

Neotropin (Firma Schering-Kahlbaum A.-G. Berlin) in Lösung enthalten.

Diese Farbstoffe, Abkömmlinge der Pyridinreihe, färben bei der üblichen Dosierung von täglich 3–6 Pillen den Urin gelbrot bis tief rot. Beim Zusatz von einigen Tropfen Paradimethylamidobenzaldehyd-Lösung zum kalten Urin tritt sofort eine in ihrer Intensität von der Farbstoffkonzentration abhängige rote Färbung oder noch stärkere Rötung des Urins ein, die sich von einer positiven Aldehydprobe in nichts unterscheidet. Beim Erwärmen des Urins verschwindet zwar die rote Pyridium- und Neotropinfarbe, um beim Erkalten wiederzukehren; es läßt sich jedoch diese Tatsache eben wegen des Erwärmens für die Urobilinogenbestimmung nicht verwerten. Ebenso ist die beim Trypflavinurin nach Goldschmidt mögliche Unterscheidung durch die Farbe des Chloroformextraktes, wobei im reinen Trypflavinurin das Chloroform farblos, bei außerdem vorhandenem Urobilinogen violett sein soll, bei Pyridium und Neotropin nicht anwendbar; denn schon diese Farbstoffe allein färben das Chloroform gelblich bis gelbflehtrot und überdecken dadurch die sonst rötliche Farbe eines eventuell vorhandenen Urobilinogenextraktes.

Im Verlauf unserer Untersuchungen über diese Erscheinung fanden wir ihre Erklärung in der Tatsache, daß reine Pyridium- und Neotropinlösungen durch Säurezusatz intensiv gerötet werden. Beiden Pyridinverbindungen ist eine Azo- und Aminogruppe gemeinsam; bei Zuführung von Säuren kommt die vorher nur schwach vorhandene rote Farbe in verstärktem Maße zur Entwicklung.

Bei Zusatz von konzentrierter Salzsäure tritt deshalb sowohl in wäßrigen Lösungen beider Mittel wie auch in solchen Urinen je nach der Konzentration des Farbstoffes eine Rosa- bis Burgunderfärbung auf. Der Säurezusatz gestattet auch den Nachweis von geringen Mengen beider Mittel im Urin. Nur ist dieselbe Reaktion nach Möglichkeit auch im Farbstofffreien Urin anzustellen, da manche Urine beim Ansäuern mit Salzsäure rosa gefärbt werden. Die Bildung dieses Farbstoffes Urorosein beruht auf der Gegenwart von Indoleisigsäure.

Das Ehrliche Paradimethylamidobenzaldehyd ist in 20%, nach anderen Vorschriften auch in 5% konz. Salzsäure gelöst, wodurch nach den bisherigen Ausführungen die Verfälschung einer positiven Aldehydprobe im Pyridium- und Neotropin-Urin erklärt ist. Eine andere als Salzsäurelösung des Reagens wäre unwirksam. Die Urobilinogenprobe ist also in Urinen, die die beiden Pyridinabkömmlinge enthalten, nicht zu verwerten; sie läßt sich höchstens umgehen, indem man nach Huber die sofortige Umwandlung des Urobilinogens in Urobilin dadurch hervorruft, daß man auf ein halbes Reagenzglas Harn etwa 2–3 Tropfen Lugolscher Lösung zusetzt. Das von ihm zum gleichen Zwecke angegebene Obermeyersche Reagens ist wegen seines Salzsäuregehaltes nicht brauchbar. Unberührt vom Pyridiumgehalt des Urins bleibt natürlich die spektroskopische Feststellung des Urobilins und Urobilinogens, jedoch ohne die für die deutlichere Sichtbarkeit der Absorptionsstreifen vorher empfohlene Ansäuerung.

Der chemische Nachweis der übrigen Gallenfarbstoffe bleibt vom Gehalt des Harns an Pyridium oder Neotropin unbeeinflusst. Lediglich ist die Chloroformschüttelprobe auf Bilirubin unbrauchbar, da besonders das Neotropin sich in dem Chloroformextrakt mit einer goldgelben Farbe löst.

R. Goldschmidt, D. m. W. 1030 Nr. 4. — Huber, M. Kl. 1910 Nr. 2.

## Uebersichten.

Aus dem Institut „Robert Koch“.  
(Serologische Abteilung; Geh.-Rat Otto.)

### Zum Symptomenbild und zum Krankheitsverlauf der allergischen Krankheiten<sup>1)</sup>.

Von Dr. Lucie Adelsberger.

