





UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK
- Medizinische Abt. -
DÜSSELDORF

V 2576

257

25

ERT

Über Arzneivergiftungen und über Operationen

von

Dr. med. ⁰⁰Ziegelroth

Besitzer und Leiter von Dr. Ziegelroth's Sanatorium
Krummhübel im Riesengebirge (früher Zehlendorf)

(Dem Handbuch der physikalisch-diätetischen Therapie
in der ärztlichen Praxis von Dr. Ziegelroth entnommen)

Dv 2423



Verlag von Max Richter, Frankfurt (Oder)
Buschmühlenweg 98.

Alle Rechte vorbehalten

Über Arzneivergiftungen.

Wir haben zeigen können, über welche schier erdrückende Fülle von Hilfsmitteln die physikalische Therapie verfügt. So dass selbst der Verwöhnteste, selbst derjenige, welcher dem Grundsatz Variatio delectat huldigt, nie in Verlegenheit gerät. Und jeder Tag bringt Neues.

Ich selber habe wiederholt betont, dass ich die einfachsten Hilfsmittel immer noch für die besten halte und derjenige ist der beste Arzt, der mit den einfachsten Mitteln zum Ziele kommt. Aber auch wenn dem Bedürfniss nach Abwechslung und Mannigfaltigkeit der Anwendungen noch so liberale Zugeständnisse gemacht werden, die physikalische Therapie kommt nicht in Verlegenheit und hat nicht nötig zur Pharmakotherapie ihre Zuflucht zu nehmen. Die Pharmakotherapie verdient nach keiner Weise unser Vertrauen. Schon die furchtbar grosse Zahl der bekannt gewordenen Arzneivergiftungen (und die Zahl der nicht bekannt gewordenen ist noch sehr viel grösser, denn die Vertuschung ist hier ebenso häufig wie verständlich) zeigt klar, welche Gefahren für die Kranken und für die Ehre unseres Standes durch die Pharmakotherapie herauf beschworen wurde. Aussprüche, wie die von Goethe:

So haben wir mit höllischen Latwergen
In diesen Tälern, diesen Bergen,
Weit schlimmer als die Pest getobt

oder wie der alte klassische Satz:

Aeger interdum et morbum et medicos superat — verdanken wir in erster Linie der Pharmakotherapie. Die Lehrbücher von Professor Lewin*): Nebenwirkungen der Arzneimittel und Toxicologie — bieten Anklagematerial genug um die Pharmakotherapie zu verurteilen. Hier noch einige Beispiele aus der mir zugänglich gewesenen weiteren Literatur:

- *) 1. Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, pharmakologisch-klinisches Handbuch, v. Prof. Dr. L. Lewin 3. Auflage. Berlin, 1899. Verlag von Aug. Hirschwald.
2. Lehrbuch des Toxicologie, von Prof. Dr. L. Lewin 2. Auflage 1877. Verlag von Urban u. Schwarzenberg, Wien u. Leipzig.

**Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen
(Arsen-Präparat) bei Lichen ruber planus.**

Cf. Münch. med. W. 1905, 22, S. 1043.

Die Vorgeschichte der 58 jährigen Patientin enthält nichts Besonderes. Störungen von seiten der Haut oder des Nervensystems, resp. einzelner Nerven, wurden nie beobachtet. Das jetzige Leiden trat zum ersten Male im Februar 1904 nach vorhergegangenen psychischen Alterationen auf, und zwar in Gestalt eines zirka markstückgrossen juckenden „Plätzchens“ auf dem linken Glutäus. Patientin behandelte sich zunächst selbst mit Lanolin, als aber nach etwa 14 Tagen bis 3 Wochen ähnliche, wenn auch kleinere Stellen zuerst auf der rechten Seite des Gesässes, dann aber auch auf den beiden Oberschenkeln auftraten, konsultierte Patientin einen Arzt.

Dessen Anordnung, Arsenik zu nehmen, kam sie jedoch „aus Antipathie gegen alle Gifte“ nicht nach. Sie beschränkte sich vielmehr auf die Anwendung einer Teerschwefelsalbe und liess sich erst Ende April, da inzwischen der Ausschlag an immer mehr Stellen aufgetreten war, zum Nehmen einer Flasche Levicowasser bewegen. Im Mai begab sie sich für 3 Wochen in eine Naturheilanstalt. Damals sollen Arme und Gesicht noch frei von dem Exanthem gewesen sein, während verschiedene Stellen des Rumpfes, namentlich aber die Beine, und zwar vorzugsweise das Gesäss und die Oberschenkel aber auch die Waden bereits befallen waren. Patientin erhielt nun Luftbäder, 3 Dampfkastenbäder und vegetarische Kost. Unter dieser Behandlung ist angeblich eine wesentliche Besserung des Ausschlages eingetreten und gleichzeitig eine Hebung des Allgemeinbefindens. Patientin ging dann nach Berlin, um sich an dem dort tagenden Frauenkongress zu beteiligen. Hier verschlimmerte sich aber bald das Leiden wieder; zahlreiche neue Effloreszenzen traten auf und das Jucken wurde sehr quälend. Patientin konsultierte daher Ende Mai einen Berliner Dermatologen, der die Diagnose Lichen ruber planus stellte und zu einer Arsenikinjektionskur nebst externer Behandlung mit Teerschwefelsalbe riet. Daraufhin erhielt Patientin am 1. Juli von ihrem Hausarzt die erste Injektion, und zwar $\frac{1}{2}$ ccm einer 20 proz. Atoxyllösung. Nachdem diese Injektionen 3 Wochen (wöchentlich 3 Injektionen) lang gegeben waren und dabei die Einzeldosis allmählich bis auf 2 Spritzen gesteigert worden war, begannen die Effloreszenzen auf der Haut allmählich einzusinken. Die Atoxylikur wurde darauf weiter fortgesetzt. Ende August stellten sich dann Be-

schwerden ein, die sich in Mattigkeit, Herzschwäche, Trockenheit im Halse äusserten. Schliesslich kam es zu schweren Sehstörungen.

Trotz deutlichster Arsenik-Vergiftung wird in geradezu unheimlicher Verblendung immer weiter Arsenik gegeben, bis die Patientin völlig erblindet. Am 15. Oktober wurde auch klinischerseits der Fall als eine Atoxylvergiftung gebucht. Der Fall ist um so tragischer, als das Leiden an sich, der Lichen ruber planus ein recht harmloses ist; weiter hätte es doch den Herren auffallen müssen, dass in einer „Naturheilanstalt“ in 3 Wochen Besserung eingetreten war. Sie hätten also doch nur nötig gehabt, diesen natürlichen Weg weiter zu gehen. Aber nein. Das Atoxyl muss helfen! Ja diese schönen, neuen Namen für alle scheusslichen Dinge. Arsenik klingt nicht gut — vielleicht hätte die Patientin selbst eine Arsenikkur abgelehnt. Der Verbrecher gibt sich einen neuen Namen, um seine berüchtigte Vergangenheit vergessen zu machen und ungestört neues Unheil zu stiften. Arsenik wird begraben, das Atoxyl steht auf als nicht minder scheussliches Arsenik-Präparat, das aber als neues Mittel imponiert, wegen des schönen noch unbescholtenen Namens. Jeder Rosstäuscher weiss, dass man wohl mit Arsenik den äusseren Glanz eines schlechten Gauls für den Dummen auf dem Pferdemarkt „korrigieren“ kann. Es ist aber nicht Sache des Arztes, derartige Täuschungen vorzunehmen, noch dazu mit einem Mittel, das sich als verderblich erweist. Hebt man so den ärztlichen Stand, indem man ohne jede Nötigung solche Pferdekuren verordnet?

Das Schlimmste ist, dass die Berichterstatter kein Wort des Bedauerns über den Fall äussern, als handelte es sich um ein unvermeidliches Ereignis!

Medikamentöse Arsen-Vergiftung bei Chorea.

Becker berichtet im Brit. med. Journ. 1900, 21. April, über eine Arsenvergiftung, die bei einem zehnjährigen Mädchen auftrat, das wegen Chorea täglich 2—7 Tropfen Sol. Fowl. dreimal genommen hatte. Die Vergiftungserscheinungen traten in der vierten Woche der Behandlung auf und bestanden in Magendarmkatarrh, Dunkelwerden der Haut, Conjunctivitis, Fehlen des Patellarreflexes. Nach Aussetzen des Medikamentes heilt die Vergiftung schnell aus.

Angesichts der Intoxikations-Möglichkeit schon durch relativ geringe Gaben von Arsen, sei auf die physikalisch-diätetische Behandlung der Chorea mit besonderem Nachdruck hin-

gewiesen. Ich erinnere daran, dass die sog. pädagogische Gymnastik hierbei besonders erfolgreich ist.

Dr. Combe erzählt in seinem Artikel über

Alkoholvergiftungen bei Säuglingen

folgenden interessanten Fall:

C. wurde zu einem Säugling gerufen, der an Krämpfen litt, die merkwürdigerweise nur am Montag und Donnerstag auftraten; an den übrigen Tagen der Woche war das Kind scheinbar vollkommen gesund. Das Kind hatte eine Amme, welche, wie C. in Erfahrung gebracht hatte, an jedem Sonntag und Mittwoch ihren Ausgang hatte. Man nahm sich vor, die Amme auf ihrem Ausgang zu observieren, und es stellte sich bald heraus, dass die Amme heimlich dem Alkohol ordentlich zusprach. Zur Rede gestellt, versprach sie, es nie wieder zu tun; diesem Versprechen kam sie auch nach und seitdem traten bei dem Kinde keine Krämpfe mehr auf (Journal de médecine et de chirurgie pratiques 6. 98).

Ein Fall von Antipyrin-Intoxikation.

Von Dr. Seiler.

Dr. Seiler beschreibt im „Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte“, No. 15, 1902, eine schwere Antipyrin-Intoxikation nach 0,3 pro die Antipyrin. Die Antipyrin-Vergiftung trat unter dem Bilde eines Scharlachs auf.

Albuminurie durch Antipyrin und Phenazetin.

Robin wie andere französische Aerzte lenken die Aufmerksamkeit auf die Albuminurie, die auch bei ganz gesunden Menschen durch Antipyrin und Phenazetin entstehen kann. Ist schon vorher Albuminurie dagewesen, dann wird sie durch jene Mittel gesteigert. Es sind dies Arzneimittel, die eine unter Umständen verderbliche Nierenreizung auszuüben vermögen. (La presse médicale, 1901.)

Tödliche Bleivergiftung durch Irrigationen der Scheide mit Plumbum aceticum.

(Cf. La Sem. méd. 1902, 1.)

Eine Schwangere von 21 Jahren wird in die Dr. Mackenrodt'sche Klinik in Berlin unter allerschwersten Symptomen

einer akuten Bleivergiftung eingeliefert. Erbrechen, Koliken, Stuhlverstopfung — schliesslich Abort im 6. Monat — Collaps und Tod. Die Sektion bestätigt die Diagnose einer akuten Bleivergiftung. Die Frau hatte 6 Wochen vorher auf ärztliche Verordnung wegen Fluor begonnen sich Ausspülungen mit Plumbum acet., 1—2 Esslöffel auf 1 Liter Wasser zu machen.

Über einen Todesfall nach Anwendung der offeizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde.

Dr. Dopfer in Wasseralfingen gibt in der M. M. W. 1905, 16 folgenden Bericht; Am 1. Dezember 1904 erschien in meiner Sprechstunde aus einem benachbarten Dorfe eine Frau und berichtete, tags zuvor habe sich ein 2 jähriges Kind durch Uebergiessen heisser Milch eine Brandwunde am rechten Unterarm zugezogen; man habe indessen Salatöl auf die Wunde gebracht, wünsche aber jetzt zur schnelleren Heilung eine Brandsalbe. Ich verordnete ihr die offizinelle Borsalbe (Ung. acidi borici), die sich mir bei den zahlreichen, am hiesigen Hüttenwerke vorkommenden Verbrennungen aller Grade als gutes Deck- und auch Heilmittel jederzeit bewährt hat. Es wurden 100 g der Salbe verschrieben mit der Aufgabe, täglich einmal ein mit der Salbe bestrichenes Leinwandstück auf die Wunde zu legen. Am 5. Dezember kam der Vater des Kindes mit der Bitte, ich möchte nach diesem sehen: das Kind habe bald nach Gebrauch der Salbe am ganzen Körper einen „Scharlachfriesel“ bekommen und sei seither schwer krank. Denselben Vormittag sah ich das Kind. Es war ein gut entwickeltes 2 jähriges Mädchen. An der Beugeseite des rechten Unterarmes fand sich, vom Handgelenk gegen die Ellenbeuge sich hinziehend, eine 12 cm lange und 3 cm breite Brandwunde, von der sich die obere Schicht der Epidermis, offenbar in einer einzigen grossen Blase abgehoben hatte. Von letzterer war aber ausser einigen kleinen Fetzen an den Wundrändern nichts mehr sichtbar und das Rete Malphigi lag als eine dunkelrote, glatte, teils feucht glänzende, teils schon getrocknete Fläche zutage, darauf kleine Salbenreste, kein Eiter, noch sonstige entzündliche Reaktion. Die übrige Körperoberfläche war mit Ausnahme des Gesichts und der behaarten Kopfhaut mit einem scharlachähnlichen Exanthem vollständig bedeckt, das an den Händen und Füßen bläulich-schwarze Verfärbung und petechienartiges Aussehen zeigte. Temperatur im Rektum 36,1; an Mund- und Rachenschleimhaut fand sich nichts Krankhaftes, ebenso war der Befund über Herz und Lungen normal; Urinuntersuchung war nicht zu ermöglichen. Das Kind war, als

ich es sah, bei ziemlich freiem Sensorium moribund und starb $\frac{1}{2}$ Stunde später. Nach Aussage der Angehörigen habe das Kind, das im übrigen stets gesund gewesen sei, auch nach dem Unfälle seine Munterkeit nicht verloren und sich wenig aus der Wunde, die mit in Mohnöl getauchten Lappen bedeckt wurde, gemacht. Kurze Zeit — angeblich schon nach Stunden — nach Auflegen der verordneten Salbe, die erstmals am 2. Dezember vormittags Anwendung fand, sei der Ausschlag zum Vorschein gekommen, zuerst am Rücken und an den Oberschenkeln und dann rasch über den ganzen Körper sich verbreitend. Zu gleicher Zeit sei das Kind appetitlos, matt, mit einem Worte „recht krank“ geworden. An den folgenden beiden Tagen habe sich Erbrechen und Diarrhöe eingestellt, das Kind sei apathisch und schläfrig gewesen, habe das Bewusstsein aber nie ganz verloren. Unter rapidem Kräfteverfall trat am 4. Tage nach Anwendung der Salbe der Tod ein. Die Borsalbe fand ich aufgebraucht bis auf einen Rest von ca. 20 g. Man war also mit ihr, wie das in der Kassenpraxis nicht ungewöhnlich ist, sehr freigebig gewesen! Sektion wurde mit Ausnahme des Kopfes gestattet und 24 Stunden p. m. gemacht. Der Befund war aber ein durchaus negativer; sämtliche Organe waren nach Aussehen und Umfang (makroskopisch) normal; Urin konnte nicht erlangt werden.

