzen-tuberkulose. Schut hat den ersteren als obsoletere Tuberkulose be-

⁶⁾ A. Fränkel: *Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten*.

⁷⁾ F. Penzoldt: *Die Therapie der Lungentuberkulose*. Spezielle Therapie der inneren Krankheiten. 4. Auflage. III. Bd.

zeichnet. So war also schon ungefähr 2 Jahrzehnte die Aktivität des Prozesses für die Behandlungsbedürftigkeit und für die Heilstättenaufnahme entscheidend. Es war uns bekannt, daß Rasselgeräusche über den Spitzen auch bei völlig geheilten Lungenerkrankungen vorkommen und daß die Verfeinerung der Auskultation und Perkussion und vor allem auch die Röntgendiagnostik leicht zu Fehlerquellen werden können. Wir sind also mit wachsender Erfahrung in der Stellung der Diagnose „behandlungsbedürftige Lungenspitzentuberkulose“ immer zurückhaltender und vorsichtiger geworden. Was ihre Therapie anlangt, so haben wir den Wunsch mancher Heilstättenärzte, daß nur Patienten im Stadium I nach Turban eingewiesen werden sollten, wohl zumeist nicht berücksichtigt, sondern auch ausgedehntere Erkrankungen den Heilstätten zugewiesen, sofern es der klinische Gesamtzustand angezeigt erscheinen ließ. Nach den Richtlinien, die ich eben skizziert habe, wurde wohl allerorts von den Fachärzten verfahren, die als Nachuntersucher für die Landesversicherungsanstalten, für Krankenkassen und für die Reichsversicherungsanstalt bei Anträgen auf Einweisung in Lungenheilstätten tätig waren. Es wurde so eine starke Siebung der Heilstättenanträge erreicht, wie ich aus fast zwanzigjähriger eigener Erfahrung als Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau sagen kann. So wurden z. B. im letzten Jahre (1928) von 117 für die Heilstätte eingegebenen Patienten 41 (also 35 Proz.) von uns als nichttuberkulös resp. nicht behandlungsbedürftig abgewiesen; bei unklaren Fällen wurde stets eine klinische Beobachtung durchgeführt. Wir waren also sehr ernsthaft, und ich glaube auch mit Erfolg, bemüht, nur wirklich kranke Menschen den Lungenheilstätten zuzuführen.

Nach diesem kurzen geschichtlichen Rückblick, den ich Ihnen gegeben habe, können wir die alte, bisher herrschende Lehrmeinung wie folgt zusammenfassen:

1. Die Phthise des Erwachsenen beginnt in den meisten Fällen in den Lungenspitzen d. h. oberhalb des Schlüsselbeins. Weniger häufig, aber keineswegs selten sind die ersten Erscheinungen klinisch unterhalb der eigentlichen Spitze im Oberlappen, insbesondere infraklavikulär nachweisbar. Der Beginn im Mittel- und Unterlappen wird nur selten bei „atypischen“ Formen der Tuberkulose beobachtet.

2. Der Beginn der Lungenphthise ist in den meisten Fällen ein chronischer, larvierter; ein akuter Beginn wird fast nur bei den verschiedenen Formen der sogenannten „akuten“ oder auch bei „atypischer“ Tuberkulose beobachtet, die ja von der üblichen Form der Spitzentuberkulose nach

mancher Richtung hin verschieden sind, vor allem auch dadurch, daß sie zumeist eine ungünstige Prognose haben.

3. Die chronisch beginnenden Phthisen entwickeln sich apikokaudal fort.

4. Zur Behandlung für die Heilstätten kommen die akuten Formen der Tuberkulose zunächst nicht in Betracht, sondern heilstättenbedürftig sind vor allem die mehr chronischen, noch „aktiven“ Prozesse, die in den Lungenspitzen und den angrenzenden Teilen der Oberlappen lokalisiert sind. Erkrankungen, die zu ausgedehnt sind, d. h. dem Stadium III nach Turban angehören, oder die zu bösartig sind (z. B. dauernd fiebern), sind im allgemeinen für die Heilstättenbehandlung nicht geeignet.

Auf Grund dieser Anschauungen wurde, wie schon betont, die fortschreitende Verfeinerung der Untersuchungsmethoden in erster Linie der Aufspürung chronisch beginnender Spitzenherde dienbar gemacht, weil die allgemeine Erfahrung, insbesondere der Heilstätten, zeigte, daß die Prognose der Lungenspitzentuberkulose eine sehr gute ist. So hat Turban bei Patienten im ersten Stadium 97 Proz. Dauererfolge angegeben, und eine Reihe von anderen statistischen Untersuchungen aus anderen Heilstätten kam zu einem ähnlichen günstigen Resultat. Eine sehr erhebliche Einschränkung erfuhren nun diese „Heilstättenerfolge“ durch mehrere Arbeiten, die sich auf ein Vergleichsmaterial von Heilstättenbehandelten und nur poliklinisch oder gar nicht behandelten Fällen stützten. Sie kamen zu dem übereinstimmenden Ergebnis, daß eine nur sehr geringe oder gar keine Überlegenheit der Heilstättenbehandelten festzustellen war. Es folgten weiter die Arbeiten von Neißer und Bräuning, die darauf hinwiesen, daß eigentlich noch niemand eine große Zahl von Fällen beobachtet hatte, bei denen aus Spitzentuberkulosen die typische apikokaudal fortschreitende Form der Phthise wurde. Braeuning hat an großem Material nur bei etwa 7 Proz. dieser Spitzenaffektionen die Entwicklung einer ausgedehnten Lungentuberkulose beobachtet. Auch von Lydtin und zuletzt noch von Kayser-Petersen wurden ähnliche Zahlen auf Grund großer statistischer Zusammenstellungen mitgeteilt, während Ritter-Geesthacht von 10 Proz. und Unverricht von 14 Proz. berichten. Auf Grund solcher Diskussionen verstärkten sich mehr und mehr die Zweifel, ob die chronisch beginnenden Spitzenerkrankungen als der Ausgangspunkt der fortschreitenden Lungenphthise angesehen werden könnten.

So standen die Dinge, als Aßmann, Redeker, Kleinschmidt, Lydtin aus der Rombergischen Klinik u. a. auf Grund von Beobachtungen am Röntgenschirm und im Röntgenbild zu der Ansicht kamen, daß der Beginn der behandlungsbedürftigen Phthise des Er-

wachsenen in den allermeisten Fällen gekennzeichnet sei durch das Auftreten einer akuten infiltrativen Entzündung im Mittelgeschoß oder Untergeschoß der Lunge. Vor allem die Gegend unterhalb der Klavikula soll von diesen „Frühinfiltraten“ bevorzugt sein, so daß man vielfach vom „infraklavikulären“ Infiltrat sprach. Mit Ausnahme von Aßmann identifizierten die oben bereits erwähnten Autoren diese Infiltrate nicht mit den pneumonischen oder bronchopneumonischen exsudativen Formen der akuten Tuberkulose, sondern als anatomisches Substrat dachten sie lediglich an eine mehr oder weniger flüchtige perifokale Entzündung im Sinne Rankes und Schminckes, Bilder, die Tendoloo als kollaterale und Schmorl als zirkumfokale Entzündung bezeichnet haben.

Vor allem die ausführliche Darstellung Tendoloos über die kollaterale tuberkulöse Entzündung im Handbuch der Tuberkulose scheint mir recht lehrreich, z. B. wenn er (S. 72) wörtlich schreibt: „Findet der Kliniker ein ‚Infiltrat‘ (§ 2), so können die durch die physikalische Untersuchung erkannten Abweichungen zum größten Teil von kollateralen exsudativen Vorgängen tuberkulösen oder sonstigen (Mischinfektion) Ursprunges herrühren.“ Diese Arbeit ist 1914 bereits im Druck erschienen. Weiteres brauche ich hier über die pathologische Anatomie dieser Infiltrate nicht zu sagen, ebenso kann ich ihre immunobiologische Stellung und die so schwierige Frage der Entstehung dieser Frühinfiltrate — endogen als Reinfekt oder exogen als Superinfektion — übergehen, da Herr Herxheimer darüber ausführlich gesprochen hat. (In dieser Zeitschrift hat im Novemberheft 1928 A. Schmincke darüber berichtet.) Das klinische Bild dieser Infiltrate — ich empfehle, mit v. Romberg, lediglich vom „Infiltrat“ zu sprechen und nur noch den Sitz desselben anzugeben — habe ich Ihnen bereits vor einem Jahr geschildert, so daß ich dasselbe heute hier nur kurz streifen möchte. Besonders hervorheben möchte ich wieder, daß die Patienten sich zumeist nur wenig krank fühlen. Sie haben etwas Husten, vielleicht auch etwas Auswurf und machen daher den Eindruck einer leichten Erkältung oder einer Grippe. Die Patienten gehen vielfach nicht zu Bett und suchen daher häufig auch nicht den Arzt auf. Die Diagnose kleinerer Herde ist außerordentlich schwierig, meist nur möglich durch das Röntgenverfahren, da Auskultation und Perkussion dann ganz oder fast ganz im Stich lassen können.

Und zwar genügen Durchleuchtungen gelegentlich nicht, sondern erst die Röntgenplatte zeigt die feinen, häufig scharf umrissenen Grenzen des Infiltrates. Es ist also für die Erkennung dieser exsudativen Infiltrate die Röntgenuntersuchung durch besonders erfahrene Untersucher unerlässlich. Daß jetzt so

viele Ärzte röntgen, vielfach ohne jede sorgfältige längere Ausbildung, halte ich gerade bei diesen Untersuchungen nicht für förderlich. Nicht selten sind Lungenaufnahmen, die mir bei Konsultationen gezeigt werden, technisch so mangelhaft, daß sie für unsere Diagnosestellung nicht verwendet werden können. Ebenso unerlässlich wie das Röntgenverfahren ist auf der Suche nach dem Infiltrat die Untersuchung auf Tuberkelbazillen; sie finden sich nicht selten in einem Sputum, das dem einfachen Katarrhsputum völlig gleicht. Nur bei der Ausbildung großer Infiltrate kann es zu reichlicherem, mehr eitrigem Sputum kommen, in dem dann aber meist auch nur nach längerem wiederholtem Suchen Tuberkelbazillen nachweisbar sind.

Aber auch wenn die Infiltrate ausgedehnter sind, kann ihre Differentialdiagnose große Schwierigkeiten machen. Es gelingt dann, sofern Tuberkelbazillen nicht nachweisbar sind, erst nach längerer Zeit die Unterscheidung gegenüber den verschiedenen Formen der chronischen Pneumonien. Bei umschriebenen Mittelfeld- und Oberfeldveränderungen mit oder ohne Kavernenbildung haben wir auch stets an Abszeß und Gangrän zu denken, die wir ja bei den in der jetzigen Zeit sich immer wiederholenden Grippeepidemien nicht so selten sehen.

Nach diesen Bemerkungen über die Klinik dieser Infiltrate kommen wir zur Besprechung der heute weite Kreise vorwiegend interessierenden Frage, welche Bedeutung diese akuten „perifokalen“ Entzündungen für die Entwicklung der Phthise beim Erwachsenen haben, ob sie fast stets, wie z. B. Kayser-Petersen meint, den klinischen Beginn der behandlungsbedürftigen Krankheit darstellen. Bei der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit kann ich die Folgerungen, die nach dieser Richtung hin die meisten Anhänger der neuen Lehre zunächst aus ihr abgeleitet haben, nur in einigen programmatischen Sätzen zusammenfassen:

1. Die überwiegende Mehrzahl der Lungentuberkulosen des Erwachsenen entsteht nicht im chronischen Verlauf aus einer Spitzenerkrankung, sie beginnt vielmehr akut in den Partien unter dem Schlüsselbein oder in noch tieferen Abschnitten der Lungen. Der akute Beginn ist also die Regel.

2. Für die Frühdiagnose der Phthise wird daher gefordert, daß wir vor allem nach diesen akuten Infiltraten unter regelmäßiger Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens suchen sollen. Die Feststellung eines Lungenspitzenkatarrhs bedeutet keine Frühdiagnose.

3. Der schleichend beginnenden, kleinherdigen Lungenspitzen-tuberkulose soll keine oder fast keine Bedeutung zukommen, da sie zumeist auch ohne Behandlung ausheilt. Sie ist daher im allgemeinen

nicht behandlungsbedürftig. Die Lungenheilstätten sollen ihre Lungenspitzenkatarrhe entlassen, um Platz zu schaffen für die Behandlung der Infiltrate.

4. Nicht nur die klinische, sondern auch die pathologisch-anatomische Vorstellung vom Beginn der Tuberkulose in den Spitzen und ihrer apikokaudalen Weiterentwicklung soll eine irrierte Annahme sein; vielmehr soll sich auch beim Erwachsenen der größere Teil der Lungentuberkulosen aus diesen Infiltraten entwickeln. Die Spitze soll zumeist sekundär erkranken.

Haben nun diese Anschauungen, die ich soeben kurz gekennzeichnet habe, kritischer Prüfung standgehalten? Ist wirklich die chronisch beginnende Lungenspitzen-tuberkulose von ihrer dominierenden Stellung für den Beginn der Phthise entthront, wie man nicht gar so selten in Fachzeitschriften, aber leider auch in den Tageszeitungen lesen konnte? Die Verhandlungen des Tuberkulosekongresses in Wildbad im Juni 1928 und einige weitere Veröffentlichungen haben eine gewisse Klärung dieser ja gerade für den praktischen Arzt so wichtigen Frage gebracht; Anhänger der alten und der neuen Lehre sind in mehreren Referaten und in eingehender Diskussion zu Wort gekommen. Das Ergebnis dieses Kongresses sei Ihnen in kurzen Zügen mitgeteilt. Von den Referenten bekannten sich Kayser-Petersen und Ulrici uneingeschränkt als Anhänger der neuen Lehre, während von Romberg doch einige nicht unerhebliche Einschränkungen machte. Von den Diskussionsrednern sprach sich die große Mehrheit gegen Überschätzung und vor allem gegen die Übertreibungen der neuen Lehre aus, ohne etwa die Bedeutung der neu gewonnenen Ansichten für die Diagnose und für die Therapie zu verkennen.

Mehrere Redner, u. a. Bacmeister, betonten übereinstimmend, daß zahlreiche fortschreitende Phthisen klinisch und röntgenologisch nachweisbar aus der schleichend beginnenden kleinerhigen Spitzentuberkulose hervorgehen, ohne daß zu irgendeiner Zeit der Erkrankung eine Infiltratbildung beobachtet werden kann. So hat Ritter-Geesthacht in 70—80 Proz. der Kranken des Bezirks Hamburg nachweisen können, daß die Erkrankungen nicht akut, sondern chronisch, sich über 1—2 Jahre hinziehend, ohne röntgenologisch nachweisbare Befunde, mit unsicheren klinischen Befunden auf den Spitzen begannen, bis sie sich dann allmählich verschlechterten und zu einer Heilstättenbehandlung führten. Daß in der Zeit dieses chronischen Beginns gelegentlich grippeähnliche Zustände vorkamen, ist selbstverständlich. Dieses schubweise Erkranken führte aber nur selten zu Frühinfiltraten; meist wurde eine hämatogene Weiterverbreitung der Erkrankung in nodöser Form sichergestellt. Auch Müller-Scheven (Hamburg) konnte die Häufigkeit des Frühinfiltrates bei freier Spitze nicht bestätigen; unter rund 1000 Tuberkulösen aller Stadien konnte er nur 26 mal einen Befund erheben, der als Frühinfiltrat gedeutet werden konnte, und von diesen 26 zeigten nur 6 eine weder röntgenologisch noch klinisch erkennbare Spitzenerkrankung. Zu einem ähnlichen Resultat ist Schröder (Schömberg) gekommen, der 1400 Fälle seiner Heilstätte genau anamnestisch, klinisch und röntgenologisch durchgearbeitet hat. Er fand 199 Fälle mit abortiven Spitzenprozessen, 1153 mit Prozessen, die apikokaudalwärts fortschritten. Typische Bilder von sogenannten Frühinfiltraten fand er nur bei 32 Kranken. Wenn er aber diese Fälle mit Infiltrierung kritisch betrachtete, so

fanden sich bei 29 dieser Fälle doch sicher ältere disseminierende Herde in den Obergeschossen der Lunge, die bestimmt diesen Infiltrierungen vorangegangen waren. Es blieben also von diesen 32 Frühinfiltraten nur 3 Fälle übrig, bei denen nicht mit Sicherheit ältere Spitzenherde nachweisbar waren. In voller Übereinstimmung mit diesen an dem Material von Heilstätten gewonnenen Erfahrungen betonte Brauer (Hamburg) auf Grund des reichen Materials des Eppendorfer Krankenhauses, daß die Zahl der Frühinfiltrate verschwindend klein sei im Vergleich zu der großen Zahl der Spitzenerkrankungen. Im Gegensatz zu diesem doch sicher großen und überzeugenden Zahlenmaterial stehen die Beobachtungen von Nicol, der bei Durchsicht seines Heilstättenmaterials an offenen Tuberkulosen bei etwa 50 Proz. in der Anamnese eine akute Erkrankung im Sinne einer Grippe, eines Bronchialkatarrhs, d. h. ein Infiltrat festgestellt haben will. Auch Gabe⁸⁾ will aus seinem Heilstättenmaterial unter Berücksichtigung der Anamnese und der klinischen Bilder den Beweis führen, daß 52 Proz., also über die Hälfte seiner Patienten, akut mit Infiltraten erkrankt seien, nur 5 Proz. seiner Tuberkulösen waren reine Spitzenprozesse. Bemerkenswerter wie die Mitteilungen von Nicol und Gabe, die mir nicht sehr beweiskräftig scheinen, waren die Beobachtungen, die Böhme aus dem Bochumer Krankenhaus mitgeteilt hat. Von 84 im Krankheitsbeginn zur Beobachtung kommenden Lungentuberkulösen (meist handelte es sich dabei um Fälle aus der Röntgenambulanz) boten 66 das Bild der akut entstandenen und meist zur raschen Einschmelzung neigenden Infiltrationen dar. Die übrigen 18 Fälle verteilten sich auf disseminierte Prozesse und kleinerhige Spitzenerkrankungen.

Aus dem neueren Schrifttum will ich dann nur noch die Arbeit von Frischbier und Beckmann⁹⁾ aus der Lungenheilstätte Beelitz und der Tuberkulosefürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt Berlin herausgreifen; unter 4172 Röntgenfilmen der Lungen, die Anzeichen einer aktiven, inaktiven und abgeheilten Tuberkulose enthielten, fanden sie 390 Frühinfiltrate und 137 Spitzentuberkulösen. Sodann haben Schittenhelm und Reuter¹⁰⁾ 275 Röntgenplatten und die betreffenden Krankengeschichten von Phthisikern aller Stadien durchgesehen. Sie kommen zu der Ansicht, daß das Frühinfiltrat eine besondere Rolle spielt, zumal in der kritischen Altersperiode von 15—27 Jahren. 43,9 Proz. aller Fälle von chronischer Lungentuberkulose wiesen im Röntgenbild in der Infraklavikulärgegend eine so wesentliche Verschattung auf, daß sie hier den Sitz eines Frühinfiltrates annehmen möchten. Sie fanden 17,64 Proz. isolierte Frühinfiltrate; 6,32 Proz. dieser Frühinfiltrate schienen mit sicherer Spitzenaffektion kombiniert zu sein. 8,3 Proz. waren isolierte Spitzenaffektionen. Nach diesem Material zeigen also 14,64 Proz. aller Patienten sichere Spitzenbeteiligung; und auch auf Grund neuerer klinischer Beobachtungen kommen Schittenhelm und Reuter zu der Ansicht, daß die Abhängigkeit des Frühinfiltrates von einer Spitzenaffektion keine Seltenheit ist.

Wenn wir nun die gesamten mitgeteilten Ansichten miteinander vergleichen, so liegt zweifelsohne eine ganz auffallende Verschiedenheit der Zahlen und somit der Anschauungen vor.

Bei dieser Sachlage wird es vielleicht Interesse haben, wenn ich Ihnen mein eigenes Material kurz vortrage. Ich selbst habe seit ungefähr zwei Jahren der Frage des Frühinfiltrates meine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Mein Mitarbeiter Herr Dr. Held hat jetzt auf meine Veranlassung nach genau festgelegten Richtlinien die Röntgenbilder unseres Röntgeninstitutes aus den Jahren 1927 und 1928, die wegen begründeten Verdachtes oder wegen bestehender Lungentuberkulose angefertigt worden sind, unter Zuhilfe-

⁸⁾ Gabe, Med. Klin. 1928, Nr. 25.

⁹⁾ Frischbier und Beckmann, Z. Tbk. 52 (1928).

¹⁰⁾ Wittenhelm und Reuter, Münch. med. Wschr. 1928, Nr. 47.

nahme der Krankengeschichten sorgfältig durchgesehen. Da wir einen Teil der Filme abgegeben haben, z. B. sämtliche für die hiesige Lungenfürsorge gemachten Aufnahmen, so konnten nur 654 Aufnahmen durchgesehen werden. Unter den 654 Aufnahmen zeigten 43 bei klinisch mehr oder weniger begründeten Verdacht auf Tuberkulose ein negatives Röntgenbild. Die übrigen 611 Aufnahmen ergaben das folgende Resultat:

Es fanden sich

1. Spitzenerkrankungen	207 = 33	Proz.
2. Infiltrate	22 = 3,5	„
und zwar		
a) mit freien Spitzen	8 = 1,3	„
b) mit Spitzenbeteiligung	14 = 2,2	„
3. Phthisen und zwar		
a) ausgedehntere Erkrankungen der Oberlappen mit chronischem Verlauf (vorwiegend zirrhötisch, z. T. mit Kavernenbildung)	313 = 51	„
b) vorwiegend exsudative Formen mit akutem Schub (käsige Pneumonien)	69 = 12,5	„

Von den 207 Röntgenaufnahmen, die lediglich Spitzenerkrankungen zeigten, waren ausführliche Krankengeschichten nur von 116 zu erhalten, da der andere Teil der Fälle nur ambulant geröntgt war.

Von diesen 116 Spitzenerkrankungen waren nach längerer Krankenhausbeobachtung als aktiv und als inaktiv befunden worden.

	74 = 65	Proz.
	42 = 35	„

Die große Zahl der klinisch sichergestellten aktiven Lungenspitzenkrankungen ist an unserem Material besonders bemerkenswert. Ich darf noch erwähnen, daß alle für unsere Zusammenstellung verwandten Röntgenaufnahmen mit bester Technik als Fernaufnahmen gemacht sind und daß bei der gleichzeitig ausgeführten Durchleuchtung von erfahrenen Untersuchern stets sorgfältig nach einer Infiltratbildung gesucht worden ist, ebenso wie wir bei allen akuten Grippe- und Bronchialkatarrhen seit ca. 2 Jahren prinzipiell nach Infiltraten fahnden. Weiter möchte ich hier auf das Material meiner Krankenabteilung nicht eingehen. Es soll das einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben.

Ich habe ferner die leitenden Ärzte der hiesigen Lungenfürsorgestelle die Herren Dr. Hochhuth und Dr. Travers gebeten, mir ihr Material zusammenzustellen. Unter 710 neuen Zugängen des Jahres 1928 befanden sich 442 Tuberkulosen aller Stadien, die sämtlich auch genauer Röntgenuntersuchung unterworfen wurden, soweit es sich nicht um progressive Phthisen gehandelt hat. Es wurden nur 2 Frühinfiltrate festgestellt, also 0,45 Proz., die beide Frauen betrafen. Dieses vorwiegende Befallenwerden des weiblichen Geschlechtes und zwar lediglich jugendlicher Personen im Alter von ungefähr 15—30 Jahren ist ja allseits beobachtet worden. Es ist auch bei dem Material unseres Krankenhauses sehr ausgesprochen; unter unseren 22 Infiltraten fanden sich nur 3 Männer. Um eine weitere Klärung der Infiltratfrage für unsere

Gegend zu erreichen, habe ich dann noch die Leiter der Heilstätten Ruppertshain und Oberkaufungen, die ja insbesondere auch aus unserer Gegend (Wiesbaden, Frankfurt usw.) ihre Kranken zugewiesen erhalten, gebeten, mir ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen.

Dr. Schellenberg (Ruppertshain) schreibt mir das Folgende: „Ich habe sowohl im Frühjahr 1928 und jetzt noch einmal unser Krankenmaterial auf das Vorkommen der wirklichen Frühinfiltrate und Frühkavernen nachsehen lassen. Damals sowohl wie jetzt waren sehr wenig Frühinfiltrate festzustellen. Es waren unter 62 Frauen 2 wirkliche Frühinfiltrate, das eine mit beginnender Einschmelzung, das andere mit ausgesprochener Einschmelzung festzustellen. Unter 100 männlichen Kranken waren 2 Fälle, Jugendliche 21 und 22 Jahre alt, einer mit einem Frühinfiltrat links ohne Einschmelzung, und einer mit einer Frühkaverne links. Dann waren unter den 60 Frauen noch 3 Fälle, die man vielleicht als Frühinfiltratreste bezeichnen könnte.“

Ebenso schreibt mir der leitende Arzt der Lungenheilstätte Oberkaufungen Dr. Lagrèze, daß er an seinem Heilstättenmaterial die reine Form des sogenannten Frühinfiltrates bisher nur selten zu sehen bekommen habe.)

Auch in der der Heilstätte angegliederten Tuberkulosefürsorgestelle für den Landkreis Kassel habe er bei mehreren 100 Durchleuchtungen jährlich „Frühinfiltrate“ kaum beobachtet. Allerdings konnten bei der Schwierigkeit ländlicher Verhältnisse fortdauernde Familien- sowie Reihenuntersuchungen bisher nicht vorgenommen werden.

Auch Dr. Schellenberg hat in seiner Tätigkeit an der Tuberkulosefürsorgestelle Königstein nur wenige Frühinfiltrate feststellen können.

Auf Grund des soeben mitgeteilten Materials, das meine große Krankenabteilung, die Lungenfürsorgestelle Wiesbaden und die beiden großen Heilstätten unserer Gegend mit den angegliederten Fürsorgestellen umfaßt, kann ich somit solche Häufungen von Frühinfiltraten, wie sie u. a. Böhme mitgeteilt hat, keinesfalls bestätigen. Für uns ist der akute Beginn der Phthise mit einem Infiltrat fast eine Seltenheit, trotzdem wir seit 2 Jahren unsere besondere Aufmerksamkeit darauf gerichtet haben unter steter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens. Viel häufiger konnten wir einen chronischen Beginn in der Lungenspitze feststellen mit der Ihnen ja allen bekannten typischen Anamnese. Läßt sich nun die so große Verschiedenheit des Zahlenmaterials und damit der Anschauungen irgendwie erklären?