Wenn ich mich veranlaßt sehe, zu den allergischen Krankheiten das Wort zu ergreifen, so geschieht es, weil anscheinend über den theoretischen Erwägungen nach dem Wesen und der Pathogenese der allergischen Erkrankungen und bei der Diskussion über die verschie-

denen Behandlungserfolge die Symptomatologie der allergischen Krankheiten in den letzten Jahren weniger berücksichtigt wurde. Dazu kommt noch, daß ich bei über 1000 Patienten, die ich selbst im Institut „Robert Koch“ und in meiner Praxis beobachten konnte, Gelegenheit fand, das allergische Krankheitsbild genau zu studieren und bei einer Reihe von Patienten durch mehrere Jahre hindurch eingehend zu verfolgen. Einerseits sind bei diesen Patienten mehrfach Krankheitssymptome aufgetreten, die entweder als allergische Symptome noch nicht genügend gewürdigt worden sind oder bisher überhaupt nicht in dieser Weise, als Ausdruck einer allergischen Erkrankung, gedeutet worden sind. Andererseits hat bei der über längere Zeit sich erstreckenden Beobachtung sich mit großer Regelmäßigkeit ein bestimmter Ablauf der allergischen Erscheinungen verfolgen lassen, der, wie ich glaube, dem Krankheitsverlauf der allergischen Erkrankungen insgesamt doch einen besonderen Stempel aufdrückt.

Entsprechend diesen klinischen Beobachtungen möchte ich in meinen Ausführungen zuerst die Symptome der allergischen Krankheiten, soweit sie wenig oder nicht geläufig sind, behandeln. Dabei wird es, nach Skizzierung der einzelnen Symptome, zwangsläufig nötig sein, in Kürze auch auf die Diagnose der allergischen Krankheiten einzugehen, um die allergische Genese dieser Erscheinungen zu sichern und um die allergischen Symptome differentialdiagnostisch von klinisch ähnlichen, jedoch pathogenetisch anders bedingten Zuständen abzugrenzen. Im zweiten Teile meines Vortrages soll dann der Krankheitsverlauf der allergischen Krankheiten geschildert werden, und es wird sich dabei ergeben, daß infolge der Eigenförmlichkeiten des Krankheitsverlaufes sowohl die Heilungserfolge wie die gesamte Prognose der allergischen Krankheiten in besonderer Weise gewertet werden müssen. Auf theoretische Erörterungen möchte ich mich nur soweit einlassen, als sie für das Verständnis des Klinischen unbedingt notwendig sind.

Unter allergischen Krankheiten, das sei vorausgeschickt, sind hier, wie in der Regel, die Ueberempfindlichkeitskrankheiten gemeint. Dem Begriff der Allergie als einer in zeitlich, qualitativ und quantitativ veränderten Reaktionsfähigkeit (v. Pirquet) sind nämlich sowohl die Zustände verminderter Empfindlichkeit, d. h. der Immunität, als auch die Zustände der gesteigerten Empfindlichkeit, der Ueberempfindlichkeit im weiteren Sinne, untergeordnet; möglicherweise, wie z. B. auch Rössle mit Recht betont, noch eine Anzahl von anderen Phänomenen, die sich vorläufig den Begriffen von Anaphylaxie oder besser von Ueberempfindlichkeit und von Immunität nicht unterordnen lassen. Da wir jedoch bisher Krankheiten als Folgezustände von Immunität und andere durch Allergie bedingte Krankheiten nicht kennen, so hat sich klinischerseits die Bezeichnung allergische Krankheiten lediglich für die Ueberempfindlichkeitskrankheiten eingebürgert.

Bei der Symptomatologie werden im allgemeinen vier Typen unterschieden:

1. die Hauterscheinungen, 2. das Asthma bronchiale, 3. die Erscheinungen an den Schleimhäuten von Auge und Nase, zu denen insbesondere das Heufieber und die Rhinitis vasomotoria gehören, 4. die gastro-intestinale Form.

Dazu kommen neben einer Reihe von Allgemeinererscheinungen, die sich mehr oder minder deutlich an verschiedenen Organsystemen, z. B. am vegetativen Nervensystem, an der Muskulatur, im Kreislauf, ferner im Blute abspielen können, noch einige Erkrankungsformen, deren Zugehörigkeit zum allergischen Symptomenkomplex nur teilweise gesichert ist, wie die Migräne, das Quinckesche Oedem und die akuten Gelenkschwellungen, und ferner andere, deren Einbeziehung ganz problematisch ist: so die Epilepsie, die Eklampsie, die Schönlein-Henochsche Purpura und schließlich die Störungen im Harnsäurestoffwechsel, die von Dörr und Kämmerer in diesem Zusammenhang angeführt werden. Von diesen letzteren Krankheitserscheinungen, deren allergische Genese noch zweifelhaft ist, muß im folgenden im Interesse der klaren klinischen Darstellung abgesehen werden und es sei zunächst auf die vier Haupttypen der allergischen Erkrankungen verwiesen, denen ich noch zwei weitere wichtige Typen angliedern möchte, nämlich:

<sup>1)</sup> Vortrag im Verein für Innere Medizin in Berlin am 15. XII. 1930.

5. bestimmte Erscheinungen am Nervensystem und zwar am peripheren Nervensystem, 6. die allergischen Symptome, die am Urogenitaltraktus auftreten können.