Epikritisch möchte ich noch bemerken: Die Brandwunde als solche war weder nach ihrer Ausbreitung, noch nach ihrer Intensität (Verbrennung 1. bis 2. Grades) geeignet, das Leben des Kindes zu bedrohen; septische Infektion (Erysipel ist auszuschliessen, dagegen sprach das Aussehen der Wunde und ihrer Umgebung und die subnormale Temperatur) nach Aussage der ganz intelligenten Mutter hat das Kind nie Fieber gehabt. Aus letzterem Grunde und wegen der normalen Beschaffenheit von Mund und Nasenschleimhaut ist auch nicht an Scharlachexanthem zu denken, mit dem das Erythem die grösste Aehnlichkeit hatte. So kommt man schon auf dem Wege der Exklusion auf eine Intoxikation. Borsäure gilt allgemein als ungefährlich, ja als unschädlich, wenigstens bei äusserlichem Gebrauche. Gelegentlich findet man in der Literatur, die bezüglich Borsäurevergiftungen sehr spärlich ist, kurze Bemerkungen, dass in seltenen Fällen selbst bei äusserlichem Gebrauche (Ausspülungen von Körperhöhlen mit konzentrierten Lösungen) der Borsäure doch zuweilen Intoxikationssymptome zu konstatieren gewesen seien. Nur bei innerlichem Gebrauche hat man häufig Vergiftungserscheinungen beobachtet, selten tödliche und über die Ungiftigkeit bzw. Zulässigkeit der Borsäure beim Konservieren von Nahrungsmitteln sind die An-

sichten sehr geteilt. Immerhin steht der hier beschriebene Fall nicht ohne Beispiel da. Lewin berichtet: „Nach Ausspülen der Brusthöhle mit 5proz. Borlösung traten Erbrechen und Pulsschwäche, ein weit sich ausbreitendes Erythem und am 3. resp. 4. Tage unter Singultus und bei freiem Bewusstsein der Tod ein. Bei anderen, tödlich endigenden Borsäureintoxikationen, darunter ein Fall, der infolge Aufstreuens von Borsäure auf eine Wunde letal verlief, traten gleichfalls Erytheme und Petechien auf. Die Sektion ergab in 2 Fällen bei dem einen Schwellung der Leber und Milz und Erosionen im Magen, beim anderen war der Befund „negativ“. Also auch hier Erbrechen, ausgebreitetes Exanthem, Petechien, freies Bewusstsein und Tod nach 3 resp. 4 Tagen. Was ich sonst in der Literatur fand ist von wenigem Belang. Während Wildner in seiner Dissertation: „Zur therapeutischen Verwertbarkeit der Borsäure“ (Würzburg 1885) die Borsäure als „völlig ungefährlich und sehr geeignet zur Behandlung vieler Krankheiten, namentlich aber bei Verbrennungen“, schildert, nennt sie Liebreich in seiner Enzyklopädie der Therapie, Bd. 1, 1896 „recht giftig!“, meint aber offenbar damit nur ihren innerlichen Gebrauch, speziell als Konservierungsmittel. So fand ich ausser den Lewinschen Fällen nichts die Borsäure bei äusserlichem Gebrauche erheblich Belastendes, überall und immer galt und gilt sie sonst, äusserlich angewandt, auch in stärkeren Konzentrationen als harmlos und ihr Verkauf in den Drogerhandlungen und Apotheken in jeder Form ist uneingeschränkt freigegeben. Speziell die hier in Betracht kommende offizinelle Borsalbe (Acid. bor. 1,0, Ung. Paraff. 9,0) ist trotz ihrer hohen Konzentration im Handverkauf zu haben, wird auch viel gekauft und ist in hiesiger Gegend bei Brandwunden sehr beliebt. Dass die obenbeschriebene Brandwunde, bei der das Rete Malpighi in einer Ausdehnung von 12:3 cm. frei lag, für die in Salbenform eingebrachte Borsäure eine relativ grosse und sehr geeignete Resorptionsfläche bot, liegt auf der Hand; ob in diesem Falle ausserdem eine individuelle Intoleranz gegen Borsäure (Idiosynkrasie) angenommen werden muss, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls ist die Anwendung der offizinellen Borsalbe bei frischen Brandwunden von grösserer Ausdehnung, ehe sich nicht eine schützende Granulationsdecke gebildet hat, nicht harmlos und wenigstens bei Kindern nicht ungefährlich und kann unter Umständen tödliche Vergiftung bewirken.

Ein Fall von tödlicher Bromoformvergiftung.

Von Roth-Braunschweig. (Zeitschr. f. Med.-Beamte 1904,
8. Heft.)

Ein 5 jähriger Knabe trank den in einer Flasche enthaltenen Rest von etwa 5 g Bromoform so ziemlich aus; er wurde von seiner Mutter bewusstlos aufgefunden und verschied auf dem Wege nach dem Krankenhaus. Bei der Sektion war noch ein deutlicher Bromoformgeruch im Magen und Dünndarm, sowie im Gehirn, in der Leber, in den Nieren, im Herzbeutel und in den Lungen wahrzunehmen; die weiche Hirnhaut und das Gehirn waren stark hyperämisch; die Schleimhaut des Magens, Zwölffingerdarms und oberen Dünndarms war geschwellt und gerötet, auf der Höhe der Magenfalten waren feine punktförmige Blutaustritte; Leber und Nieren waren hyperämisch; auch die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhrenäste war lebhaft gerötet. Bei der chemischen Untersuchung der Leichenteile liess sich Bromoform leicht nachweisen.

Der Knabe hatte auch einem 5 jährigen Mädchen etwas davon abgegeben; dasselbe kam mit schweren Vergiftungserscheinungen ins Krankenhaus, wurde aber nach Magenausspülungen, künstliche Atmung und Exzitantien gerettet; der Harn war noch längere Zeit bromoformhaltig.

Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde mit tödlichem Ausgange.

Von Dr. med. E. Kiwull, Stadtarzt in Wenden.
(Zentralbl. f. innere Medizin 1902, 50.)

Eine zusammenfassende Arbeit über die in der Literatur zerstreuten Fälle von Bromvergiftung findet sich in den „Therapeutischen Monatsheften“, 1898, S. 404, von K. Reinecke. Es werden darin 16 Fälle beschrieben, unter denen sich nur ein Todesfall findet (Fall von Nauwelaers).

Verfasser ist in der Lage, seine eigene Beobachtung über Bromoformvergiftung bei einem dreijährigen Kinde hinzuzufügen, die zum Tode führte. Auch teilt er das Ergebnis der gerichtlichen Obduktion mit.

Das drei Jahre alte Kind wurde ihm von den Eltern in bewusstlosem Zustand gebracht. Die Angaben der Mutter besagten folgendes: Zur Zeit herrschte eine Epidemie von Tussis convulsiva in unserer Gegend. Der 11 Jahre alte Bruder der Pat. hatte den Keuchhusten durchgemacht, und eine nach befolgendem Rezept bereitete Medizin leisteten ihm gute Dienste:

Rp. Bromoform	12,0
Ol. thymi	gtts. XXX
Ol. amygdal. dulc.	20,0
Gummi arabic.	10,0
Aq. amygdal. amar.	19,0
Aq. destill.	100,0
M. D. S. 3 mal tägl. i Teelöffel.	

Nachdem der Knabe fast genesen, erkrankte die dreijährige Schwester desselben an Stickschaden. Die Eltern besorgten sich dieselbe Medizin nach obigem Rezept aus der Apotheke und gaben dem Kinde ohne Schaden 6 Tage hindurch täglich mehrere Teelöffel davon. Am 7. Tage morgens ganz früh gab die Mutter dem Kinde den letzten Rest aus der Flasche ein. Wenige Minuten nach Einnahme der Medizin traten beim Kinde Krämpfe und Bewusstlosigkeit ein. In diesem Zustande sah es der Verf. Die Behandlung beschränkte sich auf Aetherinjektionen und auf über eine Stunde fortgesetzte künstliche Atmung. Unter den Erscheinungen des Lungenödems erfolgte bald der Tod.

Da ein unglücklicher Zufall vorzuliegen schien, gestattete die Polizei die Beerdigung des Kindes ohne Sektion. In der Folge wurde jedoch eine Exhumation und Sektion angeordnet, die am 15. Juni, am 16. Tage nach dem Tode des Kindes ausgeführt wurde. Es fand sich starke Hyperämie der Pia-gefäße; bei Schnitten durch die Gehirnschicht erschien letztere stark kongestioniert. Ausserdem ergab die Sektion dunkles, flüssiges Blut in den grossen Gefässen und im Herzen. Lungen und Leber waren blutreich. In Trachea und Kehlkopf fand sich Schleim. Aus dem Munde entleerte sich schaumige Flüssigkeit.

Diese Erscheinungen stimmen recht genau überein mit der oben erwähnten Beobachtung von *Nauwelaers*.

Das Ergebnis der chemischen Analyse des Magen-Darm-inhaltes war absolut negativ.

Dass es im vorliegenden Falle zu so stürmischer Giftwirkung gekommen ist, mag, sagt Verf., seinen Grund in einem Zusammentreffen verschiedener unglücklicher Umstände haben. Zunächst wurde eine für ein 11 jähriges Kind verschriebene Arznei ohne weiteres einem 3 jährigen Kinde verabfolgt. Dass nicht schon gleich bei Beginn der Darreichung der Arznei böse Zufälle sich bemerkbar machten, mag seinen Grund in der Emulsionsform der Arznei gehabt haben, wo sich das spezifisch schwere Bromoform vielleicht zum Teil auf den Boden des Fläschchens gesenkt haben mochte und so überhaupt anfangs nicht zur Wirkung gelangte. (Wird die Arznei nach obigem Rezept angefertigt, so bildet sich schon nach 24 Stunden ein

Bodensatz, der nach 6 Tagen $\frac{1}{2}$ cm dick ist und sich auch beim Umschütteln nur wenig hebt.) Desto intensiver musste naturgemäss die Wirkung des letzten Restes der Arznei sein. Ueberdies wurde der letzte Rest der Arznei des Morgens früh gegeben, vielleicht sogar auf nüchternen Magen.

(Allg. med. Zentralztg. 1903, 11.)

Schädliche Wirkungen des Chinin.

Es sei hier abgesehen von gelegentlichen Nebenwirkungen des Chinins*), die gar nicht selten schwere Erkrankungen, ja Tod zur Folge hatten. Die Hauptschädigung des Chinins und seiner Salze (auch das Euchinin ist durch das Eu nicht besser) liegt darin, dass es gerade bei Malaria den Grund legt zum Schwarzwasserfieber. Die Zahl der Tropenärzte mehrt sich ständig, die offen zu erklären den Mut haben, dass das Chinin viele Malariakranke völlig zugrunde richtet, sie dem Schwarzwasserfieber überliefert. Hier zur Illustrierung nur einige Beispiele:

Chinin und Schwarzwasserfieber. Dr. Otto veröffentlicht in der Deutsch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 4, einen lehrreichen Beitrag zur Aetiologie des Schwarzwasserfiebers unter dem Titel: „Ein in unseren Breiten erworbener Fall von Schwarzwasserfieber bei Quartana. (Aus dem Seemanns-Krankenhaus und Institut für Schiffs- und Tropenhygiene in Hamburg.) Er hebt hervor, dass die Ueberzeugung, dass die im Verlaufe der Malaria bisweilen beobachtete, meist febrile Hämoglobinurie in letzter Linie dem Chinin ihren Ursprung verdankt, immer mehr Anhänger gewinnt. Eine ausführliche Krankengeschichte zeigt, dass das Schwarzwasserfieber in der Tat eine echte Chininvergiftung sein kann. Es handelt sich um einen 42-jährigen Patienten, der mit 18 Jahren Flecktyphus gehabt und damals nach schwerster Krankheit unter grossen Chiningaben genass. Dann stets gesund.

Am 16. August 1901 plötzlich Schüttelfrost mit nachfolgendem Fieber. Es wird eine Chinin-Mixtur (1 gr täglich Chinin) genommen. Keine Besserung. Dann wird allerlei anderes probiert. Am 13. September wird 0,5 Chinin sulf. früh nüchtern eingenommen. Schon um 2 Uhr Nachmittag Haemoglobinurie. Acht Tage lang blieb Patient fieberfrei, ohne sich jedoch zu erholen; vielmehr kränkelte er weiter, und bald traten wieder Fieberanfälle auf, die zu einem Versuch mit Chinindarreichung per anum führten. Kein nennenswerter Erfolg. Am 27. Oktober

*) In v. Gräfe, Archiv f. Ophthalmologie Bd. 55, ist erst kürzlich ein Fall von völliger Erblindung nach Chinin veröffentlicht.

wird deshalb wieder 1,0 Chinin eingenommen und zwar 11 $\frac{1}{2}$ Uhr vormittags, 1 $\frac{1}{2}$ Uhr Kreuzschmerzen, 3 Uhr Schüttelfrost, 5 $\frac{1}{2}$ Uhr der erste Urin, der reichlich Blutfarbstoff enthielt. D. schliesst, dass das „auslösende“ Moment für das Auftreten des Schwarzwasserfiebers das Chinin sei.