Es sei da zunächst hervorgehoben, daß der Fürsorgearzt, der Leiter einer Röntgenambulanz die tuberkulösen Lungenerkrankungen meist früher

zur Beobachtung bekommt als der Heilstättenarzt oder auch die Krankenhäuser, denen zweifelsohne ein Teil der Kranken erst nach längerem Bestehen der Krankheit zugehen. Aber sicher kommt der andere Teil der Kranken zu diesen Ärzten ebenfalls in frühestem klinischen Stadium. So sehe ich doch persönlich, sowohl ambulant als auch auf der klinischen Abteilung, eine große Zahl von Frühfällen, die zur Beobachtung, zur Sicherung der Diagnose bei ersten verdächtigen Erscheinungen uns zugewiesen werden. Insbesondere untersuchen wir in unserer Röntgenambulanz viele derartige Fälle, u. a. auch das gesamte Material unserer hiesigen Lungenfürsorgestelle. Wir sehen außerdem zurzeit in den Krankenhäusern, worauf ja auch Brauer schon hingewiesen hat, eine große Zahl von leichtesten Bronchialkatarrhen und Grippe, unter deren klinischem Bild ja das Frühinfiltrat vielfach verläuft. Somit kann die Verschiedenheit des Krankenmaterials nach dieser Seite hin die große Divergenz der Anschauungen nicht erklären. Und so möchte ich die Frage aufwerfen, ob vielleicht Verschiedenheiten des Krankenmaterials mehr in dem Sinne vorliegen, als in manchen Bezirken die Bevölkerung für den akuten Beginn mit einem Infiltrat besonders disponiert ist; wofür ja mannigfache Faktoren verantwortlich sein könnten. Bei der Tuberkulose spielt ja sowohl die echte Immunität, der spezifische Schutz eine Rolle als auch die unspezifische Widerstandskraft. Gerade die letztere kann ja durch verschiedene Ursachen geschwächt sein, z. B. durch andere Infekte (wie Masern, Keuchhusten, Grippe) oder Unterernährung, Kummer und Sorgen, Schwangerschaft und Wochenbett u. a. m.; auch Witterungseinflüsse und Klima können bedeutsam einwirken, wie das u. a. die von verschiedenen Seiten beobachtete Häufung von derartigen Infiltraten im Frühjahr beweist. Weiter könnten lokale Schädlichkeiten, welche die Lunge treffen, wie z. B. bei Steinhauern und Bergarbeitern, vor allem aber häufige exogene Superinfektion die maßgebliche Rolle spielen. Aber auch mit solchen Erwägungen sind sicher die großen Widersprüche noch nicht zu erklären. Und so möchte ich weiter die Frage stellen, ob nicht von manchen Anhängern des „Frühinfiltrates“ mit dem Begriff Infiltrat großer Mißbrauch getrieben wird, ob sie nicht jeden den Spitzenbereich überschreitenden Befund exsudativen Charakters als Frühinfiltrat bezeichnen. Daß im Verlauf einer zunächst chronisch verlaufenden Spitzentuberkulose jederzeit auch mehr oder weniger ausgedehnte exsudative Prozesse sich entwickeln können, ist doch eine Binsenwahrheit; darauf beruhen ja die Schübe im klinischen Bild der Phthise. Es wird ferner eine Gegensätzlichkeit zu den Spitzenkrankungen betont, ohne daß mit der notwendigen Kritik der Nachweis er-

bracht wird, daß zuvor nicht schon die Spitze erkrankt war. Auf einigen Röntgenbildern, die als „Frühinfiltrate“ ohne Spitzenbeteiligung auf der Wildbader Tagung gezeigt wurden, waren deutlich die Spitzenherde zu erkennen, und zwar indurierte, zum Teil verkalkte Herdbildungen, die zweifelsohne älter waren als die Infiltrate, soweit überhaupt aus Röntgenbildern ein derartiger Schluß zulässig ist. Die Bedeutung auch solcher alter Herde für die Pathogenese ist durch die älteren Arbeiten von Puhl und Königsfeld und die neueren Hübschmanns und seiner Schüler einwandfrei sichergestellt. Es können also vollvirulente Tuberkelbazillen in scheinbar verkalkten Spitzenherden vorhanden sein und jederzeit die Hüllen dieser Herde durchbrechen und damit die Ursache für ein Weiterschreiten der Tuberkulose werden.

Im übrigen aber scheint es mir zurzeit unmöglich zu sein, eine befriedigende Erklärung für die so große Divergenz des Zahlenmaterials und damit der Anschauungen zu geben. Die Frage, wie oft derartige Infiltrate die Phthise des Erwachsenen einleiten, wird daher zurzeit noch völlig verschieden beurteilt. Sie bedarf dringend weiterer Klärung. Soviel nur über die Art des Beginns der Erwachsenenphthise, ob akut aus dem Infiltrat oder mehr chronisch ausgehend von kleinen mehr proliferativen Spitzenherden. Demgegenüber erscheint es mir vom klinisch diagnostischen Standpunkt aus weit weniger wichtig, ob die Phthise des Erwachsenen in der obersten Spitze, d. h. oberhalb des Schlüsselbeins ihren Anfang nimmt oder etwas tiefer. Von manchem Anhänger der neuen Lehre wird immer wieder der infraklavikuläre Beginn der Phthise als eine ganz neue Entdeckung hervorgehoben. Demgegenüber habe ich schon in meiner historischen Einleitung klar festgelegt, daß sowohl die alten wie die jüngeren Kliniker gerade der Gegend unter und unterhalb des Schlüsselbeins für die Frühdiagnose der Tuberkulose sorgfältigste Beachtung geschenkt haben. Es ist übrigens sicher, daß der Kliniker zwangsläufig stets bei der Untersuchung der Lungenspitze mehr wie die anatomische Spitze und auch mehr wie die supra-klavikuläre Spitze berücksichtigt hat resp. berücksichtigen mußte; denn das pathologische Geschehen unterhalb der Klavikula wird in seinen physikalischen Äußerungen vielfach in die Spitze projiziert, so daß man also auskultatorische und perkussorische Befunde über den Spitzen tiefer, senkrecht nach unten verlegen muß; eine bekannte Erfahrung, auf die neuerdings wieder Frischbier und Beckmann (l. c.) hingewiesen haben. Es ist daher heute bereits eine gesicherte Tatsache, daß man meistens auch bei subapikal gelegenen Frühinfiltraten Veränderungen des Atemgeräusches in den Lungenspitzen findet.

Klinisch bleibt somit die Bedeutung der Untersuchung der Lungenspitze für die Diagnose der beginnenden Tuberkulose auch für viele Infiltrate durchaus zu Recht bestehen.

Und nun nur noch einige Bemerkungen zur Deutung der Röntgenbilder, denen bei dieser ganzen Streitfrage häufig die ausschlaggebende Bedeutung beigemessen wurde.

Die Auffassung Redekers, daß die Erwachsenenphthise regelmäßig bei völlig freier Spitze mit einem unterhalb der Klavikula liegenden Frühinfiltrat beginne, beruht nach Küpferle¹¹⁾ auf einer irrümlichen Deutung der Röntgenbilder. Küpferle hat an Serienröntgenbildern vielfach nachgewiesen, daß der ältere und erste exsudativ-käsig Herd in den obersten Spitzenteilen sitzt und daß von diesem aus erst ein tiefergelegener Exsudativherd entstand. Diese Vorgänge sind einwandfrei beobachtet an einem röntgenologisch und anatomisch untersuchten Material. Neuerdings sind diese Anschauungen pathologisch-anatomisch bestätigt bzw. ergänzt durch die schönen Untersuchungen Lösckes¹²⁾. Die Röntgenplatte ist zweifellos kein sicheres Hilfsmittel zur Entscheidung, ob die Tuberkulose ihren ersten Anfang in dem obersten Teil der Spitze nimmt, oder nicht. Denn selbst, wenn die Spitzen röntgenologisch frei sind, geht es nicht an, den Beginn der Tuberkulose infolgedessen in die infraklavikuläre Gegend zu verlegen. So habe ich einige Röntgenbilder mit subapikalem Infiltrat gesehen, bei denen bei zu ganz gleicher Zeit gemachten Aufnahmen auf der einen Platte deutlich mehr oder weniger alte Spitzenherde zu sehen waren, während die andere Platte bei etwas anderer aber auch guter Technik diese Herde völlig verschwiegen. Auf dieses Verschweigen kleinerer z. B. linsengroßer Herde durch die Röntgenplatte muß immer wieder hingewiesen werden. Leichenversuche mit einer gesunden Lunge, auf die verschiedene frische verkäste Tuberkel von der Größe einer Glasperle aufgelegt wurden, zeigten Unverricht (Berlin)¹³⁾, daß ein oder mehrere von diesen Tuberkeln, ja selbst ein Würfel von der Größe $2 \times 1 \times 1$, der von verkästen Tuberkeln durchsetzt war, röntgenologisch nicht dargestellt werden konnten. Dieser Versuch beweist ja aufs neue die alte auch von mir wiederholt gemachte Erfahrung, auf die besonders Rothschild hingewiesen hat, daß wir gar nicht selten Lungenaufnahmen sehen, die absolut normal sind bei klinisch sicher positivem Lungenspitzen- und Bazillenbefund. Und weiter wollen wir

noch klar aussprechen, daß „unspezifische“ pneumonische Prozesse radiologisch genau so aussehen können wie Frühinfiltrate. Wer will, gerade in der jetzigen Zeit sich ständig wiederholender Grippe-epidemien, bestreiten, daß manche „Frühinfiltrate“ nicht spezifische Entzündungen bei Tuberkulösen gewesen sind? Ferner halte ich es nicht für erlaubt, aus der Tatsache, daß bei ausgedehnteren chronischen Tuberkulösen im Röntgenbild vielfach in der Infraklavikulargegend eine besondere intensive Verschattung sichtbar ist, die Annahme abzuleiten, daß deshalb dort der Sitz des Frühinfekts (A. Schittenhelm und F. R. Reuter l. c.) und somit der Beginn der Erkrankung gewesen sein müsse. Ob diese ausgedehnteren Phthisen akut als Frühinfiltrat oder chronisch in der Spitze begonnen haben, läßt sich meines Erachtens nach niemals allein auf Grund einer Röntgenplatte feststellen. Auch die klinische Krankengeschichte wird da meist versagen. Zur Entscheidung dieser Frage bedürfen wir unbedingt der Zusammenarbeit mit der pathologischen Anatomie.

Auf Grund des gesamten Materials, das ich Ihnen bisher vorgetragen habe, und auf Grund der Ausführungen des Herrn Herxheimer über die pathologische Anatomie dieser „Frühinfiltrate“ kommen wir zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die pathologischen Anatomen halten bisher im wesentlichen an der Lehre von der apikokaudalen Entwicklung der Lungentuberkulose des Erwachsenen fest. Sie lehnen die Aufstellung von neuen pathogenetischen Lehren vornehmlich auf Grund von Röntgenbildern ab.

2. Aber auch wir Kliniker haben keine Veranlassung, unsere alte Lehrmeinung der Schwindsuchtentstehung von chronischen Spitzenherden als Irrlehre anzusehen und etwa auch noch für die Diagnose die Anschauung von der überragenden Bedeutung der Lungenspitze aufzugeben. Nach wie vor ist also der Untersuchung der Lungenspitze und des infraklavikulär gelegenen Teiles des Obergeschosses die größte Sorgfalt zuzuwenden.

3. Chronisch sich entwickelnde Lungenspitzenkatarrhe machen den Menschen vielfach krank; zweifelsohne sind daher derartige aktive Lungenspitzenkatarrhe durchaus behandlungsbedürftig, sei es, daß wir sie zu Hause in bester Pflege und Beobachtung halten, sei es, daß wir sie den Lungenheilstätten zuweisen; ich persönlich halte das letztere für das Bessere und nach Möglichkeit Anzustrebende.

4. Im Gegensatz dazu bedürfen inaktive stillstehende Spitzentuberkulosen keiner Heilstätten- oder sonstigen besonderen Behandlung. Der Nachweis, daß es sich um derartige latente, obsoleete Prozesse handelt, muß aber mit größter Sorgfalt, unter Umständen auf Grund längerer klinischer

¹¹⁾ Küpferle, Diskuss.-Bem. Verh. dtsh. Tbk.ges. 1928, 219.

¹²⁾ Lösckke, Verh. dtsh. Tbk.ges. 1928, 221 u. 222.

¹³⁾ Verh. dtsh. Tbk.ges. 1928, 234.

Beobachtung geführt werden. In zweifelhaften Fällen möchte ich doch die Einweisung in eine Lungenheilstätte empfehlen, damit einem Fortschreiten des Prozesses und der möglichen Entstehung eines „Früh“infiltrates vorgebeugt wird. Diese Forderungen entsprechen im allgemeinen den Grundsätzen, nach denen wir im letzten Jahrzehnt die Kranken den Heilstätten zugewiesen haben.

Im übrigen aber steht — vornehmlich dank der Forschungsergebnisse der letzten Jahre — fest: die chronisch beginnende apikokaudal fortschreitende Spitzentuberkulose ist viel seltener als sie in der Praxis diagnostiziert wurde. Sie ist sicher nicht der einzige oder allein vorherrschende Weg der Phthysiogenese. Vielmehr beginnt die Tuberkulose des Erwachsenen klinisch vielleicht nicht so ganz selten mehr oder weniger akut z. B. in Form einer grippeartigen Erkrankung. In diesen Fällen fehlt also völlig die früher für so charakteristisch gehaltene Anamnese des schleichenden chronischen Beginns; es kann somit ein Infiltrat ganz akut die Erkrankung einleiten. Das stellt klinisch einen weiteren Modus der Phthysiogenese dar, der zweifelsohne von Bedeutung ist und allen Ärzten bekannt sein muß. Da diese exsudativen Prozesse des Infiltrats im Gegensatz zu vielen Spitzentuberkulosen zu raschem Fortschreiten mit Bildung von Einschmelzungen, Tochterinfiltraten und Aspirationsaussaaten neigen, so ergibt sich die Forderung möglichst frühzeitiger Erkennung und besonders sorgfältiger Behandlung etwa nach den Richtlinien, wie sie v. Romberg in Wildbad so klar aufgezeichnet hat. Ich trage nur Bedenken, bei Frühkavernen ausnahmslos für sofortige Anlegung des Pneumothorax einzutreten, da ich schon bei meinem zahlenmäßig so geringen Material 2 Fälle gesehen habe, wo pflaumengroße Frühkavernen sich in wenigen Wochen lediglich unter bester Pflege im Krankenhaus auch röntgenologisch völlig zurückgebildet haben, ebenso wie der bazillenhaltige Auswurf bald schwand. Von beiden Patienten habe ich bisher (1 Jahr resp. $\frac{1}{4}$ Jahr nach Entlassung aus dem Krankenhaus) stets gute Nachricht. Sie sind klinisch geheilt und erinnern also an die Beschreibungen, die schon Meißner (l. c.) von dem Schicksal solcher Frühkavernen gegeben hat. Im Gegensatz dazu sind mir vor einigen Wochen die Röntgenplatten eines Falles gezeigt worden, wo bei einem 15 jährigen Mädchen von anderer Seite nach Entstehung eines Infiltrates im Mittelfeld links sofort Pneumothoraxbehandlung durchgeführt wurde. Nach anfänglicher guter Rückbildung dieses Infiltrates kam es schon nach einem Vierteljahr trotz sofort eingeleiteter Heilstättenkur zum Auftreten von mehreren Prozessen

in der rechten Lunge, die in Bälde den Tod der Patientin herbeiführen werden. Soweit die eigenen Erfahrungen ein Urteil erlauben, möchte ich also doch sofortige Anwendung des Pneumothorax in jedem Fall von Frühkavernen oder gar von Infiltrat nicht für notwendig und zweckmäßig halten. Zunächst sollte durch sorgfältige Beobachtung, womöglich im Krankenhaus, versucht werden, die Tendenz des einzelnen Falles zu klären; nur bei progredientem Verlauf einer einwandfrei sichergestellten Tuberkulose erscheinen mir Behandlungsverfahren wie Pneumothorax oder Phrenikusexhairese angezeigt. Weiter möchte ich hier auf therapeutische Fragen nicht eingehen. Daß diese „akuten“ Formen der Tuberkulose bevorzugt der Heilstättenbehandlung zugeführt werden dürfen und müssen, sei nur noch kurz hervorgehoben.

In unserem Zeitalter der sozialen Fürsorge ist auf Grund der „neuen Lehre“ sofort auch die Forderung erhoben worden, daß möglichst allerorts hauptamtliche Tuberkulosefürsorgestellen eingerichtet werden müßten; sicherlich haben solche Bestrebungen für große Städte und größere Bezirke schon aus anderen Gründen eine gute Berechtigung. Für die Erfassung und Bekämpfung des Frühinfiltrates scheint es mir aber viel notwendiger zu sein, daß die gesamte Ärzteschaft mit den in Betracht kommenden Fragen vertraut gemacht wird. Denn gerade dem praktischen Arzt, dem Hausarzt wird bei der Aufdeckung derartiger akuter Frühformen der Tuberkulose die wichtigste Aufgabe zufallen; er kennt das Milieu der Kranken, ihr Aussehen in gesunden Tagen am besten; zu ihm wird der größte Teil dieser ihrer Meinung nach „Leichtkranken“ kommen, soweit sie zunächst überhaupt den Arzt aufsuchen. Es ist das wieder ein Grund, warum die Führer der Ärzteschaft und eine weitschauende Regierung im Interesse der Volksgesundheit energisch gegen die Ausmerzungen des Hausarztes, des praktischen Arztes durch stets wechselnd zugezogene Fachärzte ankämpfen sollten.

Doch kehren wir zurück zur Bedeutung dieser Infiltrate für die Schwindsuchtsentstehung. Auf Grund des derzeitigen Wissens halte ich es für abwegig, diese Infiltrate für den Beginn der Erwachsenen-tuberkulose ganz in den Vordergrund zu stellen und zu behaupten, daß mehr oder weniger alle Erwachsenen-phthisen akut mit einem Infiltrat beginnen. Diese Übertreibungen der „neuen Lehre“, welche die Entwicklung der Phthise wieder in ein Schema pressen wollen, müssen ihrerseits nicht nur vom pathologisch-anatomischen, sondern auch vom klinischen Standpunkt aus als „Irlehre“ zurückgewiesen werden. Wenn wir vielleicht, in einem gewissen Dogma befangen, die Bedeutung der Spitzenherde für den Beginn der Phthise des Erwachsenen überschätzt haben, so kann meines Erachtens auf Grund des heute vorliegenden Tatsachenmaterials an ihrer

erheblichen Bedeutung für die Entstehung der Phthise klinisch nicht gezweifelt werden. Ich persönlich bin der Ansicht, daß zahlenmäßig Spitzenherde als erster Beginn der fortschreitenden Tuberkulose des Erwachsenen ihre führende Bedeutung behalten werden.

Die wichtige Erkenntnis, die wir der neuen Lehre und ihren Pionieren danken, ist die, daß sie uns klinisch einen weiteren Weg der Entstehung der Phthise gewiesen haben; sie haben uns davon überzeugt, daß ausgedehntere akute exsudative Prozesse auch im ersten Beginn der Lungentuberkulose nicht selten eine bedeutsame Rolle spielen; daß sie klinisch die fortschreitende Erkrankung einleiten können. Die Feststellung der Flüchtigkeit, der guten Rückbildungsfähigkeit dieser Infiltrate erachte ich für unser prognostisches Wissen als einen großen Gewinn, zumal sie auch das pathogenetische Geschehen bei den uns bekannten Typen der bronchopneumonischen oder pneumonischen Formen der sogenannten akuten Tuberkulose unserem Verständnis näher gerückt haben. Und endlich haben wir auch für die Therapie durch die Forschungen der letzten Jahre manchen neuen und wertvollen Gesichtspunkt gewonnen.

Ich möchte daher abschließend sagen:

Der alte ragende Bau der Tuberkuloseforschung, den pathologische Anatomie und Klinik in gemeinsamer Arbeit geschaffen haben, ist nicht gestürzt worden; er ist aber nach mancher Richtung hin ausgebaut worden, wie wir hoffen dürfen, zum Nutzen unserer Kranken.

2. Diagnose und Behandlung der Tubargravidität.

Von

Prof. O. Pankow in Freiburg.

Der rechtzeitige diagnostische Nachweis einer Extrauterinschwangerschaft hat heute eine erhöhte Bedeutung erlangt. Nicht nur deshalb, weil diese Erkrankung nach dem Kriege merklich zugenommen hat, sondern vor allen Dingen auch darum, weil die Beobachtungen sich mehren, daß von den praktischen Ärzten, wenn nach Ausbleiben der Periode Blutungen eintreten, unter der Annahme eines intrauterinen Abortes Ausschabungen vorgenommen werden, ohne daß dabei die Möglichkeit einer extrauterinen Gravidität genügend berücksichtigt wäre. Die extrauterine Schwangerschaft endet

ja gewöhnlich innerhalb der ersten 3—4 Monate dadurch, daß innere oder äußere Blutungen, oder beides zusammen auftreten. Gerade die Fälle mit langsam verlaufenden, teils inneren, teils äußeren Blutungen sind es, die am leichtesten zur Fehldiagnose eines intrauterinen Abortes führen und dann nicht selten Eingriffe zur Folge haben, die für die Kranke verhängnisvoll werden können. Bei den langsam verlaufenden extrauterinen Schwangerschaften sind ja häufig langanhaltende meist geringfügige Blutungen vorhanden. Durch sie werden die bakteriziden Eigenschaften des Vaginalsekrets herabgesetzt oder ganz aufgehoben und so können allmählich pathogene Keime, besonders Streptokokken, in den Uterus eindringen. Ist das der Fall, so kann im Anschluß an eine Abrasio sehr leicht eine Endometritis septica entstehen, die sich auch auf das Eibett in der Tube und die Blutmassen ausdehnen kann, die sich schon in der Bauchhöhle angesammelt haben. Aus dem bis dahin verhältnismäßig ungefährlichen Krankheitsbild kann dann sofort ein sehr schweres Leiden werden, um so mehr, wenn nun schwere Blutungen zu einem operativen Eingriff zwingen. Wir haben solche Fälle wiederholt gesehen und sie waren die einzigen, die nach und an den Folgen der Operation an Sepsis zugrunde gingen. Wir haben aber auch Fälle behandelt, bei denen sich die andere Gefahr der Abrasio am untauglichen Objekt ausgewirkt hatten, nämlich die Gefahr der durch den Eingriff hervorgerufenen schweren inneren Blutung. Sie kommt dadurch zustande, daß beim Anhaften und Herunterziehen des Uterus und bei den mit der Abrasio verbundenen Manipulationen in der Gebärmutter selbst schützende Verklebungen um die schwangere Tube herum zerrissen werden, so daß nun plötzlich der äußere Fruchtkapselaufbruch, die sogenannte Tubenruptur, mit ihren stürmischen Symptomen in die Erscheinung tritt, die dann die rasche Überführung der Kranken in die Klinik veranlaßt.

Aus diesen Gründen möchten wir auch den Praktiker dringend vor der bewußt vorgenommenen Abrasio zu diagnostischen Zwecken bei Verdacht auf intrauterine Schwangerschaft warnen. Es wird ihr zwar von manchen Autoren immer wieder eine besondere Bedeutung für die Diagnose der Tubargravidität zugeschrieben und in der Tat wird auch der ausschließliche Nachweis von Deziduazellen in den abradierten Stücken bei vollkommenem Fehlen von Eibestandteilen in fraglichen Fällen die Situation klären können. Immerhin aber sollte die Abrasio, wenn man sie überhaupt anwenden will, ein diagnostisches Hilfsmittel der Klinik bleiben, wo man imstande ist an sie und die schnell vorgenommene Untersuchung der abradierten Stücke möglichst bald die Operation anzuschließen. Dasselbe gilt in gewisser Weise auch für die Probepunktion. Hat der Praktiker bei Verdacht auf Tubargravidität einen solchen Palpationsbefund erhoben, daß er überhaupt die Frage einer Probe-

punktion erwägen kann, so tut er besser, durch sie die Sicherung der Diagnose nicht selbst erzwingen zu wollen, sondern solche Frauen mit der Diagnose „Verdacht auf Tubenschwangerschaft“ in die Klinik zu schicken. Hier kann man, wenn man auf andere Weise zur Klärung der Diagnose nicht kommt, immer noch die Probepunktion vornehmen. Sie ist nicht ganz ohne Gefahren. Es steht fest, daß man gelegentlich bei der Punktion pathogene Keime in den punktierten Tumor einschleppen und ihn damit infizieren kann. Diesen Gefahren geht man wiederum aus dem Wege, wenn man die Punktion erst in der Klinik vornimmt, und zwar nachdem die Patientin zur Operation vorbereitet ist, um diese bei positivem Ausfall der Punktion sofort anschließen zu können. Auf diese Weise, und an richtiger Stelle angewendet, kann die Probepunktion in der Tat Hervorragendes leisten und in vielen fraglichen Fällen die Diagnose klären. Wichtig ist bei der Ausführung der Probepunktion, daß man eine dicke Punktionsnadel wählt. Diese stoßen wir in den getasteten Tumor hinein und kommen dabei sehr häufig an altes, eingedicktes Blut, von dem sich Bestandteile durch eine dünne Kanüle nicht ansaugen lassen. Wählt man dagegen eine dicke Kanüle, so wird man in solchen Fällen, selbst wenn man größere Blutmengen nicht in die Spritze hineinkommt, doch jedesmal mit Sicherheit die Diagnose stellen, wenn man beim Ausblasen des Kanüleninhaltes kleine Blutgerinnsel findet. Es ist uns häufig passiert, daß wir bei Punktionen kein flüssiges Blut, sondern nur ein paar derartiger Gerinnsel haben zutage fördern können. Sie aber sind so überaus charakteristisch, daß man daraus allein und mit Sicherheit die Diagnose auf eine innere Blutung stellen kann. Daß jedoch auch die Punktion in Ausnahmefällen irreführen kann, dafür sollen zwei selbsterlebte Beispiele mit je einem positiven und einem negativen Punktionsergebnis angeführt werden.