Daß all diese Organsysteme betroffen werden können, wird verständlich, wenn man mit Dörr allgemein die Gefäßkapillaren und die glatte Muskulatur als Erfolgsorgan, ich möchte sagen Angriffsorgan der allergischen Antigen-Antikörperreaktion annimmt. Man muß sich dann zum mindesten in ersterem Falle ein für allemal über zwei Möglichkeiten klar sein, 1. daß die Noxe direkt angreift oder aber auf dem Umweg über die Gefäßnerven, und 2. daß bei der Versorgung sämtlicher Organe mit Kapillaren auch sämtliche Organe betroffen werden können.

Zu 1. sprechen insbesondere die pathologisch-histologischen Untersuchungen von Rössle, Gerlach, F. Kauffmann und neuerdings von Berger dafür, daß die Noxe direkt, unter Umgehung der Nerven, angreift. Damit fällt die allergische Reaktion an den Gefäßkapillaren nach diesen Autoren von selbst in das Gebiet der aneuritisch vorsichgehenden Entzündung, die hier durch gewisse Eigenheiten (kollaterales Oedem, Eosinophilie) charakterisiert ist. Und es wird damit der Standpunkt verständlich, den neuerdings Dörr vertritt, der die Ueberempfindlichkeit in dem allgemein übergeordneten Begriff der Entzündung aufgehen läßt.

Zu 2. wäre damit auch der allergischen Reaktion in ganz verschiedenen Organen eine einheitlich pathologisch-anatomische oder besser pathologisch-histologische Grundlage gegeben, ebenso wie die glatte Muskulatur auch der verschiedensten Organe betroffen werden könnte. Nicht ist damit aber eine Erklärung gegeben, warum gewisse Organe häufiger befallen werden als andere, z. B. die Bronchien öfter als die Ureteren; und die Annahme, daß die gesteigerte Aufnahme des Allergens durch die Haut und die Schleimhäute der oberen Luftwege diese Organe zu allergischen Reaktionen prädestiniere, kann nur vermutungsweise ausgesprochen werden. Wenn nun hier auch von den relativ nicht so häufig auftretenden Manifestationen der Ueberempfindlichkeit die Rede sein soll, so geschieht das, weil diese vielfach nicht erkannt und nicht entsprechend behandelt werden.

Was nun die Semiotik der allergischen Krankheiten betrifft, so möchte ich von den oben angeführten sechs Typen bei meinen Ausführungen zwei beiseitelassen: 1. die Hauterscheinungen, weil sie bezüglich ihrer Symptomatologie vielmehr in den Bereich der Dermatologie fallen und 2. das Asthma bronchiale deshalb, weil es so häufig zum Gegenstand eingehender klinischer Darstellungen gemacht worden ist, daß im Rahmen dieses Vortrages Wesentliches kaum hinzuzufügen ist.

Der 3. klinische Typ der allergischen Erkrankungen, der neben dem Heufieber noch die allergischen Erscheinungen an den Augen und der Nase umfaßt, hat gerade in der letzten Zeit eine glückliche Bereicherung unseres symptomatischen Wissens erfahren. Ich brauche nur an die Bedeutung der Allergie für die Genese einer Reihe von Augenerkrankungen, deren Kenntnis wir den langwierigen Untersuchungen von Krückmann verdanken, zu erinnern. Nach den Beobachtungen an meinen Patienten möchte ich der Meinung Ausdruck geben, daß, wie vielleicht allgemeiner bekannt ist, sowohl die allergischen Augenerkrankungen wie auch die Rhinitis vasomotoria (vgl. dazu auch Pasteur Vallery-Radot) keineswegs seltene Erkrankungen sind, und daß sie sich am allergischen Krankheitsablauf sehr häufig beteiligen.

Was nun die vierte Form der allergischen Erkrankungen, die gastro-intestinale Form betrifft, so ist das Symptomenbild gerade dieser allergischen Reaktionsart in den letzten Jahren bereits weiter ausgebaut worden. Während man früher vor allem die Enteritis anaphylactica (Schittenhelm und Weichardt) und die Colitis mucosa als typisch ansah — v. Strümpell hat allerdings auch schon gewisse Formen von Gastralgien und von Sekretionsstörungen des Magens in Beziehungen zum Asthma gebracht — wurde durch H. Wiedemann erstmalig darauf hingewiesen, daß sich bei Ueberempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel mitunter röntgenologisch ein Pylorospasmus nachweisen läßt und sie hat auch eine eingehende Schilderung des gesamten klinischen Zustandsbildes mit Uebelkeit, Brechreiz, mit Spannung im Oberbauch