Folgen einer Chininvergiftung am Auge.

Stölting, v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie Bd. LV. S. 85—94.

Verfasser sah 1890 einen Kranken mit Influenzapneumonie, der fünf Wochen vorher eine Zeit lang täglich 3,0 g Chinin genommen hatte und erblindet war. Die Sehnerven zeigten atrophisches Aussehen ohne Exkavation, die Retinalgefässe waren stark verengt, das Farbenerkennungsvermögen aufgehoben, das Gesichtsfeld für Weiss sehr klein. Im Verlaufe der weiteren Jahre besserten sich unter Schwankungen sowohl Gesichtsfeld und Farbensinn wie Sehkraft, es entwickelte sich aber merkwürdigerweise beiderseits eine so hochgradige Atrophie des Irisgewebes, dass man durch die Regenbogenhaut hindurch roten Reflex wie bei Albinos erhalten und 1897 sogar den Stand der Linse erkennen konnte. Da eine Trophoneurose mangels einer Atrophie anderer Teile des Bulbus nicht gut anzunehmen, folgert Stölting, dass die Chininwirkung auf das menschliche Auge doch in weit höherem Masse eine Gefässerkrankung erzeugt, als neuere Experimentalforscher annehmen, die das Hauptgewicht auf Degeneration der nervösen Endapparate gelegt wissen wollen. D. M. W. 1903, 33.

Tödliche Vergiftung mit **Colchicin**. In der Société médic. des Hôpitaux, Paris 27. Febr. 1903, berichteten Suffet und Trasfour (cf. M. Med. W. 1903, 13), dass ein Patient, der statt der verschriebenen 2 mg 3 mg Colchicin nahm, sehr schnell am Colchicin-Vergiftung zu grunde ging. Blutbrechen, Blutharnen, Ekchymosen in der Haut waren die Erscheinungen. Die Sektion ergab: starke Hyperämie aller Organe. Auch Legendre warnt davor, bei Gicht Colchicum-Präparate, die viel Unheil stiften, überhaupt anzuwenden.

19 Todesfälle durch Starrkrampf infolge von **Diphtherie-Heilserum-Injektionen**. Noch ist kein Jahr verflossen, seit in Italien ein epidemieartiges Auftreten von Tetanus unter den mit Serum behandelten Diphtheriekindern beobachtet wurde. Der Kausal-Nexus zwischen Serum-Behandlung und Tetanus war erwiesen. Nur konnte leider

nicht festgestellt werden, weshalb in jenen Fällen auf die Serum-Behandlung Tetanus folgte. Die ganze Angelegenheit wurde sehr zum Schaden aller Interessenten — und wer wäre nicht dabei interessiert — nach Kräften vertuscht und totgeschwiegen. Die medizinische Presse, die im Fahrwasser der Serum-Therapie rudert, hielt eine auch nur annähernd der Bedeutung der Sache entsprechende Diskussion hierüber nicht für opportun. Jetzt kommt aus Amerika die erschütternde Nachricht (Cf. Allgem. med. Zentral-Ztg. 1901, 14. Dezember), dass 19 Kinder infolge von Diphtherie-„Heil“serum in St. Louis an Tetanus zugrunde gegangen sind. Hier ist auch der experimentelle Nachweis gelungen, dass die Serum-Einspritzungen den Tetanus verursachte. Denn Meerschweinchen mit dem Serum injiziert, gingen ebenfalls an Starrkrampf zugrunde. Schliesslich soll auch das Pferd, von dem das Serum stammte, an Starrkrampf gelitten haben. Einzelheiten fehlen noch. Hoffentlich wird hier endlich einmal eine ernsthafte Untersuchung und breiteste wissenschaftliche Diskussion einsetzen. Vergleiche auch: The Chicago Daily Tribune vom 11. Dezember 1901.

Dreizehn tetanusartige Todesfälle nach Anwendung von Diphtherieheilserum.

Aus Italien kommt die mit Recht alarmierende, schwer beunruhigende Nachricht, dass nicht weniger als 18 Kinder nach Einspritzungen von Diphtherieheilserum an tetanusartigen Zuständen erkrankt sind.

13 von diesen unglücklichen Kindern sind bereits zugrunde gegangen.

Abgesehen von dieser an sich tragischen und nicht genug zu beklagenden Wirkung eines „Heilmittels“, das sogar als Spezifikum proklamiert ist, wirkt hierbei um so beunruhigender die Tatsache, dass bisher irgend eine Aufklärung, warum hier das Serum so unheilvoll gewirkt hat, völlig fehlt. Das Serum hat sich als völlig einwandfrei, völlig keimfrei und namentlich völlig frei von Tetanus-Bazillen erwiesen.

Es scheint somit das „Heilserum“ doch noch einen Giftstoff zu enthalten, der noch nicht genügend erkannt ist und der unter Verhältnissen, die sich ebenfalls jeglicher Beurteilung entziehen, äusserst verderblich auf den kindlichen Organismus wirken kann.

Der Secolo di Milano schreibt am 12. Januar 1901: Si tratta di una vera epidemia tetanica sparsa in varie regioni dell'Italia superiore coll'uso delle iniezioni del siero prodotto nell'Istituto. (Es handelt sich um eine förmliche Epidemie

von Tetanus, die in verschiedenen Gegenden von Oberitalien durch die Einspritzungen des Heilserums aus dem Serum-Institut von Mailand erzeugt worden ist.“)

Tetanus nach Gelatine-Injektion.

Dr. Zupnik hat im Verein Deutscher Aerzte zu Prag (cf. D. M. W. 1902, 25) über einen tödlich verlaufenen Tetanus durch Gelatine-Injektion in die Blase berichtet: 2% Gelatine wurde wegen Blasenblutung injiziert. Die Blutung stand. Aber nach zwölf Tagen traten die ersten Tetanus-Symptome auf, die nach 40 Stunden zum Tode führten.

Es ist bekannt, dass die Gelatine-Injektion, die jetzt als neuestes blutstillendes Mittel viel empfohlen wird, gar nicht selten zum Tetanus führt.

Tod durch Hundswut-Impfung.

„Wirkliche Wutkrankheit oder angeimpfte modifizierte Wut?“ Unter diesem Titel berichtet Dr. L. Heydenreich, Chefarzt des Militärhospitals in Odessa, in der „Berliner klin. Wochenschr.“ 1904, 38 über eine typische Impf-Vergiftung.

Verfasser wurde zu einer 45 jährigen Magd gerufen, die vor vier Tagen von einem jungen Hunde gebissen war. Auch die Köchin war gebissen worden. Der Hund, ein junges, drei- bis viermonatliches Tier, wurde sofort in einen engen Käfig gesperrt, wo er, wie es hiess, sich unruhig hin- und herwarf. Der herzu gerufene Tierarzt erklärte, „es wäre doch jedenfalls sicherer“, den Hund zu töten, was auch sofort ausgeführt wurde, also noch bevor beim Hunde deutliche Symptome der Wut nachgewiesen werden konnten. Eine Autopsie unterblieb. Der Hund hatte die Magd in die linke Hand gebissen. Der Biss war erbsengross und so flach, dass der Verfasser am vierten Tage nach dem Bisse nicht mehr imstande war, eine Spur von ihm zu sehen. Gewiss war es nichts weiter als eine leichte Schrunde oder Hautabschilferung. Schmerzen waren überhaupt gar nicht vorhanden.

Ungeachtet dieses negativen Befundes bestand die Herrschaft der Magd darauf, dass Pasteursche Präventivimpfungen gemacht werden sollten, infolgedessen die Magd täglich zweimal zur Pasteurschen Station zu Fuss wanderte. Es wurde nach der Schnellmethode verfahren, täglich 2 Spritzen während 12 Tagen, im ganzen also 24 Einspritzungen gemacht. 8 Tage nach Beginn der Einspritzungen und 13 nach dem so ge-

nannten Hundebiss beginnt eine Reihe von Symptomen, von denen man nicht weiss, ob sie der richtigen Hundswut angehören oder einer angeimpften modifizierten Lyssa. Gleich zu Anfang erscheinen sehr schmerzhaft Veränderungen resp. Knoten an den gespritzten Stellen, Schmerzen im ganzen Leib, Verstopfung, belegte Zunge, Widerwillen gegen Nahrung, erhöhte Temperatur. Die träge Innervation des Darmes dauert fort und es gesellt sich hierzu eine Parese des *Detrusor vesicae*. Dann erscheint eine vollkommene Parese aller Gesichtsmuskeln, der Muskeln der Zunge und teilweise des Schlundes mit gleichzeitiger Alteration des Bewusstseins und des Gemütes. Nach 2—3 Wochen erscheinen heftige Anfälle von Atemnot, welche die Kranke in einen Zustand rasender Verzweiflung und Todesangst setzen. Obgleich nun diese Anfälle nicht das Gepräge von klonischen Krämpfen tragen, so erinnern sie doch im ganzen ausserordentlich an die Schlund- und Brustkrämpfe bei wahrer Lyssa.

Nach mehr als monatlicher Dauer dieser Anfälle tritt ein melancholischer Gemütszustand auf, der immer mehr in Trübsinn, Geistesleere und Idiotismus übergeht. Der Zustand schreitet ziemlich rasch fort und führt nach 10 Monaten und 10 Tagen zum Tode.

Nimmt man an, dass es sich wirklich um Lyssa vom Hundebiss handelte, so müsste man gleichzeitig eine bloss 13 tägige Inkubationsdauer annehmen. Eine so kurze Inkubationsdauer ist zwar beobachtet worden, aber nur bei tiefen und zahlreichen Wunden, und der Verlauf der einmal ausgebrochenen Krankheit war dann ein vollkommen anderer als hier. Noch mehr spricht gegen einen Zusammenhang zwischen Biss und Krankheit, dass die Köchin des Hauses gleichzeitig von dem selben Hunde gebissen wurde, und zwar viel stärker als die Magd, dass sie aber nicht gespritzt wurde, und trotz alledem vollkommen gesund blieb. Sie verschwieg ihre Verwundung aus Angst, man könnte sie auf die Pasteursche Station zum Spritzen schicken.

Schliesslich unterliegt die Wutkrankheit des Hundes selbst mehr als einem Zweifel.

cf. Korrespondenzblatt für öffentliche und private Gesundheitspflege, 1905.

Vergiftung nach äusserlicher Anwendung von Kupfersulfat.

Nach äusserlicher Applikation v. 5 g in Milch gelösten Blausteins auf die ekzematöse Kopfhaut traten in 24 Stunden höchst

bedrohliche Vergiftungserscheinungen auf; das Krankheitsbild hatte grosse Aehnlichkeit mit dem der Cholera im asphyktischen Stadium. Das resorbierte Kupfersulfat scheint hauptsächlich auf die Magendarmschleimhaut ausgeschieden zu werden. Cf. Dr. Spannbauer. D. M. W. 1904, 45.

Laktophenin-Ikterus.

Eine „neue“ Krankheit? O nein, es handelt sich lediglich um eine „Nebenwirkung“ des Laktophenins, das jetzt bei rheumatischen Leiden viel, nur zu viel gegeben wird. Man fand in 45 % der Fälle (cf. D. m. W. 1904, 49) Gelbsucht nach Laktopheninkur. Eine gewiss überflüssige Zugabe zur „Kur“. Mit Recht heisst die Gelbsucht hier eine „wirkliche Heilmittelkrankheit“.

Lysol-Vergiftung.

(Cf. d. Ther. d. Geg. 1904 Juli.)

Die Zahl der Lysolvergiftungen mehrt sich in erschreckender Weise. Das früher für relativ harmlos gehaltene Antiseptikum erweist sich als sehr giftig, selbst bei äusserem Anwenden in Lösungen auf der Haut, wo es leichter noch als Karbol zu Nekrose und Gangrän führt. Bekannt ist auch der Hammersche Fall, wo auf eine Uterusdusche mit 1% Lysollösung tödliche Lysolvergiftung erfolgte.

Lysol-Vergiftung. Im Zentralblatt für Gynäkologie 1898, 39, berichtet Cramer: Bei einer 22 jährigen Frau wurden wegen Sepsis nach kriminellm Abort Scheiden- und Gebärmutterausspülungen mit 1% Lysollösung gemacht. Gleich darauf verschlechtert sich das Befinden wesentlich und am folgenden Tage zeigt sich schwere Gelbsucht und Blutharnen. Im Urin: Phenolreaktion als Beweis für das aufgenommene Lysol. 10 Tage darauf starb die Patientin. Die Diagnose musste nach dem Sektionsbefund auf Lysol-Vergiftung gestellt werden.

Schwere Augenleiden durch arzneiliche Gaben von β -Naphthol.

Aus der Augenklinik von Professor Koster, Leyden, berichtet Dr. van der Holde (cf. M. med. W. 1901, 44): Ein 40 jähriger Mann bekommt wegen Gesichtsekzem 2 Jahre lang Einreibungen mit 2 % β -Naphtholsalbe. Im Anschluss daran Augenentzündung und Staar. Um zu untersuchen, ob hier die Salbe als Ursache des schweren Augenleidens

anzuschuldigen wäre, unternahm H. Tierexperimente, die ein positives Resultat gaben. Schon kleine Dosen von β -Naphthol konnten — gleichgültig in welcher Form angewandt — zu schwerer Augentzündung und zur Staarbildung führen.

Orthoform-Vergiftungen.

Das schnell in Mode gekommene Mittel bei Hautleiden, Verbrennung und dergl. galt eine Zeitlang, wie so manches Heilmittel, als völlig ungefährlich. In neuerer Zeit mehrten sich die Nachrichten über böse lokale (Gangrän etc.) und allgemeine Vergiftungserscheinungen (hohes Fieber, Störung im Allgemeinbefinden), Cf. Dr. Hermann, Posen, und Dr. Gumbinner, Berlin: „Ueber Orthoformvergiftung“ in Therap. Monatshefte, März 1901.