Fall 1. Die Patientin, bei der die Menses nur wenige Tage ausgeblieben war, wird mit kolikartigen Schmerzen der linken Seite und leichten Blutungen in die Klinik eingeliefert. Man fühlt links neben dem leichtvergrößerten Uterus eine fast hühnereigroße weiche Geschwulst neben dem Ovarium. Die scharfe Abgrenzung des Tumors gelingt bei der Schmerzhaftigkeit der Palpation nicht. Es wird deshalb eine Probepunktion vorgenommen, die etwas flüssiges, altes Blut ergibt. Laparotomie. Beide Tuben intakt, kein Blut in der Bauchhöhle, keine Zeichen für Abdominal- oder Ovarialgravidität. Links fühlt man intraligamentär eine kleine schwappende Geschwulst. Spaltung des hinteren Blattes der Lig. latum und Entleerung von einigen Blutgerinnseln und flüssigem Blut. Sonst ist kein Befund zu erheben. Vernähung des Lig. latum. Nachträglich gibt die Frau an, am Tage vorher einen Abtreibungsversuch gemacht zu haben, bei dem sie zweifellos mit dem dazu gebrauchten spitzen Instrument in das linke Parametrium hineingeraten war. Ohne Lädierung größerer Gefäße war es dadurch zu intraligamentären Blutungen gekommen. Glatte Heilung.

Fall 2. Patientin bis jetzt ganz gesund, bei der die Menses 10 Wochen ausgeblieben waren, erkrankte plötzlich mit Ohnmachtsanfällen, verliert jede Farbe im Gesicht und bekommt kleinen fliegenden Puls. Der Uterus liegt anteflektiert, ist auffallend groß, fast so groß wie der Zeit der Gravidität entspricht. Hinter dem Uterus fühlt man einen fast faustgroßen Tumor,

der ziemlich glatt und prall ist und nicht den Eindruck einer frischen Hämatozele macht. Punktion ergibt klare seröse Flüssigkeit. Die Diagnose stielgedrehte Zyste schien dadurch gesichert. Wegen der hochgradigen Blässe der Frau und des sehr kleinen fliegenden Pulses wird trotzdem der Vorschlag des einliefernden Arztes, die Frau sich erst einige Stunden von dem Transport erholen zu lassen, abgelehnt und wegen der Vermutung, daß doch eine innere Blutung dahinterstecke, die Bauchhöhle eröffnet. Befund: Alte Adnextuberkulose mit offener Tube (histologisch nachher bestätigt). Im Douglas große nach oben gut abgedeckte Serozele, darüber, durch die Punktionsnadel von unten nicht erreichbar, viel frisches Blut in der Bauchhöhle. Nach Entfernung des Blutes kann man eine histologisch bestätigte primäre Abdominalgravidität nachweisen, die zwischen linker Uteruskante, linkem Ovarium und linker Tube sitzt und frisch geplatzt ist. Entfernung der Schwangerschaft und der Adnexe. Glatte Heilung.

Wenn somit also auch gelegentlich die Punktion zu Irrtümern führen kann, so ist ihre Bedeutung für die Klarstellung vieler Fälle nicht zu unterschätzen. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, daß man sich der Punktion am besten nur in der Klinik bedienen soll, wo man eine eventuell nötige Operation sofort anschließen kann.

Der Praktiker wird also im wesentlichen auf andere diagnostische Hilfsmittel angewiesen bleiben. Zunächst sei noch besonders betont, daß die Diagnose einer intakten extrauterinen Gravidität in den ersten 1—2 Monaten nicht zu stellen ist. In solchen Fällen ist die Aufschwellung der Tube noch so gering, und das Eibett noch so weich, daß es sich der Palpation entzieht. Es kommt dazu, daß auch der Uterus gerade in den ersten Wochen der Schwangerschaft Veränderungen durchmacht, die in Größe und Konsistenz kaum von denen der intrauterinen Gravidität zu unterscheiden sind. Indessen ist das Verhalten des Uterus bei weiterem Bestand der Extrauterin-gravidität ein sehr verschiedenes, vor allen Dingen in den Fällen, in denen schon mehr oder minder kürzere oder längere Zeit geringe Blutungen bestanden haben. In manchen Fällen ist die Vergrößerung des Uterus eine so starke, selbst bis zum 3. Monat hin, daß man in zweifelhaften Fällen schon aus der Größe des Uterus allein glaubt eine Intrauterin-gravidität diagnostizieren zu müssen. Wir selbst haben einen Fall beobachtet, bei dem noch bei eröffneter Bauchhöhle wegen Tubenruptur im 3.—4. Monat der Schwangerschaft der Uterus so groß war, daß zunächst noch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Zwillingsschwangerschaft und zwar Intra- und Extrauterin-gravidität gestellt wurde, die sich dann jedoch nicht bestätigt hat. In anderen Fällen wiederum nimmt der Uterus verhältnismäßig wenig an der Vergrößerung teil. Eine gewisse Vergrößerung erfährt er deshalb anfangs regelmäßig, weil sich bei der Extrauterin-gravidität stets eine Dezidua im Uterus bildet und der Uterus durch die gesamte Hyperämie der Bauchorgane eine Auflockerung erfährt. Ist aber bei länger anhaltenden Blutungen die Dezidua ebenfalls allmählich mit abgegangen, so kann der Uterus bei der Palpation ganz normale Größenverhältnisse darbieten und auch jede Konsistenzveränderung vermissen lassen. Es wird sich

deshalb die diagnostische Klärung im wesentlichen auf den Palpationsbefund der übrigen Organe, auf die Anamnese und auf das ganze klinische Bild stützen müssen. Um das zu verstehen, muß man sich den gewöhnlichen Ausgang der Tubenschwangerschaft vor Augen halten.

Er ist so, daß die Extrauterinravidität gewöhnlich im 2. bis 4. Monat durch einen inneren oder äußeren Fruchtkapselaufbruch unterbrochen wird. Was ist darunter zu verstehen? In der Tube bildet sich das befruchtete Ei sein Nest nicht in der Schleimhaut, wie das im Uterus der Fall ist, sondern es dringt, da die Schleimhaut nicht imstande ist, selbst ein ausreichendes Bett für das implantierte Ei zu bilden, in die Muskulatur der Wand ein, indem sie diese zugleich mehr oder minder weitgehend zerstört. So kommt es schließlich, daß das sich in der Muskelwand entwickelnde Ei nach der einen Seite hin von den Resten der äußeren Muskelschichten und der Serosa nach der anderen Seite hin von den inneren Muskelschichten und der Mukosa umgrenzt ist. Nach beiden Seiten hin können nun die wachsenden Zotten des Eies die deckenden Schichten durchbrechen. Geschieht das nach außen durch die Serosa in die freie Bauchhöhle hinein, so sprechen wir von dem äußeren Fruchtkapselaufbruch, der sogenannten Tubenruptur. Erfolgt der Durchbruch dagegen durch die inneren Schichten in das Lumen der Tube hinein, so sprechen wir von dem inneren Fruchtkapselaufbruch, dem sogenannten Tubenabort.

Am leichtesten ist noch die Diagnose bei dem akut einsetzenden und meist stürmisch verlaufenden äußeren Fruchtkapselaufbruch, der Tubenruptur. Bei oft bestem Wohlbefinden, nachdem zuweilen ziehende oder stechende Schmerzen in der kranken Unterleibsseite vorausgegangen sind, kann sich ganz plötzlich die Katastrophe, die Zerreißen der Tubenwand mit heftiger Blutung in die freie Bauchhöhle einstellen. Sie ist nicht selten mit einem intensiven Schmerz anfall in der betreffenden Seite verbunden und die Patientinnen geben manchmal direkt an, daß sie das Gefühl gehabt hätten, als sei innerlich etwas zerrissen. Die Kranken brechen oft sofort ohnmächtig zusammen, da das in die Bauchhöhle stürzende Blut zugleich einen heftigen peritonealen Schock auslöst. Die vorher meist gesunde Gesichtsfarbe weicht einer ausgesprochenen mehr oder minder hochgradigen Blässe und der Puls wird klein und fliegend. Dabei ist der Leib gewöhnlich aufgetrieben und bei der Berührung meist außerordentlich empfindlich, so daß eine genaue Palpation kaum möglich ist. Das Charakteristische des ganzen Bildes ist, daß es aus zwei Erscheinungen zusammengesetzt ist, aus denen der Blutung mit nachfolgender Anämie, und denen der peritonealen Reizung, die durch das ausgetretene Blut verursacht wird. Diese Symptome sichern auch meistens allein schon die Diagnose innere Blutung. Im Zusammenhang mit der Anamnese wird dann die Diagnose Tubargravidität leicht sein, obwohl gerade in diesen ganz frischen Fällen ein palpatorischer Befund kaum zu erheben ist. Nur zwei Dinge können den Befund klären helfen, auf die man in zweifelhaften Fällen achten muß: Ist die intraperitoneale Blutung größeren Umfangs und beträgt der Blutverlust mehr als 1 l, dann kann man den Erguß meist durch die Perkussion nachweisen. Charakteristisch ist

dabei, daß, wenn das Blut wie meist in der Bauchhöhle schon teilweise geronnen ist, die Dämpfung über dem ergossenen Blut oft weniger deutlich in den abhängigen Partien des Abdomens als vielmehr oberhalb des Schambeinastes der erkrankten Seite ist. Es kommt das daher, daß die geronnenen Blutklumpen, nachdem das kleine Becken ausgefüllt ist, gewöhnlich auf der kranken Seite sich ablagern, den Schambeinast überragen und dadurch die charakteristische oberhalb des Poupartschen Bandes gelegene nach oben hin konvexe Dämpfungslinie bedingen. Selbstverständlich darf eine volle Blase bei derartigen Untersuchungen nicht übersehen und falsch gedeutet werden. Der zweite Punkt, der gelegentlich zur Klärung führen kann, ist die von Cullen zuerst betonte bläulich durchschimmernde Verfärbung des Nabels, die auf einen intraabdominellen Bluterguß hinweist und bei Nabelhernien, bei denen die Bauchwand an der Bruchstelle sehr dünn ist, besonders gut in die Erscheinung tritt.

Differentialdiagnostisch muß zunächst betont werden, daß es zu derartigen schweren inneren Blutungen gelegentlich auch durch andere Ereignisse kommen kann. Daß ein perforiertes Ulkus zu gleichen Erscheinungen führen kann, ist bekannt. Man muß aber auch daran denken, daß vom Genitale aus ähnliche Blutungen ausgehen können, die mit einer Extrauterinravidität nichts zu tun haben. So sind in ganz seltenen Fällen derartige Blutungen durch geplatzte Venen, wie man sie bei Uterusmyomen gelegentlich sehen kann, beobachtet worden. Dann kommen derartige Blutungen selbst schwerster Art gelegentlich aber auch als Ovulationsblutungen vor. Es sind heute schon in der Literatur eine ganze Reihe von Fällen niedergelegt, bei denen, auch bei Virgines, schwerste innere Blutungen aus einem geplatzten Ovarialfollikel zur Beobachtung gekommen sind und wo auch die histologische Untersuchung der entfernten Ovarien ergeben hat, daß es sich nicht etwa um eine Frühovarialravidität, sondern tatsächlich nur um eine Follikelblutung gehandelt hat.

Außer Blutungen aus anderer Ursache kann das Krankheitsbild der Tubenruptur gelegentlich aber auch dem der Perforationsperitonitis sehr ähnlich werden. Differentialdiagnostisch von besonderer Wichtigkeit ist auch da wiederum die Anamnese, zumal das Verhalten der Temperatur und des Blutbildes häufig im Stiche lassen. Findet man doch manchmal, ähnlich wie bei der Perforationsperitonitis, auch bei der intraabdominellen Blutung sehr häufig erhöhte Temperaturen, die übrigens ja auch bei der schwersten Form der Peritonitis ganz fehlen können, und kann man andererseits, ebenso wie bei der Peritonitis, auch bei der intraabdominellen Blutung oft eine sehr starke Hyperleukozytose nachweisen. Auch die Prüfung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen ist in solchen Fällen meist wertlos; ebenso wie bei entzündlichen Prozessen, ist auch bei schweren Blutungen mit ihrer starken Anämie, wie sie mit der

Tubenruptur stets verbunden ist, gewöhnlich eine starke Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit vorhanden. In zweifelhaften Fällen wird eine Probepunktion des Douglas ergeben, ob Blut oder entzündliches Exsudat in der Bauchhöhle vorhanden ist.

Wesentlich schwieriger als die Erkennung des äußeren ist die Diagnose des inneren Fruchtkapselaufbruches, des Tubenabortes. Ebenso wichtig wie die Erhebung eines sorgfältigen Palpationsbefundes ist auch hier wiederum die sehr sorgfältige Aufnahme der Anamnese. Sie muß die Eigentümlichkeiten des Ablaufes der Tubargravidität berücksichtigen, und deshalb muß man das klinische Bild auch genau kennen. Der Verlauf beim inneren Fruchtkapselaufbruch ist gewöhnlich folgender: Die Menses sind ein- oder zweimal ausgeblieben. Die Frau fühlt sich schwanger. Beschwerden im Unterleib bestehen zunächst gar nicht, oder die Frauen geben nur an, daß sie von Zeit zu Zeit in der betreffenden Seite ein Ziehen verspüren. Manchmal treten schon frühzeitig leichte Blutabgänge auf und es ist sehr charakteristisch, daß diese Blutabgänge schon wenige Tage nach Ausbleiben der ersten Periode, ja selbst schon mit diesem Termin einsetzen. Fragt man die Frauen so gemeinhin, ob und wie lange die Periode ausgeblieben sei, so berücksichtigen sie sehr häufig diese kleinen Unterschiede von Tagen gar nicht, sagen vielmehr, daß diese Blutungen pünktlich am Menstruationstermin eingetreten seien. Es ist deshalb, wenn man aus dem Palpationsbefund heraus den Verdacht auf eine extrauterine Gravidität hat, sehr wichtig, daß man die Frauen ganz präzise fragt, ob die Periode nicht 1 oder 2 oder 3 Tage später eingetreten sei, oder ob sie nicht am Menstruationstermin, oder gar etwas später unregelmäßig angefangen habe und dann etwas stärker geworden sei. Lenkt man die Frauen so auf diese Abweichungen hin, dann wird man sehr häufig, nachdem man vorher keine diagnostisch verwertbaren Angaben bekommen hatte, doch nun genauere Schilderungen erhalten, die doch sofort auf die Möglichkeit einer Tubargravidität hindeuten. Es kommt dazu, daß man bei weiteren Fragen von den Frauen dann nicht selten hört, daß sie ohne besondere äußere Ursache, vor allen Dingen im Anschluß an körperliche Anstrengungen, stechende Schmerzen in der einen Seite des Unterleibs gespürt haben, die manchmal sogar mit einem gewissen Gefühl von Schwäche oder einer leichten Ohnmachtsanwandlung verbunden waren. Schwäche und Ohnmachtsgefühl deuten darauf hin, daß ebenso wie nach außen auch nach innen in die Bauchhöhle hinein eine Blutung und zwar meist eine stärkere als nach außen erfolgt war. Treten derartige Blutungen ein, so glauben die Frauen zunächst meist, es handle sich um eine Fehlgeburt, schonen sich, legen sich wohl auch ins Bett und bemerken dann, daß die Blutungen nachlassen oder wieder aufhören. Zuweilen geben sie an, daß mit dem

Blut Stücke abgegangen seien, die sie selbst für das Ei gehalten haben, die aber in solchen Fällen nur aus der Dezidua bestehen. Damit glaubt die Frau dann gewöhnlich, die Fehlgeburt sei erledigt. Sie steht wieder auf, fängt an zu arbeiten, und nun setzen von neuem Blutungen und Schmerzen in der Seite ein. Jetzt erst gehen viele Patientinnen zum Arzt, meist in der Annahme, daß es sich um einen unvollkommenen Abort handle. Alle diese Punkte im Ablauf der Tubargravidität muß die Anamnese berücksichtigen. Ganz besonders wichtig ist es auch, daß sie nach der Art des abgegangenen Blutes fahndet. Oft geben die Frauen an, daß das Blut zunächst hellrot, dann dunkelrot gewesen sei, und daß schließlich bei längerem Bestehen der Blutungen die abgegangenen Massen ein mehr braunes, oder schwarzes teerartiges Aussehen angenommen hätten. Diese Beobachtungen, die auf einen Zerfall des ausgetretenen und lange im Tubenlumen gelegenen Blut hinweisen, kann man dann auch bei der Untersuchung bestätigen. Und gerade das teerfarbene Aussehen der meist geringen abgehenden Blutbestandteile ist sehr verdächtig auf eine Tubargravidität. Infolge der gleichzeitig bestehenden Resorption des ergossenen Blutes kommt es bei manchen Frauen zu einem leicht ikterischen Aussehen, das aber nur selten stärkere Grade erreicht.

Sind die beim inneren Fruchtkapselaufbruch in die Bauchhöhle gelangten Blutmassen größeren Umfangs gewesen, dann ist schließlich auch eine größere Blässe der Haut und Schleimhäute wahrnehmbar. Es sei besonders betont, daß gelegentlich solche Blutungen in die Bauchhöhle eintreten können, ohne daß überhaupt ein Tropfen Blut nach außen abgeht. Dann sind die Schmerzen der betreffenden Seite eigentlich das Einzige, was bei den Angaben der Frau auf die Möglichkeit einer extrauterinen Schwangerschaft hinweist. Die Schmerzen sind wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß es infolge einer Blutung in die Eihöhle hinein zu einer erhöhten Spannung der Tubenwände kommt, und daß gleichzeitig Kontraktionen des Eileiters einsetzen, die darauf hinarbeiten, die im Tubenlumen liegenden Blutmassen oder das gelöste Ei herauszubefördern. Derartige Schmerzen können zuweilen ganz intensiv auftreten. Es sind Fälle beobachtet, bei denen mit den heftigsten Koliken Tenesmen, Drängen nach unten und Sphinkterkrämpfe verbunden waren.

Dabei soll auch noch auf ein Symptom hingewiesen werden, über das die Frauen bei den Tubenkoliken sehr häufig klagen, das sind die charakteristisch ausstrahlenden Schmerzen bis in die Schultergegend der kranken Seite hin, die einen diagnostisch wohl verwertbaren Hinweis auf die Möglichkeit einer Tubenschwangerschaft geben.

Zu diesen, aus dem Krankheitsverlauf sich ergebenden anamnestischen Daten kommt dann der Palpationsbefund hinzu.

Am günstigsten liegen die Verhältnisse noch, wenn die inneren Blutungen noch nicht zu lange bestanden haben und sich die tastbaren Veränderungen nur im Douglas und auf der Seite der schwangeren Tube nachweisen lassen. Ist schon eine Resistenz im hinteren Scheidengewölbe tastbar, und sind dann Uterusanomalien, die auf eine Schwangerschaft hindeuten, vorhanden, so wird man bei weicher Konsistenz der getasteten Ansammlung im Douglasschen Raum mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf retrouterine Hämatozele und damit auf Tubenschwangerschaft stellen können, auch dann, wenn geringe Temperaturerhöhungen vorhanden sind. Es ist eine gar nicht seltene Erscheinung, daß sich bei solchen, mit ständigen Blutungen und fortlaufender Resorption des ergossenen Blutes einhergehenden Erscheinungen des inneren Fruchtkapselaufbruches Temperaturerhöhungen finden, die gewöhnlich zwischen 37,8 und 38,2 herum schwanken. Jedenfalls dürfen Temperaturerhöhungen nicht ohne weiteres als ein Beweis einer entzündlichen Erkrankung aufgefaßt werden. Erschwert kann die Diagnose nur dann werden, wenn starke Temperaturerhöhungen bis 39 und noch höher vorhanden sind oder gar Schüttelfröste auftreten. Das kann der Fall sein, wenn es zur Verjauchung der Hämatozele gekommen, wie das bei den breiten Verwachsungen, die die Hämatozele mit dem Darm verbinden, bei längerem Bestand des Hämatozelensacks oft eintreten kann. Dann wird man nicht ohne weiteres palpatorisch erkennen können, ob es sich um einen Douglasabszeß, wie etwa nach Appendizitis, oder um eine Hämatozele handelt, und erst die Punktion wird in solchen Fällen die Entscheidung bringen, indem sie entweder reinen Eiter, oder meist übelriechendes Blut zutage fördert.

Sehr wahrscheinlich gemacht wird die Diagnose Tubargravidität dann, wenn man die im Douglas gefühlten Massen im deutlichen Zusammenhang mit den Adnexen der erkrankten Seite fühlt und wenn man den charakteristischen Nachweis führen kann, daß den weichen Ansammlungen im Douglas ein festerer Anteil des Tumors aufliegt, nämlich die stark aufgetriebene Tube mit dem Ovarium. Dieser Konsistenzunterschied in einem zusammenhängenden einseitigen Tumor, der sich noch dazu nicht als wohlgeschlossener Zystensack allseitig scharf abgrenzen läßt, ist sehr bezeichnend für einen Bluterguß aus einer schwangeren Tube mit Auflagerung der Adnexe auf den ergossenen Blutmassen. Charakteristisch ist weiter noch, wenn dieser Nachweis palpatorisch überhaupt noch möglich ist, das Verhalten des Tubenrohres selbst. Bei den entzündlichen Erkrankungen der Tube ist die Tube schon im uterinen Ansatz starr und schon von dieser Stelle an verdickt, schwillt auch wohl in gleichmäßiger Verdickung nach den Seiten weiterhin auf. Für alle die Fälle aber, bei denen die Tubenschwangerschaft in der lateralen Hälfte der Tube sitzt, ist der Tastbefund charakteristisch,

daß man den Abgang der Tube und ihren isthmischen Teil vollkommen schlank und zart austasten kann, während der laterale Teil der Tube plötzlich zu einem Tumor aufschwillt. Ebenso kann der Palpationsbefund einer einseitigen Druckempfindlichkeit und einer Straffheit des Lig. sacro-uterinum auf der erkrankten Seite diagnostisch von Bedeutung sein. Man findet diese einseitige Druckempfindlichkeit der Sacro-uterina verhältnismäßig oft bei der Tubenschwangerschaft, wengleich auch ähnliche Erscheinungen bei einseitig entzündlicher Erkrankung, z. B. Appendizitis oder Sigmoiditis sehr oft zu beobachten sind.

Sehr viel komplizierter werden die diagnostischen Verhältnisse, wenn der Prozeß schon längere Zeit besteht, wenn sich dann auch schon entzündliche Veränderungen im ganzen kleinen Becken gebildet haben, die dann auch auf die anderen Adnexe übergreifen und an diesen bereits zu Verwachsungen und Verdickungen geführt haben. Das sind die Fälle, in denen es oft ungemein schwer ist, festzustellen, ob es sich wirklich um eine Tubargravidität oder nicht vielmehr um eine entzündliche Erkrankung der Adnexe handelt. Ja, wenn die anamnestischen Daten ungenau sind, kann man überhaupt im Zweifel sein, ob man es bei den getasteten Veränderungen wirklich mit einer Gravidität zu tun hat oder nicht. In solchen Fällen hat man vorgeschlagen, diejenigen diagnostischen Merkmale heranzuziehen, die uns die Frage beantworten sollen, ob überhaupt eine Schwangerschaft besteht, gleichgültig, ob eine intra- oder extrauterine. Im allgemeinen hat sich aber herausgestellt, daß diese Methoden vielfach gerade in den Fällen versagen, in denen die Diagnose besonders schwierig ist. Das liegt daran, daß sich gerade bei derartigen Fällen das Ei oft schon mehr oder minder vollständig vom Mutterboden gelöst hat, so daß die spezifischen Schwangerschaftsreaktionen schon deshalb gar nicht mehr ausgelöst werden können. Das gilt z. B. für die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Fällt sie demnach in fraglichen Fällen negativ aus, so sagt das gar nichts. Fällt sie dagegen positiv aus, so wächst die Wahrscheinlichkeit, daß eine extrauterine Gravidität vorliegt, sehr. Auch die jüngste Methode, die Frühdiagnose der Schwangerschaft zu stellen, ist nach dieser Richtung kaum verwertbar. Zondek und Aschheim haben nachgewiesen, daß das Hormon des Hypophysenvorderlappens gerade im Beginne der Schwangerschaft in großen Mengen gebildet und auch durch den Urin der Schwangeren ausgeschieden wird. Durch Einspritzung solchen Urins bei infantilen Mäusen kann eine spezifische Reaktion an den Ovarien ausgelöst werden, die sich auch uns in der Tat bei Fällen von normaler Frühschwangerschaft aufs beste bewährt hat. Aschheim selbst hat in 12 Fällen von Tubenabort diese Methode geprüft und fand 8 positive und 4 negative Ausfälle, ein Ergebnis, das uns nach den oben ge-

machten Ausführungen nicht wundern kann und auch diese Methode gerade zur Klärung diagnostisch schwieriger Fälle nicht geeignet erscheinen läßt.

Auch das Verhalten der Senkungsgeschwindigkeit ist für die Differentialdiagnose nicht verwertbar. Wir haben selbst durch sorgfältige Untersuchungen an chronischen Adnexentzündungen und Tubenaborten feststellen können, daß die Werte bei beiden Erkrankungen sich so häufig überkreuzen, daß man aus dem Ausfall der Reaktion keine bestimmten Schlüsse ziehen kann. Nur wenn eine akute Entzündung der Adnexe in Frage käme und wenn dann eine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit fehlte, wäre dieses Ergebnis im Sinne des Bestehens einer extrauterinen Schwangerschaft zu verwerten. Eine andere Methode, die Schwangerschaft nachzuweisen, baut sich auf die Erfahrung auf, daß während der Gravidität nicht selten eine alimentäre Glykosurie renalen Ursprungs sich ausbildet. Während eine Glykosurie sonst erst nach Injektion von 5 mg Phlorizin nachweisbar ist, soll sie bei der schwangeren Frau schon nach Injektion von 2 mg auftreten. Für diese Methode ist aber schon früher darauf hingewiesen worden, daß Abweichungen von dieser Regel vorkommen und daß ein positiver Ausfall bei Tubenschwangerschaft nur bei vollständig erhaltenem Plazentarkreislauf zu erwarten ist. Der Plazentarkreislauf ist aber gerade in den Fällen, bei denen die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sich einstellen, meist mehr oder minder weit gestört, so daß schon deshalb allein diese Methode häufig versagen muß.

Es werden deshalb trotz aller Berücksichtigung der Anamnese und sämtlicher diagnostischer Hilfsmittel immer noch Fälle übrigbleiben, die sich der sicheren Diagnose entziehen, und wir Kliniker erleben es ja gelegentlich immer wieder, daß wir nach Eröffnung der Bauchhöhle von einer Extrauterinravidität da überrascht werden, wo wir mit Sicherheit alte entzündliche Veränderungen angenommen hatten.

Denkt man in solchen unklaren Fällen überhaupt an die Bauchschwangerschaft, so wird gerade bei solchen Kranken in der Klinik wiederum die Punktion in ihr Recht treten.

Auf die Frage der Diagnose einer bis in die zweite Hälfte oder bis zum Ende ausgetragenen Bauchschwangerschaft will ich hier nicht eingehen. Das würde unsere Ausführungen zu weit verlängern. Überdies führt der Praktiker bei der völligen Unklarheit und Eigenart solcher Bilder die Frauen doch meistens aus irgendeinem Grunde der Klinik zu.