und Druckempfindlichkeit gegeben. Von Freeman und von Funk wurde außerdem die Aufmerksamkeit auf gewisse Formen der Dyspepsien als allergische Störungen gelenkt. Wenn ich hier doch noch einmal auf die gastro-intestinale Form zu sprechen komme, so tue ich es, weil anscheinend ihr Vorkommen noch nicht genügend gewürdigt wird. Das gilt sowohl für die akuten Abdominalkrisen, bei denen mitunter nur die Unmöglichkeit, den Erkrankungsherd zu lokalisieren, die Operation verhindert, wie vor allem für die Symptome, die nicht so stürmisch auftreten und nicht so charakteristisch sind wie die Enteritis anaphylactica und das periodische Erbrechen. Diese Symptome äußern sich nach meinen Erfahrungen vorwiegend in zweierlei Weise: a) in Meteorismus und ähnlichen Zuständen und b) in anfallsweise auftretenden Schmerz anfällen. Einerseits klagen die Patienten über Uebelkeit, starken Druck in der Magengegend und heftiges, plötzlich einsetzendes Blähungsgefühl. Diese Beschwerden können sich mit Asthma kombinieren, weshalb bekanntlich Wenckebach und Hofbauer dem Meteorismus und der durch die übergroße Füllung des Bauchraumes ausgelösten Hochdrängung des Zwerchfells eine Bedeutung für die Entstehung des asthmatischen Anfalls zusprechen. Sie können aber, wie ich vielfach gesehen habe und ausdrücklich betonen möchte, ebenso auch im asthmafremden Intervall auftreten und für lange Zeit das einzige klinisch nachweisbare Symptom der Allergie bilden. Andererseits finden sich, neben diesen Blähungszuständen, meist im asthmafremden Zustand, und soweit es sich bisher übersehen läßt, meist nicht bei den eben geschilderten Patienten, heftige Schmerzattacken in der Magengegend. Sie setzen scheinbar unabhängig von der Art der Nahrung ein und lassen einen Zusammenhang mit einem etwaigen Diätfehler zunächst vermissen. Vielfach geben sie Anlaß zum Verdacht auf ein Ulcus ventriculi, jedoch ohne daß sich für diese Diagnose sonstige klinische oder röntgenologische Befunde erbringen lassen<sup>2)</sup>.

Diese allergischen Zustände sind klinisch deshalb bedeutsam, weil häufig eine Nahrungsmittelüberempfindlichkeit dabei beteiligt ist und diese, soweit beispielsweise Milch, Eiereiweiß oder Weizenmehl dafür in Frage kommen, durch die übliche Ulkusdiät verschlimmert werden kann. Für die Diagnose dieser Erscheinungsformen gilt ganz besonders, wovon später noch die Rede sein wird, die Forderung, daß 1. jede lokale organische Erkrankung, etwa im Sinne einer Geschwürsbildung, unbedingt ausgeschlossen werden muß und 2. daß die Diagnose der Allergie gesichert wird.

Als fünfte Reaktionsform der allergischen Erkrankungen habe ich die Symptome am peripheren Nervensystem angegliedert. Diese Symptome sind nicht sehr häufig, aber ihr Vorkommen zeigt immerhin so viel Gesetzmäßigkeiten, daß es notwendig erscheint, sie dem allergischen Krankheitsbild einzufügen. Es handelt sich um Schmerzattacken im peripheren Nervensystem und zwar besonders im Gebiet der oberen und unteren Extremitäten. Meist sind es plötzliche Neuralgien in den Armen, auch Ischiasanfalle. His schildert übrigens bereits 1912 die Krankengeschichte einer Patientin, die an intermittierenden Gelenkschwellungen, an Urtikaria und an Ischias litt; und Wolff-Eisner berichtet über eine Neuritis im Symptomenbild des Heufiebers. Soweit meine Beobachtungen sich erstrecken, treten die nervösen Attacken vielfach nicht gleichzeitig mit einem anderen allergischen Symptom auf, sondern im Anschluß an das vorher vorhandene Asthma bzw. im Stadium einer erheblichen Besserung der asthmatischen Zustände, oder beispielsweise nach einer eben überstandenen Rhinitis. Charakteristisch ist z. B. der Bericht einer Patientin, „daß die Nesselsucht ganz abgeklungen sei und daß sie nur noch sehr wenig Asthmaanfalle habe, daß sie aber augenblicklich sehr an Reißen im Arm leide“. Nur ein Patient, von dem später noch die Rede sein wird, bekam zeitlich im Anschluß an die Testprüfung eine kurzandauernde ischiasartige Attacke — er hatte vorher niemals Ischiasbeschwerden gehabt —, ohne daß seine anderen Symptome dadurch gemildert worden wären. Die Diagnose dieser allergischen Reaktion darf selbstverständlich, wenn man den Begriff der allergischen Erkrankungen nicht verwischen will, nur mit größter Vorsicht und nur beim Nachweis anderer allergischer Sym-

<sup>2)</sup> Damit soll natürlich das Vorkommen eines echten Ulcus ventriculi oder duodeni bei allergischen Individuen keineswegs negiert werden. Unter meinen Patienten konnte bei zwei Asthmatikern das Vorhandensein eines Ulcus ventriculi gesichert werden.

ptome gestellt werden. Ich erwähne sie aber deshalb ausführlich, weil sie im gesamten Krankheitsablauf eine bedeutsame Rolle spielt.