Ein Fall von chronischer Phenazetin-Vergiftung.

Von Dr. Max Hirschfeld in Berlin berichtet in D. M. W. 1905, 2 folgendes:

Im August 1903 konsultierte mich eine junge Frau von 23 Jahren, die schon mehrfach wegen anderweitiger leichter Beschwerden, besonders anämisch-nervöser Natur, in meiner Behandlung gestanden hatte, eines Hautausschlags wegen, der ihrer Angabe nach etwa zwei Monate lang bestand. Ich konnte damals folgenden Befund erheben: Beide Unterschenkel waren mit punkt- und streifenförmigen Petechien übersät; an einigen Stellen, und zwar namentlich auf den unteren Hälften der Tibien und den Malleolen, waren die Blutungen zu Extravasaten von Zehnpfennig- bis Zweimarkstückgrösse konfluiert, die offenbar bis in die tieferen Teile des Coriums reichten, und zeigten zum Teil eine bräunlich-schwärzliche Farbe. Im Laufe der nächsten Wochen entwickelten sich in der Mitte dieser, übrigens sowohl spontan wie auf Berührung sehr schmerzhaften Stellen oberflächliche, etwa 2—3 mm tiefe, schmierig belegte Ulzerationen mit unregelmässigem Rande und bis zu Fünfmarkstückgrösse. Eine Ursache dieses Krankheitsbildes war nicht festzustellen; Rheumatismus, septische Infektion irgend welcher Art, schwere Blutkrankheit, schliesslich auch Hysterie waren auszuschliessen, und an die Möglichkeit einer Giftwirkung dachte ich damals nicht, ebensowenig wie ein zu Rate gezogener Dermatologe, auf dessen Wunsch auch ein Versuch mit Jodkali gemacht wurde — ohne Erfolg. Schliesslich gab die Patientin, da die Schmerzen unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde nachgelassen hatten, die Behandlung auf,

bis im Sommer 1904 eine beträchtliche Verschlimmerung eintrat. Auch diesmal tappte ich in Gemeinschaft mit einem zugezogenen Dermatologen und einem inneren Kliniker, der auf meinen Wunsch auch eine Blutuntersuchung anstellte und bei dieser einen normalen Befund erhob, im Dunkeln über die Aetiologie der lästigen Krankheit. Endlich brachte mir die Lektüre von J a r i s c h: Handbuch der Hautkrankheiten (Nothnagel Bd. 24, Teil 1) Aufklärung. Ich fand dort unter „Antipyrinvergiftungen“ die Bemerkung, dass in einzelnen Fällen neben den bekanntlich häufig vorkommenden Erythemen, urtikariaartigen Eruptionen etc. auch Blutungen sich gefunden hätten, und dabei fiel mir ein, dass die Kranke immer schon ihrer häufigen Kopfschmerzen und Migräneanfalle wegen Phenazetin genommen hatte. Ich veranlasste sie darauf hin, sofort das Mittel auszusetzen, mit dem Erfolg, dass von dem Augenblicke an die Affektion verschwand. Die Petechien blassten, unter Hinterlassung eines bräunlichen Pigmentes, ab, die Ulcera schlossen sich und heilten im Laufe von etwa vier Wochen unter Bildung brauner, strahliger, feiner Narben. Um die Diagnose zu sichern, machte wider meinen Willen die Patientin das Experimentum crucis: sie verschaffte sich hinter meinem Rücken Phenazetin und erzielte nach Einnahme von 1,5 g in einer Woche wieder neue Blutungen und ein frisches Ulkus.

Tetanus nach Chinin-Injektion.

Dr. Vicent weist in der Annales de l'Institut Pasteur, 1904, Dez. auf mehrere Tetanus-Fälle hin, die auch von andern Autoren (Laveran) nach Chininjektion berichtet wurden. Er versucht eine Theorie zu geben und schlägt vor, Malariakranke mit Wunden, gleichzeitig mit dem Chinin Tetanus-Heilserum zu injizieren. (Sic!) Man sieht, wie verheerend die ganze wissenschaftliche „Laboratoriums-Therapie“ auf den gesunden Menschenverstand wirkt.

Zur Kasuistik der Quecksilber-Vergiftungen.

Ein 32jähriger Tuchfabrikant bekommt vor ca. 11 Jahren Syphilis. Er wird von da ab im Anfang wegen leichter Halserscheinungen, später wegen Redizive, dann wieder prophylaktisch fast alljährlich 1—2 mal einer Quecksilberkur unterworfen. Der sehr robuste, kräftige Mann hält alles dies „gut“ aus (ca. 12, teils Schmier-, teils Spritzkuren). Dann tritt vor ca. 3 Jahren eine Lähmung des linken Fusses auf, — Jod-Kur — Lähmung der rechten Hand und des rechten Fusses; weitere Quecksilberkur. Keine Besserung, allgemeine Lähmungszu-

stände: Arsenik-Kur, — vor 2 Monaten erhebliche Verschlimmerung, arbeitsunfähig, Steifigkeit und schwere Beweglichkeit in fast allen Muskelgruppen. Jetzt wird von dem behandelnden Arzt die Diagnose: Progress, Paralyse gestellt — das Leiden für unheilbar erklärt. In Berlin wird eine neue Quecksilber- und Jodkur verordnet, aber „nicht recht vertragen“.

Wir haben es hier also mit einem jener typischen Fälle von chronischer Quecksilber-Vergiftung zu tun, die speziell das Zentral-Nervensystem ergriffen hat. Wie so oft sehen wir auch hier eine an sich mild auftretende Syphilis durch geradezu unheimliche Quecksilber-Anwendung einen so tragischen Ausgang nehmen. Der Kranke ist, das unterliegt gar keinem Zweifel, ein Opfer des Quecksilber-Fanatismus geworden, der schliesslich nur am Grabe der Kranken die Waffen streckt. Denn wir haben es hier erlebt, dass der Schwerkranke, der in geradezu klassischer Weise die Zeichen der chronischen, arzneilichen Quecksilber-Vergiftung darbietet, noch in diesem Stadium von einer „Autorität“ natürlich eine neue Quecksilberkur (ca. die 15.) verordnet wurde.

Merkmale einer Sublimatvergiftung als zufälliger Leichen- eröffnungsbefund nach Abort.

Bei einer Frau, die mit beginnendem Abort und übelriechendem Ausfluss in ärztliche Behandlung kam, wurde eine Ausspülung der Gebärmutter mit Sublimatlösung (1:2000) gemacht; wegen eintretender Verschlimmerung wurde die Kranke in ein Krankenhaus geschafft, wo nach wenigen Stunden unter Kollapserscheinungen der Tod eintrat. Bei der wegen Verdachts der verbrecherischen Abtreibung angeordneten Sektion enthielt der vergrösserte und erweiterte Uterus flüssiges und geronnenes Blut; in der linken Gebärmutterwand waren die Venen durch geschichtete Blutpfropfe verstopft und die Lymphgefässe erweitert; die Ansatzstelle des Mutterkuchens war noch deutlich zu erkennen. Während der Magen und der obere Teil des Dünndarms keine Erscheinung von Sublimatwirkung zeigten, waren in dessen unteren Teil die Zotten, Falten und Drüsen geschwollen; die Schleimhaut des Dickdarms war stark geschwollen, mit einzelnen bis linsengrossen Blutaustritten durchsetzt und zeigte zahlreiche bis bohngrosse Geschwüre mit schmierigem grauweissen Belag und graurotem, unebenen, gefässreichen Grunde; ähnliche Veränderungen zeigten sich im Mastdarm. Cf. Dr. Keferstein, Magdeburg, M. M. W. 1904, 41.

Ein Fall von merkuriellem Exanthem.

Callmann beschreibt (cf. Allg. m. Ztrl.-Ztg. 1900, 88) einen Fall von merkuriellem Exanthem bei einer 48 jähr. Frau. Die Patientin hatte zwei Injektionen von Hydrarg. salicyl. von à 0,1 erhalten; zuletzt einen Tag vor Ausbruch des Ausschlages und hatte acht Tage lang einen Merkulintschurz getragen. Der Quecksilberausschlag setzt unter hohem Fieber zugleich mit Quecksilber-Stomatitis ein.

Ein Beispiel von tödlicher Quecksilbervergiftung.

Im „Wiener Briefe“ der Münch. med. Wochenschr. (1899 No. 17, Seite 579) ist zu lesen: Professor Lang berichtete in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft „über einen Fall schwerster Hydrargyrose bei einem jungen Manne, der selbst niemals Quecksilber in irgend welcher Form gebrauchte. Ein mit Lungentuberkulose behafteter und sehr herabgekommener Mann wies tuberkulöse Geschwüre im Munde auf und stand deshalb auf der Abteilung in Beobachtung. Nun zeigte sich ein Geschwür an der Unterlippe und an der Zungenspitze, dabei schwoll die Zunge selbst rasch an, weshalb der Verdacht auf Hydrargyrose entstand. Der Kranke befand sich in einem Saale, in welchem auch Kranke waren, an welchen die Säckchentherapie nach Welander zur Anwendung gebracht wurde. Wiewohl aus diesem Zimmer rasch entfernt, steigerte sich bei dem Kranken die Glossitis, auch die Wangenschleimhaut schwoll an und exulzerierte, es traten ödematöse Schwellungen aussen an der Haut der Wangen und des Halses hinzu. Enormer Speichelfluss, das Oeffnen des Mundes sehr schmerzhaft, das Schlingen erschwert, nur flüssige Kost. Exitus letalis unter pneumonischen Erscheinungen. Die schon beim Auftreten der Glossitis eingeleitete chemische Untersuchung des Harns wies in demselben reichlich Quecksilber nach. Die Sektion ergab ausser den tuberkulösen Geschwüren im Munde und Rachen auch Lungen- und Darmtuberkulose. In der Leber fand sich kein Quecksilber, dagegen reichlich in der Niere. Die Hydrargyrose nahm hier einen so schweren Verlauf, weil das Individuum hochgradig anämisch und kachektisch war.“

Tödliche Quecksilbervergiftung.

Ueber einen tödtlich verlaufenen Fall von Quecksilber-Vergiftung eines Syphilitikers berichtet

Dr. Ledermann in der Berl. Klin. Wochenschr. 1898, 45 und 46. Ein 33 jähriger Mann wird im Mai 1898 syphilitisch. Eine Schmierkur wird, weil schlecht vertragen, nach Verlauf von 75 g grauer Salbe unterbrochen. Ein halbes Jahr später wegen neuer Symptome neue Quecksilberkur (Salicylquecksilber-Injektionen) versucht, aber weil schlecht vertragen, aufgegeben. Dafür Injektionen mit Oleum cinereum 6 mal (auf Veranlassung eines Spezialarztes) gemacht. Nach einigen Wochen traten Schwellung der Zunge, Speichelfluss, Fieber und heftige Diarrhöen auf. L. stellte die Diagnose: schwere Quecksilber-Intoxikation. Patient starb nach 14 Tagen. L. macht das graue Oel für den fatalen Ausgang verantwortlich, da gerade dies Quecksilber-Präparat bereits mehrfach ähnliche Vergiftungen zustande gebracht.

Leberanschwellung bei Quecksilberkuren.

Dr. Lisanti veröffentl. in Riforma mediz., 21. März 1900, über dies Thema eine Arbeit, die in der Semaine médicale, 19. Mai 1900 referiert ist. Dem Referat ist folgendes zu entnehmen:

Oft wird bei Syphilitikern während der Quecksilber-Kur eine deutliche subakute Leberschwellung wahrgenommen, die zweifellos dem Quecksilber zur Last fällt. Die Leber schwillt an, wird empfindlich auf Druck, ihre Konsistenz wird eine härtere. Subjektiv empfinden die Kranken: Schwere und Fülle in der rechten Seite, zuweilen Schmerzen, die in die rechte Schulter ausstrahlen und durch Bewegung verschlimmert werden. Oft ist allgemeine Schwäche, Brechneigung damit verbunden.

Meist wird dabei mehr oder minder starker Ikterus der Schleimhäute beobachtet.

Natürlich fehlte es nicht an Stimmen, welche diese Erscheinung der Syphilis und nicht dem Quecksilber zur Last legten. Aber L. konnte zeigen, dass diese Symptome oft beim Aussetzen des Quecksilbers verschwinden, um beim Wiederaufnehmen der Quecksilber-Kur wieder zu kommen. Nach L. ist der merkurielle Charakter des Leidens zweifellos.

Danach kann ebenso wie Arsen, Phosphor u. a. auch das Quecksilber die Leber angreifen, genau so wie es die Nieren schädigen kann. Albuminurie und Zylinder im Urin sind oft bei Quecksilber-Kuren beobachtet worden.

Vergiftungsfall mit Quecksilber. Von H. F. Holst. Norsk Mag. for Laegevidensk, 9/99.

Eine Familie, bestehend aus Vater, Mutter und 9 Kindern erkrankte gleichzeitig an Kolik, Diarrhöe und Stomatitis. Die beiden jüngsten Kinder starben nach zwei Tagen. Die genauere

Untersuchung ergab, dass der Vater 50 gr Quecksilber gekauft und dieses zu einer Salbe gegen Flöhe verrieben hatte, mit welcher er am Tage vorher alle Familienmitglieder eingerieben hatte. Die heftige Wirkung des Quecksilbers erklärte sich wohl dadurch, dass die Familie ein einziges Zimmer bewohnte, das so mit Quecksilberdämpfen geschwängert wurde.

Cf. „Deutsch. Med.-Ztg.“ 1899. 87.)

Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege.

Dr. Hugo L ü t h j e, Privatdozent und Oberarzt der medicin. Klinik zu Greifswald, weist auf folgendes hin:

Alle Salicylpräparate können einen schwerschädlichen Einfluss auf das Nierengewebe gelegentlich ausüben; trotzdem ist Salicyl eines der am häufigsten und oft in unglaublich hohen Dosen verschriebenen Medikamente der allopathischen Schule; ja es ist eine Stütze ihrer spezifischen Theorie.