In der Frage der Therapie der extrauterinen Schwangerschaft gehen die Ansichten heute allgemein dahin, daß bei ihnen nur eine operative Behandlung am Platze ist. Einheitlich ist ja das Vorgehen von jeher bei der Tubenruptur gewesen, bei der man durch rasche Operation die Blutung stillen muß. Dabei ist es nicht notwendig, daß man in jedem Falle die Tube opfert.

Sitzt die Rupturstelle an der uterinen Hälfte der Tube, dann wird allerdings meist das Lumen so stark zersprengt sein, daß man die Tube exstirpieren muß. Sitzt die Rißstelle hingegen mehr im ampullären Teil, oder nahe oder im Pavillon der Tube, dann kann man unter Umständen auch den Riß nähen und die Tube erhalten. Ob man bei Entfernung der Tube auch das Ovarium mitnehmen muß, ist eine rein technische Frage. Die Exstirpation des Eierstocks wird sich meist in den ganz frischen Fällen, bei denen die Rupturblutung die erste Blutung ist, vermeiden lassen. Für den Praktiker sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß es sich gerade bei dem Krankheitsbild der Tubenruptur durch das schlechte Aussehen der Kranken und die Kleinheit des Pulses nicht verleiten lassen soll, den Zustand als zu schlecht für einen Transport oder für eine Notoperation im Hause anzusehen. Es sei noch einmal daran erinnert, daß der schwere Allgemeinzustand nicht allein eine Folge des Blutverlustes, sondern zum großen Teil auch das Resultat des schweren peritonealen Schocks ist, den die starke intraabdominelle Blutung verursacht. Es ist immer wieder überraschend zu sehen, wie sich bei derartigen Kranken mit der Eröffnung der Bauchhöhle und der dadurch bedingten Entlastung des Bauchfells der Puls noch während der Narkose und der Operation wieder erholt. Der Erfolg eines solchen Eingriffes wird noch besser, wenn man in Fällen schwerer Entblutung die intravenöse Reinfusion des in der Bauchhöhle befindlichen flüssigen Blutes vornimmt. Mehr als 3—500 ccm Blut soll man jedoch nicht in die Vene einfließen lassen.

Früher ist die Frage viel erörtert worden, ob man nicht bei der Operation einer Tubargravidität grundsätzlich auch sofort die andere Tube mitentfernen soll. In etwa 7 Proz. aller Fälle ist in der Tat auch eine Tubenschwangerschaft der anderen Seite beobachtet worden. Das berechtigt uns aber nicht grundsätzlich von vornherein den anderen Eileiter zu opfern, und damit die Frau endgültig unfruchtbar zu machen. Im Gegenteil, wir streben heute danach, bei der Tubenruptur sogar, vor allem wenn es sich um kinderlose Ehen handelt, wenn irgend möglich auch die exstirpierte Tube durch Naht der Rupturstelle zu erhalten.

Einfach ist weiter das therapeutische Vorgehen in den Fällen, bei denen es zu einer Verjauchung einer Hämatozele gekommen ist. In diesen Fällen wird man im Anschluß an die diagnostische Punktion vom hinteren Scheidengewölbe aus den Herd eröffnen und drainieren, dagegen von einer Exstirpation der kranken Tube absehen, um nicht den Entzündungsprozeß auf die freie Bauchhöhle zu verschleppen.

Nicht so einheitlich wie bei den bisher beschriebenen Zuständen war das therapeutische Vorgehen früher in den zahlreichen Fällen von innerem Fruchtkapselaufbruch, durch den ja die

extrauterine Schwangerschaft meistens in den ersten Monaten beendet wird. Ein Punkt hat aber auch hier unsere Therapie entscheidend beeinflusst. Das ist die Tatsache, daß trotz bereits erfolgtem inneren Fruchtkapselaufbruch, ja trotz der dabei erfolgten Mitausstößung der Frucht das Ei weiterleben und weiterwachsen und durch Arrosion größerer Gefäße doch noch das schwere Bild des äußeren Fruchtkapselaufbruches hervorrufen kann. Wir selbst haben 3 derartiger Fälle erlebt, bei denen die Adnexveränderungen sogar schon in Rückbildung waren und bei denen 1 mal nach 6, 1 mal nach 7 und 1 mal nach 9 Wochen doch noch die Tubenruptur erfolgte, so daß die Frauen nur durch raschen Eingriff gerettet werden konnten. Ein weiterer Grund, der uns veranlassen soll, auch diese Fälle operativ anzugehen, ist die Tatsache, daß wenn bei bestehender Hämatozele die Rückbildung nicht bald erfolgt, sondern vielmehr immer und immer wieder Nachschübe eintreten, die Verjauchungsgefahr der Hämatozele selbst und des Eibettes eine große ist. Eine solche Komplikation bedeutet aber eine wesentliche Steigerung der mit der Erkrankung für die Frau verbundenen Gefahr.

Drittens kommt noch hinzu, daß die konservative Behandlung meist sehr lange Zeit erfordert und daß die Frauen gewöhnlich nicht nur wochen- sondern sogar monatelang liegen müssen, ehe eine vollständige Rückbildung und damit die Genesung erfolgt ist. Das aber können sich bei den heutigen sozialen Verhältnissen nur die wenigsten Frauen leisten. Aus allen diesen Gründen stehen wir heute auf dem Standpunkt, auch den inneren Fruchtkapselaufbruch möglichst operativ zu behandeln. Für die Durchführung der Operation ist der abdominelle Weg zweifellos der bessere. Gerade in den Fällen von innerem Fruchtkapselaufbruch mit länger anhaltenden und sich wiederholenden Blutungen werden die topischen Verhältnisse der Organe durch Bildung einer retrouterinen, anteuterinen oder einer peritubaren Hämatozele und durch die Heranziehung und Verwachsungen der Nachbarorgane, vor allen Dingen des Darmes und des Netzes, und die damit sehr häufig verbundenen starken schwartigen Verklebungen oft so unklar, daß man beim Vorgehen von der Scheide aus niemals eine so klare Übersicht hat, wie das beim abdominellen Verfahren der Fall ist. Dazu kommt, daß man bei dem vaginalen Vorgehen nicht imstande ist, in den ausgedehnten schwartigen Gebieten die Blutstillung in der sorgfältigen Weise vorzunehmen, wie es uns die Laparotomie gestattet.

Nur in den Fällen, in denen die Kranke aus Angst vor dem Messer die Operation ablehnt, wird der Arzt unter Umständen gezwungen sein, die konservative Behandlung durchzuführen. Unter

allen Umständen sollte er auch in diesen Fällen die Überführung in die Klinik zur konservativen Behandlung verlangen, aus der Tatsache heraus, daß der äußere Fruchtkapselaufbruch, die Tubenruptur, immer noch erfolgen kann. Er muß deshalb auch die Verantwortung für den weiteren Verlauf der Dinge ablehnen, wenn seinem Verlangen nach Überführung der Patientin in ein Krankenhaus nicht gefolgt wird. Muß er dann aber die Behandlung zu Hause allein durchführen, so ist der oberste Grundsatz absolute Bettruhe. Des weiteren soll er dafür sorgen, daß die Stuhlentleerungen leichte sind und ohne Pressen erfolgen können, weil beim Pressen und der damit verbundenen Steigerung des intraabdominellen Druckes Stauungen im Kreislauf entstehen, die unter Umständen die Ruptur der Tube zur Folge haben können. Ist es doch eine nicht seltene Beobachtung, daß Frauen mit Tubenruptur auf dem Klosett gefunden werden, wo während der Defäkation der Aufbruch der Fruchtkapsel erfolgt war. Sind Schwierigkeiten bei der Defäkation vorhanden, so soll man zunächst durch flüssige und breiige Diät sowie durch regelmäßige Einläufe und milde Abführmittel dafür sorgen, daß eine Verstopfung nicht eintritt und die Entleerung der Kotmassen ohne Anstrengung erfolgen kann. Im Anfang der Behandlung wird es zweckmäßig sein, kalte Umschläge oder Eisblase auf das Abdomen legen zu lassen und bei Schmerzenfällen Opium oder Morphium zu verabfolgen. Mit dieser eintönigen Therapie muß so lange fortgefahren werden, bis nicht bloß ein Stillstand im Anwachsen der Hämatozele und des Tubentumors, sondern ein deutliches Rückgehen derselben zu beobachten ist. Erst wenn das der Fall ist und wenn gleichzeitig auch in den uterinen Abgängen die ausgestoßene Dezidua auf den Fruchttod hingewiesen hat, kann ganz vorsichtig zu Priëbnitzschen Umschlägen übergegangen werden. Haben sich unter dieser Behandlung die Hämatozele und der Tubentumor weiter verkleinert, und bleiben schließlich nur noch eine Verdickung der Tube und Verwachsungen der Adnexe als Reste der Erkrankung übrig, so kann dann zu einer resorbierenden Hitzebehandlung übergegangen werden in der gleichen Weise, wie das bei chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen der Fall ist. Immer aber muß sich der Arzt bewußt sein, daß er bei der konservativen Therapie mit Überraschungen rechnen muß, und es muß unter allen Umständen bei Zeichen innerer Blutung eine Überführung der Kranken in die Klinik vorgenommen oder ein Operateur sofort ins Haus gerufen werden. Operationen der Tubenruptur sind häufig unter primitivsten Verhältnissen ausgeführt worden und haben auch da manche Fälle gerettet, die sonst verloren gewesen wären.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

I. Über Blinddarmentzündung¹⁾.

Von

Prof. Dr. M. Martens,

chirurgischer Chefarzt von Bethanien in Berlin.

Viele von Ihnen werden glauben, daß die Frage der Blinddarmentzündung endgültig erledigt sei durch die Einführung der Frühoperation. Diese Vielen haben ganz recht, aber leider ist die Frühoperation bei Blinddarmentzündung noch immer nicht Allgemeingut aller Ärzte geworden. Zum Beweise führe ich Ihnen an, daß in Deutschland nach der Reichsstatistik im Jahre 1925 noch 4163, 1926 sogar 4427 Menschen an Blinddarmentzündung gestorben sind. Wahrscheinlich sind es viel mehr, da bei vielen Todesfällen — als an Komplikationen erfolgt — nicht die Blinddarmentzündung als Todesursache angegeben worden sein wird.

Diese enorme Anzahl von Todesfällen ist nur dadurch erklärlich, daß die Erkrankten zu spät chirurgischer Behandlung zugeführt werden.

Es scheint leider so, daß nach dem Kriege mit der Operation vielfach länger gewartet wird, und daß daher die Todesfälle gegen früher zugenommen haben.

Diese erschreckend hohe Mortalitätsziffer, die um so bedauerlicher ist, als der Tod meist jugendliche, im kräftigsten Alter stehende Menschen betrifft, hatte mich veranlaßt, im Oktober 1927 in der Berliner Medizinischen Gesellschaft über diese Frage einen Vortrag zu halten und auf die Notwendigkeit hinzuweisen, daß Studierende, Ärzte und das Publikum nachdrücklichst belehrt werden müßten. Der Vorstand der Berliner medizinischen Gesellschaft hat dankenswerterweise dieser Anregung Folge geleistet und nach längerer Beratung für zweckmäßig erachtet, sich zunächst an die Ärzte zu wenden. Ein von mir entworfenes, von einer Kommission der Berliner medizinischen Gesellschaft (Minist.-Direktor a. D. Gottstein, Prof. U m b e r und Verf.) und vom Landesgesundheitsrat — dem auch ich angehöre — etwas umgeändertes Merkblatt wurde vom Volkswohlfahrtsminister allen preußischen Ärzten übersandt, und ich kann mich darauf beziehen.

Wie Sie wissen, ist die Blinddarmentzündung in Wirklichkeit die Entzündung des Wurmfortsatzes, mit schlechter Wortbildung „Appendizitis“, auch „Perityphlitis“, richtiger „Epityphlitis“ genannt. Sie entsteht in seltenen Fällen durch Allgemeininfektion, auf dem Blutwege, z. B. nach Angina oder Grippe, meist enterogen, z. B. infolge eines allgemeinen Darmkatarrhs, der sich auch in den Wurmfortsatz fortsetzt. Durch Stauung des Inhalts infolge von Abknickung, durch Verlegung seiner Ausgangsöffnung durch

einen Kotstein, vielleicht gelegentlich auch durch massenhaft auftretende Würmer, namentlich bei Kindern, wird die Entzündung begünstigt. Zweckmäßig unterscheidet man die verschiedenen Grade der Entzündung als katarrhalische, phlegmonöse, phlegmonös-ulzeröse und gangränöse Epityphlitis, zum Teil mit, zum Teil ohne Perforation, ohne und mit Peritonitis, und zwar lokaler oder allgemeiner. Über die anderen Komplikationen werde ich später berichten.

Für die Entwicklung der verschiedenen Erscheinungsformen ist die sehr wechselnde anatomische Lage des Wurmfortsatzes von höchster Wichtigkeit. Als Haupttypen nenne ich die ileocökale, die retrocökale und die pelvine Lage des Wurmfortsatzes.

Die Erscheinungen der Blinddarmentzündung, die in der Regel ganz akut auftreten und von dem Patienten mit großer Sicherheit auf eine bestimmte Stunde des Tages oder der Nacht angegeben werden, bestehen zumeist in Unwohlsein, Schmerzen zunächst häufig im ganzen Leib, zuweilen um den Nabel herum, gelegentlich auch kolikartigen Schmerzen, die sich dann aber bald auf die rechte Unterbauchseite konzentrieren. Druckschmerzhaft ist in den meisten Fällen, wenn der Wurmfortsatz nicht verlagert ist, die Mitte zwischen Nabel und der Spitze der Darmbeinschaukel, der sogenannte Mac Burneysche Punkt. Hier findet man im Gegensatz zur linken Seite außer der Schmerzhaftigkeit eine vermehrte Muskelspannung, die sogenannte *défense musculaire*. Je nach Lagerung des Blinddarms kann der Schmerzpunkt unter dem Rippenbogen oder nach der Nierengegend zu liegen oder mehr nach dem kleinen Becken zu. In letzterem Falle bestehen dann häufig Blasenbeschwerden, schneidende Schmerzen beim Urinlassen und häufiger Urindrang. Die Untersuchung per rectum, bzw. per vaginam darf in solchen Fällen nicht vergessen werden.

Ganz besonders gefährlich ist das Eindringen von Entzündungserregern in den Kreislauf durch die kleinen Venen des Mesenteriolum in die Vena ileo-colica, weiter die Vena meseraica superior, Vena portae und in die Leber, angekündigt in der Regel durch einen Schüttelfrost und durch starke Temperatursteigerungen auf 39° und mehr.

In weiteren Ärztekreisen ist gerade diese Komplikation, die eitrige Thrombophlebitis, fast unbekannt. Und doch sind es nach meinem Material 10 Proz. aller in Krankenhaus und Klinik aufgenommenen Fälle, welche kurz nach dem Beginn des Anfalls einen oder mehrere Schüttelfröste bekommen. Diese Fälle sind besonders gefährdet und ohne sofortige Operation fast stets verloren.

In den übrigen Fällen ist die Temperatur oft nur wenig erhöht, der Puls leicht beschleunigt;

¹⁾ Rundfunkvortrag für Ärzte.

gelegentlich tritt Erbrechen ein: Stuhlgang und Blähungen sind meist verzögert. Immer und immer wieder muß betont werden, daß die Druckschmerzhaftigkeit in der Regel des Mac Burneyschen Punktes, die vermehrte Muskelspannung die sichersten Symptome darstellen und maßgebend sind für die Notwendigkeit der Operation. Hingewiesen mag auch werden auf die Vermehrung der weißen Blutkörperchen in akuten Fällen von etwa 6000 auf 20000—30000—40000 und mehr.

Ist die Reaktionsfähigkeit des Körpers erloschen, wie bei schweren Peritonitiden, so kann die Anzahl der weißen Blutkörperchen aber auch erheblich unter die Norm sinken.

Sie sehen, die Diagnose der Blinddarmentzündung ist in den meisten Fällen außerordentlich leicht und früh möglich, da die Patienten in der Regel eben wegen der Schmerzen sofort den Arzt aufsuchen, oft noch zu Fuß, selbst bei schwerer Entzündung. Aber natürlich kommt eine ganze Reihe anderer Leiden in Frage, die mit der Epityphlitis verwechselt werden können. Zunächst nenne ich den Darmkatarrh. Hier treten aber meist Durchfälle auf, der Leib bleibt weich, es fehlt die Muskelspannung und die lokale Schmerzhaftigkeit.

Von Wichtigkeit ist natürlich auch die Anamnese: beim Darmkatarrh vorausgegangene Diätfehler, bei der Blinddarmentzündung nicht selten öfters vorausgegangene Anfälle.

Weiter kommt die akute Gallenblasenentzündung in Frage, namentlich dann, wenn der Wurmfortsatz nach oben gelagert ist, oder die Gallenblase sehr tief steht.

Bei perforierten Geschwüren des Magens, namentlich denen des Pylorus oder des Duodenum, läuft der Mageninhalt häufig an der Außenseite des Kolon nach unten und kann nun auch gelegentlich eine Blinddarmentzündung mit allgemeiner Bauchfellreizung bzw. -entzündung vortäuschen, während sonst im allgemeinen bei perforierten Magen- und Duodenalgeschwüren der ganze Leib schmerzhaft und gespannt ist.

Steine im Nierenbecken oder im Ureter der rechten Seite können ähnliche Erscheinungen wie die akute Epityphlitis verursachen. Deswegen muß in jedem Fall der Urin sorgfältig, namentlich auf rote Blutkörperchen, untersucht werden, eventuell vor einer Operation ein Röntgenbild mit der Buckyblende aufgenommen oder eine Zystoskopie vorgenommen werden. Es mag erwähnt werden, daß auch bei akuten Blinddarmentzündungen Blut im Urin von uns gefunden wurde.

Weiter kommen Entzündungen des Vas deferens infolge von akuter Gonorrhöe differentialdiagnostisch in Betracht, und bei Frauen Entzündungen der Adnexe, Tubaraborte und geplatzte Extrauterin graviditäten, ja in seltenen Fällen Blutungen aus geplatzten Follikeln des Ovarium. Ebenso muß man

an Pyelitis, an eingeklemmte Hernien, z. B. auch an eine eingeklemmte Hernia obturatoria, an stielgedrehte Ovarialzysten, an tuberkulöse Mesenterialdrüsen, namentlich bei Kindern, an tabische Krisen und Bleikolikolen denken.

Nicht genügend bekannt ist es, daß rechtsseitige Unterlappenpneumonien genau das Bild einer Blinddarmentzündung vortäuschen können infolge Reizung des Zwerchfells und dadurch bedingten Défense musculaire und Schmerzen der rechten Bauchseite. Auch die akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse kann mit Blinddarmentzündung verwechselt werden, wenn sich das Exsudat, ähnlich wie bei perforiertem Magen- oder Duodenalgeschwür, an der Außenseite des Kolon nach unten gibt.

Zur Unterscheidung mag auf die Wichtigkeit der Diastasenbestimmung hingewiesen werden, welche oft auf den richtigen Weg führen wird.

Schließlich kann die akute Blinddarmentzündung auch mit Darmverschluß verwechselt werden, der z. B. durch Stränge in der Nähe des Wurmfortsatzes, vielleicht infolge früherer Entzündung desselben, durch Darmgeschwülste, Darminvaginationen, durch das Meckelsche Divertikel, bedingt sein kann.

In solchen zweifelhaften Fällen kann eine Röntgenaufnahme ohne Kontrastmittel möglichst bei aufrechtstehendem Kranken entscheidenden Aufschluß geben.

Der Vorteil der Frühoperation, d. h. der Operation in den ersten 24 Stunden, ist vor allem der, daß Komplikationen in dieser Zeit meist noch nicht vorhanden sind. Besteht die Entzündung des Wurmfortsatzes aber länger, so kommt es durch Fortsetzung der Entzündung auf den Peritonealüberzug, durch Perforation von Geschwüren zu lokaler oder allgemeiner Bauchfellentzündung. Je nach Lage des Wurmfortsatzes kann es zu Abkapselungen, zu Abszessen kommen, die entweder auf der Darmbeinschaukel, hinter oder seitlich auswärts vom Cöcum liegen, beim hochgeschlagenen Wurmfortsatz auch unter der Leber in der Nähe der Gallenblase, bei pelviner Lage zu Douglasabszessen. Diese letzteren sind besonders wichtig und auch noch nicht allgemein bekannt, sie führen durch Druck auf das Rektum zu ileusartigen Erscheinungen, zu Katarrh der Rektumschleimhaut mit Schleimabgang, durch Druck auf die Blase zur Dysurie. Zur Erkennung ist häufigere digitale Untersuchung per rectum oder vaginam erforderlich.

Besonders gefährlich ist natürlich die allgemeine Peritonitis, die sich namentlich dann entwickelt, wenn der Wurmfortsatz frei zwischen den Dünndarmschlingen liegt, gelegentlich auch wenn zunächst abgekapselte Abszesse platzen. Sie ist bei weitem die häufigste Todesursache der Blinddarmentzündung. Ob die Be-

teilung des Bauchfells im Einzelfalle zu einem lokalen Abszeß oder zu der tödlichen allgemeinen Peritonitis führt, liegt außerhalb der Berechnung auch der gewiegtsten Diagnostiker. Die Entwicklung der Peritonitis ist, wie Sie sehen, meist von der vorher nicht bestimmbar Lage des Wurmfortsatzes abhängig. Und gerade weil diese schwerste Komplikation vorher nicht vorausgesagt werden kann, ist die Frühoperation so notwendig. In seltenen Fällen kann auch die allgemeine Peritonitis sich nachträglich abkapseln und es kann dann zu multiplen Abszessen kommen, und zwar wieder zu Abszessen im Douglas, auf den Darmbeinschaufeln seitlich des Kolon, subhepatischen und subphrenischen Abszessen. Die Entzündung kann sich fortsetzen auf die Pleuren und zu serösen oder eitrigten Pleuritiden führen. Werden die Abszesse nicht rechtzeitig geöffnet, so kommt es zur Sepsis.

Eine überaus wichtige Komplikation, die — wie schon gesagt — nicht genügend bekannt ist, ist die eitrige Thrombophlebitis. Die Entzündung setzt sich von dem fast stets schwer veränderten Wurmfortsatz fort auf die Venen des Mesenteriolum, die Vena ileo-colica, meseraica superior, Vena portae, in die Leber und führt hier nur in Ausnahmefällen zu isolierten, fast stets zu multiplen Leberabszessen. Diese Komplikation beginnt meist mit einem Schüttelfrost schon in den ersten 24 Stunden, der sich dann fast täglich ein- bis zweimal wiederholt, bis der Tod nach etwa 14 Tagen an Pyämie erfolgt.

Werden die Fälle mit Schüttelfrost sofort in den ersten 24 bis höchstens 36 Stunden nach den allerersten Erscheinungen operiert, so kann man mit großer Sicherheit das Leiden kourieren. Später Operierte hatten 20 Proz. Mortalität. Kommt der Patient erst nach mehreren Schüttelfrösten zur Operation, findet man das Mesenteriolum eitrig infiltriert, das Mesokolon phlegmonös, so ist es empfehlenswert, vor der Exstirpation des Wurmfortsatzes nach dem Vorgange von Braun (Zwickau) in Analogie der Trendelenburgschen Operation bei Puerperalfieber die Vena ileo-colica vor der Einmündung in die Vena mesaraica zu unterbinden und dasselbe zu tun, wenn nach der Exstirpation des Wurmfortsatzes Schüttelfröste oder pyämische Erscheinungen eintreten oder weiterbestehen.

Eine weitere Komplikation der Blinddarmentzündung ist der Darmverschluss, und zwar der paralytische als Folge der begleitenden Bauchfellentzündung, der mechanische als Folge von Abknickungen durch Fibrinbeschläge, in Abszessen oder durch später sich bildende Stränge. Die Differentialdiagnose kann wesentlich gefördert werden durch eine Leeraufnahme mit dem Röntgenapparat (ohne Kontrastbrei).

Die Behandlung der Blinddarmentzündung war früher ausschließlich intern; große Opiumgaben während längerer Zeit, Bettruhe, Eisblase oder warme Umschläge, flüssige Diät

waren üblich. Bildeten sich Abszesse, so konnte eine Naturheilung durch langsame Resorption oder durch einen Durchbruch in den Darm eintreten. Aber unendlich viele Menschen starben an der Bauchfellentzündung oder an Sepsis, viele an Embolie nach Venenthrombose.

Viel unzuweckmäßiger, ja direkt unheilvoll, war die Behandlung durch Einläufe oder sogar mit Rizinusöl, die merkwürdigerweise noch bis Anfang dieses Jahrhunderts von einem so guten Kenner der Blinddarmentzündung, wie Sonnenburg es war, für gewisse Fälle propagiert wurde, und leider bei Ärzten und Publikum noch immer in hohem, aber höchst gefährlichem Ansehen steht.

Erstaunlich ist es, daß die operative Behandlung erst so spät in Aufnahme kam. Kroenlein war es, der 1884 als Erster den perforierten Wurmfortsatz exstirpierte, und seit dem letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts wurde erst schüchtern, dann nach Ablauf der Jahrhundertwende immer energischer von den Chirurgen die Frühoperation zuerst innerhalb der ersten 48 Stunden, dann innerhalb der ersten 24 Stunden, gefordert.

Trotz der glänzenden Resultate, welche die Frühoperation gezeitigt hat, ist sie auch jetzt noch nicht Allgemeingut aller Ärzte geworden. Abgesehen von den Fällen, die durch Schuld der Patienten oder ihrer Angehörigen zu spät zur Operation kommen, und die nach unseren Erfahrungen die Minderheit bilden, hört man über die mehrere Tage lang konservativ behandelten Fälle von den behandelnden Ärzten nicht, daß die Diagnose etwa nicht gestellt sei, die ja in fast allen Fällen leicht ist, sondern daß der behandelnde Arzt erst mal hat versuchen wollen, durch Einläufe, durch Abführmittel oder auf der anderen Seite durch Opium, heiße Umschläge oder Eisblase „die Entzündung wegzubringen“, bis er dann durch das plötzliche Auftreten von Peritonitis oder anderer Komplikationen überrascht wird und der Patient leider zu häufig in einem Zustand zur Operation kommt, der nicht mehr reparierbar ist. Auf der anderen Seite kann wohl jeder beschäftigte Chirurg über Serien von 100, ja vielen 100 Fällen, von je einem Arzt zugeschickt, berichten, die ohne Todesfälle geheilt sind, weil sie früh geschickt waren. Daraus erkennt man die ungeheure Verantwortung und die besondere Wichtigkeit des praktischen Arztes gerade bei der Frage der Blinddarmentzündung.