Als weitere wichtige Reaktionsform der allergischen Erkrankungen habe ich 6. die Symptome am Urogenitalsystem angeführt. Ich habe derartige Symptome erstmalig bei einer Asthmapatientin beobachtet, die staubüberempfindlich war und im Verlauf der Behandlung kurz nach einer Staubinjektion eine schwere Hämaturie mit dunkelblutigem Urin bekam. Auffallend war damals die Plötzlichkeit der Blutung, die geringe Störung des Allgemeinbefindens und vor allem die kurze Dauer. Schon nach wenigen Stunden war im Urin Blut nur noch mikroskopisch nachweisbar und am nächsten Tage fanden sich auch keine Erythrozyten mehr. Damals wurde mir von Professor Coca das Vorkommen von Nierensymptomen als allergische Erscheinung bestätigt. Immerhin scheint das Vorkommen einer Hämaturie selten. Viel häufiger sind anscheinend die Reaktionen an den harnableitenden Wegen, und zwar die unter dem Bilde der Nierenkolik verlaufenden Attacken. Die Differentialdiagnose gegenüber anders bedingten Nierenkoliken ist schwierig und das Vorhandensein von Nierensteinen oder von irgendwelchen anderen organischen Erkrankungen im Nierenbecken bzw. im Ureter muß mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Soweit meine Beobachtungen reichen, sind bei den allergischen Affektionen der Harnwege zwei Dinge auffällig: 1. die mitunter schlagartige restitutio ad integrum nach einem sehr schweren Anfall und 2. der geringe mikroskopische Urinbefund. Was die schnelle Erholung angeht, so kann man ähnlich wie bei manchen Asthmatikern erleben, daß der Patient bereits kurze Zeit nach der heftigsten Kolik sich nicht nur wieder subjektiv wohlfühlt, sondern auch objektiv den Eindruck erweckt, als ob nichts geschehen wäre. Zweitens ist für den Urinbefund das geringe Vorkommen pathologischer Formelemente sowohl im Anfall wie auch nachher vielfach charakteristisch. Vor allem werden Erythrozyten nicht regelmäßig und oft nur in geringer Zahl gefunden. Wie schwer die Diagnose unter Umständen sein kann, möchte ich kurz an einer Krankengeschichte skizzieren.

Eine 30jährige Patientin, die seit mehreren Jahren auch wegen einer nicht geklärten, zeitweise vorhandenen Tachykardie und wegen Migräne in meiner Behandlung steht, litt seit 2½ Jahren an heftigen Nierenkoliken. Die Koliken traten erst vereinzelt auf, seit März d. J. gehäuft. Und schließlich gesellte sich seit Anfang Juli dazu noch anfallsweise auftretendes unstillbares Erbrechen. Da der Zustand sich immer mehr verschlechterte, erfolgte Krankenhausaufnahme. Bei der dort durchgeführten, sehr gründlichen Untersuchung wurde keinerlei organischer Befund erhoben: die chemische und die röntgenologische Untersuchung von Magen-Darmkanal und Gallenblase waren vollkommen normal. Zystoskopie und Urethroskopie sowie Funktionsprüfung der harnleitenden Wege ergaben keinerlei diagnostischen Anhaltspunkt. Eine Insulinkur war ohne Erfolg. Die Patientin wurde nach 7 Wochen unter der Diagnose einer rein nervösen Erkrankung ungeheilt entlassen. Auch zu Hause blieb der Zustand zunächst zwei Wochen der gleiche, bis sich ein ausgedehntes Ekzem des rechten Armes entwickelte. Bei dieser Gelegenheit wurde eine Ueberempfindlichkeit gegen Weizenmehl und gegen Milch eruiert und jetzt auch die Diagnose auf allergische Nierenkolik gestellt. Auf eine entsprechende Diät, die frei von Weizenmehl war, und eine Injektionsbehandlung mit Casein erfolgte nicht nur eine prompte Heilung des Ekzems, sondern auch fast schlagartig ein Aufhören des Erbrechens und der sich seit vielen Monaten häufenden Nierenkoliken. Die Patientin hat seit drei Monaten nur noch zwei leichte Attacken gehabt und hat sich völlig erholt. Bemerkenswert ist noch, daß die Tochter an Ekzem und an Urtikaria nach Erdbeeren leidet.

Daß diese Beobachtung nicht vereinzelt ist, geht auch aus der Mitteilung von Rothmann hervor. Er beschreibt darin einen analogen Fall und bringt außerdem noch zwei Krankengeschichten, in denen über unklare Abdominalsymptome geklagt wird. Bei allen drei Patienten besteht eine ausgesprochene Ueberempfindlichkeit gegen Milch, ferner eine Eosinophilie des Blutes und eine positive Hautreaktion auf sehr starke Verdünnungen von Tuberkulin, wie wir sie bei Allergikern vielfach antreffen. Die Tatsache, daß Rothmann diese Fälle in Anbetracht der röntgenologisch nachweisbaren Mesenterialdrüsen und der speziell auf Perlsuchtuberkulin sehr ausgesprochenen Hautreaktion trotz der von ihm nachgewiesenen Allergie unter

die Mesenterialdrüsenkrankungen einordnet, ohne eine allergische Abdominal- und Nierenerkrankung differential-diagnostisch in Erwägung zu ziehen, verrät, wie wenig geläufig gerade diese allergischen Affektionen noch sind.