Dr. Hugo L ü t h j e hat in 35 genau beobachteten Fällen die schädliche Wirkung dieses chemischen Arzneimittels klar und einwandfrei nachgewiesen. —

Arsen-Vergiftung durch medikamentöse Gaben von Solutio Fowleri.

Karplus berichtet in der Wien. klin. Rundsch. 1901, 41, über eine ausgesprochene Arsenik-Vergiftung mit lähmungsartigen Zuständen der unteren Extremitäten nach einfachen Gaben von Solutio Fowleri, wie sie „lege artis“ gegeben werden.

Über chronische Sulfonal-Vergiftung.

Dr. Dietrich in Dyow bei Kolberg. (Cf. Therapeut. Monats-Hefte, April 1900) gibt eine dankenswerte Zusammenstellung der bisher publizierten Beobachtungen von Sulfonal-Vergiftung. Seit dem Jahre 1888, da Kast das Sulfonal in die ärztliche Praxis einführte, sind über 50 Fälle von Sulfonalvergiftung veröffentlicht worden, von denen ca. 30 tödlich endeten. Es liegt in der Natur der Sache, dass die publizierten Beobachtungen aus Kliniken stammen, in denen die breiteste Oeffentlichkeit herrscht und herrschen muss — während aus der Privatpraxis wenig oder gar nichts über Sulfonalvergiftungen bekannt geworden ist, obzwar sie da zweifellos häufig vorgekommen sind.

Die Grösse der tödlichen oder schädlichen Dosis ist leider keine bestimmbare. Während ein Kranker in sechs Jahren

1500 g Sulfonal vertilgte ohne deutlich Schaden zu nehmen, geht ein anderer schon nach 16 g Sulfonal zu Grunde.

Arzneiliche Sulfonal-Vergiftung mit tödlichem Ausgang.

Aus der phychiatrischen Klinik in Strassburg. Dr. Erbslöh berichtet in der Deutschen Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1903, 3 (cf. M. M. W. 1903, 14), dass bei einer Frau, die 5 Tage lang je 2 g Sulfonal bekommen, sich eine aufsteigende Lähmung (Sulfonal-Polyneuritis) einstellte. Am 1. Tage starb die Patientin dadurch, dass die Sulfonal-Lähmung die Atemmuskeln ergriff. Dieser Fall ist leider nicht vereinzelt. Unsre Spezialkollegen aber werden gut tun, sich solche Fälle zu merken, falls sie wegen nicht „schulgemässer“ Behandlung vor Gericht zitiert werden.

Dr. Wien berichtet in der Berliner Klin. Wochenschrift 1898 No. 39 über einen

Fall von Sulfonal-Vergiftung mit tödlichem Ausgang.

Eine 32 jährige Frau erhielt zur Beruhigung Sulfonal in der üblichen Dosis: 3 mal täglich 0,5. Die Behandlung begann im Anfang Juli und währte bis 21. August. Da war die Patientin „ruhiger“, und das Sulfonal wurde ausgesetzt. Aber die „Ruhe“ war nur der Anfang vom Ende. Schon 2 Tage später, am 23. traten die deutlichen Erscheinungen der Sulfonalvergiftung auf: Schmerzen im Leib, Würgen und Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, lähmungsartige Zustände der Beine. Schon am 24. heisst es im Protokoll: „Diagnose Sulfonal-Intoxikation gesichert.“ Der Zustand verschlimmert sich und am 2. September starb die Patientin. Die Sektion brachte den anatomischen Nachweis, dass sie wirklich einer Sulfonal-Vergiftung erlegen war. Namentlich boten die Nieren das typische Bild einer Vergiftungs-Entzündung.

Tödliche Vergiftung durch Tetanus-Antitoxin.

Dr. Gaspero, Assistent der mediz. Klinik des Prof. Anton in Graz berichtet über einen höchst tragischen Tod einer 24 jähr. Patientin, die an „einem mittelschweren Tetanus traumaticus“, der „eine ziemlich günstige Prognose“ zuliess, erkrankte, am 6. Tage der Krankheit mit Tetanusheilserum behandelt wurde. Das Tetanus trat zuerst am 25. Tage nach

einer „lege artis behandelten Holzsplitterverletzung“ ein und wurde zunächst als hysterischer Krampf gedeutet. Schon befand sich die Patientin auf dem Wege der Besserung. Unter „antihysterischer“ Behandlung war einige Tage nach der Aufnahme der Zustand erheblich besser geworden. Aber die Diagnose Tetanus verführte am 31. Oktober (Aufnahme am 26.) zur Anwendung des Behring'schen Antitoxin. Sofort setzten bedrohliche Symptome einer schweren Vergiftung ein. Die Temperatur stieg von 38,5 auf 40,5, der Puls von 90 auf 140—172. Urin 3—5⁰/₁₀₀ Albumen. Am 3. November T. 42,6 und Exitus let. H. selbst führt den Tod der Patientin auf Vergiftung durch das Antitoxin zurück. Er sagt:

„Die unmittelbar darauf eintretende Reaktion bot die allgemeinen und lokalen Symptome einer schweren Giftwirkung, der die Patientin erlag und die sich auch bei der Autopsie in einer markanten Veränderung des Organparenchyms manifestierte, sodass eine Causalität unmöglich bestritten werden kann.“

„Bisher wurde das Tetanusantitoxin allgemein als ganz unschädliches Mittel gehalten, wenn auch vereinzelte Fälle in der einschlägigen Literatur vorliegen, wo nach Einverleibung dieses Heilserums Albuminurie, Vermehrung der Krämpfe, Exantheme vermeldet werden. (Fenwick, Bôkai u. a.)

„Ein analoger Fall, wie der vorliegende, bei dem Sepsis auszuschliessen ist, wurde noch nicht beschrieben.“

„Zu bemerken ist noch, dass dem verwendeten Präparate als solchem keine anderweitig schädlichen Eigenschaften unter-schoben werden können, und dass eine Verdorbenheit oder Verunreinigung desselben ausser Frage steht. Ausser Frage steht aber auch, dass dem verwendeten Antitoxin eine eigentümliche und hochgradige toxische Wirkung innewohnte. Ob es sich in unserem Falle um eine Art Idiosynkrasie handelte, ob ein besonders disponiertes Nervensystem bei bestehender leichter Unterentwicklung des Gesamarteriensystemes die Schuld an dem unglücklichen therapeutischen Effekte trug, lässt sich nicht im mindesten entscheiden.“

Ein Fall von arzneilicher Trional-Vergiftung mit tödlichem Ausgang.

Dr. Rosenfeld berichtet in der Berl. klin. Wochenschr. 1901, 20, über eine 28 jähr. Geisteskranke, die an einer regel-rechten Trionalvergiftung infolge der verordneten Trionalgaben (à 1 g) gestorben war. In der Literatur ist dies der 4. Fall von tödlich verlaufener arzneil. Trionalvergiftung n. b. von denen, die als solche erkannt und veröffentlicht wurden. Dass es

daneben eine sicher sehr grosse Anzahl von Fällen gibt, in denen die bösen Folgen ev. die tödliche Wirkung des Trionals nicht erkannt, resp. nicht bekannt gegeben, resp. der Krankheit zugeschrieben wurden, ist erklärlich und selbstverständlich. Umsoweniger aber ist es zu verstehen, wie R. trotz der von ihm gemeldeten Todesfälle die Ehrenrettung des Trionals dadurch versucht, dass er sagt: im Verhältnis zu der unendlichen häufigen Anwendung des Trionals seien die schlimmen Folgen als „verschwindend klein“ zu bezeichnen.

Für die ärztliche Praxis aber folgt daraus die Lehre, das Trional zu den Mitteln zu rechnen, auf die der Arzt im Interesse seiner Kranken besser verzichtet. Er wird es um so weniger brauchen, je mehr er die physikalischen Hilfsmittel bei Schlaflosigkeit und Unruhe kennen gelernt hat.

Über einen Fall von chronischer Trional-Vergiftung

berichtet Dr. Karl Vogel in Berl. klin. Wochenschr. 40/99 folgendes:

Die 28 jährige Patientin hat wegen Gesichtsschmerzen und hartnäckiger Schlafbehinderung innerhalb ca. 5 Monaten (vom 15. Januar bis 3. Juni 1898) im ganzen in regelmässigen Zwischenräumen 127 gr Trional genommen. Das Mittel hatte die gewünschte Wirkung und wurde zuerst auch gut vertragen. Erst Ende März fiel es zuerst den Angehörigen der Patientin auf, dass sie „schlecht aussähe“ und beim Gehen mit dem linken Bein etwas „schleppe“. Zugleich zeigte sich zunehmende Mattigkeit und eine gewisse psychische Depression, Widerwillen gegen das gewöhnliche Alltagsleben und öfterer Wechsel der Stimmung. In den ersten Tagen des Mai „erkältete“ sich die Kranke, hatte Schmerzen im Kopf und Rücken und sehr grosse Abgespanntheit. Zugleich hatte sie von Ende April bis Mitte Mai täglich mehrere Male auftretende dünne, fleischwasser-ähnliche Stühle, die viel Schleim enthielten (früher hatte sie normalen Stuhl gehabt). Am 11. Mai schlug dieser Durchfall plötzlich in Verstopfung um. Zugleich traten jetzt heftige kolikartige Schmerzen im Leib auf, mehrere Tage lang öfters Erbrechen sowohl nach der Nahrungsaufnahme, als in den Zwischenzeiten, und Appetitlosigkeit. Zur selben Zeit traten Veränderungen des Urins auf. Einige Tage soll fast gar kein Urin entleert worden sein, trotz starken schmerzhaften Dranges, dann wurden geringe Mengen entleert unter heftigem Wehgefühl in der Blasen- und Urethralgegend. Die Sekretion blieb dann sehr spärlich. Jener nach der mehrtägigen Pause entleerte Urin soll zuerst eine charakteristische burgunderrote Farbe gehabt

haben, die dann in den nächsten Tagen an Intensität zugenommen hat. Ende Mai nahm Patientin äusserst wenig Nahrung zu sich, die Schmerzen im Leib wurden so heftig, dass der Arzt Morphium gab. Am 1. Juni konnte sie morgens plötzlich nicht mehr gehen, die Beine knickten beim Auftreten zusammen und versagten vollkommen den Dienst. In diesem Zustande kam Patientin in das Hospital. Hier konnten die Angaben der Patientin über den Verlauf der Krankheit bestätigt und aus dem Harn ein Farbstoff isoliert werden, der dem Hämatoporphyrin zwar ähnlich, aber nicht mit ihm identisch war; sondern einen bisher noch nicht bekannten Körper repräsentierte.

Über Wismuth-Vergiftung.

Professor Dr. Mühlig, Konstantinopel berichtet: (Cf. Therapeut. Monats-Hefte 1901, Juni.)

Bei einem 26 jährigen Manne wurde eine Brandwunde einige Tage nach der Verbrennung mit reinem Bismutum subnitricum verbunden. Einige Tage später begannen sich die Symptome des Wismuth-Vergiftung zu zeigen: Speichelfluss, bläulich-schwarzer Saum am Zahnfleisch — später Entzündungserscheinungen bis zu Geschwürsbildungen in der Mund- und Kieferschleimhaut. Erst nach energischem Wegkratzen mittels scharfen Löffels erfolgte Heilung.

In einem zweiten Falle wurde ganz ähnliches beobachtet.

Über Wismuth-Intoxikation.

Dr. Dreesmann, Oberarzt am St. Vincenz-Krankenhaus zu Köln (Berl. kl. W. 1901. 36) berichtet:

Ein 30 jähriger Mann erlitt am 1. Juli 1901 durch brennenden Spiritus am linken Bein ausgedehnte Verbrennung 2. und 3. Grades. Es wurde eine Salbe von 10% Bismut. subnitr. zweimal täglich aufgelegt. Nach ca. 3 Wochen schwarzes Sediment im Urin, allmählich Entzündung der Mundschleimhaut, Schlingbeschwerden, Lockerwerden der Zähne, blau-schwarzer Saum am Zahnfleischrande, Zunge, Gaumen (à la Blaubeerfarbe). Die Wismuthsalbe wurde durch eine Borsalbe ersetzt und die Intoxikations-Symptome heilten ab.

Über Operationen.

Soll man Krebskranke operieren?

Schon die Fragestellung ist heutzutage eine beinahe ketzerische. Denn wenn man die sogenannten „Inoperablen“ ausnimmt, so gilt es fast als Dogma, dass man jedes Karzinom so früh wie möglich operieren muss.

Ja, eine Frau mit einem Mamma-Karzinom z. B. darf nach der herrschenden Ansicht von ihrem Arzte verlangen, 1. dass er ihr Leiden so früh wie möglich erkennt und 2. dass er ihr dringend und energisch zur recht frühen Operation rät. Ein Arzt, der eine derartige Kranke nicht „rechtzeitig“ operiert oder operieren lässt, müsste es sich gefallen lassen, eines Kunstfehlers geziehen und womöglich verklagt und verurteilt zu werden.

Und doch! Ja es gibt ein „doch“, welches in dieser unendlich wichtigen Frage von einer ganz andern Anschauung ausgeht, und ganz neue Gesichtspunkte eröffnet.

Es ist namentlich Schweningers Verdienst, mit Nachdruck darauf hingewiesen zu haben, dass sehr, sehr oft Krebskranke nach einer „wohlgelungenen“ Operation wesentlich schlechter daran sind, wie vorher, ja erst seit der Operation eigentlich „krank“ wurden.

Wenn man das Schicksal der Krebskranken, nicht vom Standpunkt des Operateurs, sondern von dem des Arztes und Menschen nach der Operation verfolgt, so kann man sich oft davon überzeugen, dass die Operation nichts gebessert hat. Im Gegenteil. Auch das Allgemeinbefinden zeigt sich nach der Operation oft wesentlich verschlechtert. Schuld daran ist ausser anderen oft: 1. der operative Eingriff als solcher, 2. die mehr oder weniger schwere Verstümmelung des Körpers, namentlich beim Mamma-Karzinom und die physische Beunruhigung der Kranken durch die Diagnose. Aber es kommt noch ein drittes und wichtiges Moment hinzu, das bisher nicht genügend berücksichtigt wird.