Folgendes muß scharf hervorgehoben werden: Auch jeder junge, vielfach noch ungenügend vorgebildete Arzt kommt in die Lage, über Leben und Tod seiner Patienten nach eigenem Gutdünken und nach eigener ungenügender Erfahrung zu verfügen. Da muß man verlangen, daß er sich nach den auf Grund von vielen Tausenden von Fällen erworbenen Erfahrungen von Sachverständigen richtet! Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß unter konservativer Behandlung eine große Reihe von Blinddarment-

zündungen, nämlich die leichten katarrhalischen Fälle, heilen können, aber im einzelnen Falle vorherzusagen, ob der Patient heilen wird, ist außerordentlich schwierig und namentlich für den Arzt, der nicht Hunderte von Fällen gesehen hat. Auch die schwersten Fälle von Blinddarmentzündung können dagegen durch die Frühoperation sämtlich geheilt werden; nur zufällige Todesfälle können eintreten als Folge von Thrombosen, Embolien, Lungenentzündungen oder dergleichen, wie sie viel häufiger bei konservativer Behandlung beobachtet werden.

Die Frühoperation hat gegenüber der konservativen Behandlung, selbst wenn sie mit Heilung des Anfalls endet, den Vorteil daß Rezidive unmöglich sind. Sie hat weiter den Vorteil, daß das Krankenlager außerordentlich abgekürzt wird.

Ob schon eine allgemeine Peritonitis vorhanden ist, kann man bei der Operation leicht feststellen, indem man lange abgebogene Glasröhren nach unten in den Douglas, nach oben in die Lebergegend und nach links vorsichtig einführt und durch Verschuß des distalen Endes mit dem Finger etwa vorhandenes Exsudat aushebert. Ist die ganze Peritonealhöhle oder ihr größter Teil voll Eiter, so wird derselbe am schonendsten durch reichliches Spülen mit steriler Kochsalzlösung entfernt und dann entgegen der Auffassung mancher Chirurgen drainiert. Spülungen mit desinfizierenden Lösungen (z. B. Rivanol) sind unnötig und können sogar schädlich sein, ebenso wie Eingießen von Äther. Ob das kürzlich empfohlene Koliserum nützlich wirkt, ist noch abzuwarten, jedenfalls macht es die Operation natürlich nicht überflüssig. Während der Nachbehandlung einer operierten Peritonitis muß auf sich abkapselnde Abszesse (Douglas) geachtet werden, bei Passagestörungen des Darms eventuell eine Darmfistel angelegt werden.

Wird in den ersten 24 Stunden nach den ersten Erscheinungen operiert, so kann fast ausnahmslos die Bauchwunde ohne Drainage, ohne Tampon geschlossen werden, und der Patient am 7. Tage das Bett, etwa am 10. Tage das Krankenhaus verlassen. Wenn erst am 3., 4. Tage oder noch später und gar bei schon bestehender Peritonitis operiert wird, so dauert das Krankenlager oft wochen-, ja monatelang. Man kann leicht ausrechnen, wieviel unnütze Kosten, wieviel Verlust an Arbeitszeit dadurch entstehen, da im Deutschen Reich im Jahre die Menge der Blinddarmentzündungen nach Hunderttausenden zählt (1926 betrug der Zugang von Blinddarmkranken in den Heilanstalten Deutschlands 155619!).

Auch das Publikum sollte möglichst schon in der Schule, weiter durch die Ärzte, soweit es noch Hausärzte gibt, durch die Presse, auf die Gefahren der Blinddarmentzündung und auf die Notwendigkeit der Frühoperation aufmerksam gemacht werden. Von einer dadurch bedingten

Beunruhigung des Publikums zu sprechen, ist abwegig! Lieber sollen die Ärzte 100 mal unnötig als einmal zu spät konsultiert werden.

Diejenigen Patienten, bei welchen dem Praktiker die Differentialdiagnose unklar oder unmöglich ist, gehören ins Krankenhaus oder in eine Klinik, wo die klinischen Untersuchungsmethoden und die klinische Überwachung in Verbindung mit der größeren Erfahrung des Chirurgen die Diagnose ermöglichen.

Es ist nicht angängig, daß in einem Kulturstaat wie Deutschland jährlich 4—5000 Menschen unnütz zugrunde gehen und vielleicht jährlich andere 100000 ein wochen- oder monatelanges Krankenlager unnütz überstehen müssen.

2. Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes¹⁾.

Von

E. Meyer in Königsberg i. Pr.

Zu dem Thema „Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes“ hat mich das Empfinden geführt, daß die Geisteskrankheiten einem erheblichen Teil der Ärzte in der Praxis viel ferner liegen als die Krankheiten anderer Art, ein Gefühl, das noch verstärkt wird, wenn wir in der Psychiatrie Studenten unterrichten, wo man mit dieser Erschwerung immer wieder zu tun hat. Der Grund ist offenbar der, daß wir auf eine psychologische Betrachtungsweise angewiesen sind, die trotz aller Bemühungen durch eine somatische, wie sie für alle anderen Fächer gilt, bisher nicht ersetzt werden kann. Trotzdem ist ja die Psychiatrie schon seit einer Reihe von Jahren in den Kreis der übrigen klinischen Fächer eingetreten, von der Begründung Griesingers ausgehend, daß eine rein ärztliche Auffassung der Geisteskrankheiten, gepaart mit dem Verständnis der krankhaften Seelenerscheinungen, notwendiges Allgemeingut der Ärzte sein muß. Es ist dabei ja auch zu bedenken, daß die Zahl der Geisteskrankheiten eine außerordentliche große ist, die ins Unendliche fortwächst, wenn wir die Grenzgebiete, so das der Süchte und der psychopathischen Konstitutionen, ins Auge fassen, deren Erforschung im engsten Zusammenhang mit der der eigentlichen Psychosen steht. Wenn wir nun hören, daß auf der letzten Versammlung der deutschen Kinderärzte das „schwer erziehbare“ Kind abgehandelt wurde, daß in der inneren Medizin, in der Frauenheilkunde, überall, nicht nur der körperliche, sondern gerade auch der Seelenzustand erörtert wird, so scheint der Unterricht in der Psychiatrie und ebenso die Kenntnis der Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes notwendig.

¹⁾ Nach einem Vortrag, gehalten in einem psychiatrischen Sonderkurs in Königsberg.

Ich will zuerst die diagnostischen Merkmale, die besonders bei den eigentlichen Psychosen in Betracht kommen, hervorheben. Sie werden ja meist ein Zustandsbild vor sich haben, Sie werden in verhältnismäßig seltenen Fällen nur schon länger die Kranken wegen Verdachtes der Geistesstörung haben beobachten können. Dabei ist zu beachten einmal der Bewußtseinszustand und das Verhalten zu der Umgebung, die Ansprechbarkeit der Kranken. Mangelnde Ansprechbarkeit kann leicht Bewußtseinsstrübung vortäuschen. Wir finden so oft Kranke, die wenig ansprechbar sind, z. B. Schizophrene, und von denen man doch feststellen kann, daß sie durchaus im Bewußtsein nicht schwer gestört sind, daß sie über Ort und Zeit die richtige Beurteilung haben. Es ist weiter dabei zu beobachten der Gedankenablauf, ob Ideenflucht vorliegt, ob Zerfahrenheit, wobei vielfache Wiederholungen (Perseveration) einsetzen und autistische Vorstellungen sich in den Vordergrund drängen, d. h. Gedanken, die bei dem normalen Gedankenablauf nach einem bestimmten Ziel und unter dem regelrechten Einfluß der Außenwelt zurückgehalten werden, kommen ungehindert hervor und führen eben so zu einer vollkommenen Zerfahrenheit des Denkens. Ich erinnere daran, daß Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen früher eine viel größere Rolle spielten, aber auch jetzt ist es sehr wichtig, solche sicher festzustellen, weil sie uns schließlich die einfachste Handhabe für die Erkenntnis eines krankhaften Zustandes gewähren. Eine wenigstens kurze Prüfung der Intelligenz, dazu ein Gesamteindruck von der vorherrschenden Affektlage, das alles zusammengehalten wird genügen, um wenigstens ein ungefähres Bild uns bei den akut entstandenen oder wenigstens den als akut angesprochenen Krankheitszuständen zu geben. Schwieriger ist es, die langsam sich entwickelnden geistigen Störungen zu erfassen. Solche Kranke geben oft nichts an über Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, sie sprechen nichts, was an Zerfahrenheit oder ähnliches bestimmt denken ließe. Es ist mehr das ganze Verhalten, was bei diesen Kranken uns in die Augen fällt, was zeigt, daß psychische Störungen vorhanden sind. Diese eigenartige Veränderung des Wesens ist es, die auch aus der Schilderung der Angehörigen hervorgeht und uns zur Annahme einer Geistesstörung führen muß. Es wird nur zu leicht von „Hysterie“ dabei gesprochen.

Von großer Bedeutung ist ferner die Feststellung von etwaigen Ursachen der Geisteskrankheiten für den Arzt. Wie verschieden bewertet sind doch die seelischen Einwirkungen im Laufe der Zeit. Bei den Angehörigen finden wir durchweg, daß sie sehr hoch eingeschätzt werden. Das ist verständlich, weil man für den Ausbruch eines so schwer faßlichen Leidens, wie die Geisteskrankheit es ist, doch nach einer Ursache sucht. Wir werden fast bei jedem Kranken

seelische Ursachen angegeben finden. Von Griesinger wird uns berichtet, daß Pinel in erster Linie nach seelischen Ursachen fragte und glaubte, darin die Hauptursache für die Geistesstörungen zu sehen. Aber wir werden oft nur mit sehr großer Vorsicht an diese Angaben herangehen. Wir müssen einmal dabei berücksichtigen, daß oft der Beginn der Krankheit zu Konflikten führt, die dann auf den Konflikt selbst geschoben werden, in dem nun die Ursache gesehen wird.

Ich habe vorhin schon bemerkt, daß zu häufig die Diagnose „Hysterie“ gestellt wird, oder, wie wir jetzt zu sagen pflegen, Psychogenie, da der Laie und vielfach auch der Arzt mit Hysterie den Begriff der Übertreibung, Vortäuschung, ja des schlechten, zumindest schwachen Charakters verbindet.

Wir sollten, wenn wir diese Diagnose stellen, doch uns immer bewußt sein, daß schwere geistige Störungen, speziell die Schizophrenie, häufig mit einer psychogenen Reaktion beginnen. Wir hören auch, daß eine Verlobung aufgelöst sei, daß ein Schreck stattgefunden habe und dergleichen mehr und wir haben erst den Eindruck, daß nun diese äußeren Ursachen die Reaktion hervorgerufen haben, aber in außerordentlich vielen Fällen entwickelt sich dann daraus eine eigentliche Geisteskrankheit. Manche motorischen Erscheinungen der Dementia praecox-Kranken täuschen auch psychogene Krämpfe vor. Zu betonen ist, daß wir bei einem psychogenen Zustand in kurzer Zeit ein Abklingen der Erscheinungen zu völliger Wiederherstellung meist sehen, bei der Schizophrenie bleibt ein deutlicher Krankheitszustand zurück. Wir müssen auch beachten, daß die Kranken mit Psychogenie weit ansprechbarer sind und leichter beeinflussbar erscheinen; ihr Affekt ist ein adäquater und ihr Gedankeninhalt wird mehr beherrscht von dem auslösenden Moment.

Gegenüber den akuten psychischen Ursachen sind höher bewertet die lang dauernden Einwirkungen seelischer Art, so der Druck schlechter wirtschaftlicher Lage und geheimer Sorgen. Alles das ist als Ursache für die Entstehung geistiger Störungen schon früher besonders hervorgehoben.

Wenn wir uns schließlich genau klar zu machen versuchen, was für Krankheiten oder was für Symptomenkomplexe, abgesehen von den psychogenen Reaktionen, durch psychische Ursachen ausgelöst werden, so werden wir bisher nur sehr wenig Bestimmtes darauf antworten können, so sehr wir an sie bei den verschiedensten Krankheitsformen denken.

Sehr wichtig sind für den Praktiker die körperlichen Ursachen. Sie sind Ihnen ja zum großen Teil bekannt. Es ist ganz besonders der Alkoholmißbrauch, der eine große Rolle spielt, weit größer, als noch jetzt vielfach angenommen wird. Ich erinnere weiter an die verheerende Wirkung der Süchte auf die Psyche und verweise auf die sogenannten symptomatischen Psychosen, d. h.

solche psychotischen Erscheinungen, die sich neben den körperlichen Symptomen bei körperlichen Erkrankungen finden. Zuweilen kann aus dem Auftreten derartiger Psychosen, schon ehe die körperlichen Symptome deutlich sind, der Verdacht auf eine körperliche Grundkrankheit hergeleitet werden. Andererseits darf man aus dem Zusammenvorkommen der Psychose und der körperlichen Erkrankung nicht ohne weiteres den inneren Zusammenhang und damit die günstige Prognose herleiten, sondern man muß immer sich dessen bewußt sein, wie leicht ein rein äußerliches Zusammentreffen möglich ist. Hirnkrankheiten (Tumoren, Lues cerebri, Meningitiden, Enzephalitis usw.) gehen ja erfahrungsgemäß mit psychischen Störungen einher, oft sehen wir auch solche bei sonstigen organischen Nervenkrankheiten (multipler Sklerose usw.).

Es ist natürlich notwendig, die Hauptsymptome der organischen Nervenkrankheiten zu kennen. Ich erinnere hier nur an die Untersuchung der Pupillen, wobei man eingedenk sein muß, daß manche Präparate (Morphium, Hyoscin, Atropin) sie beeinflussen und an die der Kniephänomene, die beide auch in der Praxis mit besonderer Sorgfalt vorgenommen werden müssen, da wir doch für die Paralyse eine viel versprechende Behandlung jetzt haben; aber auch alle übrigen Untersuchungen des Nervensystems sollen für die Psychiatrie herangezogen werden. Es sei hier hervorgehoben, daß man das Schwanken der Erscheinungen nicht ohne weiteres gegen ein organisches Leiden ausdeuten kann. Ich habe kürzlich wieder einen Fall von Hirntumor beobachtet, bei dem die starke psychische Beeinflussbarkeit der Beschwerden den Verdacht erweckte, ob es nicht Hysterie wäre. Man muß wissen, daß das auch ohne Psychogenie vorkommen kann, daß wir auch bei schwer organisch Kranken psychogene Züge sehen. So ist es schon öfters vorgekommen, daß durch Hirntumor psychogene Störungen wachgerufen werden, die dann längere Zeit den Tumor überdecken können, auch wissen wir, daß Hirnzystizernen geradezu charakterisiert sind durch ein Schwanken der Symptome mit psychogenem Gepräge, wie auch von der Lues cerebri das Kommen und Gehen der Erscheinungen bekannt ist.

Was aber für den Praktiker fast am wichtigsten ist, das ist die Beobachtung der Entwicklung der Krankheit von Jugend an unter gleichzeitiger Beachtung der Konstitution.

Es soll die Bedeutung der Kretschmarschen Konstitutionstypen nicht herabsetzen, wenn ich davor warne, sie in der Praxis zu schnell zu diagnostizieren und gleich weitgehende Schlüsse daraus zu ziehen. Laienkreise haben sich dieser epochemachenden wissenschaftlichen Feststellung leider vorschnell bemächtigt. Nur im Rahmen des gesamten psychischen und körperlichen Zustandsbildes können sie richtig bewertet werden.

Die Betrachtung der gesamten Entwicklung

der Kranken führt uns naturgemäß zu dem Kapitel der psychopathischen Konstitutionen, deren Erkennung und Beurteilung und Behandlung zu den schwierigsten und wichtigsten Aufgaben des Praktikers gehören. Viele Fragen: Wie weit große Beeinflussbarkeit, leichtes Reagieren, wie weit Stimmungs labilität, reaktive Erregungszustände und Depressionen vorliegen, wie sich der Arzt demgegenüber verhalten soll, drängen sich hier auf.

Von den psycho-diagnostischen und -therapeutischen Methoden gedenke ich hier nur kurz der Psychoanalyse, also desjenigen Verfahrens, das weiten Kreisen von Laien als das der Wahl erscheint. Ich möchte mich den Forschern anschließen, die sich gegen die Überschätzung des sexuellen Komplexes wenden. Es ist natürlich außer Zweifel, daß dieser eine große Rolle spielt, aber daß diese so allumfassend ist, wie von der Freudschen Schule angenommen wird, dafür liegen oft keine genügenden Unterlagen vor, denn die Fälle, die veröffentlicht werden, die machen doch nur einen verhältnismäßig sehr kleinen Teil der Fälle von Psychopathen aus. Von den vielen Fällen, die ohne Psychoanalyse der Besserung zugeführt werden, wird wenig gesprochen und erst recht nicht von denjenigen, die der Psychoanalyse nicht zugänglich waren. Verlangen müssen wir auch, daß Psychoanalyse nur von Ärzten betrieben wird, zum mindesten unter ärztlicher Kontrolle, und daß, was wir jetzt so oft vermessen, nur solche Ärzte diese Behandlung anwenden dürfen, die vorher neurologisch-psychiatrisch gut durchgebildet sind, da sonst schwere Schädigungen unausbleiblich sind.

Ein Wort sei schließlich noch über das gewisse Festhalten an Diagnosen durch den Praktiker, teils aus Büchern, teils durch eine Art Forterbung, eingeschaltet. Über die „Hysterie“ habe ich schon das Nötige gesagt. Mit Vorliebe wird aber auch die Diagnose Paranoia gestellt. Wenn sich Wahnbildungen in der Weise entwickeln, daß gewissermaßen eine Steigerung einer Anlage in pathologischer Richtung entsteht, wenn Ideen wahnhaften Charakter annehmen, die an sich in den Individuen vorhanden sind, so sprechen wir auch heute von Paranoia. Aber diese Fälle sind selten, und es ist davor zu warnen, daß der Arzt diese ihm sprachlich vielfach so geläufige Diagnose stellt, wenn einfach Wahnideen besonders stark im Vordergrund stehen, ohne daß er die Gesamtheit der psychotischen Erscheinungen ins Auge faßt.

Hinweisen will ich noch auf die große Wichtigkeit der Diagnose der Arteriosklerosis cerebri, weil wir allem Anschein eine außerordentliche Vermehrung solcher Fälle auch in den besten Jahren noch sehen. Nicht, daß es sich dabei gleich um Lähmungen und andere schwere Störungen handelt, sondern in Betracht kommen vor allen Dingen Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Unfähigkeit, schnell Entschlüsse zu fassen, oder auch nur allgemeine Erschwerung

oft schon Ende der 40er Jahre, Störungen, die sehr unangenehm werden. Vielfach kommen starke Kopfschmerzen hinzu. Solche Fälle müssen der Arteriosklerose zugeschrieben werden. Dabei läßt sich am Herzen nichts Wesentliches feststellen. Plötzliche Todesfälle sind nicht selten.

Des manisch-depressiven Irreseins sei nur insofern gedacht, als leichte manische wie Depressionszustände verhältnismäßig häufig sind und oft eine psychopathische Konstitution vortäuschen können, ja nicht ganz selten zur Annahme von „Hysterie“ führen, vielleicht mit bedingt durch die häufigen psychogenen Überlagerungen.

Wie er die Frage nach der Krankheitsaussicht beantworten soll, wird dem praktischen Arzt oft, nur allzu oft, Kopfzerbrechen machen. Wie bei allen Krankheiten ist eine Diagnose und damit Prognose, die nach Laienurteil schon ein Todesurteil enthält, oder wenigstens sehr ungünstig erscheint, wie z. B. Epilepsie, nur dann auszusprechen, wenn es zur Einleitung der richtigen Therapie oder aus materiell-wirtschaftlichen Gründen unbedingt notwendig ist; meist erreichen wir denselben Effekt, ohne das Schlimmste zu sagen. Immer müssen wir des Rates des Hippokrates eingedenk sein, daß wir wenigstens trösten sollen, wenn wir nicht helfen können.

Im einzelnen erinnere ich — teils prognostisch, teils therapeutisch — daran, daß wir bei *Dementia praecox*, bei der in den Lehrbüchern meist eine absolut ungünstige Prognose angeführt wird, mit Recht trotz langen Hinziehens der Krankheit an der Möglichkeit wesentlicher Besserung bzw. Wiederherstellung festhalten können, weiter an die großen Erfolge der Malariatherapie, an die Bekämpfung des Alkoholmißbrauches, in der sich auch der praktische Arzt viel mehr als bisher betätigen sollte, und vor allem auch an die Psychopathenfürsorge, die im kleinen Kreise bei dem einzelnen Individuum anzustreben, gerade für die Praxis von größter Bedeutung ist.

Nicht selten handelt es sich um die Entscheidung, ob die Kranken noch in der Familie bleiben können oder nicht. Da können z. B. beginnende Psychosen in Betracht kommen. Meiner Ansicht nach sollte der Versuch, die Kranken zu Hause noch länger zu belassen, mehr als man gewohnt ist gemacht werden, natürlich mit allergrößter Vorsicht, vor allem bei Depressionszuständen. Andererseits darf die Belastung der Familie auch keine zu große sein, eine Gefahr, die sich zuweilen bei in die Familie als gebessert entlassenen Kranken einstellt.

Die Gutachtertätigkeit in der Praxis bietet manche Klippen, die zu vermeiden die ganze Sorgfalt des Arztes erfordert. Der Kliniker und der Facharzt sonst werden in der Regel behördlich zu Gutachten aufgefordert, ihnen stehen die Akten zur Verfügung, auf Wunsch eine längere Beobachtung, sie werden es im allgemeinen ablehnen, in der Sprechstunde Zeugnisse auszustellen für Leute, die solcher zur Einleitung eines

Rentenverfahrens bedürfen, indem sie sich mit Recht auf ihre Gutachtertätigkeit berufen. Aber irgendwie müssen solche Menschen doch die Möglichkeit finden, ein Attest zu erhalten, das ihnen den Weg zu einem Antrag auf Rente und dgl., auf Berufung öffnet. Ich rate ihnen daher immer, einen praktischen Arzt zu bitten, ihnen ihre eventuell nervösen Störungen zu bescheinigen. Dem Kollegen aus der Praxis würde ich raten die Frage des Zusammenhanges mit KDB., Unfall usw. offen zu lassen, da der Akteninhalt nicht bekannt sei und eventuell längere Beobachtung erforderlich sei. Scharfe gutachtliche Äußerungen gegenüber früheren Begutachtern jeder Art vermeide ich in der Klinik und rate auch umgekehrt, solche in der Praxis zu vermeiden. Sie tragen zum mindesten nicht zur Erhöhung des allgemeinen ärztlichen Ansehens bei.

Ein großer Teil der chronischen Rentenbegehrer sind ja Psychopathen, bei denen es zu psychogenen Reaktionen im Rentenverfahren kommt. Bei ihnen wird man eben die psychopathische Konstitution aufweisen und einfach schreiben, daß deren Entäußerungen, die nervös-psychischen Störungen, nicht eine wesentliche Erwerbsminderung bedingten und nicht mit dem Kriege oder dem Unfall in ursächlicher Beziehung ständen. Daß jeder Verdacht organischen Leidens vorher auszuschließen ist, ist selbstverständlich. Von Simulation zu sprechen rate ich dringend ab. Trotz langjähriger Erfahrung vermag ich wenigstens auch heute noch nicht zu entscheiden, ob jemand simuliert oder nicht, und ich möchte hier, wie ich es in der Vorlesung stets tue, darauf hinweisen, daß es ja vollkommen genügt, festzustellen, ob Krankheit nachweisbar ist oder nicht.

In den Kreisen der Psychiater wird jetzt viel von „psychischer Hygiene“ gesprochen, einer Bewegung, die von Amerika ausgeht und die in erster Linie eine Besserung der Lage der Geisteskranken in- und außerhalb der Anstalten anstrebt. Fassen wir sie aber weiter — nur dann kann man mit Recht von „psychischer Hygiene“ sprechen — so muß sie das Bestreben enthalten, den, sagen wir einmal, gesunden Menschen vor der äußeren und inneren Unruhe unserer Zeit zu schützen.

Gelegentlich einer Besprechung des Prozesses Krantz in meiner Vorlesung und auch vor Ärzten habe ich darauf hingewiesen, daß wir, die Vertreter unseres Faches, dabei eigentlich eine recht schlechte Rolle spielten. Sie sind hinzugezogen, um den Tod zu konstatieren, sie haben sich beim Gerichtsverfahren als Gutachter aufgehalten, haben sich aber neben Philosophen und Lehrern wenig und keineswegs nachdrucksvoll äußern können. Die Stellung, die ihnen zukam, nun in der Familie einzuwirken auf die Entwicklung des Individuums, und schließlich zu verhindern, daß alle die Dinge sensationell aufgebauscht und entstellt in die Zeitungen kamen, diese Stellung

haben sie in keiner Weise zu wahren vermocht. Wir hören von allen möglichen ähnlichen Vorkommnissen, die immer wieder vorgebracht werden und die auf die Jugend außerordentlich schädlich einwirken. Seitenlange Veröffentlichungen über Verbrechen aller Art mit detaillierter Schilderung aller Einzelheiten, der Herzergüsse der Mörder usf. wetteifern in den Zeitungen mit ebenso ausführlicher Wiedergabe von Skandalaffären, Betrugs- und anderen Prozessen aufregender Art bis in die lüsternten Kleinigkeiten hinein, ohne irgend ein anderes Ziel als das der Sensation, der mehrweniger kritiklose Bücher, gerade auf sexuellem Gebiet, ebenso dienen. Daß die Kinos in der gleichen Richtung wie auch sonst verderblich sehr oft wirken, bedarf nur des Hinweises. Dieser unausgesetzten Aufpeitschung und Beunruhigung der Nerven, die nicht nur die heranwachsende Jugend aufs schwerste schädigen, sondern auch die Erwachsenen verwirren, so daß sie sie viel höher bewerten und verallgemeinern als ihnen zukommt, entgegenzutreten, ist meines Erachtens eine der höchsten und vornehmsten Aufgaben gerade des Arztes in der Praxis. Es müßte auch der Arzt ein führendes Wort in Fragen der sexuellen Aufklärung und sexuellen Entwicklung haben, um diese mit in die richtigen Bahnen zu lenken. Wie er bei der Eheberatung allgemein jetzt ja etwas mitzusagen hat, so müßte er auch speziell bei der Frage der Heirat von Psychopathen zwecks Beratung herangezogen werden, er müßte die Rolle spielen, die er als Hausarzt früher gespielt hat, wo er da warnend und klärend,

dort leitend und ausgleichend eintreten konnte. Welch unendlich weites Feld bietet sich da ihm jetzt dar! Denken Sie nur an Erziehung, Berufswahl, Heirat und das Gespenst der Scheidung!