Wenn hier nur sechs verschiedene Reaktionstypen der allergischen Erkrankungen berücksichtigt werden, so ist, wie ich annehmen möchte, die Symptomatologie der allergischen Erkrankungen damit noch keineswegs erschöpft. Es sei beispielsweise nur die, auch von mir beobachtete, anfallsweise auftretende Tachykardie bei Allergikern und die von Muntzer gesehene Cholecystopathia allergica erwähnt. Ich habe hier jedoch, um nicht den Begriff der allergischen Krankheiten zu verwischen, absichtlich nur Krankheitszustände genannt und beschrieben, die nach meinen Erfahrungen bei den befallenen Individuen mit Sicherheit als allergische Affektionen angesehen werden mußten, und die ich außerdem nicht nur vereinzelt, sondern mehrfach bei solchen Patienten gesehen habe. Ich möchte aber, um nicht mißverstanden zu werden, betonen, daß alle diese Syndrome im einzelnen Fall nur dann als allergische Krankheitsreaktion gelten können — und das gilt auch für das Asthma bronchiale —, wenn die Diagnose Allergie bei dem betreffenden Patienten gesichert ist.

Im Rahmen dieses Vortrages kann ich auf die Diagnose der allergischen Krankheiten, die ohnedies in den letzten Jahren vielfach Gegenstand wissenschaftlicher Erwägung gewesen ist, nur kurz eingehen. Wichtig ist vor allem die Anamnese und zwar sowohl die individuelle wie auch die Familienanamnese. Bei der Anamnese des Patienten selbst können entweder frühere allergische Symptome oder aber Angaben über eine bestimmte Substanz, die nicht vertragen wird, auf die allergische Diathese hinweisen. Bedeutsam, wenn auch nicht unbedingt notwendig, ist ferner die Eosinophilie. 3. kommt für die Feststellung einer Ueberempfindlichkeit noch das Verhalten des Organismus gegenüber einem vermuteten Allergen in Frage, sei es, daß ein Abstinenzversuch zur Besserung führt, sei es, daß die Zufuhr des Allergens einen allergischen Anfall bewirkt. Was 4. die Hautreaktionen anbelangt, so kann hier nur soviel gesagt werden, daß sich uns im Institut „Robert Koch“ die intrakutanen Hautreaktionen, selbstverständlich bei Berücksichtigung des gesamten klinischen Status, als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel erwiesen haben.

Wenn ich nun zur Schilderung des Krankheitsverlaufs komme, so müssen zwei Dinge streng geschieden werden, 1. der Verlauf des Einzelsymptomes und 2. der Ablauf der allergischen Krankheiten insgesamt.

Das einzelne Symptom kann therapeutisch angegangen und beeinflusst werden. Dabei kann in diesem Zusammenhang außer Diskussion bleiben, welche Behandlungsmethode die beste ist, und auch, ob die spezifische oder die unspezifische Desensibilisierung mehr leistet. Demgemäß soll auch von einem Bericht über Behandlungserfolge abgesehen werden. Nur zwei Punkte, die das allergische Krankheitssymptom bei der Behandlung wesentlich beeinflussen können, seien herausgegriffen: 1. die Frage nach der Spezifität der spezifischen Therapie und 2. die Wirkung von Dauer und Dosierung bei der allergischen Behandlung.

Was die Spezifität der spezifischen Behandlung betrifft, so lassen mich Beobachtungen an Heufieberkranken vermuten, daß die therapeutische Wirkung, z. B. der Pollenextrakte, eine rein spezifische ist. Bei zweien meiner Heufieberpatienten, bei denen die Symptome angeblich immer bis Oktober bzw. November angedauert hatten, war das typische Heufieber durch die spezifische Behandlung in der günstigsten Weise beeinflusst worden. Beide bekamen jedoch am Ende der üblichen Heufieberzeit schwerste Erscheinungen, nicht nur mit Schnupfen, sondern auch mit Asthma. Es wurde nun bei beiden noch eine Gänsefederüberempfindlichkeit festgestellt und die erneute Behandlung ließ auch diese Symptome bald verschwinden. Der Einwand, daß möglicherweise die spezifische Behandlung nicht lange genug vorgehalten habe, ist deshalb hinfällig, weil der eine der beiden Patienten erst während der Heufiebersaison in Behandlung kam.

Diese Kasuistik ließe sich noch beliebig erweitern.