Man vergisst, dass das Karzinom keine mehr oder minder örtliche Erkrankung, sondern nur der lokale Ausdruck einer Allgemein-Erkrankung ist. Der Kranke besitzt in der örtlichen Erkrankung gewissermassen die Kloake, in die schlechte Zellen und Stoffe z. T. wenigstens abgelagert werden. Wird durch die Operation diese Ablagerungsstätte entfernt, dann ist es nur zu begreiflich, wenn der Kranke anderweitig in hohem Grade leidet und unter Umständen schnell da und dort Rezidive bekommt und dabei nachher rascher zugrunde geht.

Dies erklärt die Tatsache, dass trotz „frühester“ Operation die Statistik der Chirurgen über ihre Krebskranken um so ungünstiger lautet, je sorgfältiger man nach den Rezidiven und dem sonstigen Schicksal der Operierten forscht.

Noch zwei Punkte müssen hierbei berücksichtigt werden.

Die chirurgische Vorschrift lautet:

Man soll 1. möglichst im Gesunden operieren und 2. alle irgendwie erreichbaren Lymphdrüsen, namentlich aber jede angeschwollene Drüse in der Nachbarschaft des Operationsfeldes entfernen.

Durch die Operation im sog. gesunden Gewebe werden offenbar eine Menge an sich noch relativ gesunder Bahnen eröffnet und für den kranken Stoff zugänglich gemacht — was für die Weiterverbreitung und für die Verschleppung der Karzinomteile in vielleicht noch relativ gesunde Körpergebiete nicht ganz gleichgültig ist.

Noch viel mehr Schaden aber wird durch die peinliche Entfernung der Lymphdrüsen angerichtet. Die Lymphdrüsen sind — das wissen wir doch jetzt mit einiger Sicherheit — die Filtrierapparate und Schutzwälle, welche Krankheitsstoffe abfangen und eine Ueberschwemmung des Körpers damit so lange wie möglich tunlichst verhüten. Wir wissen, dass die Achseldrüsen, die Leistenröhren bei Verletzungen und Infektionen in ihrer Gegend durch ihr Vorhandensein oft geradezu lebensrettend wirken. Dass die Drüsen hierbei sich gelegentlich entzünden und anschwellen, ist natürlich und heilsam.

Es liegt kein Grund vor zur Annahme, dass es sich beim Krebskranken anders verhalten werde. Durch die Entfernung der regionären, erreichbaren Lymphdrüsen beraubt man den Krebskranken seines besten Bundesgenossen und Haltgebieters. Man reisst den Wall nieder, den die Natur zur Verteidigung des Gesamt-Organismus des Individuums aufgerichtet hat.

Aus all den und anderen Gründen verstehen wir die Scheu der „alten“ Aerzte, der hellsehenden Empiriker, Krebskranken zu operieren, verstehen ihren Rat, den Krebs als noli me tangere zu betrachten.

Und wenn erfahrene Aerzte wie Schweningen, Beneke etc. uns sagen, dass es viele Krebskranke gibt, die, sei es, von einem „messerscheuen“ Arzte beraten, oder sei es, dass ihr eigener Widerwille gegen die Operation stärker war als operationslustige Ratschläge von Aerzten und Verwandten, — ohne Operation sich nicht selten viele Jahre eines relativ vorzüglichen Befindens zu erfreuen hatten und haben, so werden wir es wohl nicht mehr so befremdlich finden, dass die Frage von neuem aufgeworfen wird: Sollen Krebskranke operiert werden? Wir werden weiter es keinem Arzte verdenken können, wenn er jene Frage in der Allgemeinheit, wie sie gestellt ist, mit einem energischen „Nein“ beantwortet.

Selbstverständlich wird man als Arzt auch hierin aber lieber individualisieren und die Frage lieber von Kranken zu Kranken entscheiden.

Der Tod Waldeck-Rousseaus und die moderne Chirurgie.

Der authentische Bericht über die an Waldeck-Rousseau vollzogene Operation liegt jetzt vor und beweist auf des Klarste, dass es leider der deutschen „glanzvoll entwickelten Bauchchirurgie“ vorbehalten war, den armen Patienten zu Tode zu operieren. Das Eine ist gewiss, wäre Waldeck-Rousseau von Anfang an nach dem Naturheilverfahren, selbst von einem nicht approbierten, sondern nur leidlich erfahrenen Praktiker statt von der Crème der medizinischen und chirurgischen Autoritäten behandelt worden, er würde nicht so schnell gestorben sein.

Professor Kehr-Halberstadt, welcher als zur Zeit kühnster und beschäftigster Bauch- resp. Leberchirurg an Waldeck-Rousseaus Krankenlager berufen wurde, versuchte seinen Eingriff, dem der Kranke erlag, in der D. M. W. 1904, 35 zu rechtfertigen. Bemerkenswert ist zunächst, dass Kehr den Satz proklamiert: „Stirbt Patient bei der Operation, so ist der Tod für ihn eine Erlösung von seinem kläglichen Dasein.“ Mit diesem Satz lässt sich allerdings wacker operieren. Aber das Dasein Waldeck-Rousseaus vor der tödlichen Operation war anscheinend gar nicht so kläglich, denn Kehr selbst nennt den Kranken sehr „widerstandsfähig“ und noch genügend kräftig, eine zweite, sehr schwere Operation zu überstehen. Dann hat der Kranke vor der Operation ja eigentlich wenig zu leiden gehabt, „er hatte eine gute Herztätigkeit, keine Schmerzen, einen sehr guten Schlaf, keine Wassersucht und dergl.“ Doch geben wir Kehr selbst das Wort:

„Ueber den Krankheitsverlauf berichtete mir Herr Dr. Liouville, der mich in Halberstadt aufsuchte und dann nach Paris resp. Corbeil begleitete, folgendes: Der Patient, 58 Jahre alt,

früher ganz gesund, erkrankte im Spätherbst 1903 an Icterus. Dieser trat nach einer heftigen psychischen Erregung ganz plötzlich ein. Schmerzen waren nicht vorhanden. Der Icterus soll bis Frühjahr 1904 in seiner Intensität gewechselt haben. Dann stellte sich Appetitlosigkeit und Kräfteverfall ein. Im Mai 1904 wurde anderweitig eine Anastomose zwischen Gallenblase und Jejunum hergestellt. Durch einen kleinen Längsschnitt am äusseren Rand des rechten Musc. rect. abd. wurde die Bauchhöhle geöffnet, die operierenden Aerzte fühlten in der Tiefe am Pankreaskopf eine haselnussgrosse Härte und legten ohne weitere Freilegung des Cysticus, Choledochus und Pankreas die Anastomose zwischen Gallenblase und Jejunum an. Die Gallenblase soll gross und verwachsen gewesen sein und ganz dicken schleimartigen Inhalt enthalten haben. Die Operation verlief glatt. Patient bekam acht Tage später dreimal eine heftige (cholämische) Blutung aus der Wunde, erholte sich dann, aber der Icterus bestand fort, das Hautjucken blieb wie zuvor und brachte schlaflose Nächte. Der Appetit war immer schlecht. Das Körpergewicht war binnen Jahresfrist von 150—160 Pfund auf 110 Pfund herabgegangen. Patient befand sich zwei Monate nach der Operation, was den Icterus anlangte, auf dem Status quo ante, nur war er noch viel elender und geschwächer.

Am 8. August 1904 wurde ich konsultiert und fand einen sehr abgemagerten, stark ikterischen Patienten vor, der sehr viel schlief und schon unter den Zeichen der cholämischen Intoxikation stand. Bei der Inspektion des Abdomens zeigte sich mir eine zirka 7 cm lange Narbe am äusseren Rand des rechten Musc. rect. abd. Die Palpation rief nirgends Schmerzen hervor, die Leber war stark vergrössert, aber glatt und nicht sehr hart. Ascites fehlte, ein Tumor war nicht zu palpieren. Der Puls war regelmässig und kräftig, ich zählte 84 Schläge in der Minute. Urin war frei von Eiweiss und Zucker, enthielt viel Gallenfarbstoff. Faeces waren völlig entfärbt. Die Aerzte teilten mir mit, dass Herz und Lungen völlig gesund seien; nur sei der Appetit ganz schlecht und der psychische Zustand seit einigen Tagen sehr deprimiert. Ich diagnostizierte einen chronischen Choledochusverschluss, ob durch Tumor (Choledochus-, Pankreas-, Duodenalkarzinom) oder durch Pankreatitis, Stein oder Adhäsionen bedingt, das war nach meiner Ansicht nicht zu entscheiden.“

Bezüglich der Operation selbst heisst es:

„Die Operation nahm nun folgenden Verlauf: die Bauchhöhle wurde durch den Wellenschnitt eröffnet, es kam mir be-

sonders darauf an, möglichst weit von den Verwachsungen zu bleiben, welche nach der ersten Operation entstanden sein mussten. Dabei kam mir sehr gelegen, dass der Schnitt bei der ersten Operation ziemlich weit rechts lag. Die Blutung aus den Bauchdecken war so, wie sie bei Cholämischen immer ist, nämlich ziemlich profus. Ueberall wurden Klemmen angelegt und grössere Gefässe sofort unterbunden. Die Leber war gross, aber weich, keine Cjrrhose, kein Karzinom; die Gallenblase kam mir vorderhand nicht zu Gesicht. Ich ging mit der rechten Hand in die Bauchhöhle ein und fand einen faustgrossen, ziemlich harten, mit einzelnen Knoten durchsetzten, hinter dem Duodenum gelegenen, sicher dem Pankreas angehörenden Tumor, von dem man mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen konnte, dass er ein Karzinom darstellte. Aber da auch die chronische Pankreatitis steinharte, mit einzelnen Knoten durchsetzte Tumoren bilden kann, durfte man trotzdem die Hoffnung nicht aufgeben, dass doch nur ein chronisch entzündlicher Prozess vorliegen würde, um so mehr, da Drüsen am Ligamentum hepato-duodenale nicht zu tasten waren, und jede Spur von Ascites fehlte. Es wäre nach meiner Ansicht falsch gewesen, wenn man schon jetzt die Bauchhöhle geschlossen hätte. Ich hielt es vielmehr für meine Pflicht, den Versuch zu machen, die gestaute Galle abzuleiten, da nur so eine Heilung eintreten konnte.

Ich suchte also die Gallenblase frei zu präparieren. Aber das war leichter gedacht als getan, und es war eine sehr mühsame, zeitraubende und schweisstreibende Arbeit, durch die festen und ausgedehnten Verwachsungen hindurch auf die Anastomose vorzudringen. Zuerst täuschte der rechte kugelige, sehr weiche Leberlappen die Gallenblase vor; ich punktierte und inzidierte ihn an einer freigemachten Stelle, sah dann aber ein, dass ich nicht die Gallenblase vor mir hatte. Die zirka 1 cm lange Inzision des Lebergewebes hat natürlich dem Patienten nichts geschadet, immerhin wurde die Operation dadurch um fünf Minuten verlängert. Endlich, nach langem Suchen, fand ich die Gallenblase; es war deshalb so schwer gewesen, weil sie fast völlig leer und schlaff war. Ich sah jetzt deutlich die Anastomose und eröffnete dicht an derselben die Gallenblase. Sie enthielt trübes Sekret in geringer Menge und den Rest eines Stückchens unverdauter Melone. (!) Die Darmfistel war offen, ziemlich eng, aber die Anastomose hatte keinen Zweck, denn der Cysticus war verschlossen. Die Lösung der Verwachsungen hatte

mich ziemlich lange Zeit (1 Stunde) in Anspruch genommen, Patient fingen, etwas zu kollabieren. Es kam alles darauf an, die Operation nach Möglichkeit zu beschleunigen. Ich legte also in die geöffnete Gallenblase ein Rohr ein, verschloss dieses wasserdicht und öffnete den fast zwei Finger starken Choledochus im supraduodenalen Teil. Im Bogen spritzte völlig wasserklare Galle hervor. Durch die plötzliche Entlastung der Leber mag der Kollaps noch stärker geworden sein, der Narkotiseur trieb zur Eile. Es war unmöglich, die geplante Choledocho-Duodenostomie oder eine Anastomose zwischen Gallenblase und Choledochus zu beenden; ich musste mich mit der Hepaticusdrainage begnügen, tamponierte auf die gewöhnliche Weise und verschloss die Bauchhöhle. Die Operation hatte $1\frac{1}{2}$ Stunden gedauert. Sie war wegen der ausgedehnten Verwachsungen eine der schwierigsten, die ich je ausgeführt habe. Patient wurde ins Bett gebracht, der Puls erholte sich etwas, nach einer Stunde schwand er wieder.

Trotz reichlicher Exzitantien, Infusionen von Kochsalzlösung etc. trat der Exitus zirka $1\frac{1}{2}$ Stunden post operationem ein.“ —

Es ergibt sich somit klar:

1. Eine direkte Diagnose ist hier nie gestellt worden.
2. Trotz unsicherer Diagnose wurde der Kranke zwei lebensgefährlichen Operationen unterzogen. Die erste übersteht er relativ gut: aeger interdum et medicos et morbum superat.
3. Die zweite Operation hat direkt den Tod verschuldet.
4. Die zweite tödliche Operation war überflüssig. Eine direkte Lebensgefahr lag überhaupt nicht vor.
5. Der Kranke hätte ohne die zweite Operation, namentlich aber, wenn er überhaupt nicht operiert worden wäre, wahrscheinlich vielleicht für Jahre am Leben erhalten bleiben können.

Es ist nötig, diesen Fall eingehend zu erörtern, weil zu erwarten steht, dass die allzu kühn gewordene moderne Chirurgie durch diesen weithin leuchtenden Fall entweder bekehrt oder durch das immerhin existenzberechtigte Publikum zur Ein- und Umkehr gezwungen wird.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die eigentliche Erkrankung eine einfache „Gallenverhaltung“ infolge schwerer seelischer Erregung gewesen zu sein scheint, ein Leiden, das durch verständige Diätetik und namentlich auch durch psychische Behandlung günstig beeinflussbar ist.