Warum sind über diese Dinge von ärztlicher Seite so wenig Veröffentlichungen bisher herausgekommen? Sie wissen, daß Veröffentlichungen von Ärzten unter Namensnennung im allgemeinen in Mißkredit sind und nicht mit Unrecht, ja sogar mit Recht, wenn es sich um wissenschaftliche Dinge im engeren Sinne handelt, weil ich eine Profanation der Wissenschaft darin sehe. Ganz anders liegt es aber auf dem ethischen Gebiet der ärztlichen Tätigkeit. Da müßte der Ruf des erfahrenen Arztes Wunder wirken. Sie werden sagen, die Zeitungen in dieser Richtung zu beeinflussen, wäre gar nicht möglich. Aber ich bin überzeugt, daß, wenn die Ärzte sich einhellig darum bemühen, ein Erfolg zu erzielen wäre.

Ich habe schon erwähnt die Stellung des Hausarztes. Ich habe mich öfter darüber belehren lassen müssen, daß es Hausärzte, wenigstens in größeren und großen Städten, nicht mehr gäbe und auch solche nicht mehr geben werde. In die Zukunft können wir nicht sehen, aber ich möchte im Interesse unserer Volksgesundheit nicht die Hoffnung aufgeben, ja es für das Hauptziel von uns Ärzten halten, daß solche sich allmählich wieder entwickeln, die, wenn der Name Hausarzt nicht mehr in Mode ist, dann als Familienärzte bezeichnet werden sollten, die wieder ärztliches Wissen mit menschlichem Verstehen zum Heile ihrer Kranken anwenden könnten.

II.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

I. Innere Medizin.

Die Beziehung zwischen Kreislaufinsuffizienz und Muskelstoffwechsel

haben Dresel und Himmelweit (Klin. Wschr. Nr. 7) durch fortlaufende Bestimmung der Milchsäure im Armvenenblut untersucht. Einer der Verff. hatte bereits früher darauf hingewiesen, daß das aus dem Myasthenikermuskel abfließende Venenblut schon in der Ruhe bedeutend mehr Milchsäure enthielt, als das gesunder Vergleichspersonen. Dieselbe Störung haben Eppinger u. a. am Muskel des Kreislaufkranken beschrieben und schlossen daraus, daß der ökonomische Umsatz der bei der Arbeit im Muskel gebildeten Milchsäure gestört sei. Ähnliche Überlegungen zwingen auch zu der Annahme, daß bei Basedowkranken der Stoffwechsel des arbeitenden Muskels geschädigt ist. Wir haben also im Effekt gleich-

artige Störungen des Muskelstoffwechsels bei so verschiedenen Erkrankungen wie es die drei beschriebenen sind. Da nun aber die von Eppinger gefundene Anhäufung von Milchsäure im Blut bei Kreislaufkranken auch auf eine Funktionsstörung der gestauten Leber zurückgeführt werden konnte, haben Verff. ihre Versuche so angeordnet, daß das aus dem arbeitenden Muskel abfließende Venenblut auf seinen Milchsäuregehalt fortlaufend untersucht wurde. Zu diesem Zweck wurde zuerst aus einer Armvene etwas Blut zur Bestimmung des Ruhewerts entnommen, dann ließ man den Patienten an einem Dynamometer ungefähr 1 Minute lang einen möglichst starken Druck ausüben, während die Kanüle in der Vene belassen und durch einen Flügelhahn verschlossen wurde. Es erfolgten dann weitere Entnahmen 1, 2, 3 und 5 Minuten nach der Arbeitsleistung. Es ergaben sich folgende übereinstimmenden Resultate:

Bei Gesunden erhöhten sich die Milchsäurewerte nach der Arbeit gar nicht oder nur ganz minimal, Patienten mit Kreislaufstörungen zeigten je nach dem Grad der Dekompensation mehr oder weniger starke Steigerung, in schweren Fällen bis zu 15 mg Proz. Ähnliche Kurven fanden Verff. bei Basedow-Kranken, nur sank hier der Milchsäurespiegel rascher und steiler ab als bei den Herzkranken. Verff. glauben den Beweis geliefert zu haben, daß entsprechend der Annahme Eppingers der ökonomische Umsatz des arbeitenden Muskels gestört ist, und daß auch beim Basedow- die gleiche Störung vorliegt wie bei dem Myasthenikermuskel in der Ruhe. Die Befunde deuten Verff. folgendermaßen: Arbeitet ein Muskel unter ökonomischen Bedingungen, so wird der Mehrbedarf an Sauerstoff dadurch reguliert, daß dieser Muskel stärker mit Blut versorgt wird, teils durch Beschleunigung der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes, teils durch Öffnen vorher verschlossener Kapillargebiete. Auf diese Weise wird dem Muskel der nötige Mehrbedarf an Sauerstoff zugeführt, den er zur Verbrennung und Resynthese der während der Arbeit gebildeten Milchsäure benötigt. Beim Kreislaufkranken genügt die geringe Arbeit, um ein Sauerstoffdefizit zustande kommen zu lassen, weil der Kreislauf den höheren Anforderungen an den O_2 -Bedarf nicht gewachsen ist. Infolgedessen wird weniger Milchsäure resynthetisiert und verbrannt und häuft sich dadurch im Venenblut an. Anders liegen die Verhältnisse bei Basedow-Kranken, bei denen der Kreislauf nicht gestört ist. Hier ist der Sauerstoffgehalt als Folge der Thyreotoxikose abnorm gesteigert, der Kreislauf ist infolgedessen bereits in der Ruhe erheblich beansprucht und kann bei größerer Arbeit den benötigten Sauerstoff nicht mehr in ausreichender Menge den Orten des Bedarfs zuführen. Es könnte aber auch möglich sein, daß bei Basedow-Kranken der Kreislauf den erhöhten Anspruch befriedigt, daß aber die Muskelzelle selbst in ihren oxydativen Fähigkeiten versagt. Beim Myasthenikermuskel scheint der Befund, daß schon der Ruhestoffwechsel erheblich gestört ist, darauf hinzudeuten, daß in diesem Falle die Muskelzelle selbst die Fähigkeit verloren hat, die Milchsäure vollständig zu verwerten, wie es von Warburg bei der Karzinomzelle nachgewiesen worden ist.

Zur Diagnostik und Therapie der akuten Pankreasnekrose

liefert Walzel (Wien. klin. Wschr. Nr. 1) einen Beitrag. Wenn auch in den letzten Jahren unsere diagnostischen Kenntnisse der klinischen Erscheinungen der akuten Pankreasnekrose sehr vorgeschritten sind, so wird die Frühdiagnose dieses Leidens immerhin noch recht selten gestellt. Die meisten Fälle operativ entdeckter Pankreasnekrose stellen einen unerwarteten Zufallsbefund bei einer unter anderer Diagnose unternommenen

Laparotomie dar. Für eine sichere Diagnose war namentlich das Auftreten des Körtischen Symptoms maßgebend, welches in einer deutlich palpablen walzenförmigen, druckschmerzhaften Schwellung des Pankreas besteht. Die Erkennung dieses Symptoms ist selbstverständlich schwierig und selten. In den letzten Jahren, in denen die Gallensteinoperation viel häufiger vorgenommen wird, ist es immer sicherer geworden, daß in einer überwiegenden Mehrzahl der Fälle die akute Pankreasnekrose eine Folgeerkrankung eines Leidens der Gallenwege darstellt. Der Verf. selbst konnte diese Kombination in fast 100 Proz. seiner Fälle nachweisen. Andere Baucherkrankungen, wie Magen- und Darmgeschwüre oder Divertikelbildungen kommen als Ursache für eine Pankreasnekrose nach zahlreichen Untersuchungen des Verf. kaum in Frage. In den Fällen, wo es zu den ganz bestimmten subjektiven und objektiven Symptomen kommt, wie dem vernichtenden Dauerschmerz im Gegensatz zu der rascher abklingenden Gallensteinkolik, dem ausgesprochenen Schmerz im linken Oberbauch mit linksseitigen Phrenikussymptomen, ferner dem häufigen löffelweisen Erbrechen, der Inkongruenz von Puls und Temperatur mit der Schwere der peritonealen Erscheinungen sowie Veränderungen in der Haut in Form von braungelben Flecken oder gitterförmig gezeichneten Zyanoseerscheinungen ist die Diagnose noch verhältnismäßig einfach, wenn man nur an das Leiden denkt. Leider jedoch lassen uns oft bei ausgesprochener akuter Pankreasnekrose alle diese Erscheinungen völlig im Stich. Das sicherste Symptom ist bei Verdacht auf dieses Leiden die Vermehrung der Diastase im Blut und Urin. Die Methode ist entschieden die sicherste zur Frühdiagnostik der Erkrankung. Es ist zwar von zahlreichen anderen Autoren nachgewiesen worden, daß ein vermehrter Diastasegehalt auch bei anderen peritonealen Krankheitsbildern, insbesondere bei der Cholezystitis fallweise gefunden werden kann, doch kann man auf Grund anderer Arbeiten behaupten, daß in dem Nachweis einer Diastaseerhöhung bei unklaren Bauchfällen ein sicherer Beweis für eine Pankreasaffektion erbracht ist. Die Indikation zur Operation allerdings ergibt das gesamte klinische Bild. Verf. selbst ist auf Grund zahlreicher ausgeführter systematischer Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, daß unter Berücksichtigung anderer klinischer Symptome, vor allem bei akuten Prozessen im Oberbauch, Diastasewerte über 200 im Urin nach Wohlgemuth mit Sicherheit auf einen frischen nekrotischen Prozeß im Pankreas hinweisen. Eine Glykosurie kommt nur in den Fällen vor, wo bereits fast der ganze insuläre Apparat zerstört ist. Da aber erfahrungsgemäß noch kleine Inselreste genügen, um den normalen Blutzuckerspiegel aufrecht zu erhalten, spricht ein normaler Blutzuckergehalt und das Fehlen von Zucker im Urin nie gegen eine akute Pankreasnekrose.

G. Zuelzer (Berlin).

Da die Typhusfrage

in Deutschland wieder viel diskutiert wird, mag die Ansicht von E. Delorme über wirksame Typhusprophylaxe verzeichnet werden (Prophylaxie de la fièvre typhoïde. Comment l'une des villes de garnison des plus typhogènes de France est devenue saine. Progrès méd. 1929 Nr. 2 S. 47). Es handelt sich um Lunéville und eine Reihe anderer Garnisonstädte. Der Verf., offenbar der oberste Militärkonsiliarius, lehnt in seinem Vortrag vor der Académie de Médecine am 8. 1. die Keimträgerlehre, die „aus dem Ausland eingeführt“ wurde, ebenso energisch ab trotz ihres triumphalen Auftretens wie die Schutzimpfung gegen Typhus, um die Wassertheorie als die einwandfrei erwiesene zu bezeichnen. Er kann sich auf eine sehr eindrucksvolle Statistik über die Morbiditätsänderung in Lunéville berufen, die auf die chemische Sterilisierung der Gebrauchswässer in Lunéville eintrat mit Hilfe der Chlorung. Man kann die Bemerkung nicht unterdrücken, daß die verschiedenen Bewässerungen dieser Stadt von der Meurthe angefangen in einem unglaublichen Zustand waren. Fuld (Berlin).

2. Chirurgie.

Säureverätzungen des Magens

beschreibt Orator aus der akademisch-chirurgischen Klinik in Düsseldorf im Zbl. Chir. 1929 Nr. 9. Sie sind von den Folgezuständen, die durch das Trinken von Laugen entstehen, verschieden und bedürfen darum gegenüber diesen eine besondere Beachtung und Behandlung. Die chirurgische Literatur kennt, im Vergleich zu den Laugenverletzungen, verhältnismäßig wenige Fälle von Säureverätzungen. Die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle findet sich in der pathologisch-anatomischen und der gerichtsarztlichen Literatur. Aber auch absolut genommen sind die Zahlen der Laugenverätzungen wesentlich häufiger, sie stehen zu den Säureverletzungen im Verhältnis von annähernd wie 3 zu 1. Daß unter den Säureverletzungen die Verätzungen durch Schwefelsäure weit überwiegen, muß registriert werden, ohne daß es möglich wäre, hierfür eine Erklärung zu geben. Vier eigene Beobachtungen kennzeichnen die außerordentliche Schwere der Erkrankung: Im Laufe von vielen Wochen entwickeln sich hochgradige Narbenschwundungen des Magens und zwar an der Kardia und dem Pylorus in erster Linie, dann aber auch kommt es zu totalen Schrumpfungen des Magens, die durch Narbenzug auch auf die benachbarten Gebilde, wie z. B. das Lig. gastro-colicum, übergreifen können. Sämtliche vier Kranke des Verfassers sind trotz der Operation gestorben. Es war nunmehr möglich, durch die Autopsie eine weitgehende Untersuchung der Organe vorzunehmen. An Hand des eigenen Materials und der in der Literatur

bekannt gegebenen weiteren 34 Fälle kann man vier Arten der Verlaufsform der Säureverätzungen aufstellen: am häufigsten ist als Folgezustand die einfache Pylorusstenose; sie gibt die beste Prognose. An zweiter Stelle folgt die Sanduhrstenose, die als eine große Seltenheit zu betrachten ist. Daran schließt sich die Kombination von Pylorusstenose und Kardiastenose und schließlich folgt als letzte Gruppe die totale Schrumpfung des Magens. Die Säureverätzung wird dadurch charakterisiert, daß fast ausnahmslos der Pylorus mitergriffen ist, ein Verhalten, durch welches die Säureverätzung von der Laugenverätzung abweicht, da hier fast stets nur die Speiseröhre betroffen ist und die gleichzeitige Mitbeteiligung des Magens zu den Seltenheiten gehört. Dahingegen pflegt die Speiseröhre bei der Säureverletzung unbeeinträchtigt zu bleiben. Der Gedanke, die Säureverletzung mit der Operation am Magen zu behandeln, hat in der Praxis wenig Erfolg gehabt. Es empfiehlt sich darum, als Frühbehandlung von der Jejunostomie Gebrauch zu machen, und es ist dieser Vorschlag um so mehr berechtigt, als die eigentlichen schweren Veränderungen des Magens sich erst im Verlaufe vieler Wochen einstellen. Erst wenn die Narbenbildung als abgeschlossen gelten kann, darf man an die Beseitigung der Kardiastenose herangehen und zuletzt umgeht man die Pylorusstriktur durch eine Gastroenterostomie.

Zur Behandlung des traumatischen Hirndrucks mit Traubenzuckerlösung

schreibt Thomas im Zbl. Chir. 1929 Nr. 10. Der genannte therapeutische Vorschlag ist zum ersten Male von dem Amerikaner Peet gemacht worden und hat in Amerika weite Verbreitung gefunden. Das Verfahren eignet sich für alle Fälle, in welchen es durch ein Trauma oder nach einer Trepanation zu einem akuten Hirndruck gekommen ist. Der klinische Verlauf dieser Fälle ist der, daß die Verletzten zunächst noch bei klarem Bewußtsein sind, bzw. aus ihrem bewußtlosen Zustand wieder erwacht sind, daß aber dann erst nach einigen Tagen unter starken Kopfschmerzen Erbrechen auftritt, wobei sich gleichzeitig ein Druckpuls entwickelt. Es kommt eine 50 proz. Traubenzuckerlösung zur Anwendung. Es wird intravenös davon 100 ccm gegeben und die Einspritzung eventuell ein oder mehrere Male wiederholt. Die Erfolge waren außerordentlich eindrucksvoll. Das Erbrechen hörte auf und die Zeichen der Benommenheit schwanden. Seine Erfahrungen faßt der Autor in folgende Sätze zusammen: 50 proz. Traubenzuckerlösung ist ein sehr wertvolles Mittel bei Comotio und Hirnverletzung verschiedenen Grades. Die Zeit der Anwendung ist sobald wie möglich nach dem Unfall. Sie hat eine sehr günstige Wirkung auf das Hirnödem und auf den Schockzustand, in welchem die Patienten gewöhnlich sind.

Chirurgisches Praktikum.

Bei Radiusfrakturen sollte dem Radio-Ulnar-Gelenk mehr Beachtung geschenkt werden, als es bisher geschieht. Einklemmungen von Knorpel- oder Knochenfragmenten gehören hier nicht zur Seltenheit und üben eine schwere Funktionsstörung aus. Nur die operative Behebung gibt, dann allerdings sehr gute, Resultate, wie Ahrens auf der Tagung der Niederrheinisch-Westfälischen Chirurgen mitgeteilt hat (Sitzung vom 17. 11. 1928). Auch die hier entstehende Synostose, die nicht nur bei Frakturen, sondern auch bei entzündlichen Prozessen sich entwickelt, muß operativ beseitigt werden, am besten durch Einlegen eines Faszienslappens. Nur auf diese Weise kann man die bestehende Pro- und Supinationsbehinderung beheben, wie das Israel auf der Berliner Gesellschaft für Chirurgie (11. März 1929) gezeigt hat.

Kongenitale Hüftluxationen, die nach dem sechsten Lebensjahr eingrenkt werden, geben überraschend schlechte Resultate, wie Beck ebenda unter Vorzeigung zahlreicher Röntgenbilder dargetan hat. Nicht nur, daß die Gefahr von Nebenverletzungen, wie Frakturen, erheblich ist, lassen auch die Erfolge sehr zu wünschen übrig. Jedenfalls sind sie wesentlich schlechter, als bei der Reposition vor dem genannten Zeitpunkt.

Die Behandlung der isolierten Magenptose mit Querresektion, die Martin vor vier Jahren empfohlen hat, und über welche auch hier berichtet wurde, kann nur auf das Beste empfohlen werden. Die nunmehr vorgenommenen Nachuntersuchungen, über welche der Autor an dem gleichen Sitzungsabend berichtete, haben ergeben, daß die Kranken beschwerdefrei und voll arbeitsfähig sind.

Hayward (Berlin).

Gute Resultate bei chirurgischer Tuberkulose

gab die Methode von Finikow in den Händen von A. Aimes (Résultats obtenus par la méthode de Finikow dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. Progrès méd. 1929 Nr. 2 S. 59). Die Methode besteht in wöchentlich zu wiederholenden intramuskulären Einspritzungen von 1 ccm Jod (sic!) in 10 ccm Oleum arachidos. Man muß gleichzeitig Kalzium (per os?) geben, 4 g Chlorkalzium (täglich?), Chlorocalcion, Trikalzin usw. Glücklicherweise stellt der Verf. eine genauere Beschreibung des Verfahrens in einem Buch in Aussicht, das er bei Maloine über die neueren Verfahren bei chirurgischer Tuberkulose erscheinen lassen wird. Nehmen wir inzwischen an, daß er keinen Jodkristall von 1 cm Kante sondern 1 ccm Jodtinktur spritzt, daß er die Kalksalze täglich per os gibt und unter den genannten die Wahl läßt! Die Theorie lautet: Erdnußöl wirkt lymphozytenmehrend und lipasevermehrend, das Jod leukozytenvermehrend und proteolytisch auf das Bazilleneiweiß, bedarf aber wegen des Freiwerdens der Fettsäuren aus den Bazillenleibern der Entsäuerung durch Kalksalze. Die Methode soll gut vertragen

werden und rasch zu Dauerheilungen führen. Besonders eindrucksvoll sind die vollkommenen Heilungen der Mehrzahl unter den behandelten Lymphdrüsenfällen auch da, wo andere Versuche vorausgegangen waren. Auch bei fistelnder Knochentuberkulose einige gute Fälle. Von anderen Lokalisationen ist die mitgeteilte Kusuistik allzu klein.

Fuld (Berlin).

3. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Über die Beziehungen der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Augenleiden

macht E. Vogt-Tübingen (Univ.-Frauenkl.: A. Mayer) praktisch sehr beachtenswerte Angaben. Die Arbeit sollte im Original gelesen werden. Hier nur einige besonders wichtige Angaben. Die Retinitis albuminurica kommt auch bei der Schwangerschaftsnephropathie vor. Sie ist also kein Zeichen für die eigentliche chronische Nephritis. Tritt die Erkrankung in den ersten 6 Monaten auf, so ist damit eine Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft ohne Rücksicht auf das Kind gegeben. Heilt die Retinitis albuminurica nach der Unterbrechung der Schwangerschaft nicht ganz aus, so hat man dafür zu sorgen, daß keine neue Schwangerschaft auftritt. Neuritis optica erfordert Unterbrechung und Verhütung einer neuen Schwangerschaft. Auch während der Schwangerschaft können augenärztliche operative Eingriffe vorgenommen werden.

Über die Prognose und die Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei der Hyperemesis gravidarum

macht Th. Heynemann-Hamburg (Univ.-Frauenkl.) sehr wichtige Angaben (Zbl. Gynäk. 1928 Nr. 37). Die unmittelbar auf Leberatrophie und toxische Leberdegeneration hinweisenden Erscheinungen müssen unbedingt Veranlassung zu schnellster Unterbrechung geben. Dies sind Hirnerscheinungen (Benommenheit, Delirien, Halluzinationen, Sopor), Neuritis, besonders Neuritis optica, und Temperatursteigerung auf etwa 39° C. Bilirubinsteigerung im Blute und Eiweiß und Zylinder im Harn weisen in Zweifelsfällen darauf hin, daß es sich wirklich um Folgen der Hyperemesis und nicht um interkurrente Ereignisse handelt. In dieser Hinsicht kann auch die Azetonurie und vor allem die quantitative Bestimmung der Ketonkörper im Blute wertvolle Dienste leisten, doch ist gerade hier immer auch an die ausschlaggebende Bedeutung der Zufuhr oder des Mangels an Kohlehydraten zu denken. Nach Ansicht des Verf. besteht für die häusliche Praxis der Satz zu Recht, daß ohne den Versuch einer klinischen Behandlung eine Unterbrechung bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse überall dort nicht gerechtfertigt ist, wo eine solche Überführung den örtlichen Umständen nach möglich ist. Die Hyperemesis gibt bei ent-

sprechender Behandlung für die ganz überwiegende Mehrzahl der Fälle eine durchaus gute Prognose. Da aber für die schweren Fälle eine gewisse Gefahr besteht, gehören diese in die Klinik. Für die überwiegende Mehrzahl auch dieser Fälle wird damit die Prognose ebenfalls eine gute. Nur ganz ausnahmsweise ist eine Unterbrechung erforderlich. Todesfälle sind sehr selten, wie die nicht zahlreichen Berichte in der Literatur zeigen. Verf. hat noch keinen Todesfall gesehen. Jeder Todesfall mit guter klinischer Beobachtung und genauem histologischen Befunde ist der Veröffentlichung wert. Ref. schließt sich diesen Ausführungen voll und ganz an.

Symptomatische oder kausale Klimaxtherapie

erörtert R. Seitz-Breslau (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 30) und empfiehlt die symptomatische Therapie, mit der er folgende Erfolge erzielt hat: Fälle a: mit Transannon gut beeinflussbar (mäßige Adipositas, Herzbeschwerden, Schweiß, aber sehr wenig nervöse Zeichen). Fälle b: wenig beeinflussbar (magere, sehr nervöse Frauen, fliegende Hitze, Schweißausbrüche, thyreotoxischer Einschlag). Fälle c: unter gleichzeitiger Verwendung von Thyreonal schnelle Beschwerdefreiheit (starke Adipositas, wenig nervöse Zeichen und vegetative Merkmale). Eine hormonale Therapie will Verf. auf die artifiziellen und Frühformen des Klimakteriums beschränkt wissen. Abel (Berlin).

4. Harnleiden.

Übertragung des Trippers durch weib-weiblichen Verkehr.

Heller beobachtete einen einschlägigen Fall (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 46) und macht darauf aufmerksam, daß man in Fällen unklarer Ätiologie an diesen Infektionsmodus denken müsse.

Behandlung der Bartholinitis.

Schmidt-La Baume (Münch. med. Wschr. 1928 Nr. 52) spritzt Rivanol 1:500 von einem Einstich an verschiedenen Stellen in die geschwollene Drüse und möglichst auch in den Ausführungsgang ein. Nach 1—8 Einspritzungen von meist 2—4 ccm kamen die geschwollenen Drüsen zur Resorption. Kleine Infiltrate, die manchmal zurückbleiben, verschwinden von selbst. Ist die Drüse bereits vereitert, so wird erst der Eiter durch Punktion mit dicker Nadel entleert, dann die Drüse infiltriert und schließlich die Abszeßhöhle mit Rivanollösung gefüllt. Vor den Einspritzungen betäube man die Einstichstelle mit 1—2 ccm 1 proz. Novokainlösung.

Heilte die Kriegsnephritis?

In den ersten Nachkriegsjahren hatte man die Kriegsnephritis — eine akute, durch Streptokokken hervorgerufene Glomerulonephritis — prognostisch

günstig beurteilt. Magnus-Alsleben (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 46) mußte sich aber beim Studium der Krankengeschichten eines Versorgungsamtes davon überzeugen, daß man sich darin erheblich geirrt hat. 13 Proz. der Erkrankten haben eine Schrumpfnier, 23 Proz. eine chronische Nephritis mit Blutdrucksteigerung, bei 25 Proz. besteht ein abnormer Harnbefund mit guter Nierenfunktion und nur etwa 40 Proz. sind völlig geheilt. Oder mit anderen Worten: jetzt, 10 Jahre nach dem Kriege, sind — abgesehen von den bisher Gestorbenen — 35 Proz. der Kriegsnephritiker ernstlich chronisch krank.

Pulvertrockenbehandlung des weiblichen Harnröhrentrippers

wird von A. Stern empfohlen (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 1). Das Pulver (Silbersalze, z. B. Albargin, 0,5—1,0:10,0 Sacchar. lactis) wird mit einem besonderen kleinen Apparat, der auch eine Dehnung der Harnröhre bewirkt, eingebracht (Hersteller: Kirchner & Wilhelm in Stuttgart).

Eine akute Jodvergiftung nach Pyelographie mit Umbrenal

beobachtete Walter A. Fränkel (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 50) nach Einspritzen von nur 4 ccm Umbrenal (Jodlithium). Gleichzeitig bestanden Harndrang und heftigste Schmerzen in der Harnröhre und Blase, sowie Hämaturie. Der Zustand hielt einige Tage an. Nachträglich erfuhr man von der Kranken, daß sie früher einmal nach Einnehmen von Jodkalium ebenfalls Vergiftungserscheinungen bekommen hätte. Eine Erkundigung nach Jodüberempfindlichkeit ist daher vor der Pyelographie am Platze.

Harnröhrenstriktur und Ehekonsens.