Was 2. die Dauer und die Dosierung angeht, so soll vor einer zu lange fortgesetzten Behandlung oder vielmehr vor einer immer weitergehenden Steigerung der Behandlungsdosen gewarnt werden. Das gilt für die spezifische Therapie noch mehr als für die unspezi-

fische. So sehr man beim Heufieber, bei dem sich allerdings die Behandlung auf wenige Monate zusammendrängt, bestrebt sein muß, allmählich ansteigend eine möglichst konzentrierte Pollenmenge einzuverleiben, so wenig empfiehlt es sich, beim Asthmakranken oder beispielsweise bei der Urtikaria schematisch die Behandlung mit der Aussicht auf eine recht hohe Enddosis immer weiter in die Höhe zu treiben, auch wenn der Patient symptomfrei geworden ist. Ich möchte vielmehr vorschlagen, im längerdauernden anfallsfreien Stadium, ohne Rücksicht auf die erreichte Dosis, die Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen zu verlängern und die Dosis nicht zu gewaltsam zu steigern.

Wenn ich mich nun dem Verlauf der allergischen Krankheiten insgesamt zuwende, so muß ein Satz vorangestellt werden: Das einzelne allergische Syndrom kann beeinflusst werden, aber die allergische Diathese bleibt. Es ist ein Verdienst von Kämmerer, daß er die allergischen Erkrankungen dem Begriff der Diathese, so wie er von His geprägt worden ist, eingefügt hat. Wenn man freilich die allergischen Syndrome, die schon durch v. Strümpell der exsudativen Diathese zugerechnet waren, jetzt der allergischen Diathese einordnet, so darf das nicht nur bedeuten, daß die einzelnen Symptome in ihrer Genese gleichwertig sind. Sondern das besagt auch, und darauf möchte ich den größten Nachdruck legen, daß für die Symptomatologie der allergischen Erkrankungen nicht ausschließlich ein einzelnes Schockorgan maßgebend ist, auch nicht bei ein und demselben Patienten, sondern daß die einzelnen Erkrankungsformen unter Umständen vikariierend für einander eintreten können. Es ist längst bekannt, daß die einzelnen allergischen Symptome sich kombinieren, aber es ist durchaus nicht so geläufig, daß die verschiedenen allergischen Zustände bei einer sehr großen Zahl von allergischen Patienten in buntem Wechsel aufeinanderfolgen. Das Asthma klingt ab und statt dessen setzen Magenerscheinungen ein, oder die Konjunktivitis wird von einem Ekzem abgelöst.

Ich möchte an einem kurzen Beispiel demonstrieren, wie die einzelnen Symptome kaleidoskopisch aufeinanderfolgen können.

Der 30jährige Patient, ich habe schon vorhin von ihm gesprochen, gibt sich wegen seines Ekzems in dermatologische Behandlung. Auf einige Behandlungsspritzen tritt Besserung ein. Bald darauf bekommt er eine schwere Augenzündung, die Monate anhält, und im Verlauf dieser Zeit verschlimmert sich auch die Haut wieder. Der Patient wird nun wegen dieses Ekzems ins Institut „Robert Koch“ verwiesen, wird getestet und gibt danach spontan an, daß er nach der Allergieuntersuchung einen Ischiasanfall gehabt habe. Im Laufe der nächsten Wochen bessert sich die Augenerkrankung, die Hauterscheinungen klingen ab und es treten asthmatische Beschwerden auf.

Hier ließen sich noch reichlich weitere Beispiele aller erdenklichen Modifikationen anführen. Die Möglichkeit, daß die Ischias-attacke etwa als Tesifolge oder im Zusammenhang mit der Behandlung als allergische Reaktion entstanden sein könnte, läßt sich mit Sicherheit ausschließen. Denn ich habe mehrfach auch Patienten gesehen, bei denen dieses Syndrom ohne jede Therapie manifest wurde. Es erhebt sich dabei allerdings die Frage, wieweit die einzelnen Symptome etwa durch bestimmte, jeweilig verschiedene Allergene bedingt sein könnten. Melli führt ein Beispiel dafür an, daß die Erscheinungen je nach der Art des Allergens wechseln und bei einem und demselben Allergen in der Regel sich dasselbe Symptombild gestaltet. Ich persönlich möchte diese Trennung nach Art der Allergene nicht immer so scharf durchführen; denn wenn auch zugestanden werden muß, daß es sehr schwierig sein dürfte, im einzelnen Fall die Mitwirkung anderer Allergene auszuschließen, so habe ich doch immerhin erlebt, daß ein und dieselbe Ueberempfindlichkeit bei demselben Individuum zu ganz verschiedenen Symptomen führen kann. So vermag z. B. eine Ei-Ueberempfindlichkeit bei einem Patienten einmal Asthma auszulösen, ein andermal Magenbeschwerden zu veranlassen. Oder aber die Ueberempfindlichkeit gegen Weizenmehl kann bei dem nämlichen Allergiker zu Rhinitis und zu Urtikaria führen. Dieses Umschlagen, das vielfach ohne ersichtlichen Grund vorschiebt, ist gerade das Auffallende, und diese Symptomverschiebung, wie ich es nennen möchte, ist es, die dem Krankheitsverlauf der allergischen Krankheiten ein besonderes Gepräge gibt.