Über Probepunktion und Punktion des Schädels.

Die piéce de résistance des Leipziger Kongresses für innere Medizin (April 1904) war der Vortrag von Neisser-Stettin über Probepunktion und Punktion des Schädels. Der grosse Eindruck, den der Vortrag machte, war jedoch nicht in seinem innern Werte begründet, sondern in der Kühnheit, von der er Zeugnis ablegte.

Wir haben es so oft erlebt, dass die ganze Schulmedizin in Ehrfurcht vergeht vor Operationen, nicht weil sie so grossen Nutzen stifteten, sondern weil sie schwierig, unerhört kühn, neu sind. Die Probepunktion des Schädels ist weder neu, noch schwer, nur sehr „kühn“.

Prof. Klemperer bringt in der Ther. d. Gegenw. 1904 Maiheft, den vollständigen Vortrag, den er für die bedeutendste Tat des Kongresses erklärt. Weshalb?

Wenn man Neissers eigene Worte liest, so erkennt man klar, dass es sich um genau dieselbe höchst überflüssige „kühne Operation“ handelt wie weiland bei der Lumbalpunktion. Es ist noch in unser aller Erinnerung, wie die offizielle medizinische Welt in Ehrfurcht verging vor diesem „unerhörten“ Eingriff, der Lumbalpunktion. Lumbalpunktion und Schädelpunktion haben das eine gemein, dass sie beide als gleich überflüssig einzuschätzen sind, von vielen ohne nachweisbare Schädigung überstanden, von anderen jedoch in recht schlechter Weise „vertragen“ werden.

Eine Bereicherung des Heilschatzes, direkt oder indirekt stellt keines der beiden Verfahren dar. Neisser berichtet, dass er 120 dieser „Probepunktionen des Gehirns“ an Lebenden ausgeführt hat. Die Technik beschreibt er wie folgt:

„Abgesehen von vorübergehenden Versuchen, die Weichteile mit einem spitzen Pacquelin zu durchbohren, die ich nur erwähne, um andere davon abzuhalten, haben wir ähnlich wie Albert Kocher stets Haut und Knochen ohne jeden vorhergehenden Einschnitt durchbohrt; nur benutzen wir nicht den Drillbohrer und durchstossen nicht die Weichteile damit, sondern wir benutzen die elektrische Bohrmaschine, die einen feinen Bohrer von 2 mm in schnelle Rotation versetzt, so dass die Bewegung kaum erkennbar ist. Dieses Instrument durchbohrt spielend leicht in einem Akt Weichteile und Knochen, man fühlt genau, wenn man die Tabula externa sowie interna durchbohrt. In diesem Augenblick wird der Bohrer zu momentanem Stillstand gebracht und zurückgezogen. Für den, der die ersten Male dieses macht, ist das Gefühl unangenehm, als könne man mit dem Instrument in den Schädel hineinfallen; ich kann

indessen versichern, dass nach nur einiger Uebung nicht einmal die Dura dabei verletzt wird. Durch Einführung eines feinen Röhrchens und einer Metallborste, wobei die Dura mit einem lauten Knacks nachträglich gesprengt wird, habe ich mich vielfältig hiervon überzeugt. Es folgt die Einführung einer Probepunktionsnadel; unter stetem Ansaugen wird die Nadel von Stelle zu Stelle weiter vorgeschoben. Die hierzu benutzten Nadeln haben Zentimetereinteilung, tiefer als ca. 4—5 cm soll man nicht vordringen.“

Die Sache ist also ganz einfach — leider nicht ganz harmlos, wie der Autor selbst zugibt, — jedenfalls auf Grund der schlimmen Erfahrungen, die aber im Referat nicht weiter erwähnt werden. Und nun der Nutzen für die Kranken? So kläglich wie nur irgend möglich. Neisser hat 120 mal diese Operation ausgeführt, und zwar an 30 Patienten, sodass einzelne diesen Eingriff wiederholt überstanden haben. Das ist der erste Erfolg. Vorgestellt wurden auf dem Kongress von den 30 also Behandelten: 3. In anderen drei Fällen ist der Tod sehr bald nach der Punktion eingetreten; natürlich nicht als Folge des Eingriffs. Hier die kurzen Neisserschen Berichte:

„M. H., wenn jemand eine Trauma erleidet und darnach mit steigendem Hirndruck und halbseitigen Symptomen eingeliefert wird, so weiss jeder, was zu tun ist; ganz anders aber jene Fälle, die, sei es bewusstlos, mit oder ohne Hirndrucksymptome, ohne hemiplegische Zeichen oder ohne Anamnese, ohne äussere Verletzung eingeliefert werden; wie oft ist in solchen Fällen die Schädelöffnung unterlassen oder die falsche Seite geöffnet worden. Ein solcher Fall war es, in dem wir zuerst durch Probepunktionen 15 ccm chokoladenfarbenes Blut entleerten (am l. h. Krönleinschen Punkt). Die Operation deckte eine grosse intra- und extradurale Blutung auf. Der Tod (!) konnte wegen gleichzeitig bestehender starker Hirnertrümmerung nicht abgewendet werden.“

„Ähnlich auch ein Patient mit grosser intraduraler pachymeningitischer Blutung, wo wir 100 ccm altes Blut entleerten mit dem Erfolge ausserordentlicher Besserung, leider erfolgte ein plötzlicher Tod (!) im Kollaps, ehe etwas weiteres geschehen konnte.“

„Von anderen pathologischen Produkten, die wir durch Hirnpunktionen gewonnen, erwähne ich eine serös eitrig-Flüssigkeit, die wir aus der hinteren Schädelgrube eines Kindes punktierten, dessen Spinal- und Ventrikel-Flüssigkeit klar und vermehrt war und hohen Druck hatte. Auch die Ursache dieser zirkumskripten basalen Meningitis hatten wir in der Hand, ohne sie zu erkennen. Wir förderten nämlich aus dem linken Klein-

hirn nekrotisches Gewebe zutage; es entstammte, wie die Sektion (!) zeigte, dem Käse eines Hirntuberkels. Von anderen Tumoren haben wir nur an der Leiche uns überzeugen können, dass von einem erweichten Kleinhirnsarkom sowie von einem Endotheliom der Dura mit der Spritze durch die Dura hindurch Tumorgewebe erhalten werden konnte.“

Wir haben hier also 3 „erfolgreiche“ Hirnpunktionen, die sehr bald den Tod zur Folge hatten. Selbst die wenigen Fälle, in denen Neisser einen Erfolg durch die Punktion gesehen haben will, sind so wenig eindeutig, dass sie der wissenschaftlichen Kritik in keiner Weise standhalten. Dafür sind offenkundige Schädigungen so klar erwiesen, dass es wiederum genügt, Neissers eigene Worte zu hören:

„Freilich, m. H., geht es schon aus den oben erwähnten anatomischen Verhältnissen insbesondere der Gehirnnerven hervor, dass die Probepunktion des Gehirns durch den Schädel nicht unter allen Umständen und bei jedem Falle eine harmlose Vornahme sein kann. Um wieder von eigenen Erfahrungen zu sprechen, so haben wir allerdings bei 30 Patienten klinisch nur (!) zweimal und unter besonderen Umständen Verschlechterungen des Befindens erlebt, einmal bei der Entleerung eines Hydrocephalus bei Hirntumor, was bekanntlich bei Lumbalpunktionen ebenfalls vorkommt; ein andermal gab es bei einem halb benommenen, expiratorisch stark pressenden Patienten, der an einem Glioma apoplecticum an einer von der Punktionsstelle weit entfernten Stelle litt, eine Blutung in dasselbe bzw. einen Durchbruch in die Meningen; ein Ereignis, das an sich bedauerlich, allein für die Dignität unseres Verfahrens leicht abschätzbar ist und wohl kaum ins Gewicht fällt.“

„Dagegen soll durchaus nicht verschwiegen werden, dass bei Sektionen, wenn auch selten, kleinste und kleine Blutungen an den Punktionsstellen in der Pia resp. in der Hirnsubstanz gefunden wurden, klinisch haben wir niemals Erscheinungen davon gesehen, arterielle oder Sinus-Blutungen haben wir nicht erlebt.“

Also Neisser hat durch die Verletzungen der Hirnhaut und der Hirnsubstanz, die durch seine Probepunktionen entstanden und welche durch die Sektion erwiesen wurde, „keinerlei klinische Erscheinungen gesehen.“ Kam es wirklich immer nur infolge des vorliegenden Prozesses zur Sektion? Es ist schwer, dass einem hierbei nicht des grossen Hyrtel Wort: *jus impune occidendi chirurgorum* in den Sinn kommt. Man kann sich als empfindender Arzt und Mensch eines gewissen Grauens nicht erwehren, wenn man sieht, in welche Bahnen die moderne, wissenschaftliche Klinik gedrängt wird, wenn man

sieht, wie die gewagtesten, durch nichts zu motivierenden Experimente in vivo, zu „Heilzwecken“ an wehrlosen Kranken mit unbewegtem Gewissen vorgenommen werden. Aber noch viel trauriger als dies ist die beschämende Tatsache, dass der „kühne“ Neisser unter dem Beifall des Kongresses über seine Experimente berichten durfte.

Blasenruptur mit tödlichem Ausgang durch Bottinische Operation.

In der D. M. W. 1904, 36, S. 1309 bringt Dr. Rosenstein folgende Krankengeschichten:

Anamnese: 57 Jahre alter Rittergutsbesitzer, welcher bis vor vier Jahren stets gesund gewesen sein will. Damals erkrankte er mit unbestimmten Beschwerden, Druckgefühl im Leibe, besonders beim Reiten und Fahren. Er konsultierte nach längerer Dauer einen Arzt, welcher ihn in kurzer Zeit durch Verordnung von Vichy und Karlsbader Salz völlig wiederherstellte. Inzwischen war Patient, abgesehen von geringen Magenbeschwerden, völlig gesund und konnte seinem anstrengenden Berufe nachgehen. Seit zirka 1½ Jahren bemerkte er aber, dass der Harnstrahl dünner wurde, und dass er zum Urinlassen stark pressen musste. Die Beschwerden nahmen im Laufe des letzten Jahres an Intensität zu, und vor vier Wochen trat ganz plötzlich eine heftige Verschlimmerung ein, welche mit Magenschmerzen, Appetitlosigkeit und stark belegter Zunge einsetzte: Fieber bestand nicht; gleichzeitig stellten sich aber starke Schmerzen beim Urinlassen ein, und der Arzt konstatierte eine starke Blasenüberdehnung infolge von Prostatahypertrophie. Der Kranke wurde katheterisiert und mit Bor säurespülungen behandelt; er wurde dann selbst im Katheterismus unterwiesen und katheterisierte sich in der Folge zweimal täglich selbst. Da Patient von diesem Leiden befreit sein wollte, suchte er die Hilfe des Herrn Prof. Jsrael auf.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus am 23. Oktober 1902 wurde folgender

Status praesens aufgenommen. Mässig kräftig genährter Mann mit schlaffen Hautdecken. Brust- und Bauchorgane ohne krankhaften Befund. Die Blase steht fast in der Höhe des Nabels als prall elastischer, birnenförmiger Tumor. Die Ausdehnung ist besonders in der Längenrichtung ausserordentlich stark, im Breitendurchmesser weniger.

Die Untersuchung per Rectum ergibt eine nur wenig vom Mastdarm aus fühlbar vergrösserte Vorsteherdrüse, dagegen kann man sie bimanuell nach Entleerung der Blase deutlich palpieren; nähere Konturen lassen sich dabei nicht unterschei-

den. Ein elastischer Katheter mit T i e m a n n s c h e r Krümmung gleitet ohne nennenswerte Schwierigkeit in die Blase; es wird dabei ein Rückstand von 850 ccm Urin entleert. Der Urin ist ziemlich trübe, enthält im Sediment nur Eiterkörperchen und Blasenepithelien.

Die Nierengegend ist links leicht empfindlich, rechts ohne Empfindlichkeit; beiderseits keine palpablen Veränderungen.

26. Oktober. Die Blase wird regelmässig morgens und abends mit Borwasser gespült und dabei der Rückstand, welcher gestern 1000 ccm betrug, entleert; ausserdem erhält Patient dreimal täglich 0,5 g Urotropin.

Es besteht ein ausserordentlich starkes Durstgefühl und eine erhebliche Polyurie (2100—2600 g). Es sollte zur Beseitigung des Leidens die B ö t t i n i s c h e Operation vorgenommen werden (Konsultation des Herrn Dr. Freudenberg); die Operation unterblieb jedoch mit Rücksicht auf eine Aenderung im Befinden des Kranken, welches zunächst einen operativen Eingriff nicht gestattete, Patient bekam einen Schüttelfrost und Temperaturanstieg auf 38,8°; bis heute Mittag erneuter Anstieg der Körpertemperatur auf 39,6°. Dabei allgemeines Unbehagen und sehr trockene Zunge mit borkigem Belag. Kein Erbrechen.

1. November. Da das Fieber keine Neigung zum Abfall zeigt und der Urin ausser den schon bei der Aufnahme nachweisbar gewesenen Eiterkörperchen auch einige Zylinder zeigt, wird zur Beseitigung der Rückstauung ein Verweilkatheter eingeführt.

4. November. Die Temperatur ist seit der Anwendung des Dauerkatheters im Abfallen. Das Allgemeinbefinden bessert sich. Spülungen der Blase werden nicht vorgenommen.

9. November. Zystoskopie: Sehr starker, mittlerer Lappen; gegen diesen setzt sich, nach links hin durch eine scharfe Furche getrennt, ein Seitenlappen ab, nach rechts geht der Mittellappen diffuser und gleichmässiger in eine bedeutende wellige Wulstung über, ohne dass sich ein besonderer Lappen daselbst absetzt. Starke Balkenblase mit erheblicher Injektion der Schleimhaut. Ureteren nicht sichtbar.