Verengerungen der Harnröhre, auch solche geringen Grades (harte Infiltrate), können latente Gonokokkenherde enthalten. Vor Erteilung der Heiratserlaubnis ist daher, wie Langer hervorhebt (Dtsch. med. Wschr. 1928 Nr. 50), auch auf Verengerungen der Harnröhre zu untersuchen. Bestehen Strikturen oder auch nur harte Infiltrate, so hat der Arzt auf Behandlung zu dringen und muß außerdem den Kranken darauf aufmerksam machen, daß er bis zur Beseitigung der Erkrankung ansteckend sein kann. Der Kranke ist dann gesetzlich zur Mitteilung an die Braut verpflichtet. Bei sehr engen Strikturen ist vor Erteilung der Heiratserlaubnis auch die Frage der Zeugungsfähigkeit zu prüfen. Wenn der Samen nicht durch die Harnröhre hindurch kann, so besteht Aspermatus.

Eine große Zyste in der Blase

sah Mandel (Med. Klin. 1928 Nr. 44) in drei Fällen. Die Geschwulst war hasel- bis walnußgroß und erschwerte das Wasserlassen, machte

es in einem Falle sogar unmöglich. Die Diagnose konnte, wie immer, nur durch das Zystoskop gestellt werden. Elektrokoagulation der Zyste bzw. Exstirpation nach sectio alta brachte Heilung.

Die Ätiologie solcher Zysten ist nicht geklärt. In einem Teil der Fälle gehen sie wohl von ungewöhnlich hoch gelegenen Harnröhren- bzw. Prostatadrüsen aus. Portner (Berlin).

Soziale Medizin.

Wann dürfen wir nach unseren heutigen Kenntnissen dem Syphilitiker die Heirat gestatten?

Von

Prof. C. Bruhns in Charlottenburg.

So viel uns die letzten 20—25 Jahre in der Diagnose und Therapie der Syphilis gefördert haben, so lassen die neuen Erkenntnisse, die Spirochätenuntersuchungen, die Blutreaktionen, die Lumbalpunktion u. a. doch im Stich hinsichtlich der Gewähr einer tatsächlich erfolgten Ausheilung. Selbst bei den im seronegativen Stadium ganz lege artis behandelten Primäraffekten können wir nach Abschluß der Behandlung nicht mit voller Sicherheit in allen Fällen die definitive Beseitigung der Lueserkrankung voraussetzen, wengleich wir hier mit der Annahme einer fast 100proz. Heilung der Wirklichkeit wohl sehr nahe kommen. Wegen der Unmöglichkeit, zu einem bestimmten Zeitpunkt die Heilung einer Syphilisinfection feststellen zu können, bestehen auch für die Heiratsfrage zum Teil noch die gleichen Grundbedingungen, die wir schon vor 30—40 Jahren aufstellten. Immer haben wir bei der Heiratsfrage ja die zwei Gesichtspunkte im Auge zu behalten: 1. Wird der oder die in die Ehe Tretende die frühere Lues nicht auf die Partnerin (oder den Partner) und auch nicht auf das Kind übertragen? und 2. wird der früher an Lues Erkrankte — und das betrifft in erster Linie den Mann — nicht vorzeitig durch Folgekrankheiten erwerbsunfähig werden und dadurch die Familie in Notlage bringen? Von diesen Fragestellungen wird die zweite meist noch unsicherer zu beantworten sein als die erste.

Wenn ein Patient zu uns kommt mit einem Primäraffekt und positiver WaR., vielleicht auch schon mit sekundärem Exanthem, so müssen wir genau wie früher verlangen, daß die Sekundärperiode abgelaufen ist, ehe wir die Heirat erlauben, d. h. Eintritt in die Ehe kann erst nach einer Frist von 4 bis 5 Jahren, von der Infektion an gerechnet, zugegeben werden. Dabei ist gute Behandlung in den ersten Jahren Voraussetzung, ferner Freibleiben von syphilitischen Erscheinungen in den letzten $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren. Für die Frage der Ansteckungsfähigkeit ist es dann nach dieser Frist streng genommen gleichgültig, ob der Patient noch positiven Wassermann hat, denn auch positive Reaktion wird nicht als ansteckend anzusehen sein, wenn die genügende Zeit seit der

Infektion verstrichen ist. Aber bei jemand, der 4—5 Jahre nach der Ansteckung trotz guter Behandlung noch positiv reagiert, werden wir eher geneigt sein, noch weitere Folgezustände der Krankheit zu erwarten, als bei jemand, der keine Symptome mehr und auch negative Blutreaktion aufweist, und wir dürfen nicht verfehlen, den Patienten mit der positiven Reaktion darüber aufzuklären, daß er im allgemeinen als gefährdeter anzusehen ist, und daß zum mindesten die Notwendigkeit einiger Kuren vor der Eheschließung resp. in der ersten Zeit der Ehe noch gegeben ist.

Wenn die Ansteckung verhältnismäßig kurze Zeit, vielleicht gerade erst 5 Jahre zurückliegt, ist es gewiß gut, wie wir das früher bei der alleinigen Verwendung der Hg-Kuren ganz generell taten, auf jeden Fall noch eine gute kombinierte Kur zu empfehlen. Im übrigen mag man sich immerhin danach richten, wie die Behandlung in den ersten Jahren war und versäumte Kuren noch nachholen lassen, wobei wir unter guter Behandlung verstehen bei seropositiv gewesener Lues die Absolvierung von 3—4 intensiven kombinierten Kuren, bei seronegativ erfaßtem Primäraffekt wenigstens zwei solcher Kuren.

Da bei einem Kranken mit Primäraffekt ohne Sekundärerscheinungen, bei dem vor und während der Kur die Blutreaktion absolut negativ geblieben ist, nach guter Behandlung die definitive Heilung eine fast sichere zu sein scheint, so ist das der einzige Fall, in dem wir es riskieren dürfen, schon nach zwei Jahren die Heirat zu konzederen.

Wollen wir in den verschiedenen Fällen nach den oben genannten Zeiten die Heiratsurlaubnis geben, so muß dabei die Untersuchung auf etwa noch bestehende Lues aber auch mit allen modernen Hilfsmitteln ausgeführt werden, besonders muß auch die Lumbalpunktion mit herangezogen werden. Ein kranker Liquorbefund, der noch 3—4 Jahre nach der Infektion festgestellt wird, erhöht sicherlich die Möglichkeit später eintretender Tabes oder Paralyse, wenn damit auch keineswegs gesagt ist, daß nun Metalues durchaus eintreten muß, ebensowenig, wie zeitweise gesunder Liquor die Gewähr gibt, daß der Patient nun für immer gesichert sei vor nervösen Nachkrankheiten. Doch aber werden wir bei Befund eines kranken Liquors diesen erst gesund zu gestalten versuchen (eventuell Malariakur mit Neosalvarsan!) und die Heirat zunächst noch hinauschieben.

Während wir beim Manne annehmen dürfen, daß, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die im

Verhältnis so selten sind, daß sie praktisch übergangen werden können, die Übertragungsfähigkeit auf Frau und eventuelle Kinder 4—5 Jahre nach der Infektion zu erlöschen pflegt, verhält es sich bekanntlich etwas anders bzgl. der Vererbung von der Mutter auf das Kind. Zweifellos kann von einer mit Lues infizierten Mutter noch 6, 8, 10 Jahre und länger nach der Ansteckung ein kongenital syphilitisches Kind zur Welt gebracht werden. Daher muß der Arzt, wenn eine früher syphilitisch gewesene Patientin den Rat bez. der Eheschließung einholt, auf die Möglichkeit, daß auch nach verhältnismäßig langer Zeit ein syphiliskrankes Kind geboren werden kann, aufmerksam machen, und der Eintritt einer Gravidität muß je nach der seit der Infektion verflossenen Zeit eventuell hinausgeschoben werden. Der Arzt darf aber gleichzeitig darauf hinweisen, daß wir nach unseren heutigen Kenntnissen nicht nötig haben, von vornherein von der Erzeugung von Kindern in solchen Fällen ganz abzuraten. Wir wissen, daß nach guter Behandlung im Frühstadium mit genügenden Salvarsan-, Quecksilber- resp. Wismutdosen oft genug nach einer Anzahl von Jahren doch gesunde Kinder geboren werden, wir wissen ferner, daß letzteres viel häufiger eintritt, wenn wir die früher syphilitische Frau während der Gravidität einer ausgiebigen Behandlung unterziehen. Wir werden also, wenn bei einer Frau eine nicht abnorm schwere, in den ersten Jahren einigermaßen gut behandelte Lues vorlag, und zurzeit keinerlei Erscheinungen, auch keine positive Blutreaktion nachweisbar sind, die Heirat mindestens 5 Jahre nach der Infektion erlauben und darauf hinweisen, daß eine Konzeption nicht früher als etwa 6—8 Jahre nach der Infektion erfolgen solle, und daß dann während der Gravidität am Anfang derselben und ca. 3 Monate später noch einmal eine gründliche kombinierte Kur (mindestens 4,5 g Neosalvarsan bei gleichzeitiger Quecksilber- oder Bi-Kur) vorgenommen wird. Dann ist die Hoffnung auf ein gesundes Kind in der Tat sehr groß. Zieler hält bei ausreichender und günstig ausfallender Untersuchung und früherer guter Behandlung in solchen Fällen sogar die Behandlung während der Gravidität für entbehrlich, ich möchte sie vorläufig noch nicht missen. Sicherlich muß das Kind nach der Geburt noch ärztlich beobachtet werden. Und selbst wenn es trotz aller Vorsicht nicht von der Lues verschont sein sollte, ist ja heute die Möglichkeit der Heilung durch eine bei dem Kind eingeleitete energische Therapie (ebenfalls kombinierte Kuren!) sehr viel größer, als das früher der Fall war.

Einige Sonderfragen in unserem Thema können noch an uns herantreten. Eine solche ist die, wie wir uns verhalten sollen, wenn bei einem Ehe Kandidaten, dem von einer früheren Lues gar nichts bekannt ist, eine positive WaR. plötzlich den unerwarteten Aufschluß gegeben hat, daß doch einmal eine Luesinfektion stattgefunden hat. Eine Behandlung hat dann ohnehin nicht stattgefunden,

und so bleibt uns nichts anderes übrig, als den Zeitpunkt unserer Einschätzung von dem positiven Befund der WaR. an zu zählen, jetzt erst die Therapie zu beginnen und von hier aus die 4 bis 5 Jahre Karenzzeit zu rechnen. Wenn es bei jüngeren Leuten häufig genug so sein kann, daß die Lues gar nicht so lange vor der Entdeckung des positiven Befundes erworben war, so mag es sich bei älteren Leuten sicherlich oft um weit zurückliegende Infektionen handeln, bei denen die WaR. positiv geblieben ist, vielleicht auch trotz nun eingeleiteter Kuren nicht negativ werden will, obgleich alle sonstigen Symptome fehlen (sogenannte Dauerreagierer!). Da wir aber auch bei diesen älteren Leuten mit der unbekanntem Infektion schließlich nicht wissen, ob nicht doch einmal die Erwerbung der Lues verhältnismäßig frisch war, so müssen wir auch hier die Karenzzeit einhalten und müssen, wenn wir die Reaktion durch die Therapie nicht negativ bekommen, auch hier auf die doch nicht auszuschließende Möglichkeit der größeren späteren Gefährdung aufmerksam machen, die ja auch schon darin liegen mag, daß überhaupt erst spätere Zeit nach der Ansteckung die Therapie beginnen konnte. Natürlich ist hier wieder um so mehr Untersuchung mit allen Hilfsmitteln, so die Heranziehung der Lumbalpunktion und auch der Aortendurchleuchtung notwendig.

Wenn jemand zu uns kommt mit manifesten, tertiären Erscheinungen, so werden wir bei ihm jedenfalls sagen müssen, daß seine Lues noch nicht erloschen ist, und wir werden ihn durch ordentliche Behandlung (mindestens wohl zwei kombinierte Kuren!) in einen von Syphiliserscheinungen freien Zustand überzuführen versuchen, ehe wir einer Heirat zustimmen können. Die Frage der Ansteckungsmöglichkeit spielt aber hier eine viel geringere Rolle, tertiäre Erscheinungen, die nicht gerade abnorm früh, nicht während der gewöhnlichen Dauer der Sekundärperiode, auftreten, dürfen wir im allgemeinen als nicht ansteckend ansehen. Trotzdem werden wir bei zufälliger Lokalisation von Tertiärsymptomen an den Genitalien oder auch am Munde doch die nötige Vorsicht walten lassen, um ja nichts zu versäumen.

Gelegentlich, zum Glück nicht oft, kommt es vor, daß ein Patient, der an Metalues leidet, heiraten möchte. Es kann da natürlich nur über etwaige Fälle von der gutartigen, in den Anfängen stabil gebliebener Tabes, wie wir sie heute öfters zu sehen bekommen, diskutiert werden. Eine Ansteckungsgefahr kommt da ja kaum in Betracht, da die Luesinfektion lange genug zurückliegt. Ob eine Beeinflussung des Kindes in dem Sinne, daß gewisse nervöse Degenerationserscheinungen sich vererben können, wie manche angenommen haben, möglich ist, das ist zum mindesten sehr zweifelhaft. Aber natürlich besteht immer die Möglichkeit, daß die Tabes eine schwerere Wendung annimmt, und darauf muß zum mindesten der Patient hingewiesen werden.

Erwähnt seien schließlich noch die Fälle von kongenitaler Lues, bei denen wir manchmal Stellung nehmen müssen zur Heiratsfrage. Wir können ja nach Ablauf der ersten 4—5 Jahre die kongenitale Lues etwa der tertiären manifesten oder latenten Syphilis der Erwachsenen gleichsetzen und sehen sie dementsprechend nicht mehr als infektiös an. Etwas schwieriger erscheint uns zunächst die Frage bei den oft im Wuchs zurückgebliebenen jugendlichen Personen mit angeborener Syphilis, die — im heiratsfähigen Alter — keinerlei andere Symptome ihrer Krankheit mehr aufweisen als eine positive WaR., die auch durch viele vorangegangene Kuren nicht umzustimmen war. Wir finden das doch öfters. Nun, hier dürfen wir, wie bei dem oben erwähnten bekannten „Dauerreagierer“ bei der akquirierten Syphilis, über die positive Reaktion hinwegsehen, und was die Ansteckungs-

möglichkeit von der kongenital krank gewesenen Mutter auf das Kind anlangt, so können wir an der Erfahrungstatsache festhalten, daß eine einwandfrei beobachtete Übertragung der Erblues auf das zweite Glied zu den großen Seltenheiten gehört, so daß wir sie praktisch ausschalten dürfen. Diese Art Patienten können also heiraten.

Nach den oben ausgeführten Prinzipien werden wir im großen und ganzen das Problem der Heiratsfähigkeit nach Luesinfektion entscheiden können. Wir dürfen diesen Fragen nicht aus dem Wege gehen und sie auch nicht nur beantworten, wenn sie an uns gestellt werden. Unsere Aufgabe ist es vielmehr, von vornherein unsere Syphilispatienten aufzuklären, damit sie einerseits die notwendige Vorsicht auszuüben lernen, damit sie aber andererseits auch die Beruhigung erhalten, daß die Syphilis keineswegs eine Krankheit ist, die die spätere Verheiratung unmöglich macht.

Ärztliches Fortbildungswesen.

Ist die „Schulmedizin“ durch Prinzipien und Systeme in ihrer Therapie eingeschränkt?

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Kraus in Berlin.

Im Rahmen der Vorträge des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen behandelte Geheimrat Professor Dr. Kraus, die heute so aktuelle und viel erörterte Frage, ob die Schulmedizin durch ihre verschiedenen theoretischen Voraussetzungen in der Krankenbehandlung eingeschränkt ist? Zur Beantwortung dieser Frage ist es notwendig, wie der Altmeister der deutschen Kliniker betonte, einen Standpunkt einzunehmen, der es ermöglicht, Gegenwärtiges und Geschichtliches. Theorie und Praxis in der Medizin zu überblicken. Stets bestand ein gewisses Dilemma, eine Spannung zwischen den wissenschaftlichen Bestrebungen zur Ergründung der Natur der Krankheiten und zwischen der Heilkunst, welche die Krankheiten und den kranken Menschen heilen will. Als Forscher will der Mediziner die Krankheiten erkennen, und dies ist eine letzthin nicht vollendbare Aufgabe, während er als Arzt, als Heilkünstler, sofort helfen und heilen muß. Die Überbrückung dieses Gegensatzes ist nur programmatisch möglich. Dabei sollte die moderne biologische Einstellung den Weg zum Ausgleich der verschiedenen Richtungen geben. Praktisch wird der Arzt stets versuchen müssen, die Hilfen, die ihm von den modernen Naturwissenschaften in die Hand gegeben werden, zu benutzen, aber ebenso die naturwissenschaftlich nicht faßbaren „Seiten“ des Kranken, seine Seele und sogar sein „Jenseits der Seele“ zu achten, zu würdigen und bei seinen Heilversuchen einzukalkulieren. Der Arzt muß im

guten Sinne des Wortes eklektisch sein, das heißt das Gute verwerthen, woher es auch immer kommt. Die „Krise in der Medizin“ entstand dann dadurch, daß man theoretisch verbrämt, Einseitigkeiten verfallen, immer mehr „Sezessionen“ und „Sekten“ bildete, die sich alle im Besitz allein-seligmachender Anschauungen und Heilmittel wähnten.

Betrachtet man von einer philosophischen Warte aus diese Sektenbildungen, dann kommt vor allem ein weltanschaulicher Gegensatz zum Vorschein. Uralt und ewig sind die Gegensätze zwischen Romantik und Mystik einerseits und zwischen dem Rationalismus andererseits. Die romantisch-mystische Einstellung glaubt durch innere Versenkung, durch nachbildende und einfühlende Phantasie, durch einen Symbolismus dem gesunden und kranken Menschen gerecht werden zu können. Dieses Versenken in die Seele des Kranken, um auch körperliche Krankheiten zu beherrschen, hat die Psychoanalyse mit einer einzigartigen Wucht zum System ausgebildet. Es ist nicht zu bezweifeln, daß hierbei als Einzelergebnisse hochwichtige Tatbestände aufgedeckt worden sind und Anregungen für die verschiedensten Teildisziplinen der Medizin ausgegangen sind. Doch als Ganzes bildet Psychoanalyse nur ein begrenztes Zwischengebiet. Wird dieses überschritten, so kommt es zur wunschgemäßen Vergewaltigung der Wirklichkeit. Die bedenklichste Beschränkung Freuds besteht darin, daß er nur das triebhaft Dionysische sieht und dasselbe mit einer Moraltheologie bannen will, während doch die menschliche Seele, nach Kraus, schon ursprünglich auch das Maßvolle, Gestaltete, Apollinische in sich trägt. Wir sind in unseren ersten Lebensäußerungen bereits soziale Wesen und nicht nur Vatermörder (Ödipus-Komplex). Steiners Anthroposophie hat dann das Sagen-

Mythen- und Symbolhafte noch weiter verallgemeinert und zu einer der größten Sektenbildungen geführt.

Diesen Mystikern stehen jene Sektierer gegenüber, die allein die Heilkraft der Natur auf sich wirken lassen wollen. Sie sind Rationalisten, in dem sie verstandesgemäß sich zu der Ansicht „durchgerungen“ haben, daß nur die Natur ohne ärztliches Zutun heilen kann. Ihre Einzelanschauungen sind zum Teil dem Schatz der Volkshelkunde entnommen, und schon dies allein muß es für jeden glaubhaft machen, daß die Schulmedizin immer gewillt war, das Nützliche, was hierbei erkannt und erprobt worden ist, in ihren Lehrbestand aufzunehmen. Es ist kein Widerspruch, wenn man ausspricht, daß es anerkannt glücklich begabte Laien auf dem Gebiete der Heilkunde gab und daß trotzdem keiner ihrer Schüler heute die Naturheilkräfte besser zu handhaben vermag, als die Mediziner. Im Gegenteil, die Einseitigkeiten, die in den verschiedenen Spielarten der naturheilkundlichen Bestrebungen zum Vorschein kommen, untergraben allzuoft die Gesundheit des einzelnen, so durch unsachgemäße Behandlung, wie durch Entziehung von der sachgemäßen Behandlung. Ein besonderes Kapitel bildet die Homöopathie, das Behandeln mit kleinsten Dosen. Diese Lehre ist in der Form, wie sie Hahnemann ausbildete, als Gesamtsystem, nicht

mehr zu halten. Wohl hat es sich aber gezeigt, daß es Fälle gibt, wo die „Homöopathie“ praktisch nützlich ist. Heute ist eine ruhige Aussprache und eine Annäherung der Ansichten über den Wert der Homöopathie möglich geworden, die endgültige Klärung steht bevor. Kraus selbst glaubt, daß dabei bei bestem Willen der Homöopathie nicht einmal die Rolle eines selbständigen Spezialfaches zuzubilligen sein wird, sondern daß nur einzelnes aus der Homöopathie in unseren Heilschatz dauernd eingehen wird.

Man kann die Medizin nur an ihren Früchten beurteilen.

Die „Schul- und Staatsmedizin“ hat für die öffentliche Gesundheitspflege unvergleichlich mehr geleistet als alle Sekten und Sezessionen zusammen.

Und wer die Gesundheit des einzelnen und des Volkes schützen will, wird auch einen gesetzlichen Schutz gegen die Pfuscher anrufen müssen. Wir besitzen in Deutschland Abertausende, die eher aus Unwissenheit und Mystik als aus purer Gewinnsucht die Kranken der ärztlichen Behandlung entziehen: diesen gegenüber tut ein Kurpfuschergesetz not. Von diesem erwartet Kraus eine große hygienisch-erzieherische Wirkung. Die Kurpfuscher selbst werden dadurch nicht restlos auszurotten sein, „denn“ wie Kraus sagt, „der letzte Mensch wird der letzte Kurpfuscher sein“.

N. Z.

Aus den Parlamenten.

Aus dem Preußischen Wohlfahrtsministerium.

Der Haushalt des Wohlfahrtsministeriums ist im Landtag durchberaten worden. Im nachstehenden berichten wir kurz über die Aussprache im Hauptausschuß, die vom 17.—19. Januar erfolgte. Bei den verschiedenen Rednern herrschte darüber Einmütigkeit, daß die Mittel, die für die „Volksgesundheit“ ausgeworfen sind, unzureichend seien. Die Gesamtausgaben für Volksgesundheit beziffern sich für das neue Etatsjahr 1929 auf 11,7 Millionen Mark, wovon 2,4 Millionen durch Einnahmen gedeckt sind, was also einen Zuschuß von 9,3 Millionen bedeutet. Demgegenüber beträgt der Zuschuß für den Gesamthaushalt des Wohlfahrtsministeriums 43,8 Millionen. Gegenüber dem Vorjahr ist beim Gesamthaushalt eine Verringerung um fast 3 Millionen, bei dem Haushalt für Volksgesundheit eine Steigerung um 1,1 Millionen festzustellen. Erfreulich ist, daß mißbilligende Äußerungen über die Leistungen des Ministeriums, die in den Vorjahren bis zu Anträgen auf Auflösung des Ministeriums überhaupt sich verdichteten, nicht gefallen sind, vielmehr von der einen und anderen Seite hervorgehoben wurde, daß das Ministerium seine Daseinsberechtigung durchaus bewiesen habe. Der plötzliche Tod des Ministerialdirektors Krohne Ende vorigen Jahres wurde

unter Hervorhebung seiner besonderen Verdienste von verschiedenen Rednern bedauert. Zu gegensätzlicher Meinungsäußerung kam es hauptsächlich bei Besprechung des § 218 StrGB., eine Angelegenheit, die seit Jahren im Landtag erörtert wird, wobei die gegensätzliche Weltanschauung der Parteien darin immer wieder zum Ausdruck kommt, daß auf der linken Seite die Abschaffung des § 218 und Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung gefordert wird, während auf der rechten Seite und beim Zentrum die Beibehaltung des bisherigen Rechtsstandpunktes verteidigt wird. Immerhin zeigt sich, daß vereinzelt auch bei den bürgerlichen Parteien der ganz strenge Standpunkt zugunsten eines weitherzigeren Verfahrens im Einzelfalle fallengelassen wird. Von allgemeinem Interesse sind folgende Gegenstände: für die Medizinalbeamten wurde Ernennung sämtlicher Regierungs- und Medizinalräte zu Oberregierungsräten und der Hilfsarbeiter bei den Regierungen zu Regierungs- und Medizinalräten, vermehrte Reisetätigkeit, aktiveres Vorgehen gegen die Seuchen, spezielle Ausbildung in Erbkunde und Bevölkerungshygiene gefordert, die Erhöhung der Zahl der Gewerbedozenten von 5 auf 8 und der Medizinalassessoren um 6 begrüßt; für die Ärzte wurde eine gründliche und lückenlose Ausbildung, speziell in der Versicherungs- und Unfallmedizin, zugleich als Mittel zur Bekämpfung der Kurpfuscherei, der

energisch zu Leibe zu gehen sei, ferner eine Revision der ärztlichen Gebührenordnung mit Anpassung an den tatsächlichen Wert des Geldes verlangt; frühere Anträge auf Verleihung des Titels „Professor“ an wissenschaftlich qualifizierte Ärzte wurden erneuert; die Ausdehnung der schulärztlichen Versorgung auf die staatlichen höheren Lehranstalten wurde befürwortet u. a. m.

Aus den Äußerungen der einzelnen Abgeordneten und des Ministers für Volkswohlfahrt sei kurz folgendes hervorgehoben: Von den Abgeordneten aus dem ärztlichen Stande hob Freifrau Dr. v. Watter (Dnat.) hervor, daß die Krüppelfürsorge und die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten besonders zu pflegen, die Kurpfuscherei nachhaltiger zu bekämpfen, der Notlage der Landapotheker abzuhelpen sei. Dr. Chajes (Soz.) warnte vor Überschätzung des günstigen Gesundheitszustandes des Volkes, betonte die Notlage im Waldenburger Gebiet, bezeichnete die Überfüllung des Ärztestandes als eine Gefahr, bemängelte die Überteuering von Arzneimitteln und das Fehlen einer staatlichen Arzneiprüfungsstelle, forderte weitere Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose. Dr. Boehm (DVp.) setzte sich besonders für bessere Aus- und Fortbildung der praktischen und beamteten Ärzte ein, wünschte für die Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf eine Verbesserung nach der Richtung hin, daß ein Kreisarzt die Anwärter für die kreisärztliche Laufbahn in der praktischen Handhabung des kreisärztlichen Dienstes unterweise, und äußerte bezüglich der kommenden Verwaltungsreform Bedenken gegen etwaige Unterstellung des Kreisarztes unter den Landrat. Abg. Dr. Bundt (Dnat.) betonte die Notwendigkeit intensiver staatlicher Seuchenbekämpfung, der gegenüber mit Fürsorgemaßnahmen allein nicht auszukommen sei, trat für

Besserstellung der Medizinalbeamten in der Regierungsinstanz ein und warnte vor etwaiger Freigabe des Aborts. Dr. Wester (Ztr.) hob die Bedeutung des Ministeriums hervor, trat für eine Förderung des Rettungswesens, Errichtung eines Neubaus der staatlichen Nahrungsmitteluntersuchungsanstalt und Verbesserung der Personalverhältnisse der Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene in Berlin-Dahlem ein. Im übrigen sprachen die Abgg. G e h r m a n n (Komm.) und Frau Ludwig (Komm.) für Aufhebung des § 218 StrGB. und Freigabe des Aborts, Frau Dönhoff (DD.) betonte den Wert der hygienischen Volksbelehrung und die üblen Wirkungen des Alkoholgenusses, Dr. Schuster (DVp.) trat für Begünstigung kinderreicher Familien ein und wünschte im Kampf gegen den Alkoholismus praktische Maßnahmen (Herstellung guter und billiger alkoholfreier Getränke).