Das damit auch die Prognose der allergischen Krankheiten eine gewisse Einschränkung erfahren muß, ergibt sich ohne weite-

res. Man kann das Auftreten neuer Symptome nicht immer mit Sicherheit voraussehen und noch weniger kann man sie mit Bestimmtheit verhüten. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß während der Behandlung ein Symptom anscheinend mit bestem Erfolg beeinflusst wird und ein andres allergisches Zustandsbild als Aequivalent zugetritt. Das kann trotzdem für den Patienten einen praktischen Erfolg darstellen, wenn die allergische Reaktion, die vikariierend einsetzt, nur geringfügig ist. So nehmen Patienten statt eines schweren Asthmas eine geringe Rhinitis oder aber eine kleine ekzematöse Hauterkrankung gerne in Kauf.

**Zusammenfassung.** Bei der allergischen Diathese löst ein in seinem histologischen Vorgang wahrscheinlich gleichartiger Prozeß in den verschiedenen Organen je nach ihrer Funktion ganz verschiedene Symptombilder aus. Darum gestaltet sich die Symptomatologie der allergischen Krankheiten überaus bunt und mannigfach. Es wird ferner durchaus nicht immer ein bestimmtes, stets wiederkehrendes Erfolgsorgan betroffen. Vielmehr stellt sich der Verlauf der allergischen Erscheinungen, auch bei dem nämlichen Individuum, häufig in einem durchaus wechselnden Bilde dar. Auf einige seltenere Züge dieses Bildes, auf die Erscheinungen am peripheren Nervensystem und auf die allergischen Symptome am Urogenitaltraktus, habe ich verwiesen.

## Aus der Sachverständigentätigkeit.

### Der ärztliche Sachverständige im Verfahren vor den Versorgungsgerichten.

Von Dr. jur. H. Lorenz in Berlin,  
Beisitzer am Reichsversorgungsgericht.

Ein wichtiges Beweismittel zur Urteilsfindung im Verfahren vor den Versorgungsgerichten sind die Atteste der behandelnden Aerzte, sowie die Gutachten der zu Sachverständigen bestellten oder vorgeschlagenen Aerzte. Ihr Aufgabenkreis ist in den §§ 80 ff. des Verfahrensgesetzes vom 20. III. 1928 niedergelegt. Das Erscheinen des Versorgungsberechtigten zur ärztlichen Untersuchung, sowie seine Beobachtung in einem Krankenhaus oder einer Heilanstalt können jederzeit angeordnet werden. Leistet der Berechtigte einer solchen Anordnung ohne wichtigen Grund nicht Folge, so können daraus ungünstige Schlüsse für den geltendgemachten Anspruch gezogen werden. Verweigert ein Arzt ohne Vorliegen eines gesetzlichen Grundes sein Zeugnis oder die Erstattung eines Gutachtens, so kann das zuständige Amtsgericht um die Vernehmung, gegebenenfalls eidlich ersucht werden. Die Aussage oder die Eidesleistung darf nicht unter Berufung auf die Schweigepflicht verweigert werden. Im übrigen sind entscheidend die §§ 376, 383—85, 407 und 408 der ZPO. Der ärztliche Gutachter, auch Attestaussteller erhält die gesetzlich festgelegten Gebühren.

Von besonderer Wichtigkeit sind die ärztlichen Atteste, welche seit dem Zeitpunkt der Entlassung vom Heeresdienst bis zur Antragstellung, die oft noch jetzt, also über 10 Jahre nach Beendigung des Krieges erfolgt, die Brückenerscheinungen der jeweils vorliegenden Krankheiten nachweisen sollen. Hier lassen die ärztlichen Atteste leider oft die gewünschte Klarheit vermissen. Handelt es sich um Kassenpatienten, was bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle wohl zutreffen wird, und hat die Behandlung nur ambulant stattgefunden, werden meist schriftliche Unterlagen fehlen, zumal wenn die Behandlung schon viele Jahre zurückliegt. Der Arzt, der um das Attest angegangen wird, verläßt sich dann vielfach auf die Angaben des Patienten und bescheinigt sie ihm aus der Erinnerung, die oft trügerisch ist. Der gewissenhafte Arzt wird gut tun, in seinem Attest zum Ausdruck zu bringen, daß es sich um Angaben des Patienten handelt.

Ein Attest, wie es ein Arzt nicht ausstellen sollte, lautet beispielsweise folgendermaßen, wobei ich bemerke, daß es sich hier und bei den nachstehend aufgeführten Fällen um aktenkundiges Material handelt: „Es wird bescheinigt, daß der an Gehirnhautentzündung am 6. VI. 1928 verstorbene B. die Krankheit wegen seines schweren chronischen Herzleidens, angeblich die Folgen einer im Felde durchgemachten Typhuserkrankung, nicht überstanden hat. Der Tod steht also in ursächlichem Zusammenhang mit dieser Dienstbeschädigung.“