11. November. Bottinische Operation in Chloroformnarkose. Wie gewöhnlich war die Blase mit Borwasser sauber gespült und mit 200 ccm Luft angefüllt worden. Es wurde zunächst in den mittleren Lappen eine Rinne von 3,5 cm Länge eingebrannt, dann rechts seitlich 2,5 cm, und ebenso sollte links seitlich verfahren werden. Bei Beginn des dritten Schnittes, als dieser ungefähr 1 cm weit geführt worden war, gab es einen nicht sehr lauten,

explosionsartigen Knall, der sich wie das Platzen eines Ballons anhörte. Während der Detonation sah man die Bauchdecke über der Blasen- gegend sich einen Moment hervorwölben, dann wieder zusammenfallen, so dass sofort eine Ruptur der Blase vermutet werden musste. In der Tat konnte man die Blase, welche vorher als ein mässig prall gefüllter Tumor zu palpieren war, nicht mehr fühlen und über der Leber perkutorisch eine grosse Luftblase nachweisen, welche bei Lageveränderung des Kranken ihren Platz etwas wechselte. Ausser einer geringen Arythmie des Pulses konnte eine Einwirkung auf den narkotisierten Kranken nicht wahrgenommen werden.

Es muss als wichtig hervorgehoben werden, dass, abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten, während der ganzen Dauer der Operation keine Luftblasen oder Dämpfe neben dem Instrument aus der Harnröhre entwichen waren. Sofort nach der Explosion wurde der Inzitor entfernt und ein Katheter in die Blase eingeführt, dessen äusseres Ende unter Wasser geleitet wurde, um zu prüfen, ob die eingeblasene Luft noch in der Blase sei. Da sich bei diesem Versuche keine einzige Luftblase entleerte, musste geschlossen werden, dass die Harnblase kollabiert sei und ihre Luft in die Bauchhöhle entleert habe.

Herr Professor I. schloss sofort die Laparotomie an und fand eine Ruptur der Blase rechts seitlich im Douglas in einer Ausdehnung, welche den Finger bequem in das Blasenloch einführen liess, ausserdem ein Emphysem des benachbarten subperitonealen Gewebes und eine blutige Durchtränkung desselben. An dem den Blasenriss überziehenden Peritoneum war eine Perforationsöffnung nicht sofort zu finden, nach derselben wurde auch gar nicht gesucht, sondern die Rupturstelle durch Jodoformgazestreifen der Bauchhöhle abgeschlossen und die Wunde im übrigen vernäht; in die Blase wurde ein Verweilkatheter eingelegt. Nach einem anfangs recht wechselnden Befinden erlag der Patient schliesslich am 11. Tage post operationem einer putriden, wahrscheinlich metastatischen Bronchopneumonie.

Die Erfahrung des Operateurs gibt die Gewähr, dass die Bottinische Operation in dem vorliegenden Falle mit allen Vorsichtsmassregeln ausgeführt worden ist, welche man kennt. Demnach musste entweder ein verhängnisvoller, von der Operation unabhängiger Zufall vorliegen, oder die regelrecht ausgeführte Bottinische Operation als solche war schuld an der Blasenruptur.

Als Grund für die Blasenruptur wurde ermittelt: Das Glüh-

wasser erzeugt eine Verdunstung, jede Flüssigkeit beansprucht bei der Verdunstung den 1723 fachen Raum. Können die Verdunstungsgase nicht leicht entweichen, dann kann, wie hier, die enorme Drucksteigerung die Blase sprengen.

Psychische Störungen nach Operationen.

M. Berger führt hierüber nach der Sem. méd. vom 29. Mai 98 folgendes aus:

Oft hat die Psychose in Form verschiedenartiger Störungen schon vor vorgenommenem Eingriff geäußert; sie ging der Operation voran, war keine Folge derselben. Nicht selten wird in den Chirurgen seitens der Kranken dieser Kategorie derart gedungen, dass es ihm sehr schwer fällt, sich nicht dazu hinreissen zu lassen, eine Operation auszuführen, deren Notwendigkeit nicht vollkommen erwiesen ist; doch reut es ihn oft in der Folge, den Bitten der Operierten nachgegeben zu haben, da diese, weit davon entfernt, ihm dankbar zu sein, ihn im Gegenteil verabscheuten und sich gewöhnlich als kränker betrachten, wie vor der Operation. Zu Beginn meiner chirurgischen Laufbahn hatte ich mich einst durch die Bitten einer Patientin überreden lassen, doch hat mir diese nach der Operation mehr Aerger bereitet, als sich beschreiben lässt. Der Zustand der Patientinnen dieser ersten Kategorie wird durch den Eingriff meist nicht nur keineswegs besser, sondern ihre Angaben können den Chirurgen derart irre führen, dass er eine ganz unnötige Operation macht. Ich gebe zu diesem Zweck die Beobachtungen an einer Patientin der Salpêtriére wieder, die einen Selbstmord versucht hatte, indem sie Glasscherben schluckte. Da sich bei der Frau intensive gastrische Störungen zeigten, da sie, wie es schien, Blut gespiesen hatte, ausserdem behauptete, sie habe mindestens drei Glasscherben verschluckt und, schliesslich da die Betastung der Magengegend immer an einer bestimmten Stelle einen starken Schmerz hervorrief, entschloss ich mich einzugreifen. Ich machte eine Laparotomie, die mir die Abwesenheit jeglichen Fremdkörpers im Innern der Magenöhle zeigte. Nichtsdestoweniger zeigte man der Patientin, nach deren Erwachen, einige Glasscherben, die man sich zu dieser Gelegenheit verschafft hatte. Im Gegensatz zu dem was gewöhnlich passiert, war die Operierte von ihren pathologischen Beschwerden nun gründlich geheilt.

In zweiter Reihe hat man es mit Psychosen als wirklicher Folge von Operationen zu tun, doch ist auch hier nötig zu unterscheiden. Es gibt da Delirien — nach Operationen, — die auf Intoxikationen oder Infektionen zurückzu-

führen sind und die ich vollkommen beiseite lasse; es gibt andere, die wenig intensiv und vorübergehend sind und im Moment der völligen Genesung der Operierten, oder bei Domizil-Wechsel, weichen; es gibt aber auch schliesslich solche, die, im Gegensatz zu den vorübergehenden, bestehen bleiben und oft definitiv sind. Diese letzteren sind, genau genommen, die einzigen, denen die Benennung „Psychische Störungen nach Operationen“ gebührt und kommen, nach meiner Ansicht, un-
gemein selten vor. Ich hatte in der Tat nur dreimal Gelegenheit mich angesichts solcher Fälle zu befinden, sonderbarer-
weise stets infolge derselben Verstümmelung — der Amputation der Brustwarze wegen bösartiger Geschwulst dieser Drüse. Obwohl es mir nur in einem dieser drei Fälle gelang, die nervösen Antezedentien zu erfahren, glaube ich, dass hier die Operation bei der Entstehung der geistigen Störungen eine rein zufällige Rolle spielte und dass jeder andere wichtige Vorfall im Leben einer der Operierten zweifellos ein gleiches Resultat ergeben hätte.

Doch, wenn wir in der Vergangenheit unserer Patienten un-
abstreitbare nervöse Störungen — gleichviel ob angeerbt oder angeeignet — konstatieren, müssen wir uns deshalb jedesmal einer Operation enthalten? Ich glaube nicht, denn, wenn es auch einesteils oft vorkommt, dass Personen mit einer pathologisch mehr oder minder belasteten Vergangenheit ungestraft die schwersten chirurgischen Eingriffe ertragen, so ist es dagegen nicht unmöglich bei geistig vollständig gesunden Patienten, die auch erblich nicht nervös belastet sind, infolge von oft ganz unschuldigen Operationen nicht selten unheilbare geistige Störungen auftauchen zu sehen.

Gallenstein-Operationen. Professor Kehr in Halberstadt hat sich zum Spezialisten in der Leber- resp. Gallenstein-Chirurgie herangebildet. Seine Professur — er ist Besitzer einer chirurgischen Privat-Klinik in Halberstadt — verdankt er seinen Arbeiten auf diesem Gebiete. Er ist wohl derjenige Chirurg, der bei weitem am meisten Gallenstein-Operationen gemacht hat und dessen Virtuosität auf diesem Gebiete allseitig anerkannt ist. Gleichwohl hat er im letzten Jahre bei 84 Gallenstein-Operationen 18 tödliche Ausgänge gehabt. (Cf. Beiträge zur Bauch-Chirurgie, unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 Gallenstein-Operationen von Prof. Dr. Hans Kehr, Dr. Bloths und Dr. Wolff, Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung, 1901.) Dieses Resultat spricht doch nicht sehr zu gunsten der Operationen, die zudem nie eine Sicherheit gegen Recidiv gewährt.

Schlechte Erfolge der beiderseitigen Resektion des Hals-sympatikus bei Epileptikern.

Von Mariani. (Cf. Zentralbl. f. Chirurgie 1901, 41.)

Bei 9 Epileptikern ist wegen ihrer Epilepsie die Resektion beider Halssympatici gemacht worden: der Erfolg war ein absolut negativer.

Für uns folgt hieraus zweierlei: Erstens, dass man sich auch im anderen Lager über die Wertlosigkeit der üblichen Brom-, Opium- etc. Therapie der Epileptiker immer klarer wird, und zweitens, dass die Versuche, den Epileptikern durch die Chirurgie zu helfen, nicht mehr berechtigt sind. Mit um so grösserem Nachdruck müssen wir auf die hier mehrfach betonte physikalisch-diätetische Behandlung der Epileptiker hinweisen.

Experimenteller Beitrag zur Frage der Behandlung der Knochenfrakturen.

Von Dr. Rossi,

Chirurg am Ospedale Maggiore zu Mailand. (Cf. Wien. med. Presse 1902, 4).

„Massage und frühzeitige Mobilisierung“ sind die wesentlichsten Fortschritte in der modernen Fraktur-Behandlung. Championnière, der bereits vor 10 Jahren in seiner Arbeit „Traitement des Fractures par le massage et la mobilisation“ gezeigt, dass die Kallusbildung hierdurch rascher und sicherer vor sich geht.

R. trat dieser Frage experimentell näher. Von Kaninchen mit experimentellen Knochenbrüchen wurde ein Teil nach der alten Methode mit immobilisierenden Verbänden behandelt, ein zweiter Teil wurde à la Championnière gleich massiert, vom 5. Tage an mit Gelenkbewegungen, mit dem 8. Tage unter völliger Weglassung des Verbandes. Die Massage dauerte eine Viertelstunde und betraf vorwiegend die Umgebung der Bruchstelle. Die Bruchstelle selbst wurde wenig massiert. Die Tiere liessen sich das gern gefallen und fühlten sich offenbar dadurch erleichtert. Bei dem dritten Teil der Versuchstiere waren die Frakturen der Naturheilung überlassen.

Da zeigte sich die bemerkenswerte Tatsache, dass die nach der alten Methode lege artis mit fixen Verbänden behandelten Knochenbrüche am schwersten heilten. Am schnellsten heilten die mit frühzeitiger Massage und Bewegung behandelten Brüche. Die der Naturheilung überlassenen Tiere waren meist besser, als die immobilisierten. Am besten aber waren die Erfolge der Massage und frühen Mobilisierung. Das ständige

Liegen und der drückende Apparat ist offenbar ein die Heilung hinderndes Moment. Auch mikroskopisch zeigte sich der günstige Einfluss der Massage und Mobilisierung.

Ueberflüssige Operationen.

Im *Le Progrès médical* (1902, 25. Jan.) findet sich folgende Notiz: Potain pflegte über die Schicksale einer Frau mit Ovarialschmerzen zu erzählen. Nachdem vielerlei Medizin gebraucht, schnitt man ihr schliesslich einen Eierstock heraus. Die Schmerzen blieben aber bestehen, und man entfernte den zweiten Eierstock. Dasselbe negative Resultat. Die Schmerzen quälten mehr wie je. Dann entschloss man sich, noch den Uterus zu entfernen. Die Operation „glückte vollkommen.“ Aber die Schmerzen waren nicht beeinflusst. Jetzt erst erinnerte man sich der Hydrotherapie — und in der Tat gelang es, durch eine längere hydrotherapeutische Kur die Kranke zu heilen. Hüchard nennt diese tollen Schmerzen „zentrale“, sie haben nach ihm keine örtliche Ursache und können ausser in den Genitalien auch in der Herzgegend und in der Brustwarze lokalisiert sein.

3 plötzliche Todesfälle nach rel. leichter gynäkolog. Operation von Dr. Davis. cf. *Ztrbl. f. Gynäk.* 1906, 14 (S. 407). Bei einer 20 jährigen wird in Narkose die Placenta wegen Abort ausgeräumt: plötzlich Vorfall und Tod. Sektion: negativ. Bei einer 25jährigen „auf Wunsch“ leichte Zange bei gutem Allgemeinbefinden — 15 Minuten nach der Entbindung: Atemnot, Tod. „Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Pulmonal-Embolie. Bei einer 44jährigen 2 Monate nach einer schweren Entbindung wegen unbestimmter Beschwerden: Adnex-Operation (Befund fast negativ) 48 Stunden nach der Operation: Atemnot — Tod. Die Sektion ergab: Embolie der Arteria pulmonalis.

2 Fälle von tödlich verlaufenem Tetanus nach gynäkologischen Operationen. cf. *Ztrbl. f. Hygien.* 1906, 14. Prof. Seegert (Kgl. Frauenklinik Berlin) räumt am 16. 3. 1904 digital einen Abortus aus. Am 7. Tage darauf: Kiefersperre und ausgesprochener Tetanus. Behrings Serum sofort angewandt — „trotzdem“ rapider Verlauf und Tod (am 3. Krankheitstage).

Prof. Martin (Universitätsklinik Greifswald) operierte am 16. Oktober 1905 eine Frau (Descensus). — Am 5. Tage nach der „leichten“ Operation Schluckbeschwerden — nach wenig Stunden deutlich Tetanus: Serumbehandlung. Tod nach 24 St.