Der Minister Dr. Hirtsiefer nahm selbst das Wort zu längeren Ausführungen, in denen er namentlich sich dafür einsetzte, daß er, angespornt durch die den Arbeiten seines Ministeriums gezollte Anerkennung, weiter an der Erreichung des großen Zieles der Wohlfahrt des preußischen Volkes zu arbeiten bemüht sein werde. Er wandte sich durchaus gegen die Aufhebung des § 218, während er von dem Wege, den kinderreichen Familien zu helfen, sich mancherlei Gutes versprach. Er erkannte wohl die bedrohliche Überfüllung des ärztlichen Standes an, sah sich aber außerstande, hier bessernd einzugreifen. Der Ausbau zahnärztlicher Versorgung in den Schulen liege ihm, wie er ausführte, am Herzen. Ebenso die praktische Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs.

Über die Verhandlung im Plenum des Landtags soll hier weiter berichtet werden, sobald die Verhandlungsberichte vorliegen. Solbrig.

Ärztliche Rechtskunde.

Die Dresdener „Weißen Hirsche“ vor dem Reichsgericht.

Dr. Lahmann gegen Kurhaus.

Der 2. Zivilsenat des Reichsgerichts hat heute die Klage des weltbekannten Unternehmens Dr. Heinrich Lahmanns Sanatorium Weißer Hirsch bei Dresden gegen das „Kurhaus und Parkhotel Weißer Hirsch GmbH.“ auf Unterlassung des Gebrauchs des Namens „Weißer Hirsch“ endgültig zugunsten der beklagten GmbH. „Weißer Hirsch“ entschieden. Das Oberlandesgericht Dresden, dessen Entscheidung vom Kläger mit der Revision angefochten wurde, hatte seine Entscheidung allein auf die Frage der Priorität des Gebrauchs des Namens abgestellt und war auf Grund tatsächlicher Feststellungen zu dem Ergebnis gekommen, daß die Kurhaus- und Parkhotel Weißer Hirsch GmbH. das ältere Recht zur Führung des Namens „Weißer Hirsch“

besitze. Zwar sei die GmbH. in ihrer heutigen Form erst im Jahre 1914 gegründet worden, das Unternehmen sei aber auf eine schon im Jahre 1873 existierende alte Schänke zurückzuführen, die im Jahre 1888, dem Gründungsjahre von Dr. Lahmanns Sanatorium, unter dem Namen „Parkhotel Weißer Hirsch“ dem Gastwirts- und Hotelbetriebe gedient habe. Wenn auch das Unternehmen der Klägerin inzwischen Weltruf erlangt hat, so kann doch der Beklagten die Befugnis zur Weiterführung der umstrittenen Bezeichnung nicht untersagt werden. Sollte eine Verwechslungsgefahr zwischen beiden Unternehmungen bestehen, so hat nicht etwa die Beklagte mit ihren älteren Rechten zu weichen. Die gegen dieses Urteil beim Reichsgericht eingelegte Revision des Dr. Lahmannschen Unternehmens ist vom Reichsgericht zurückgewiesen worden. „Reichsgerichtsbriefe.“ (II 396/28. — Urteil des Reichsgerichts vom 19. Februar 1929.) K. M.-L.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 6. Februar 1929 zeigte vor der Tagesordnung Herr Canon Blutkulturen von *Staphylococcus aureus*, die in der Praxis gewonnen waren. Solche Untersuchungen können also auch vom Praktiker gemacht werden. Herr Bönniger sprach über Bronchialdrüsentuberkulose eines Erwachsenen mit tuberkulöser Lungentzündung. Hierzu wurde ein junger Mann vorgestellt, der in frühester Jugend eine tuberkulöse Infektion von der Mutter erworben hatte. 1926 fanden sich bei ihm im Röntgenbild zahlreiche alte Drüsenschatten mit Kalkherden und eine akut entzündete paratracheale Drüse. Mitte März 28 erkrankte er akut, hustete am 2. Tage der Erkrankung 5—6 Kalksteine aus und hatte bald darauf vor dem Röntgenschild eine große Verschattung im rechten Oberlappen. Nach 8 Tagen waren diese Verschattung und die Kalkschatten in der Lunge verschwunden. Es ist hier eine tuberkulöse Pneumonie anzunehmen, die sich zurückgebildet hat. In der Aussprache hierzu fragt Herr Zadek, ob Tuberkelbazillen gefunden waren, und Herr Hößlin, wie das Sputum ausgesehen hat. Herr Bönniger antwortet, daß in dem schleimig-eitrigen, nicht pneumonischen Sputum keine Tuberkelbazillen gesehen wurden. Die Beobachtung des Kranken erfolgte nicht auf der Höhe des Krankheitsbildes. In der Tagesordnung hielt Herr Claus einen Vortrag: Vom Munde und Schlunde ausgehende septische Erkrankungen und ihre Behandlung. Das Krankheitsmaterial, über das berichtet wird, umfaßt 42 Fälle, von denen 2 dentale, alle anderen pharyngealen Ursprungs waren, meistens von den Tonsillen ausgehend. Die Mehrzahl ist unter dem Bilde der Pyämie aufgetreten. Bei der Diagnose der Pyämie ist zu beachten, daß man am Halse selten etwas fühlt. Ein Viertel der Fälle hat Thrombosen der Jugularis. Der Pyämie muß eine Angina vorausgegangen sein, die 3 Tage bis 7 Wochen zurückliegen kann. An den Tonsillen braucht man gar nichts mehr zu sehen. Druckempfindlichkeit am Kieferwinkel ist ein konstantes Symptom, dessen Fehlen gegen die Diagnose spricht. Schüttelfröste sind vom 3. Tage ab ein alarmierendes Zeichen. Differentialdiagnostisch sind in Betracht zu ziehen die akute Leukämie, Monozytenangina, Pyelitis und Schleimhauterysipel. Im Blutbild starke Linksverschiebung und Leukozytose. Die an den Kubitalvenen, der Jugularis und der Fazialis vorzunehmende Blutaussaat muß auch anaerobe Züchtung vornehmen, weil es sich in der Mehrzahl um anaerobe hämolytische Streptokokken handelt. Ohne Behandlung führt die Krankheit zum Tode. Meistens werden von anderen Organen die Nieren beteiligt. Man beobachtet retrograde Thrombosen, die zur Meningitis führen. Sehr selten genesen Kranke nach vielen Schüttelfrösten. Pathogenetisch handelt es sich immer zunächst um

eine retrotonsilläre leukozytäre Phlegmone, so daß das Überspringen von Gefäßabschnitten erklärt erscheint. Die Erkrankung ist zunächst lymphogenetisch. Chemische Mittel und Serumtherapie hat keinen Erfolg. Der primäre Krankheitsherd wird durch Eukleation der Tonsillen und Entleerung des Abszesses ausgeschaltet. Die Gefäße müssen genau revidiert, die erkrankten unterbunden werden; nachher Drainage. Findet sich keine Infiltration der Gefäßscheide, so ist die Diagnose falsch. Man operiert unter paravertebraler Lokalanästhesie. Bei Kindern wird am hängenden Kopf operiert. Man soll auch bei subakuten Fällen operieren, weil noch nach Monaten und selbst nach 1½ Jahren ein tödlicher Ausgang vorkommt. Tonsillektomien können ebenfalls zu Phlegmone und Thrombose führen. Bei Druckempfindlichkeit im Jugulum ist sofortiges Eingreifen erforderlich, weil es sonst zu eitriger Mediastinitis kommt. Das Gesamtergebnis waren 19 Todesfälle und 22 Überlebende. In letzter Zeit sind die Erfolge besser und sie werden eine bessere Statistik liefern je früher die Kranken in Behandlung kommen. In der Aussprache hierzu weist Herr Martens darauf hin, daß er als erster bei Pyämie die Venen unterbunden und immer wieder diese Operation gefordert hat. Pyämie und Sepsis soll man nicht verwechseln; denn Pyämie ist eine eitrige Thrombophlebitis und bei ihr hilft die Venenunterbindung, die bei Sepsis versagt. Die beschriebenen Krankheitsfälle sind keineswegs selten, aber sie werden nicht genau erkannt. Wenn auch Heilungen noch nach mehreren Schüttelfrösten vorkommen, so ist das doch selten und man soll möglichst bald operieren. Herr U. Friedemann anerkennt, daß heute eine ganze Reihe von Fällen geheilt wird, die früher absolut verloren waren. Man soll nicht so lange warten. Entfernt man den primären septischen Herd, so gelingen doch viele Heilungen. Die Schwierigkeiten für die Chemotherapie liegen darin, daß sie nicht an den primären Herd herankommen kann und Keime immer wieder von ihm nachgeliefert werden. Es empfiehlt sich daher die Venen zu punktieren und aus der Zahl der gefundenen Keime auf die Quelle der Keime zu schließen. Herr Bendt betont, daß die Thrombophlebitis nicht kontinuierlich von dem infizierten Organ sich fortsetzt, sondern daß sie als Periphlebitis auf die Venen fortgeleitet wird. Der Einbruch in die Venen erfolgt von außen. Die Häufigkeit solcher Prozesse, die von den Tonsillen und den Zähnen ausgehen, ist gering. Herr Martens spricht sich gleichfalls für die Entfernung des primären Herdes als des besten Vorgehens aus. Die Häufigkeit der Thrombophlebitis ist doch groß. Herr Halle wendet sich schließlich gegen das nutzlose Eingipsen von Kopf und Hals bei derartigen Erkrankungen. Notwendig ist eine frühzeitige Operation. Septische Prozesse gehen häufig von den Tonsillen aus. Es folgt ein kurzes Schlußwort von Herrn Claus.

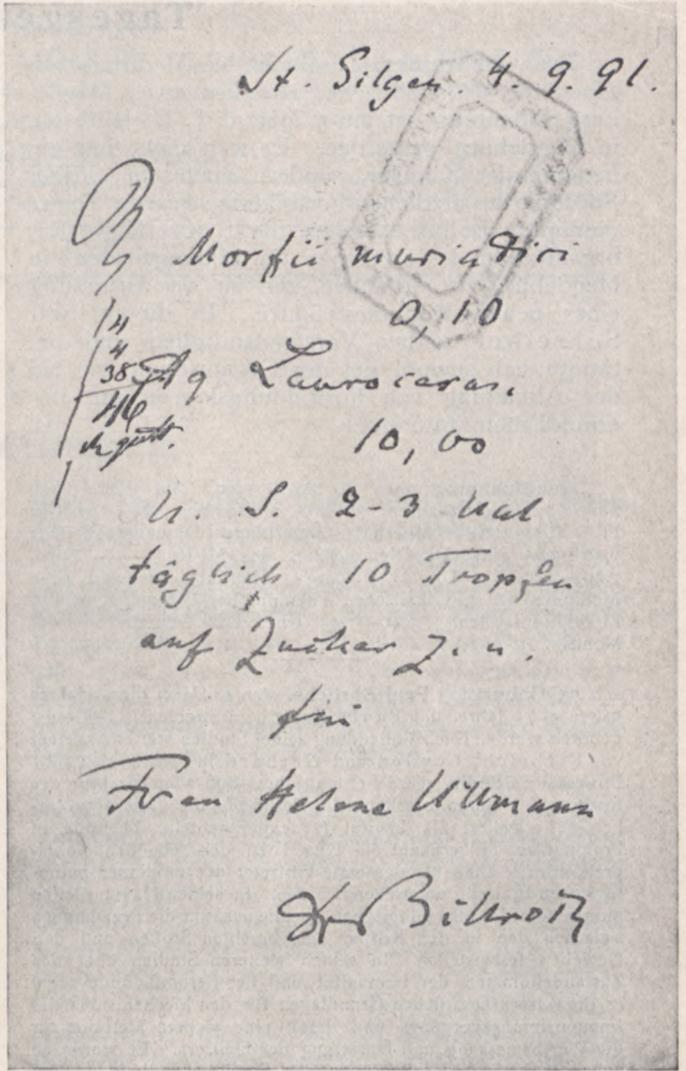
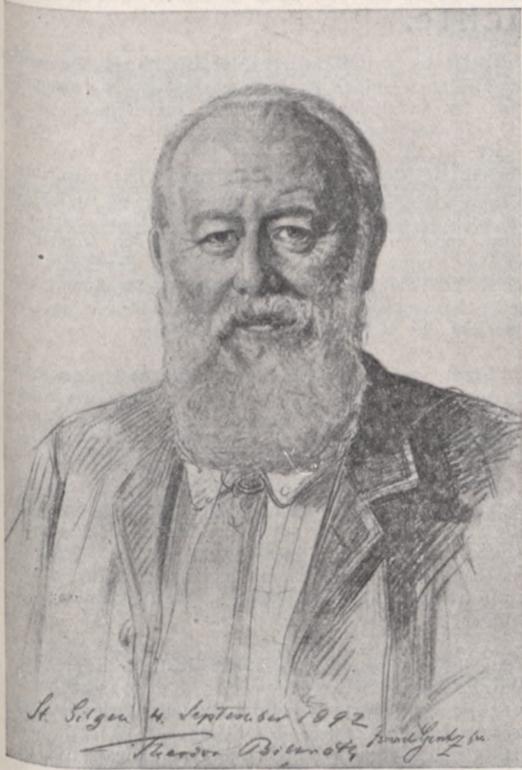
Geschichte der Medizin.

Theodor Billroth.

Zu seinem 100. Geburtstage.

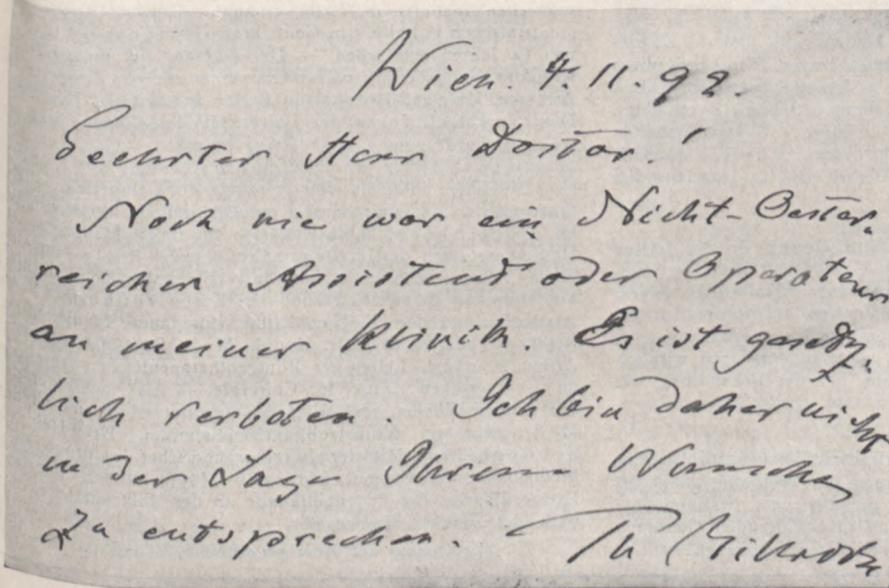
Am 26. April sind es hundert Jahre, daß Chr. Albert Theodor Billroth auf Rügen das Licht der Welt erblickte. Aus seiner Laufbahn ist bekannt, daß er, nachdem er 1852 seinen Dr. in Berlin gemacht hatte, bei Langenbeck 7 Jahre Assistent war und sich dann 1860 in Berlin habilitierte. In demselben Jahre wurde er als Professor nach Zürich berufen, wo er wiederum 7 Jahre blieb. Dann ging er als Direktor der chirurgischen Klinik nach Wien und blieb daselbst unter Ablehnung mehrerer Berufungen so auch als Nachfolger Langenbecks in Berlin. Von einer schweren Lungentzündung genesen, konnte

er 1892 sein 25jähriges Wiener Professorenjubiläum feiern. Am 6. Februar 1894 starb dieser geniale Chirurg in Abbazia, von der ganzen Welt betrauert. Billroth war ein Chirurg ganz großen Formates. Er befruchtete fast alle Gebiete der Chirurgie; seine weltbekanntesten Vorlesungen über allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie, die in fast alle Sprachen übersetzt wurden, haben ihm Weltruhm verschafft. Aber sein eigentliches Spezialgebiet wurde der Ausbau der Eingeweidechirurgie. Seine erste glücklich verlaufene Pylorusresektion erfolgte 1881. Billroth hat, wie man sagt, eine große Schule gemacht, die bedeutenden Chirurgen des ausgehenden 19. Jahrhunderts waren fast alle seine Schüler. Aber Billroth war nicht nur der geniale Chirurg. Seine grenzen-



Ein Rezept von der Hand Billroths.

lose Begeisterung für alles Schöne für die Kunst, seine dichterischen und musikalischen Anlagen, seine geradezu in klassischer Sprache geschriebenen Briefe und Abhandlungen stempelten seine Persönlichkeit zu der erhabenen Größe, die die Zierde der Wiener Universität war. Er hatte das große Glück in einer Zeit zu leben, in der die Chirurgie jenen imponierenden Aufschwung genommen hatte, welcher seit Bestehen der Welt unerhört war. Jene große Zeit hat in



ihm einen würdigen Vertreter gefunden und wenn auch der Name Billroths für alle Zeiten der Geschichte der Medizin angehört, so kann es als bedeutungsvolles Blatt seines noch grünenden Lorbeerkränzes gelten, daß er und seine Lehren noch heute unter uns lebendig sind.

Holländer.

Erklärung zu nebenstehender Abbildung:

Eigenhändiger Kartenbrief Billroths.

Tagesgeschichte.

Prof. Schreiber, Direktor der Medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Magdeburg-Sudenburg, ist am 5. März d. J., 60 Jahre alt, in Magdeburg gestorben. Er war nicht nur ein bedeutender Kliniker, sondern auch ein eifriger Förderer des ärztlichen Fortbildungswesens. Seiner Anregung ist insbesondere die 1906 erfolgte Reorganisation des ärztlichen Fortbildungswesens in Magdeburg zu verdanken, die zu der Gründung eines neuen Komitees führte. In diesem war Schreiber seither Vorstandsmitglied und betätigte sich sowohl bei der Organisation wie bei der Abhaltung von Fortbildungskursen mit unermüdlichem Interesse. L.

Rundfunkprogramm für April 1929. Auf Welle 1649 über Königswusterhausen. 5. April, abends von 7,20—7,40 Uhr Prof. Dr. Haike (Berlin): Vererbare Ohrenkrankheiten; 7,40—7,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin. 19. April, 7,20—7,40 Uhr Dr. A. Laqueur (Berlin): Alte und neue Methoden der physikalischen Therapie bei Erkrankungen des Zirkulationssystems; 7,40—7,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

75. Geburtstag Paul Ehrlichs. Am 14. März dieses Jahres waren es 75 Jahre, daß Paul Ehrlich in Strehlen in Schlesien geboren wurde. Nach Vollendung seiner Studien war er Assistent von Frehrich, Leyden und Gerhard in Berlin. Seit 1881 Professor in Berlin, wurde er im Jahre 1896 zum Direktor des Instituts für Serumforschung in Berlin-Steglitz (seit 1899 erheblich erweitert als Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.) ernannt. — Ehrlich, der 1908 den Nobelpreis erhielt, kann als der erste Vertreter der modernen pathologischen Biologie angesehen werden. In seinen Hauptarbeiten ging er von der physiologischen Chemie aus, um die Beziehungen zwischen den in den Körper eingebrachten Stoffen und den Geweben festzustellen. In seinen weiteren Studien über das Zustandekommen der Immunität und der Serumtherapie schuf er die wissenschaftlichen Grundlagen für den Mechanismus des Immunisierungsvorgangs und damit eine sichere Methode für die Wertbemessung und Dosierung der Heilsera. Er wurde so neben Behring der Begründer der Serumbehandlung. Diese Wirkungsvorgänge begründete er durch die sogenannte Seitenkettentheorie, derzufolge, ähnlich wie bei den Affinitäten des Benzolkerns die einzelnen Zellen „Rezeptoren“ zur Aufnahme der Giftstoffe haben, die sie dann abfangen und ungiftig machen. Der Umstand, daß auch chemische Stoffe in ähnlicher Weise zu den Zellen treten können, gab ihm die Grundlage zu der experimentellen Chemotherapie. Durch Studium der Arsenwirkung fand Ehrlich in dem Salvarsan ein Mittel, das zu dem Syphiliserreger in Beziehung tritt und sie vernichtet, ohne den Gesamtorganismus zu schädigen. Weitere Arbeiten befaßten sich mit dem Geschwulstproblem. Ehrlich verstarb im Alter von 61 Jahren am 19. August 1915 in Homburg bei Frankfurt a. M.

Ein Heilmittel gegen die Kopfgrippe? In der letzten Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft hat Herr Prof. Lewin und Prof. Schuster ein neues Alkaloid Banisterin demonstriert, das auf motorische Zentren außerordentlich erregend wirkt, selbst in Fällen von Hemiplegie, von Parkinson usw. Es besteht die Hoffnung, daß bei weiteren Versuchen wirklich das Mittel gefunden wird, das uns bei der Behandlung des Parkinson noch fehlt.

Der Polizeipräsident von Berlin hat die öffentliche Anpreisung von Arzneimitteln, denen eine Wirkung beigelegt wird, die sie nicht haben, oder die bei dem bestimmungsgemäßen oder den Umständen nach zu erwartenden Gebrauch geeignet sind, die Gesundheit zu schädigen, untersagt.

Zur Feier des 70. Geburtstages des Königs von Schweden sind 3,3 Millionen Gulden für die Krebsbekämpfung zusammengebracht. Davon sind 750 000 Gulden zum Ankauf von 6 g Radium verwendet worden. (Brit. med. J.) L.

Verleihung der Kußmaul-Medaille. Die medizinische Fakultät der Universität Heidelberg hat am Geburtstage Adolf Kußmauls, dem 22. Februar, Dr. Karl Koller in New York in Anerkennung der hervorragenden Dienste, die sich Koller durch die im Jahre 1884 auf der Tagung der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg zuerst mitgeteilte Entdeckung der Kokainanästhesie am Auge erworben hat, die Kußmaul-Medaille verliehen.

In Berlin ist eine „Arbeitsgemeinschaft kosmetisch tätiger Ärzte“ gegründet worden. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft bestehen in: 1. Ausbau und Förderung der ärztlich-kosmetischen Forschung, 2. Ausbildung und Fortbildung in der wissenschaftlichen und praktischen ärztlichen Kosmetik, 3. Einführung der Entstellungsbehandlung in die Sozialversicherung, unter besonderer Betonung sozialer Gesichtspunkte, d. h. die Versicherungsträger sollen die Kosten für die Behandlung solcher Entstellungen übernehmen, die die Versicherten in ihrem beruflichen Fortkommen behindern. 1. Vorsitzender ist San.-Rat Dr. Saalfeld, Berlin, Kurfürstendamm 212, Schriftführer Dr. Mosbacher.

Neugründung einer Ärzte-Reise-Sektion. Eine Gruppe von Wiener Ärzten hat eine eigene Reisesektion für Ärzte reisen gegründet und diese Sektion der „Österreichischen Gesellschaft der Reisefreunde — OEGRE —“, Wien I, Babenbergerstr. 5 angeschlossen. Die Durchführung dieser billigen nur für Ärzte und deren Angehörigen stattfindenden Reisen liegt in den Händen des „Deutschen Verkehrsbüro, Wien“. Es sind Reisen nach Sizilien, Paris, London, die Riviera usw. vorgesehen. (Es bleibt abzuwarten, was die neugegründete Sektion zu leisten imstande ist. Die Red.)

Personalien. Der Direktor der Frauenklinik in Greifswald, Prof. Höhne, wurde zum Rektor, der Direktor der Chirurgischen Klinik, Prof. Pels-Leusden, zum Dekan ernannt. — Prof. Birnbaum, Oberarzt der städtischen Irrenanstalt in Berlin-Herzberge, erhielt einen Lehrauftrag für Kriminalpsychologie und Kriminalpsychopathologie. — Der Oberarzt der Landesheil- und Pflege-Anstalt in Goddelau in Hessen, Dr. Dannenberger, ist verstorben. — Prof. Bleyer (Weihenstephan) hat den Ruf auf den Lehrstuhl für Pharmazie als Nachfolger von Prof. Paul angenommen. — Dr. Dittrich hat sich in Kiel für Dermatologie habilitiert. — An Stelle von Prof. Corning wurde Prof. Ludwig zum Direktor des anatomischen Instituts in Basel ernannt. — Der Direktor der medizinischen Poliklinik in Genf, Prof. Humbert, ist im Alter von 54 Jahren verstorben. — Der Oberarzt der medizinischen Klinik in Königsberg, Prof. Rosenow, wurde zum dirigierenden Arzt am Hufeland-Hospital in Berlin gewählt. — Der Priv.-Doz. für Pathologie an der Universität Heidelberg, Dr. Froboese, wurde zum a. o. Professor ernannt. — Geh.-Rat Prof. Martens, Direktor der chirurgischen Abteilung am Krankenhaus Bethanien in Berlin, feierte seinen 60. Geburtstag. — Der Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik in Münster i. W., Dr. Gantenberg, habilitierte sich für innere Medizin. — In Heidelberg starb der Physiologe Prof. August Pütter im Alter von 49 Jahren. — An der Berliner Universität haben sich habilitiert Dr. Hermann Bernhardt und Dr. Kurt Graßheim, beide Assistenten an der Hisschen Klinik, für innere Medizin; Dr. Arthur Friedel und Dr. Rudolf Mair für Anatomie; Dr. Arthur Hintze, Leiter der Röntgentherapeutischen Abteilung an der Bierschen Klinik, für Chirurgie. — Als Nachfolger des vor einigen Wochen verstorbenen Geheimrats Krohne ist der Medizinalrat im Volkswohlfahrtministerium, Dr. Heinrich Schopohl, zum Ministerialdirektor und Chef des preussischen Medizinalwesens ernannt worden. — Prof. Otto Schwarz, Extraordinarius der Augenheilkunde an der Universität Leipzig, vollendete sein 70. Lebensjahr.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 6, 8 und 19.